

¿CUÁL ES EL COSTO DE LOS DERECHOS?

¿Cuenta el Estado con la capacidad para financiar y respaldar los derechos fundamentales como la salud?
La importancia del abordaje de campo en la intersección entre los derechos, la disponibilidad de recursos financieros y su impacto en la salud.



Nos, los representantes del pueblo de la Nación Argentina, reunidos en Congreso General Constituyente por voluntad y elección de las provincias que la componen, en cumplimiento de pactos preexistentes, con el objeto de constituir la unión nacional, afianzar la justicia, consolidar la paz interior, proveer a la defensa común, promover el bienestar general, y asegurar los beneficios de la libertad, para nosotros, para nuestra posteridad, y para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino: invocando la protección de Dios, fuente de toda razón y justicia: ordenamos, decretamos y establecemos esta Constitución, para la Nación Argentina.

ENTREVISTA Nicolás Striglio: “Muchas obras sociales se han vuelto expertas en administrar en déficit, entonces ven la forma de mejorar la situación financiera porque económicamente no cierra”

INDICADORES Las 10 principales tendencias en investigación de resultados y economía de la salud a nivel mundial según ISPOR



OSDEPYM

TE ESTAMOS CUIDANDO

A un año de haber alcanzado la regularización institucional, con la designación de las autoridades que hoy componen su Directorio, OSDEPYM (Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas), reafirma su compromiso con la salud, trabajando en el cuidado de sus afiliados y en la mejora constante de sus servicios.

La Obra Social en números:



Más de 50 años
de trayectoria.



Más de 435.000
afiliados.



Más de 200.000
transacciones web
mensuales.



13.000 turnos otorgados
por nuestros Centros
Médicos por mes.



Más de 3.000
consultas mensuales
a Dr. OSDEPYM.



21 sucursales
en varios puntos
del país.



**Más de 8.000
prestadores**
en cartilla.



**Centros
Médicos propios**
en Capital Federal y
Gran Buenos Aires.

A NUESTROS LECTORES
¿Cuál es el costo de los derechos? 4

COSTO DE LOS DERECHOS
10 puntos sobre costos de los derechos5

COSTO DE LOS DERECHOS
Las necesidades compiten con los derechos por el financiamiento. 9

COSTO DE LOS DERECHOS
El concepto de espacio fiscal: recursos para la salud
y la sustentabilidad financiera del Estado12

COSTO DE LOS DERECHOS
Interrelaciones emergentes18

COSTO DE LOS DERECHOS
Hacia una reducción del costo de los derechos:
propuesta y una experiencia real desde el abordaje de campo 20

ENTREVISTA
Lic. Nicolás Striglio: “Muchas obras sociales se han
vuelto expertas en administrar en déficit, entonces
ven la forma de mejorar la situación financiera porque
económicamente no cierra” 29

MINI BIO; PREGUNTA IIDOS ; INDICADORES
¿Cuáles son las 10 principales tendencias en investigación
de resultados y economía de la salud a nivel mundial? 36

NOVEDADES Y ACTIVIDADES
Noticias, investigaciones, convenios y toda la
información del IIDOS y OSDEPYM 39

HERRAMIENTAS IIDOS
Un modelo de cálculo del costo de un derecho. 40

Año 1 - número 4 - Febrero 2024

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

¿Cuál es el costo de los derechos?

Es para nosotros un orgullo presentar el primer número del 2024 de la **Revista IIDOS**. Esta nueva edición tiene como eje central el costo de los derechos, para ello trabajamos sobre un completo análisis, que define la intersección crucial entre los derechos fundamentales y la disponibilidad de recursos financieros. Y la forma en que la garantía de esos derechos se ve afectada por la capacidad del Estado para financiar y respaldarlos efectivamente.

En ese sentido, se realiza la importancia del **abordaje de campo** propuesto por el **IIDOS**, comprendiendo la inherente a la interacción entre distintos actores que conforman el campo de la salud a partir del diálogo, la búsqueda de consensos y la colaboración. En un marco en el que las necesidades compiten con los derechos por el financiamiento, desglosar la estructura y los participantes clave en un diálogo social ampliado destaca la necesidad de inclusión. Sectores gubernamentales, sociedad civil, académicos y otros actores deben colaborar para tomar decisiones informadas y sostenibles.

Asimismo, se responden interrogantes vinculados al concepto del “espacio fiscal” ¿qué engloba el concepto? ¿Cuáles son las propiedades con las que cuenta y qué características tienen? ¿De qué manera se podría implementar y cuál es su viabilidad para adecuar los costos del derecho? Como así también se presenta un análisis acerca de las interrelaciones e influencias entre el Análisis Económico del Derecho

(AED), el Costo de los Derechos y el Espacio Fiscal de la OPS, desde el paradigma del “abordaje de campo” del **IIDOS**.

En esta edición, nos acompañaron las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Küster, con su valiosa mirada en la columna “Hacia una reducción del costo de los derechos: propuesta y una experiencia real desde el abordaje de campo”. Y también nos acompañó el Lic. Nicolás Striglio, que fue entrevistado por el director de nuestra **Revista IIDOS**, Daniel Roggero. Striglio no sólo hizo un repaso sobre su paso por la Superintendencia desde un enfoque comparativo de lo público-privado, sino que además brindó su mirada frente al actual uso del PMO y el Plan País, su interpretación sobre el financiamiento de las prestaciones de discapacidad, y del impacto macroeconómico en la situación de las obras sociales.

Por otra parte, presentamos a nuestros lectores las 10 principales tendencias en investigación de resultados y economía de la salud a nivel mundial y las últimas novedades del **IIDOS** y de **OSDEPYM**.

Esperamos que disfruten de la lectura del primer número del año de la **Revista IIDOS**, confiados en el aporte del abordaje de campo no sólo como el nuevo paradigma que favorece a la equidad, sino también como herramienta para el análisis de distintos aspectos del campo de la salud, en este caso: el costo de los derechos. Bienvenidos a este nuevo número.

10 puntos sobre costos de los derechos



Nos, los representantes del pueblo de la Nación Argentina, reunidos en Congreso General Constituyente por voluntad y elección de las provincias que la componen, en cumplimiento de pactos preexistentes, con el objeto de constituir la unión nacional, afianzar la justicia, consolidar la paz interior, proveer a la defensa común, promover el bienestar general, y asegurar los beneficios de la libertad, para nosotros, para nuestra posteridad, y para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino; invocando la protección de Dios, fuente de toda razón y justicia; ordenamos, decretamos y establecemos esta Constitución, para la Nación Argentina.

Desde el IIDOS, presentamos un análisis exhaustivo, que se destaca por la intersección crucial entre los derechos fundamentales –como el de la salud–, y la disponibilidad de recursos financieros. La capacidad del Estado para financiar y respaldar efectivamente los derechos determina en gran medida que esos derechos puedan ser garantizados. En este artículo proponemos la complejidad inherente a la interacción entre derechos y finanzas, lo que subraya la necesidad del abordaje de campo.

Derechos y Costos: la perspectiva de Sunstein y Holmes. Tesis central

La eficacia de los derechos se encuentra intrínsecamente ligada al sistema de impuestos. Cass R. Sunstein y Stephen Holmes proponen que la capacidad de financiamiento del Estado es crucial para la efectiva garantía de derechos.

Sunstein y Holmes en su libro “El costo de los derechos: Por qué la libertad depende de los impuestos” presentan una tesis central que vincula intrínsecamente la eficacia de los derechos con el sistema de impuestos. Argumentan que todos los derechos tienen un costo y que, si no se invierten recursos en un derecho, este no pasará de ser una declaración sin efectos concretos.

En este sentido, la capacidad de financiamiento del Estado es crucial para la efectiva garantía de derechos. Los autores sostienen que los derechos exigen gastos públicos y que todos los derechos se financian con los presupuestos generales, con impuestos y no con tasas particulares destinadas a la protección de un derecho.

Esta perspectiva proporciona un marco valioso para entender cómo los derechos y las restricciones económicas pueden interactuar y cómo la eficacia de los derechos puede estar ligada a la capacidad de financiamiento del Estado. Es un enfoque esencial para garantizar que las leyes y las normas sean tanto justas como económicamente viables. La perspectiva de Sunstein y Holmes sobre los derechos y su costo se vincula estrechamente con el Análisis Económico del Derecho (AED) y el estudio del Costo de los Derechos.

El AED se centra en la eficiencia económica de las normas jurídicas y cómo estas pueden influir en el comportamiento humano. Por otro lado, el estudio del Costo de los Derechos se enfoca en los costos asociados con la garantía y protección de los derechos por parte del Estado.

Los autores sostienen que todos los derechos tienen un costo y que, si no se invierten recursos en un derecho, este no pasará de ser una declaración sin efectos concretos. Esta idea se alinea con el enfoque del AED y el estudio del Costo de los

Derechos, ya que ambos reconocen que las normas jurídicas y los derechos tienen implicaciones económicas.

En este sentido, la capacidad de financiamiento del Estado es crucial para la efectiva garantía de derechos. Esto implica que los derechos deben ser financiados y protegidos por el Estado, pero

también deben tener en cuenta la capacidad financiera del Estado. Esta perspectiva proporciona un marco valioso para entender cómo los derechos y las restricciones económicas pueden interactuar y cómo la eficacia de los derechos puede estar ligada a la capacidad de financiamiento del Estado.

DIEZ PUNTOS CENTRALES

1. Estructura común

Independientemente de su naturaleza o ámbito, todos los derechos comparten una estructura común, resaltando la interconexión entre la capacidad de recaudación fiscal y la implementación de derechos fundamentales.

2. Prioridades en la asignación de recursos

Decisiones políticas

La toma de decisiones sobre la protección y garantía de derechos se revela como un proceso político esencial. Los recursos son asignados estratégicamente por el Estado, reflejando prioridades políticas específicas.

Derechos relativos

La exigibilidad de los derechos fundamentales está directamente ligada a acuerdos y concesiones que se establecen mediante la recaudación de impuestos. Aquí, los impuestos actúan como precondiciones fundamentales para la vigencia de los derechos.

3. Financiamiento del derecho a la salud en debate

Carga tributaria

Si bien el costo del derecho a la salud implica recursos públicos, la fragmentación en su financiamiento, con un 72% a cargo de los beneficiarios, plantea interrogantes sobre la equidad y accesibilidad del sistema.

Desafíos

La complejidad intrínseca del sistema de salud emerge como un desafío significativo al analizar la eficacia y costo del derecho a la salud. La necesidad de abordar estas complejidades desde una perspectiva económica se vuelve imperativa.

4. Sin recursos, no hay derechos

Importancia de los datos

La ausencia de recursos compromete la realización de derechos fundamentales. La relación directa entre datos económicos y derechos destaca la necesidad de un respaldo financiero sólido para garantizar su efectividad.

Derechos vigentes vs. realidad

La existencia de derechos en la Constitución no garantiza su cumplimiento si carecen de financiamiento. Este desajuste entre el texto constitucional y la realidad económica plantea preguntas cruciales sobre la aplicabilidad y eficacia de los derechos.

5. Derechos Laborales y Realidad Social

Desfasaje: realidad -texto

A pesar de contar con derechos laborales constitucionales, la disparidad entre la realidad económica y el texto legal se manifiesta en altos porcentajes de hogares bajo la línea de pobreza. Este desajuste resalta las limitaciones de la legislación frente a la realidad económica.

Crisis de hechos

La falta de correlación entre el texto constitucional y la realidad económica puede desencadenar crisis sociales cuando la falta de recursos se traduce en la no implementación efectiva de los derechos laborales.

6. Desnutrición infantil y financiamiento de derechos

Realidad cruda

A pesar de la disminución de la mortalidad infantil, la persistencia de la desnutrición infantil subraya la necesidad de financiamiento para derechos fundamentales. Este escenario crudo evidencia que incluso los derechos más básicos requieren respaldo económico.

Desafíos locales

Frente a problemas graves de desnutrición en ciertas zonas de Argentina, se destaca la urgencia de abordar la problemática desde una perspectiva económica. El análisis de los desafíos locales subraya la necesidad de enfoques adaptativos.

7. Financiamiento de Derechos Humanos a nivel internacional

Presupuesto limitado

Incluso a nivel internacional, los derechos humanos enfrentan restricciones presupuestarias. La limitación presupuestaria destaca la importancia de asegurar recursos para la implementación efectiva de los derechos a nivel global.

Costos asociados

La comprensión de que todos los derechos conllevan costos impone la necesidad de evaluar las posibilidades económicas de los Estados. Aquí, la realización de derechos se ve directamente vinculada a la capacidad financiera.

8. Horacio Corti: un cambio de paradigma

Constitución y financiamiento

Horacio Corti propone una revisión fundamental al considerar las finanzas públicas como un elemento esencial de la Constitución. Este cambio de paradigma plantea interrogantes sobre cómo la inclusión de aspectos financieros fortalecería la efectividad de los derechos constitucionales, plantea preguntas sobre cómo la inclusión de aspectos financieros podría fortalecer la efectividad de los derechos constitucionales.

Corti sostiene que uno de los aspectos centrales de toda Constitución moderna, y así sucede en el caso de Argentina, consiste en el diseño de un sistema financiero. Toda Constitución incluye, explícita o implícitamente, una constitución financiera del Estado. Desde una perspectiva estática, la constitución financiera regula la “renta pública” o, de acuerdo con la terminología del texto constitucional argentino (art. 4°, CN), los “fondos del Tesoro del Estado”

Paralelamente, y desde una óptica dinámica, la constitución financiera regula la “actividad financiera pública”, entendida como el conjunto

de acciones financieras realizadas por el Estado con el fin de hacer efectivas las instituciones constitucionales. Esta definición de la actividad financiera pública consta de tres elementos: un sujeto, un núcleo y una finalidad.

En este contexto, el AED y el estudio del Costo de los Derechos pueden proporcionar herramientas valiosas para entender y evaluar las implicaciones económicas de las normas jurídicas y los derechos constitucionales. Al considerar los costos y beneficios económicos de las normas jurídicas y los derechos, podemos obtener una mejor comprensión de cómo estos pueden ser implementados de manera efectiva dentro de las limitaciones económicas existentes.

Financiamiento y realidad social

La esencialidad de la financiación para la efectividad de los derechos constitucionales se destaca en la realidad social. La propuesta de Corti invita a reflexionar sobre cómo la inclusión de factores financieros puede transformar la aplicación de la legislación.

9. Relación ineludible: constitución y financiamiento. Correlación inseparable

La Constitución debe ser analizada en términos de cómo se financian las instituciones y derechos que establece. La correlación inseparable entre la carta magna y el respaldo financiero resalta la interdependencia fundamental.

Grado de financiamiento

La efectividad de cualquier derecho constitucional depende del grado de financiamiento asignado. Sin recursos adecuados, la plena realización de derechos se ve obstaculizada, lo que enfatiza la necesidad de una asignación cuidadosa de recursos.

10. Diálogo imaginario: Häberle y Alexy

Peso de los Derechos

Peter Häberle y Robert Alexy han hecho contribuciones significativas al campo del derecho constitucional y la teoría del derecho. Sus trabajos proporcionan perspectivas valiosas sobre la relación entre los derechos y las restricciones económicas.

Häberle plantea la cuestión de si los derechos deben estar limitados por la capacidad financiera del Estado. En contraste, Alexy destaca la posibilidad de que los derechos individuales tengan mayor peso que las restricciones económicas.

Häberle, en su teoría de la “sociedad abierta de los intérpretes constitucionales”, plantea la cuestión de si los derechos deben estar limitados por la capacidad financiera del Estado. Según Häberle, los derechos reconocidos en el Estado constitucional son de carácter progresivo y no puede desconocerse toda evolución. Esto implica que los derechos deben ser financiados y protegidos por el Estado, pero también deben tener en cuenta la capacidad financiera del Estado.

Por otro lado, Alexy, en su teoría de los derechos fundamentales, destaca la posibilidad de que los derechos individuales tengan mayor peso que las restricciones económicas. Según Alexy, los derechos fundamentales no son derechos absolutos o erga omnes, sino que son susceptibles de modificación estructural a partir de su formulación. Esto significa que los derechos pueden ser limitados, pero estas limitaciones deben ser justificadas y proporcionadas. En el contexto del AED y el estudio del Costo de los Derechos, las perspectivas de Häberle y Alexy pueden proporcionar un marco útil para entender cómo los derechos y las restricciones económicas pueden interactuar. Por ejemplo, el AED puede utilizar la idea de Häberle de que los derechos deben estar limitados por la

capacidad financiera del Estado para analizar la eficiencia económica de las normas jurídicas. Del mismo modo, el estudio del Costo de los Derechos puede utilizar la idea de Alexy de que los derechos individuales pueden tener mayor peso que las restricciones económicas para analizar el costo de garantizar los derechos.

Compromiso realista

La posición realista propuesta busca encontrar un equilibrio, reconociendo que los derechos están cubiertos en la medida de los recursos disponibles. Este compromiso realista es esencial para alinear las expectativas con las posibilidades económicas. Esta posición es un enfoque pragmático que reconoce la necesidad de equilibrar los derechos con las limitaciones económicas. Este enfoque es fundamental en el AED y el estudio del Costo de los Derechos.

En el AED, se reconoce que las normas jurídicas tienen implicaciones económicas y que estas deben ser consideradas al formular y aplicar el derecho. Del mismo modo, el estudio del Costo de los Derechos se centra en los costos asociados con la garantía y protección de los derechos por parte del Estado.

Este compromiso realista ayuda a alinear las expectativas con las posibilidades económicas, asegurando que los derechos se protejan y promuevan de manera efectiva dentro de las limitaciones económicas existentes. Es un enfoque esencial para garantizar que las leyes y las normas sean tanto justas como económicamente viables.

A modo de conclusión se puede decir que la intersección crucial entre los derechos fundamentales y la disponibilidad de recursos financieros está determinada en gran medida por la capacidad del Estado para financiar y respaldar efectivamente los derechos. Asimismo, la complejidad inherente a la interacción entre derechos y finanzas subraya la necesidad del abordaje de campo. No se trata simplemente de asignar recursos, sino de garantizar que las políticas y decisiones económicas respalden de manera efectiva la protección y realización de los derechos.

Invitación a la reflexión y acción

Este análisis extenso invita a la reflexión sobre la conexión intrínseca entre derechos y finanzas en diversos contextos. Además, ofrece un llamado a la acción para desarrollar y aplicar políticas que no solo reconozcan, sino que también aborden activamente esta intersección crucial. La realización efectiva de derechos no puede separarse de consideraciones financieras, y un enfoque integral es esencial para construir sociedades más justas y equitativas. ■



Las necesidades compiten con los derechos por el financiamiento

Tal como se mencionó en el artículo anterior, la realización efectiva de los derechos como el derecho a la salud, está intrínsecamente vinculada a la capacidad financiera del Estado. En ese marco, desglosar la estructura y los participantes clave en un diálogo social ampliado destaca la necesidad de inclusión. Sectores gubernamentales, sociedad civil, académicos y otros actores deben colaborar para tomar decisiones informadas y sostenibles.

DIEZ EJES CENTRALES

1. Intersección entre derechos y finanzas

La conexión entre la capacidad financiera del Estado y la garantía de derechos fundamentales como el derecho a la salud es evidente en casos donde la falta de recursos ha llevado a la violación de derechos básicos.

Tomando como ejemplo la inequidad de recursos en el sistema de salud, se puede observar el otorgamiento de tratamientos médicos desmesurados para casos particulares mediante la judicialización de los reclamos. La ausencia de un

financiamiento adecuado ha llevado a la discriminación en el acceso a servicios de salud, afectando desproporcionadamente a comunidades marginadas.

Es crucial destacar la importancia de políticas fiscales eficientes que respalden la realización de derechos. La asignación equitativa de recursos y la implementación de medidas para prevenir la corrupción son aspectos esenciales en este contexto.

2. Perspectiva Internacional

A nivel internacional, la implementación de derechos humanos a menudo se ve obstaculizada por presupuestos limitados. Esto se refleja en la falta de acceso universal a servicios básicos, incluidos los de salud, en diversas regiones del mundo. Explorar vías de cooperación global para abor-

dar estas deficiencias financieras se vuelve imperativo. La colaboración entre naciones y organizaciones internacionales puede mitigar las limitaciones presupuestarias y garantizar la realización de derechos en todo el mundo.

Es crucial reconocer la tensión inherente entre

las demandas de derechos y las realidades económicas. ¿Cómo equilibrar las aspiraciones universales de derechos humanos con las restric-

ciones económicas globales? Este dilema debe abordarse mediante un diálogo internacional informado y colaborativo.

3. Propuestas de cambio de paradigma

Las propuestas de Horacio Corti para considerar las finanzas públicas como elemento fundamental de la Constitución marcan un cambio de paradigma significativo. ¿Cómo este enfoque alteraría la dinámica entre derechos y recursos financieros?

Consecuencias y beneficios

Explorar las posibles consecuencias y beneficios de esta integración financiera es esencial.

¿Podría conducir a una mayor protección de derechos al garantizar un respaldo financiero sólido? ¿O existe el riesgo de comprometer otros aspectos fundamentales de la Constitución?

Analizar críticamente las críticas y el apoyo a esta propuesta proporciona una comprensión más profunda de su viabilidad y aceptación en la sociedad y entre expertos en derecho constitucional.

4. Realidad vs. texto constitucional

La desconexión entre los derechos consagrados en la Constitución y la realidad económica es un fenómeno persistente. Altos porcentajes de hogares bajo la línea de pobreza a pesar de estas protecciones constitucionales señalan un desafío crucial.

Explorar las repercusiones sociales y económicas de esta brecha revela tensiones laborales, desigualdades salariales y desconfianza en las instituciones gubernamentales. ¿Cómo impac-

ta esta desconexión en la estabilidad social y económica?

Soluciones Pragmáticas

Proponer soluciones pragmáticas implica abordar directamente la discrepancia entre la legislación y la realidad económica. Estrategias como la revisión y adaptación de leyes laborales para reflejar las condiciones económicas actuales son esenciales.

5. Desnutrición infantil como desafío local

Sumergirse en las raíces económicas de la persistente desnutrición infantil en ciertas regiones destaca la necesidad de enfoques específicos. La falta de acceso a alimentos nutritivos está directamente vinculada a la limitada capacidad financiera de comunidades específicas.

Explorar casos de éxito donde intervenciones económicas han mejorado la situación de la desnutrición infantil proporciona lecciones clave. Al

mismo tiempo, examinar los desafíos locales revela la complejidad de abordar la desnutrición desde un enfoque económico.

Destacar la necesidad de enfoques económicos localizados para abordar la desnutrición infantil implica considerar la diversidad de desafíos en diferentes áreas. ¿Cómo pueden las políticas económicas adaptarse para abordar las necesidades específicas de comunidades marginadas?

6. Acceso universal a la salud como prioridad

Explorar las políticas y programas diseñados para garantizar el acceso universal a la salud revela estrategias clave. Iniciativas centradas en la prevención, la educación y el acceso equitativo a servicios médicos son fundamentales.

Relacionar estas estrategias con los principios fundamentales de la OMS y la Declaración de Alma-Ata subraya la salud como un derecho humano. ¿Cómo

pueden estos principios guiar la formulación de políticas y programas a nivel nacional e internacional? Considerar los beneficios económicos a largo plazo de invertir en la salud de la población es esencial. Desde la reducción de costos de atención médica hasta el aumento de la productividad, estos beneficios refuerzan la conexión intrínseca entre la salud y la estabilidad económica.

7. Diálogo social ampliado: abordaje de campo

Desglosar la estructura y los participantes clave en un diálogo social ampliado destaca la necesidad de inclusión. Sectores gubernamentales, sociedad civil, académicos y otros actores deben colaborar para tomar decisiones informadas y sostenibles. Explorar ejemplos históricos donde un diálogo inclusivo ha llevado a decisiones políticas sostenibles proporciona lecciones valiosas. ¿Cómo se

pueden replicar estas experiencias para abordar desafíos económicos actuales?

Proporcionar estrategias para superar posibles desafíos en la implementación de un diálogo social ampliado implica abordar barreras de comunicación y garantizar representación equitativa. La transparencia y la participación activa son fundamentales para el éxito.

8. Conflictos jurídicos y análisis económico

Detallar casos judiciales específicos donde el análisis económico ha sido crucial destaca la relevancia práctica de incorporar esta perspectiva. ¿Cómo ha influido el análisis económico en decisiones judiciales clave?

Analizar las críticas a la inclusión de elementos económicos en decisiones legales proporciona una visión equilibrada. ¿Qué mejoras podrían

implementarse para abordar las preocupaciones planteadas por los opositores al análisis económico del derecho?

Explorar cómo el análisis económico puede mejorar la equidad y eficiencia en la resolución de conflictos legales subraya la importancia de considerar las implicaciones económicas en la administración de justicia.

9. Enfoques del Análisis Económico del Derecho (AED)

Desglosar cada enfoque del AED, resaltando sus diferencias fundamentales, proporciona una comprensión más profunda. ¿Cómo difieren en sus métodos y objetivos?

Explorar casos judiciales específicos donde cada enfoque ha sido aplicado destaca la versatilidad y aplicabilidad práctica del AED. ¿En

qué situaciones un enfoque puede ser más efectivo que otro?

Considerar cómo la elección del enfoque puede afectar la equidad y la justicia en el sistema legal subraya la importancia de seleccionar el marco analítico adecuado para abordar casos específicos.

10. Eficiencia como objetivo del AED

Analizar cómo el enfoque en la eficiencia puede afectar la protección de derechos revela la tensión entre la rapidez en la resolución de casos y la garantía de una justicia equitativa. ¿Cómo equilibrar estos aspectos para lograr un sistema legal eficiente y justo?

Explorar casos judiciales donde la eficiencia ha sido la principal consideración proporciona ejemplos tangibles de su impacto. ¿En qué me-

did la eficiencia ha mejorado la administración de justicia en situaciones específicas?

Proponer medidas para equilibrar la eficiencia con la equidad y la justicia en las decisiones judiciales implica considerar cambios en los procedimientos legales y la capacitación de profesionales del derecho. ¿Cómo pueden los sistemas legales adaptarse para lograr este equilibrio?

A lo largo de este detallado análisis, se destaca la complejidad inherente a la interacción entre derechos y finanzas, que subraya la necesidad de un abordaje de campo. No se trata simplemente de asignar recursos, sino de garantizar que las políticas y decisiones económicas respalden de manera efectiva la protección y realización de los derechos. De esta forma se invita a la reflexión sobre la con-

exión intrínseca entre derechos y finanzas en diversos contextos. Además, ofrece un llamado a la acción para desarrollar y aplicar políticas que no solo reconozcan, sino que también aborden activamente esta intersección crucial. La realización efectiva de derechos no puede separarse de consideraciones financieras, y un enfoque integral es esencial para construir sociedades más justas y equitativas. ■



El concepto de espacio fiscal: recursos para la salud y la sustentabilidad financiera del Estado

En este artículo de la Revista IIDOS presentamos un análisis acerca del “espacio fiscal” que responde algunos interrogantes como: ¿qué engloba el concepto de “espacio fiscal”? ¿Cuáles son las propiedades con las que cuenta y qué características tienen? ¿De qué manera se podría implementar y cuál es su viabilidad para adecuar los costos del derecho?

Desarrollo del marco conceptual del espacio fiscal

La estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud aprobada en octubre del 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), representa una síntesis de las mejores prácticas en la construcción y el fortalecimiento de los sistemas de salud en el mundo. Esta iniciativa se puede considerar un hito que se suma a los principios de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, que declara la salud como un derecho humano fundamental y a la declaración de Alma-Ata del año 1978 y su vocación de alcanzar la salud para todos.

El espacio fiscal es la disponibilidad de espacio presupuestario que permite al Gobierno proveer los recursos para un propósito deseado, sin ningún perjuicio para la sustentabilidad de la posición financiera del Gobierno.

El concepto de “espacio fiscal” se refiere a la capacidad de los gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni

desplazar otros gastos socialmente necesarios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha realizado trabajos sobre el tema de espacio fiscal para la salud universal en las Américas. Estos trabajos buscan identificar las perspectivas de incremento del gasto en salud, a corto y mediano plazo, con el objetivo de dar respuesta a un conjunto de necesidades de salud claramente establecidas. Además, la OPS ha desarrollado un método para el análisis de espacio fiscal que consiste en un diagnóstico sobre las potenciales fuentes de recursos adicionales para el sistema de salud, evaluándolas en términos de cuantía y viabilidad política. Este método también incluye la búsqueda de formas de obtener más ingresos vía re-priorización, impuestos y otros medios, considerando que la distribución del gasto y las mejoras organizacionales que conduzcan a una mayor equidad son igualmente importantes para el logro de la salud universal.

En resumen, el espacio fiscal es un concepto clave en la estrategia de la OPS para avanzar hacia la salud universal, y se refiere a la capacidad de los gobiernos de asignar recursos adicionales al sistema de salud de manera sostenible. Además

de mantener la sustentabilidad de las finanzas del Gobierno, el espacio fiscal **debe mantener la estabilidad de la economía**.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Salud universal) significa que todas las personas y comunidades puedan utilizar servicios de salud integrales y de calidad cuando los necesiten, a lo largo del curso de vida. Para lograr ambos objetivos, se requiere la definición e implementación de políticas y acciones, con un enfoque intersectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad. Además, al promover la salud y el bienestar, debe ponerse énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura y el acceso universales son el fundamento de un sistema de salud equitativo y eficiente. La cobertura se construye a partir del acceso garantizado para la utilización de los servicios e implica que los mecanismos de financiamiento y de organización de los servicios deben ser suficientes para cubrir a toda la población. El acceso a la salud, por su parte, supone abordar los determinantes sociales y medioambientales de la salud para facilitar el pleno potencial de los individuos y asegurar un desarrollo humano sostenible.

El **concepto de espacio fiscal** para la salud hace referencia a la **capacidad de los gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios**. En cualquier análisis de espacio fiscal, por lo tanto, se intentan identificar las perspectivas de incremento del gasto en salud, a corto y mediano plazo, con el objetivo de dar respuesta a un conjunto de necesidades de salud claramente establecidas.

El compromiso político de avanzar hacia la salud universal **debe ir acompañado de un compromiso fiscal consecuente**. Sin embargo, se debe reconocer también que la salud no necesariamente es la única prioridad, ya que otros sectores sociales son también importantes (educación, infraestructura, vivienda, seguridad, etc.).

Por ello, es fundamental desarrollar un **abordaje de campo**, mediante un diálogo social amplio que implique, en el ámbito del gobierno, al ministerio de hacienda o finanzas (además de otras

instancias políticas de primer nivel) y a toda la sociedad, extendiendo la participación al mundo académico, las sociedades científicas, los sindicatos y corporaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. Para que un diálogo social amplio de este tipo produzca los resultados esperados, debe asentarse en información transparente y detallada sobre el impacto de un mayor gasto público en salud en la extensión de la cobertura y el acceso.

En definitiva, se trata de entender la necesidad del **aumento del espacio fiscal para la salud** como una condición necesaria, pero enmarcada en un proyecto de transformación de los sistemas de salud. Estas transformaciones deben apuntar a la equidad y la eficiencia del gasto, crear o fortalecer sistemas integrales e integrados de salud, con un primer nivel de atención resolutivo y articulador de redes, basado en un enfoque de atención primaria de salud que brinda no solo servicios curativos, sino también de promoción y prevención en salud.

El compromiso político de avanzar hacia la salud universal debe ir acompañado de un **compromiso fiscal consecuente**. En este sentido, el concepto de **espacio fiscal para la salud** hace referencia a la **capacidad de los Gobiernos de asignar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud, sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios**. El espacio fiscal para la salud se centra en la capacidad y viabilidad de estas fuentes adicionales de financiamiento, pero no responde a todos los interrogantes y aspectos relacionados con el gasto en salud.

En los casos en que el camino de transformación del sistema de salud se encuentra definido de antemano, o en proceso de definición, los estudios de espacio fiscal pueden adquirir una importancia crucial y responder de manera efectiva a la interrogante de si las intervenciones podrán ser financiadas de manera sostenible. El volumen de recursos necesarios para avanzar de forma efectiva hacia la salud universal dependerá de los costos de la atención, la infraestructura y los precios nacionales y, por lo tanto, pueden implicar esfuerzos diferentes entre países.

Pasos para la implementación del espacio fiscal

1. Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud

La estrategia, aprobada en octubre de 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la OPS, se erige como un hito que amalgama las mejores prácticas en la construcción y fortalecimiento de sistemas de salud a nivel mundial.

2. Fundamentos legales

Esta iniciativa se alinea con los principios de la Constitución de la OMS de 1948, que proclama la salud como un derecho humano fundamental, y la declaración de Alma-Ata de 1978, que aspira a la salud para todos.

3. Espacio fiscal y sustentabilidad financiera

El espacio fiscal, esencial para el desarrollo de la estrategia de acceso universal a la salud, se define como la capacidad del Gobierno para proporcionar recursos presupuestarios adicionales sin comprometer la estabilidad financiera. Además de mantener la sustentabilidad de las finanzas gubernamentales, el espacio fiscal debe preservar la estabilidad económica global.

4. Acceso universal y cobertura universal: pilares del sistema de salud.

El acceso universal a la salud implica que todas las personas y comunidades puedan utilizar servicios integrales y de calidad a lo largo de sus vidas, destacando la importancia de políticas intersectoriales. La cobertura universal se construye sobre el acceso garantizado, asegurando que los mecanismos financieros y organizativos sean suficientes para abarcar a toda la población.

5. Diálogo social amplio y compromiso fiscal

La implementación de la estrategia requiere un diálogo social amplio, involucrando al gobierno, ministerios de hacienda, sociedad civil, académicos, sindicatos y más.

El compromiso político para avanzar hacia la salud universal debe reflejarse en un compromiso fiscal

coherente, reconociendo que la salud no es la única prioridad.

6. Transformación de los sistemas de salud: equidad y eficiencia: condición necesaria

El aumento del espacio fiscal se entiende como una condición necesaria enmarcada en la transformación de los sistemas de salud. La transformación busca la equidad y eficiencia del gasto, fortaleciendo sistemas integrales basados en atención primaria de salud.

7. Espacio fiscal y transformación del sistema de salud: enfoque en el cambio.

El espacio fiscal para la salud se enfoca en la capacidad de asignar recursos adicionales sin afectar otras áreas cruciales. Se considera una herramienta crucial en procesos de transformación. El diálogo social informado y transparente se posiciona como clave para evaluar el impacto de un mayor gasto en salud en la extensión de la cobertura y acceso.

La estrategia de acceso universal a la salud se erige sobre la intersección de políticas sanitarias, financiamiento gubernamental, y compromiso social.

La implementación efectiva requiere abordar desafíos financieros sin descuidar otras prioridades. La colaboración entre diversos actores y el diálogo informado son esenciales para forjar sistemas de salud equitativos y sostenibles.

El concepto de “espacio fiscal” propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se relaciona estrechamente con el Análisis Económico del Derecho (AED) y el estudio del Costo de los Derechos.

Desde la perspectiva del AED, el “espacio fiscal” puede ser visto como una medida de la eficiencia económica de las políticas de salud. El AED se centra en la eficiencia económica de las normas jurídicas y cómo estas pueden influir en el comportamiento humano. En este contexto, el “espacio fiscal” representa la capacidad del gobierno de proporcionar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin comprometer la estabilidad financiera.

Por otro lado, el estudio del Costo de los Derechos se enfoca en los costos asociados con la garantía y

protección de los derechos por parte del Estado. En este marco, el “espacio fiscal” puede ser visto como una medida del costo de garantizar el derecho a la salud.

En resumen, el concepto de “espacio fiscal” propuesto por la OPS proporciona un marco útil para entender cómo los derechos y las restricciones económicas pueden interactuar y cómo la eficacia de los derechos puede estar ligada a la capacidad de financiamiento del Estado.

Las cuatro propiedades del espacio fiscal

En los trabajos sobre el espacio fiscal para la salud se revisa la bibliografía existente para identificar características específicas de este concepto o condiciones sobre su aplicación. Como resultado, se definen **cuatro propiedades** que deben estar presentes en la consecución de un mayor espacio fiscal para la salud: sostenibilidad, justificación, adición de recursos y voluntad política y social (Ver Figura 1).

Se requiere la existencia de una justificación que respalde la necesidad de más recursos. Es decir, no se crea espacio fiscal solo porque sea factible, sino porque existen uno o varios objetivos predefinidos que lo demandan. Este puede ser el financiamiento de un programa específico de salud, alcanzar el acceso universal efectivo a los servicios de salud, aumentar el gasto público en prestaciones de salud hasta un nivel mínimo o implementar una hoja de ruta específica hacia la salud universal.

La otra característica o condición es la de contar con recursos adicionales. Este supuesto, si se considera de forma restringida, es uno de los más excluyentes, y por ello casi todos los autores son flexibles en cuanto a su interpretación. Por ejemplo, la redistribución del presupuesto público entre salud y educación no implica nuevos recursos, como tampoco la contracción del gasto público debido a una mayor eficiencia. Sin embargo, ambos liberan recursos que antes no estaban disponibles, y en cierta forma, son recursos adicionales que se pueden emplear. Así, esta característica queda definida por el hecho de ser recursos fiscales de los que no se disponía en el momento del análisis y que, de no mediar intervención, no se habrían generado.

Por último, se destaca la necesidad de una viabilidad política y social para su realización. La cobertura uni-

Figura 1
Propiedades del espacio fiscal



versal es más una cuestión política y legal que una cuestión técnica. Y esa cuestión política descansa sobre un respaldo social de los esfuerzos asociados

Viabilidad del espacio fiscal para adecuar los costos del derecho

Al enfocarse en la viabilidad del espacio fiscal **para adecuar los costos del derecho a la salud**, los estudios desarrollados por la OPS revelan una realidad compleja. Se destaca que, aunque existen posibilidades de crear este espacio fiscal en los países, el crecimiento económico por sí solo no es suficiente para generar los recursos adicionales necesarios.

Surge con claridad **la necesidad ineludible de mejorar y aumentar la recaudación de recursos fiscales**. El simple crecimiento económico no satisface las demandas del sistema de salud, y es crucial explorar vías adicionales de financiamiento.

En muchos casos, se identifica la conveniencia de revisar los gastos tributarios para detectar exenciones injustas o sin beneficios tangibles para los países. Este enfoque apunta a optimizar la distribución de los recursos y garantizar que cada exención contribuya de manera efectiva al bienestar general. El aumento de impuestos específicos sobre productos como alcohol y tabaco se plantea como una estrategia. Aunque la recaudación directa puede ser limitada, los ahorros previsibles para el sistema de salud podrían ser sustanciales. Este enfoque no

solo busca ingresos adicionales, sino que también actúa como una medida de salud pública al desincentivar el consumo perjudicial.

Las medidas para mejorar la eficiencia deben acompañar estos esfuerzos. Alineándose con los principios de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la eficiencia se convierte en un componente esencial para garantizar un uso óptimo de los recursos disponibles.

Decisiones políticas y técnicas

Desde una perspectiva política, la obtención de créditos y donaciones a largo plazo no se percibe como una fuente viable. Las decisiones políticas, a menudo condicionadas por factores internos, juegan un papel crucial. La estrategia de transformación de los sistemas de salud y la discusión sobre el espacio fiscal para la salud requieren decisiones políticas más que técnicas.

Los sistemas democráticos más desarrollados permiten una asignación social de recursos más eficiente, donde la salud emerge como una necesidad prioritaria. Sin embargo, la toma de decisiones correctas en este contexto requiere la disponibilidad de evidencia técnica sólida.

Fuentes de creación de espacio fiscal

El marco conceptual se basa en tres fuentes para la creación de espacio fiscal: **el aumento de impuestos, la repriorización interna del gasto en salud en los presupuestos públicos y el aumento de la ayuda externa para el financiamiento en salud.** Estas vías se entrelazan en la búsqueda de un equilibrio sostenible. El espacio fiscal específico para la salud se define como la capacidad de los Gobiernos para incrementar el gasto en salud sin comprometer su solvencia a largo plazo o restringir el gasto en otros sectores cruciales para alcanzar objetivos de desarrollo más amplios.

Seis razones para realizar la medición de los costos de los derechos que permitan lograr la viabilidad del espacio fiscal.

1. *Transparencia y claridad financiera*

Medir los costos asociados a los derechos, es-

pecialmente en el contexto de la salud, proporciona transparencia y claridad financiera. Esto implica entender de manera detallada cuánto implica implementar y garantizar esos derechos en términos económicos.

2. *Priorización de recursos*

Al medir los costos, se puede realizar una priorización efectiva de los recursos. Esto significa asignar fondos de manera estratégica, identificando las áreas donde la inversión tendrá el mayor impacto en la realización de los derechos y, en este caso, en la mejora de la salud pública.

3. *Eficiencia en el gasto*

La medición de costos permite identificar ineficiencias y áreas de mejora en el gasto. Al entender cuánto se gasta y en qué áreas, se pueden implementar medidas para optimizar el uso de los recursos y garantizar que cada dólar invertido tenga el máximo impacto posible.

4. *Planificación financiera a largo plazo*

Conocer los costos a largo plazo de la implementación de derechos permite una planificación financiera más efectiva. Esto es esencial para asegurar la sostenibilidad del espacio fiscal, evitando crisis financieras y garantizando que los recursos estén disponibles de manera continua.

5. *Alineación con prioridades*

La medición de costos permite alinear la asignación de recursos con las prioridades gubernamentales y sociales. Esto es especialmente importante en el ámbito de la salud, donde las necesidades pueden cambiar con el tiempo, y es esencial ajustar la financiación en consecuencia.

6. *Abordaje de campo: negociación y diálogo*

Al tener datos concretos sobre los costos, se facilita la negociación y el diálogo, tanto a nivel nacional como internacional. Esto es crucial para obtener el apoyo necesario, ya sea a través de financiamiento interno o externo, y para construir consensos en torno a la importancia de garantizar estos derechos. ■

LA PUBLICACIÓN
DE LA REVISTA DE IIDOS,
ES POSIBLE GRACIAS
AL APOYO DE:



Interrelaciones emergentes

Desde el paradigma del “abordaje de campo” el IIDOS desarrolló un análisis de interrelaciones e influencias entre el Análisis Económico del Derecho (AED), el Costo de los Derechos y el Espacio Fiscal de la OPS.

1 Eficiencia económica y normas jurídicas (AED)

El Análisis Económico del Derecho (AED) se basa en la premisa de que las normas jurídicas tienen implicaciones económicas y que evaluar estas implicaciones es esencial para lograr resultados sociales valiosos. En este contexto, el AED busca la eficiencia económica, es decir, la asignación óptima de recursos escasos para maximizar el bienestar general. Este enfoque incentiva a los legisladores a adoptar medidas legalmente óptimas que minimicen los costos y maximicen los beneficios económicos.

2 Costos asociados con la protección de derechos (costo de los derechos)

El estudio del Costo de los Derechos reconoce que garantizar y proteger los derechos conlleva costos financieros. Estos costos incluyen la financiación de organismos estatales para supervisar el cumplimiento de los derechos y sancionar su incumplimiento. La recaudación de impuestos es la fuente principal de financiamiento, y este proceso implica un equilibrio delicado entre proporcionar protección adecuada de los derechos y gestionar eficientemente los recursos financieros disponibles.

3 Espacio fiscal en el contexto de la salud (OPS)

El concepto de Espacio Fiscal, según la OPS, se refiere a la capacidad del gobierno para proveer recursos adicionales al sistema de salud sin afectar negativamente las finanzas públicas o desplazar otros gastos esenciales. Este enfoque destaca la importancia de evaluar la viabilidad política y la cuantía de

las fuentes potenciales de recursos adicionales para el sistema de salud.

4 Interrelación y fusión de conceptos

Estos tres conceptos pueden fusionarse en un marco de análisis integral. Al considerar la eficiencia económica de las normas jurídicas (AED), los costos asociados con la garantía y protección de los derechos (Costo de los Derechos), y la capacidad del gobierno para proporcionar recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud (Espacio Fiscal de la OPS), se obtiene una visión completa de cómo estas dimensiones interactúan.

5 Aplicación en el ámbito de la salud

En el contexto de la salud, este marco puede ayudar a evaluar la eficacia y eficiencia de las políticas de salud. Se consideran los beneficios económicos de las normas jurídicas relacionadas con la salud, los costos asociados con la protección de los derechos de salud, y la capacidad del gobierno para financiar iniciativas de salud sin comprometer otras áreas críticas del presupuesto público.

6 Balance entre derechos, eficiencia y sostenibilidad financiera

La interrelación de estos conceptos permite un enfoque balanceado. Se reconoce la importancia de los derechos y la eficiencia económica, al tiempo que se considera la sostenibilidad financiera a través del análisis del espacio fiscal. Esto es crucial para garantizar que la protección de los derechos no se vea comprometida por limitaciones financieras y viceversa.

7 Resultados sociales valiosos

En última instancia, este enfoque integrado busca contribuir a la obtención de resultados sociales valiosos al equilibrar la protección de los derechos, la eficiencia económica y la sostenibilidad financiera en el ámbito legal y de la salud.

Ejes de interrelación Análisis Económico del Derecho (AED) y costo de los derechos

- El AED y el Costo de los Derechos están estrechamente vinculados. El AED busca la eficiencia económica en la asignación de recursos, mientras que el Costo de los Derechos reconoce que garantizar y proteger los derechos tiene costos financieros.
- Por lo tanto, el AED puede ayudar a minimizar los costos asociados con la garantía y protección de los derechos, maximizando al mismo tiempo los beneficios económicos.

AED y espacio fiscal de la OPS

- El AED también está relacionado con el Espacio Fiscal de la OPS. El AED puede ayudar a identificar las normas jurídicas y las políticas de salud que proporcionan el mayor beneficio económico, lo que a su vez puede ayudar a maximizar el uso de los recursos disponibles dentro del espacio fiscal.

Costo de los derechos y espacio fiscal de la OPS

- El Costo de los Derechos y el Espacio Fiscal de la OPS también están interrelacionados.
- Los costos asociados con la garantía y protección de los derechos deben financiarse dentro del espacio fiscal disponible.
- Por lo tanto, el análisis del espacio fiscal puede ayudar a determinar la capacidad del gobierno para financiar la protección de los derechos sin comprometer otras áreas críticas del presupuesto público.

Abordaje de campo del IIDOS y los demás conceptos

- El Abordaje de Campo del IIDOS, que enfatiza un enfoque interdisciplinario para la implementación de políticas de salud pública, puede integrarse con el AED, el Costo de los Derechos y el Espacio Fiscal de la OPS para proporcionar un marco de análisis más completo.
- Este enfoque interdisciplinario permite una comprensión más profunda de cómo los derechos y

las restricciones económicas pueden interactuar y cómo la eficacia de los derechos puede estar ligada a la capacidad de financiamiento del Estado.

- Estos cuatro conceptos están interrelacionados e influyen entre sí de varias maneras. Juntos, proporcionan un marco analítico poderoso que aborda las complejas relaciones entre derechos, eficiencia económica y sostenibilidad financiera en el contexto legal y de la salud.

Presentación de fórmulas

FÓRMULA DE ANÁLISIS ECONÓMICO DEL DERECHO

Para el Análisis Económico del Derecho (AED), la fórmula de la Eficiencia Económica (EF) es:

$$EF = \text{Beneficios Económicos Netos} / \text{Costos Jurídicos y Sociales}$$

Donde: “Beneficios Económicos Netos” son los resultados positivos en términos económicos derivados de la aplicación de una norma jurídica. “Costos Jurídicos y Sociales” son los costos asociados con la creación, implementación y cumplimiento de dicha norma.

FÓRMULA DEL COSTO DE LOS DERECHOS

Para el Estudio del Costo de los Derechos (CD), la fórmula es:

$$CD = \text{Presupuesto Asignado para Derechos} / \text{Número de Derechos Garantizados}$$

Donde: “Presupuesto Asignado para Derechos” es la cantidad de recursos financieros destinados a garantizar y proteger los derechos otorgados por el Estado. “Número de Derechos Garantizados” es la cantidad de derechos individuales o colectivos cubiertos por ese presupuesto.

FÓRMULA DEL ESPACIO FISCAL

Para el Espacio Fiscal, la fórmula (EF) es:

$$EF = \text{Ingresos Fiscales} - \text{Gastos Obligatorios} - \text{Gastos en Salud}$$

Donde: “Ingresos Fiscales” representan los ingresos totales del gobierno, principalmente a través de la recaudación de impuestos.

“Gastos Obligatorios” son los gastos que el gobierno está legalmente obligado a realizar, como el pago de la deuda pública.

“Gastos en Salud” son los gastos actuales del gobierno en el sistema de salud. ■

Hacia una reducción del costo de los derechos: propuesta y una experiencia real desde el abordaje de campo

PRESENTACIÓN

El abordaje de campo de IIDOS de OSDEPYM propone una visión gradual, integral y colaborativa para la gestión de conflictos en el ámbito de la salud. Este enfoque reconoce que los conflictos, ya sean relacionales, económicos o derivados de la praxis médica, pueden generar pérdidas significativas de tiempo y recursos, deteriorar las relaciones y conducir a la prestación de servicios de salud insatisfactorios.

La propuesta hacia una reducción de los costos de los derechos y la necesidad de gestar y potenciar organizaciones de salud “saludables” se abordan a través de la implementación de métodos colaborativos de prevención y gestión de conflictos. Estos métodos, que incluyen la mediación formal e informal, son sencillos, eficientes y menos costosos, y permiten la elaboración de acuerdos duraderos sin perjudicar la relación entre las partes.

La mediación en salud, tanto formal como informal, ofrece un espacio de escucha y reconocimiento de intereses y necesidades, y permite la intervención cola-

borativa de un tercero imparcial experto en el tema de fondo. Esta facilitación especializada en la dinámica y naturaleza del sector salud mejora las probabilidades de llegar a acuerdos satisfactorios, reduciendo los costos vinculados y económicos.

En este sentido, las organizaciones de salud “saludables” son aquellas que han adoptado una cultura de mediación y prevención de conflictos, y que cuentan con un equipo interno multidisciplinario capacitado en técnicas y herramientas de resolución colaborativa de conflictos. Estas organizaciones inteligentes e innovadoras son capaces de detectar tempranamente los conflictos, identificarlos y prevenir su escalada, lo que resulta en una gestión más eficiente y sostenible de los recursos de salud.

El abordaje de campo de IIDOS de OSDEPYM proporciona un marco efectivo para la reducción de los costos de los derechos y la gestión de organizaciones de salud “saludables”, promoviendo una cultura de colaboración y prevención de conflictos en el ámbito de la salud.

La necesidad de gestar y potenciar organizaciones de salud “saludables”



Por la Dra. Alicia Gallardo* y la Dra. Ingrid Küster**, abogadas mediadoras especialistas en conflictos del sector salud

INTRODUCCIÓN

¿Cómo la mediación en salud puede ayudar a resolver conflictos y reducir costos en el ejercicio de los derechos en las organizaciones de salud?

El derecho a la salud genera conflictos no gestionados o resueltos de modo sostenible; por ejemplo, los conflictos relacionales entre los médicos, enfermeros y pacientes, entre los financiadores y sus afilia-

***Alicia Gallardo** es abogada, mediadora, disertante, formadora de mediadores y docente universitaria, es co-autora del capítulo Métodos Participativos de Resolución de Conflictos en Tratado de Derecho Médico del Dr. Óscar Garay y actualmente es la Presidente Asociación Argentina de Mediadores en Salud (AAMES).

****Ingrid Küster** es abogada, mediadora, y actualmente se desempeña como asesora en mediación de la Legislatura de la Pcia. de Neuquén; en el Instituto Superior de Ciencias de la Salud y Gestión (ISSAG) y Escuela de Formación Sindical y Laboral de ATSA, en “Mediación Bariloche”, espacio dedicado a la capacitación en Mediación, Negociación, Comunicación y Métodos de Resolución de Conflictos.

dos/socios, derivados de la praxis médica, conflictos económicos derivados de la finitud de los recursos y una demanda de prestaciones infinita, de los medicamentos de alto costo; en el marco de los equipos de trabajo con las organizaciones de salud, entre otros. La falta de gestión positiva de los conflictos da lugar a pérdidas de tiempo y recursos, al deterioro de las relaciones, a la mala utilización de los recursos humanos y puede conducir a prestar servicios de salud que no satisfacen a los usuarios, pudiendo incluso tener que hacer frente a demandas por parte de estos.

Sin menoscabar la importancia de la intervención judicial y reconociendo que en muchas oportunidades resulta la única alternativa posible, debe destacarse la efectividad de otros instrumentos existentes aun en ese ámbito.

Sencillos, eficientes y menos costosos, los métodos colaborativos de prevención y gestión de conflictos constituyen herramientas de trabajo participativas entre los involucrados, capaces de facilitar la elaboración de acuerdos duraderos, sin perjudicar la relación entre las partes.

Entre los procedimientos más reconocidos por su efectividad para tratar la conflictiva en el ámbito de la salud se destaca, el proceso de mediación. Participativo, no adversarial y flexible, pone a disposición de las partes, un tercero neutral pero especializado, que las asiste en la negociación, con el fin de que puedan arribar a un resultado mutuamente aceptable.

La mediación en salud ofrece un espacio de escucha y reconocimiento de intereses y necesidades, de gestión del conflicto a través de la empatía, la comunicación y la negociación, permitiendo la intervención colaborativa de un tercero imparcial experto en el tema de fondo. Esta facilitación especializada en la dinámica y naturaleza del sector salud, mejora las probabilidades de arribar a acuerdos satisfactorios, ocasionando menores costos vinculares y económicos.

MEDIACIÓN FORMAL

¿Cómo puede la mediación formal cambiar el paradigma de confrontación en las organizaciones de salud?

Ahora bien, independientemente de la mediación, que se utiliza como proceso previo a la iniciación de un juicio, que denominaremos **mediación formal**, creemos que esos conflictos deben ser gestionados en el interior de las organizaciones sanitarias, cam-

biando el paradigma de la confrontación a un paradigma de colaboración.

MEDIACIÓN INFORMAL

¿Cómo la mediación informal puede prevenir conflictos en las organizaciones de salud?

Instalando en la organización la cultura de la **mediación informal**, el conflicto es detectado tempranamente, se lo identifica, y se impide que escale, allí comienza la intervención de un equipo interno multidisciplinario: mediadores médicos, abogados, y de cualquier otra disciplina que sea necesaria según el tipo de organización que se trate.

Las organizaciones inteligentes con una visión innovadora operan esos conflictos creando un sistema de prevención, mediante recursos humanos capacitados en las técnicas y herramientas que se utilizan para los procesos de resolución colaborativa de conflictos tales como la negociación y la mediación sanitaria.

ANTECEDENTES DE MEDIACIÓN EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

¿Cómo ha evolucionado la mediación en Argentina y cómo ha influido en la resolución de conflictos en el ámbito de la salud?

En Argentina, el 19 de agosto de 1992, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el decreto Nro. 1480/92, que declaró de interés nacional la institucionalización y el desarrollo de la Mediación como método alternativo de resolución de conflictos y por resolución del 8 de septiembre de 1992 el Ministerio de Justicia reglamentó la creación del Registro de Mediadores.

El 5 de octubre de 1995 se sancionó la ley 24.573 que estableció la obligatoriedad de la Mediación como proceso previo a la iniciación de acciones judiciales para los fueros civil y comercial con algunas excepciones respecto de algunos procesos. Esta ley fue debatida y generó muchos desacuerdos entre las cámaras y dentro de cada una de ellas. Los temas más polémicos fueron la obligatoriedad, los abogados como únicos profesionales que podrían capacitarse para ser habilitados para integrar el registro y ejercer la mediación judicial y prejudicial.

El 15 de abril de 2010 entra en vigor la ley 26589 que sustituye la ley 24573 aunque continuó sus grandes lineamientos. La modificación que debe mencionarse en primer término es que incorpora al sistema, en forma definitiva, el proceso de mediación prejudicial

obligatorio. En el mensaje de elevación del proyecto al Honorable Congreso de la Nación se reconoció que la vigencia de la ley 24573 y sus prorrogas “significó, además de una apreciable reducción de causas judiciales, una apuesta a la autocomposición de las partes para la resolución de los conflictos, con el consiguiente ahorro de tiempo, dinero y esfuerzos por parte de los involucrados.

Esta ley 26589 en su artículo 10 incorpora la figura del Profesional Asistente para actuar bajo la dirección y responsabilidad del mediador. Se trata de profesionales formados en disciplinas afines al conflicto materia de la mediación que pueden actuar previo consentimiento de la totalidad de las partes.

Con esta incorporación de otras disciplinas como colaboradores del abogado mediador apreciamos una posible introducción de profesionales de la salud (médicos, enfermeros, sanitaristas, administrativos, etc) capacitados como mediadores para facilitar el diálogo en el ámbito prejudicial, aunque el sistema aún no ha desarrollado esta figura con la intensidad que consideramos sería de mayor efectividad.

No obstante, en lo que respecta a praxis médica, algunos aseguradores comerciales de este riesgo han tenido muy buenos resultados en la gestión de los siniestros en mediación, cuando han podido trabajarlos con dedicación, a punto tal que hay un promedio de más del 35% de acuerdos y pago sobre el total de reclamos por esa vía en las que los aseguradores de este ramo han participado de la Mediación al ser citados en garantía. *(F. Mariona Ceo de RiskOut)

Recordemos también que Argentina al ser un país federal cuenta con la posibilidad de que las provincias dicten normativa en tal sentido. Al respecto los accesos a justicia pueden variar dependiendo entonces en la provincia en la que se encuentren. (<https://www.cnaj.gob.ar/cnaj/>)

MEDIACIÓN SANITARIA ¿DE QUÉ SE TRATA?

¿Cómo la Mediación Sanitaria, como una especialización concreta de la Mediación, puede contribuir a la resolución de conflictos en el ámbito de la salud y qué tipo de formación se requiere para los profesionales que intervienen en este proceso en Argentina?

Ahora bien independientemente del proceso de mediación como previo a la instancia judicial, abordada

por mediadores generalistas por otorgarles alguna denominación, creemos que la Mediación Sanitaria debiera constituirse en una especialización concreta de la Mediación, institucionalizando la creación de programas de formación específica de abogados, médicos, psicólogos y auxiliares de la medicina que posean verdadera vocación para intervenir en la facilitación del diálogo como mediadores y/o asesores de las partes para poder colaborar en el proceso, logrando en conjunto un puente para el acuerdo.

De hecho, en Argentina estamos capacitando en Mediación Sanitaria específicamente a los profesionales que así lo requieran transmitiendo la particularidad de esta conflictiva que en nuestro ámbito podría derivarse de los siguientes temas:

- Conflictos derivados de la praxis médica
- Conflictos derivados de la utilización de los sistemas de salud
- Conflictos derivados por la falta o fallas en la comunicación de los profesionales con los pacientes o con los familiares de los pacientes
- Conflictos derivados de la convivencia de los equipos de profesionales y auxiliares dentro de las organizaciones de salud

Esta capacitación con una mirada integral del conflicto, sus causas y modos de gestión, pretende otorgar estándares de calidad para que la actuación tanto por parte de los Mediadores cuanto de los Asesores letrados de los requirentes y de los requeridos sea de mucha mayor profundidad respecto de las características particulares de los conflictos del sector salud, las implicancias psicológicas y emocionales que rodean a las personas involucradas en ellos, casi siempre en situaciones de alta vulnerabilidad.

Asimismo, este programa también es receptado por una de las entidades gremiales que nuclea a los trabajadores de la salud, la **Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina** (ATSA) que brinda capacitación y formación muy variada a sus afiliados, entre ella la de Mediación Sanitaria para enfermeros, administrativos en organizaciones de salud, camilleros, laboratoristas, acompañantes terapéuticos, personal de geriatría, etc.

EL CONFLICTO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

¿Cómo ha evolucionado la relación entre el médico y el paciente en la práctica médica y cómo estos

cambios han influido en la aparición de conflictos en el ámbito de la salud?

En los contenidos de la capacitación a los profesionales que se interesen por la Mediación Sanitaria creemos imprescindible incorporar en la temática la naturaleza de los conflictos en la práctica médica.

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

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

Bajo dicho principio, el médico ha puesto al servicio de su paciente los conocimientos que posee, así como las habilidades y destrezas adquiridas en el transcurso de su ejercicio profesional. También, y en forma determinante, ha dispuesto de sus cualidades personales, de su naturaleza racional y su deseo de aliviar la situación desafortunada del paciente, fundando su actuar en principios éticos de aplicación universal. Es imprescindible comprender, que todo ello ha constituido la piedra basal de la relación médico-paciente, permitiendo que el lugar ostentado por los profesionales resultara poco menos que sagrado.

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

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

Comprender este conjunto de necesidades del paciente, para favorecer su estado de salud, le ha dado al médico un estatus que pocas profesiones han lo-

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

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

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

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

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

Adicionalmente, cuando por diversas circunstancias en el transcurso de la atención médica no se obtienen los resultados esperados, factores como la desinformación, la falta de comunicación con su médico e inclusive la intervención de terceros ajenos a esta re-

lación, pueden distorsionar la apreciación del acto médico, originando que el paciente atribuya estos resultados desfavorables más a un acto de mala práctica que a la simple y llana evolución natural de la enfermedad. La actitud del médico o de los enfermeros, por otra parte, contribuye en muchas ocasiones a la existencia de una comunicación deficiente, de tal suerte que no obstante contar con los conocimientos y habilidades suficientes para actuar con bases científicas, con pericia y diligencia, sus desatenciones generan desconfianza y con ello una respuesta de la paciente contraria a sus expectativas.

De ahí que las demandas por mala práctica tengan un origen multifactorial, aunque su aumento es un hecho que no pasa desapercibido, como tampoco lo es su vinculación con el concepto de medicina defensiva, tan arraigado en algunos países desarrollados de Europa, así como en los Estados Unidos de Norteamérica. Es conocido el incremento de costos resultantes de la aplicación de criterios de “medicina defensiva” en países con una cultura altamente litigiosa en materia de controversias médicas.¹

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

Por su parte el paciente ha adoptado una actitud altamente litigiosa, incentivada por la participación de terceros ajenos, lo que a su vez orilla a los médicos

¹Según un reporte de la Asociación Médica de Canadá publicado en 1995, se estima que en los Estados Unidos 17.6% de los gastos de atención médica se relacionan con prácticas de medicina defensiva. Este estudio también refiere que, por cada dólar destinado a cubrir las primas de seguros de responsabilidad profesional, se gastan US 2.70 dólares como producto de prácticas defensivas, estimando, además, que sólo en Texas el costo anual para ese Estado llega a US 702 millones de dólares anuales. Para 1998, la misma revista publicó que en el caso de los ginecólogas la prima anual de protección médico legal por mala práctica llegó a US 19,712 dólares para cubrir gastos hasta por US 3 millones de dólares por

incidente, lo cual tiene un significado importante en cuanto a las prácticas de medicina defensiva que se están ejerciendo en ese país.

Por otra parte, un estudio publicado en la The British Medical Journal (BMJ) en 1995 sobre el tema, concluyó que 98% de los médicos encuestados aceptaron haber cambiado su práctica por temor a la inconformidad y el 80% manifestaron haber sentido temor a ser demandados. El reporte también concluye que más de la mitad de los médicos aceptaron haber aumentado las prácticas vinculadas con la medicina defensiva: el número de pruebas diagnósticas, las referencias a otros especialistas, el número de consultas de seguimiento, el detalle de la información brindada al paciente y la documentación médica.

a buscar protección legal contratando costosos seguros de responsabilidad profesional.

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

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

LA ESCASA FLEXIBILIDAD DEL PROCESO JUDICIAL

¿Cómo puede la mediación sanitaria, con su enfoque flexible y centrado en las personas, mejorar la relación entre médicos y pacientes, reducir los costos del sistema y mitigar los efectos negativos del proceso judicial tradicional en la autoconfianza y la imagen de los profesionales de la salud?

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

El rol del mediador sanitario consiste en analizar el conflicto en su totalidad, ayudando a las partes a ex-

plorar los intereses y valores afectados, acercándolos para intentar restablecer la comunicación con el objetivo que logren escucharse, “se pongan en el lugar del otro,” inventen opciones creativas de solución, y evalúen las alternativas con las que cuentan en caso de no lograr un acuerdo; intentando a través de una, dos o más reuniones, llegar a un acuerdo que satisfaga en diferentes aspectos de sus recíprocos intereses. Asimismo, se busca que ambas partes se retiren de la mesa de la Mediación sintiendo que han resuelto el conflicto, aunque algo hayan resignado; teniendo en cuenta que “ganar” en este proceso no significa únicamente ganar dinero, sino una disculpa, tiempo, prestigio, autoestima, reconocimiento, comprender lo que sucedió y muchos otros valores en juego en este tipo de situaciones.

La Mediación se desarrolla fuera del ámbito de tribunales; en las oficinas del mediador, que deben estar adaptadas para este proceso con todas las características de un ambiente calmo y distendido, en el que las partes se sientan cómodas para poder expresarse y contenidas frente al conflicto que las llevó hasta allí. Es un proceso confidencial; lo que allí se ventila queda amparado por el deber de confidencialidad de todos los que comparecen, a diferencia de la publicidad de los juicios. El proceso judicial en general tiene influencias negativas sobre la conducta de los médicos, constituyendo en muchos casos un hecho vergonzante, que menoscaba la autoconfianza, tanto que existe cierta reticencia a hablar del hecho -incluso entre colegas-, circunstancias estas que, a su vez, acentúan la presión, aumentando la posibilidad de incurrir en nuevos errores.

El mediador sanitario es un profesional capacitado específicamente para conducir estos procedimientos en un rol de tercero neutral e imparcial y su función es colaborar con las partes (médico y paciente o familiar del paciente y sus abogados) para que logren escucharse y entenderse buscando una solución que satisfaga los intereses de ambos. Muchas veces un pedido recíproco de disculpas alcanza para contener la escalada de un conflicto que quizá se originó por fallas en la comunicación entre ambos.

Para poder comprender más claramente lo que allí se dice, facilitar la comunicación entre las partes y aumentar las posibilidades de llegar a un acuerdo, es imprescindible que el mediador sea especialista en Mediación Sanitaria y por ende conozca el lenguaje,

el valor de los términos y expresiones utilizados para explicitar los hechos, los procesos y los conflictos principales de la actividad.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA NACIÓN

¿Cuál es el estado y las expectativas del proyecto de Mediación Sanitaria presentado a la Superintendencia de Servicios de Salud?

En el año 2020 hemos presentado un proyecto en la Superintendencia de Servicios de Salud para que todos los reclamos formulados por los usuarios del sistema de salud, respecto de los servicios brindados por las Obras Sociales y /o por las Empresas de Medicina Prepaga, sean gestionados a través de la Mediación Sanitaria. Ello fue valorado por las autoridades, pero aún no se ha implementado. Quizá no existe en nuestro país la decisión política necesaria para implementar este tipo de procedimientos, que como sabemos, afecta algunos intereses pero que benefician a la población. Aguardamos con mucha expectativa que a la brevedad se soslayen las diferencias y se ponga en marcha.

MEDIACIÓN INTRAORGANIZACIONAL: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA ARGENTINA

¿Cómo ha impactado el sistema de mediación interna “El Hospital te escucha”, implementado en el Hospital de Pringles en Buenos Aires, en la prevención y manejo de conflictos sanitarios,

¿Y cómo contribuye a la humanización de la atención médica y a la mejora de las relaciones dentro del equipo de salud?

¿Qué lecciones se pueden aprender de esta primera experiencia de mediación intraorganizacional en Argentina?

¿Cómo se ve reflejado este impacto en los pacientes y en el personal de salud?

Quienes hace años abordamos los conflictos sanitarios como Mediadores, instamos a las Organizaciones de Salud para que diseñen un sistema interno de Prevención de Conflictos y de ese modo puedan construir espacios de diálogo para evitar que los conflictos escalen o se cronifiquen.

En nuestro país, en la Provincia de Buenos Aires, específicamente en el Hospital de Pringles en el año 2016, nuestra colega mediadora la Lic. Soledad Tizon

juntamente con el director del Hospital Dr. Felipe Nicolás Queti, han diseñado un sistema de mediación interno denominado “El Hospital te escucha”.

Ellos mismos lo describen en su funcionamiento y efectividad, especialmente para esta publicación.

Cuando hablamos de humanización, no sólo hablamos de la atención humanizada a los pacientes o usuarios del sistema, sino que también hablamos de humanizarnos y humanizar a nuestros equipos.

Esto es emprender con valentía el camino de concernos para entregarnos mejor al otro. Humanizar los equipos es trabajar seriamente en los vínculos que establecemos dentro de las instituciones de las que formamos parte; es animarnos a mirar de frente las emociones haciéndoles lugar para transformarlas de una manera constructiva en pos de nuestro crecimiento y que luego redunde en las relaciones que establecemos con el otro; es habilitar buenas prácticas de comunicación, para que luego sí, se derrame sobre los pacientes y sus familias.

La escucha respetuosa y activa del otro nos va otorgando pistas de lo necesario a construir en conjunto con una comunidad que es la usuaria de nuestras organizaciones sanitarias. Es construir organizaciones sanitarias que respondan a lo que en algún momento nosotros mismos utilizaremos, como versa aquella máxima: “Todos en algún momento fuimos, somos o seremos pacientes” Construir las organizaciones a medida de los usuarios es garantizar también nuestra propia asistencia sanitaria. Y esta es la pretensión última de la existencia de los dispositivos de mediación dentro de los hospitales, habilitar prácticas de mediación es en definitiva y a nuestro criterio, educar y educarnos, generar espacios cotidianos que respondan a las necesidades de todos y hacerlo desde el respeto y la empatía, ofreciendo un lugar seguro donde plantear lo que me ocurre con mi efector de salud para juntos encontrar un camino que nos lleve a un mejor estar en el mundo.

La mediación por su sola existencia genera encuentro, co - creación, un escenario común donde poder transitar pacíficamente, de una manera más justa y en armonía. Los dispositivos de mediación se transforman en un vehículo hacia las necesidades de la comunidad a la que asistimos y que en algún momento de la historia seremos nosotros mismos. Escuchar, cuando ya estamos preparados, ya poseemos herramientas y nos atrevimos a conocernos a

nosotros mismos, a relacionarnos mejor con el otro, es la combustión necesaria para abrir puertas a mejorar los espacios que habitamos, hoy como trabajadores, como equipo... y mañana como pacientes. Así y desde esta perspectiva nace este proyecto en marcha, creemos en la escucha y por ello materializamos un espacio en donde poder empezar a construir esta experiencia: “El hospital te escucha”.

CONTEXTO DONDE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

¿Cómo ha impactado el proyecto “El Hospital te escucha” en la gestión de conflictos y en la mejora del ambiente laboral en el Hospital Municipal Manuel B. Cabrera?

¿Cómo ha contribuido este proyecto a la humanización de la atención médica y a la conformación de un equipo de trabajo sólido y comprometido con la institución y su visión?

¿Cómo se ha adaptado este proyecto a lo largo del tiempo para satisfacer las necesidades de la comunidad y del personal del hospital?

El Hospital Municipal Manuel B. Cabrera se encuentra en la localidad de Coronel Pringles, es un hospital de mediana complejidad que cuenta con 50 camas de internación, trabajan 287 personas y desde el año 2015 comenzamos un proyecto de expansión tanto a nivel edilicio como a nivel de recursos humanos y formación tomando como línea principal de trabajo la seguridad del paciente y la mejora del ambiente laboral enfocado en la conformación de un equipo de trabajo sólido y comprometido con la institución y su visión.

Diagramamos un plan estratégico para los próximos años. Inicialmente nos enfocamos en conformar un equipo de trabajo sólido, establecimos entre todos los integrantes de la institución cuál sería nuestra visión, propósito y valores. Nos propusimos que la política no interfiera en el funcionamiento diario de la institución.

Una vez conformado el mismo diagramamos nuestro plan director, enfocado en la seguridad del paciente, el bienestar laboral y la informatización de la institución con el objetivo de ser una institución libre de papel. Dentro de los proyectos surgidos en este andar uno fue el Hospital te escucha, que desde la dirección médica de la institución se constituyó como el logro más importante de la gestión

y transformándose en el norte de la gestión, incluso planteando que si hubiera futuros probables en dónde existiera el desafío de volver a diagramar un proyecto hospitalario, este sería el primer proyecto en trabajar e implementar ya que fue el mayor facilitador para que la gestión funcione con la mayor armonía posible

- El hospital te escucha si bien nació con el objeto de dar un espacio de escucha activa a nuestro personal fue mutando y tomando vida propia hasta convertirse en el lugar de diálogo, escucha, mediación, gestión de conflictos, mejora del ámbito laboral, etc.

- Hoy es un lugar abierto a toda la comunidad, recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones. Mediador ante eventos relacionados con la seguridad del paciente, no conformidades y todo lo que surja entre los usuarios (internos y externos) y la institución.

- Es un eje fundamental al momento de diagramar cómo planificar la implementación de nuevas metas, trabajos, protocolos, procedimientos lo que redundará en un menor tiempo de ejecución y mayor tasa de éxitos a la hora de su implementación.

- Es un ámbito que toda institución sanitaria debería contar y debería tener básicamente todo el apoyo de la dirección, incondicional, pero aceptando su autonomía al 100%.

El Hospital te escucha es un proyecto que nace dentro del Hospital por iniciativa de algunos trabajadores y dando respuesta a una demanda que en muchas instituciones pasa desapercibida, pero está, existe y es común a la vida de las instituciones en cualquier latitud: los conflictos.

Las organizaciones de salud poseen características específicas que las hacen bien diferentes de otras organizaciones, como lo marca la Dra. Gloria Novel Marti en su libro “Mediación en Salud: Un nuevo paradigma cultural en las organizaciones que cuidan”, los efectores de salud, al estar en contacto constante con el dolor deberían desarrollar estrategias tendientes a no profundizar estructuras conflictivas que perpetúan comportamientos que se alejan del objetivo: brindar salud, cuidado y acompañar.

Nos gusta pensar desde el principio básico de que: “no se puede dar lo que no se tiene”, si deseamos ofrecer servicios de calidad, humanizados

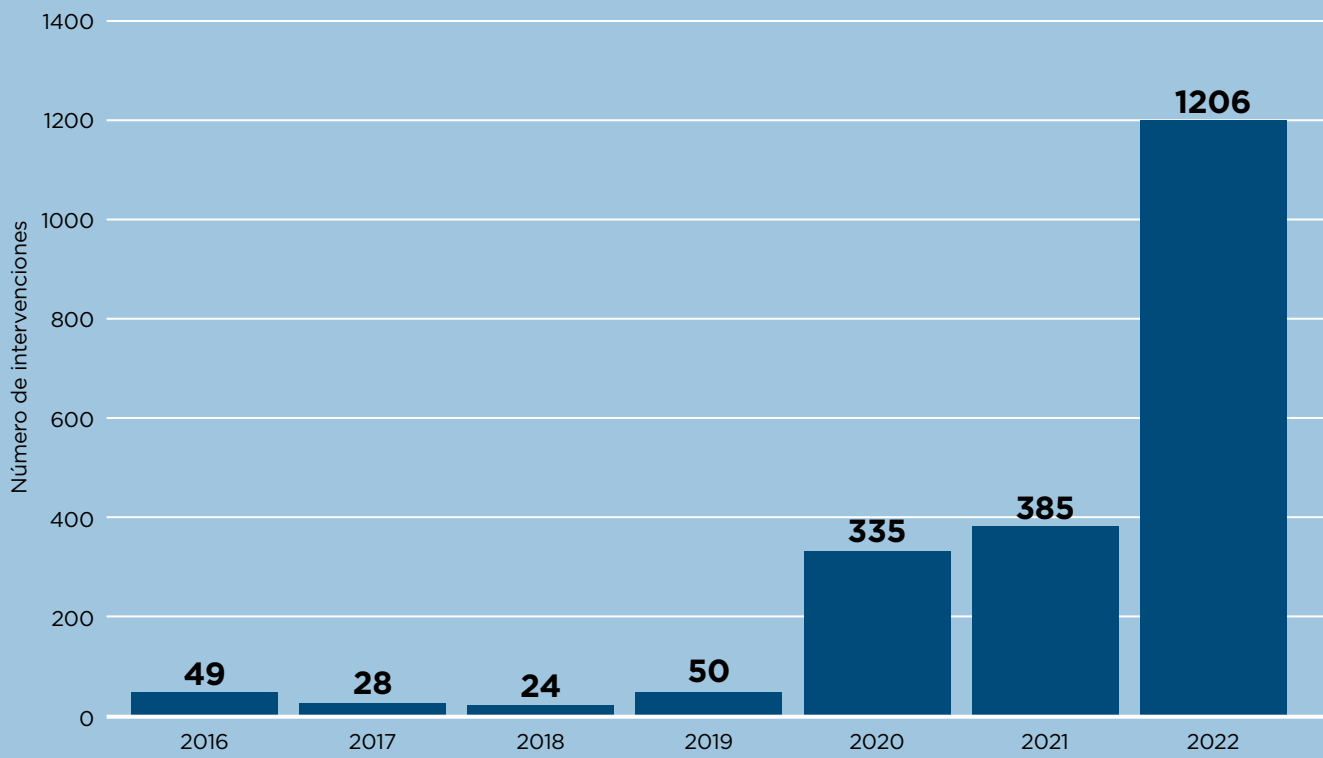
y que den respuesta orgánica a nuestros usuarios debemos primeramente encontrar este camino las personas y los grupos que conformamos las Organizaciones de salud. Que sean organizaciones de salud, con salud.

Para ello es indispensable trabajar los vínculos existentes entre las personas que las transitamos, ofreciendo alternativas de gestión de los conflictos que nos acerquen a un estar más plenos en nuestros centros de trabajo, otorgando herramientas de gestión emocional y resolución pacífica de conflictos, transformando estos escenarios en situaciones de crecimiento personal e institucional, ayudándonos a reformular estrategias y fortalecer el capital humano para la mejora de la vida Organizacional, redundando esto en la calidad del servicio que prestamos. Es decir, recorrer el camino de dentro hacia afuera.

Comenzamos en 2016, en primera instancia funcionó en el consultorio externo de traumatología, la visión del equipo respecto del dispositivo presentó todo tipo de inconvenientes, desconfianzas y fricciones. Es decir que la primera respuesta a la oferta de un dispositivo de resolución de conflictos fue el conflicto. Sorteamos con paciencia las vicisitudes y seguimos lento, pero con paso firme, convencidos que los cambios conllevan un movimiento que necesita tiempo para ser asimilado, y aunque hubo y hay momentos de abatimiento nunca desde 2016 hasta la actualidad (octubre 2023) dejamos de ofrecer a nuestro equipo un lugar donde poder repensar y repensarse.

En su origen, nos pareció pertinente conocer el grupo de trabajo y hacer un diagnóstico institucional para marcar la hoja de ruta, detección de situaciones emergentes para planificar las estrategias y buscar las mejores opciones al alcance para comenzar a dar respuesta, planificando un dispositivo que responda a las necesidades de nuestro equipo. La oficina de mediación, fue transformándose poco a poco en el lugar de planteo y resolución de conflictos, en donde el desencuentro podía transformarse en búsqueda de alternativas para el encuentro, búsqueda de herramientas para el afrontamiento de situaciones acontecidas en el ámbito laboral, resolución de situaciones conflictivas a nivel vincular. Trabajando a la par con el departamento de recursos humanos y la mesa directiva del nosocomio.

Gráfico 1. Progreso de intervenciones en la oficina de mediación Sanitaria “el Hospital te escucha



Con el tiempo y una vez que consideramos que el dispositivo tenía la solidez para dar respuesta a los usuarios del sistema sanitario local, lo abrimos de lunes a viernes de 8 a 12 hs, proporcionando un canal de comunicación efectivo y directo para dejar asentadas las sugerencias, no conformidades o conflictos de los usuarios con el efector de salud, o incluso en algunas ocasiones conflictos entre usuarios que se suscitaban en el ámbito de internaciones prolongadas.

En el gráfico 1 se observa el crecimiento exponencial y progreso del dispositivo, no se discriminan intervenciones internas y externas en el mismo. Pero la media de conflictos con usuarios es de $\frac{3}{5}$ por año no habiendo presentado variables significativas en los 7 años que llevamos de trabajo. Esto nos sirvió como dato diagnóstico para certificar que la necesidad de existencia de estos dispositivos en las organizaciones de salud es necesarios y luego de atravesar la meseta que sella la confianza del grupo interno se logra ir elaborando no sólo una identidad grupal e institucional, sino que ello trasciende a la institución y se lleva al seno mismo de cada familia, semilla social de la Cultura de la Paz.

El Hospital te escucha significa para este proyecto de dirección hospitalaria uno de los logros que más orgullo nos genera. Piedra fundamental de esta gestión.

Fue distinto, fue resistido, fue desestimado y con esfuerzo, trabajo serio, profesionales formados, comprometidos, se convirtió en un lugar fundamental de la institución, pero lo más importante: sé elogia y es utilizado por los que en un principio lo resisten. Asumiendo la naturaleza del conflicto como parte viva de la vida de las Instituciones, otorgando un espacio legítimo dónde potenciar las herramientas, coconstruir alternativas tendientes a mejorar la asistencia sanitaria, asegurando calidad y humanidad, intentando garantizar que el derecho de acceso a la salud se de en un marco de respeto mutuo y que responda a las necesidades crecientes que tenemos como comunidad.

Para finalizar los referentes del proyecto sostienen “Sabemos que es un cambio cultural y de paradigma respecto de lo que vivenciamos quienes transitamos los hospitales a diario, pero seguros que bien vale el esfuerzo y el compromiso en la consecución de un logro que parece ideal, “ser el cambio que queremos ver en el mundo”(M.Gandhi)” ■

Lic. Nicolás Striglio: “Muchas obras sociales se han vuelto expertas en administrar en déficit, entonces ven la forma de mejorar la situación financiera porque económicamente no cierra”

Es licenciado en Economía, Master en Finanzas del Mercado de Capitales, se desempeñó en distintos cargos y asesor de organizaciones privadas, hasta que en 2019 fue convocado para formar parte de la Superintendencia de Servicios de Salud. Fue entrevistado en noviembre del 2023 por el director de la Revista IIDOS, Daniel Roggero, y allí hizo un repaso sobre su paso por la Superintendencia desde un enfoque comparativo de lo público-privado, brindó su mirada frente al actual uso del PMO y el Plan País, su interpretación sobre el financiamiento de las prestaciones de discapacidad, y del impacto macroeconómico en la situación de las obras sociales.

¿Cómo fue tu desarrollo profesional inicial hasta llegar a la función pública?

Me recibí en el 2006 de Licenciado en Economía de la Universidad Católica. Luego hice un intercambio académico en Alemania. Yo estudié un año de la carrera en Alemania y allí comencé a trabajar por primera vez en la mesa de dinero del Dresdner Bank. Cuando volví a Argentina, comencé a trabajar en la mesa de dinero del HSBC, hice una Maestría en Finanzas del Mercado de Capitales en el CEMA y ahí comencé a trabajar en el Banco Hipotecario. Hasta que en un momento de quiebre personal laboral dije: quiero dedicarme más a algo propio y renuncié al mercado financiero en el 2010 y comencé a trabajar por mi cuenta asesorando clientes en diferentes rubros, agropecuario, construcción y eso fue derivando un cliente a otro has-

ta que llegué a la salud. Empecé a asesorar tanto internamente como externamente a instituciones de la salud -obras sociales, algunas prepagas, redes de prestadores- y fui conociendo gente. Fue hacia fines del 2019 que me llamaron para colaborar en la Subgerencia de Costos de la Superintendencia, que es prácticamente lo que yo venía asesorando desde afuera: costeo, gestión financiera, administración de recursos, compras. Cuando comencé nos agarró la pandemia, 15 días después de entrar, ahí fue todo el aprendizaje de los primeros años de la gestión durante la pandemia que nos encontró a muy pocos trabajando mucho y muy unidos. Creo que eso fue en lo personal bastante bueno y en el equipo de trabajo que se logró en la Superintendencia fue increíble porque en las épocas turbulentas te afianzás y te apoyás mucho en

MINI BIO

Nicolás Striglio
desde el año 2010

se desempeñó asesorando interna y externamente a distintas empresas e instituciones en relación a 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. Fue SubGerente de Evaluación de Costos de la Gerencia de Gestión Estratégica, Gerente Control Económico-Financiero, y Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud.



el otro y pasó. A partir de marzo del 2020, vino el aislamiento, la gente en la casa, el operativo al mínimo, pero al mismo tiempo había que hacerse cargo del tema y ponerle el pecho a la pandemia y nos encontramos trabajando no sólo en costos, yo me encontré trabajando en un montón de aspectos relacionados con el día a día de la Superintendencia que por ahí no tenían que ver exclusivamente con mi función. Era un grupo reducido que trabajamos codo a codo en todos los temas desde el relevamiento de camas, el armado de la logística de las vacunas antigripales, después empezamos con los adelantos de SUR, los módulos COVID y lo que nos iba permitiendo el día a día.

¿Viste muchas diferencias, similitudes, o cosas que te hayan sorprendido entre la salud desde el mundo privado y el ámbito público?

Cuando me llamaron para sumarme al equipo de la Superintendencia yo venía con una formación bien bancaria, no te digo corporativa pero bien bancaria, bien privada, la consultora la administramos de esa manera. Al principio dudé acerca de meterme en lo público, no meterme, lo consulté con amigos, colegas, obviamente con familia y dije: vamos por un año al menos, vamos a hacer una maestría del sector público. Porque la realidad es que uno resigna bastante por sumarse al sector público pero aprende un montón, es otro ambiente, otros recursos, otras herramientas, otras responsabilidades.

Y cuando llegaste a la Superintendencia, ¿te designaron directamente en la gerencia de Control Económico y Financiero o cómo fue el proceso?

No, yo entré a la Subgerencia de Costos y cuando pasó lamentablemente lo que sucedió con Eugenio (Zanarini), que hubo un cambio de Superintendente en el medio de la gestión, lo reemplazó Daniel López, Dani mantuvo prácticamente todos los equipos. Ello para mí fue genial porque hubo una continuidad en la gestión. Si bien hubo un cambio de cabeza de Superintendente, el equipo de trabajo continuó y en agosto fue cuando a mí me ofrecieron la Gerencia de Control Económico-Financiero, frente a un cambio interno de equipo de trabajo que decidió el Superintendente.

¿Cuáles son las incumbencias propias de esa Gerencia, si la tuvieras que definir o explicar?

Digamos que es una gerencia de control, como bien el nombre lo dice, ahí se controlan económica y financieramente a las 290 obras sociales y las 680 prepagas del sistema. Es una especie de AFIP/IGJ de las obras sociales, digamos, se reciben mensualmente los estados de origen y aplicación de fondos, se reciben anualmente los presupuestos, se participa anualmente del balance y su aprobación en la asamblea, se fiscalizan las obras sociales. Hay un sector específico de crisis y liquidaciones, es la gerencia que canaliza la medición de todas las áreas de la Superintendencia, de los

indicadores del decreto 1400, que es una de las principales herramientas que hoy tiene la Superintendencia para dar de baja una obra social. Se determina si una obra social está en crisis mediante finalmente el dictado de una resolución del Superintendente y se hace el seguimiento de la crisis, su reversión o en caso de incumplimiento del plan de contingencia, de acuerdo a lo que determina el 1400, precedida de la baja de la obra social.

Y en ese panorama, haciéndose foco más concreto el tema de las obras sociales, ¿cómo es la situación económica financiera en general? ¿Qué análisis haces? Por tu gran experiencia en lo privado, tenés un parámetro para medir si las cuestiones funcionan bien, regulares o mal.

En términos generales, si vamos a hablar en el bottom line, el sistema está desfinanciado cuando uno mide la cobertura del PMO que anualmente lo hace ProSanity, anteriormente con ISALUD y ahora con IPEGSA, yo de hecho participo en el PMO, en lo que es la medición de cobertura, de los últimos cuatro años a la fecha, solamente el 30% de las obras sociales con su ingreso cubren el gasto del PMO.

Solamente el 30%. Y si uno hiciera una línea de tiempo, ¿eso siempre fue así, o antes era más, menos?

Los últimos cuatro años fue así, te diría que en el 2018 podríamos haber estado más cerca del 60-40, 40 coberturas, 60 la cobertura, pero desde el 19-20 a la fecha, 30-70.

Y si fuera un termómetro, PMO barra el costo del PMO, gasto del PMO. ¿Qué diferencia hay en esa interpretación y por qué se lo toma como especie de parámetro objetivo?

Es muy buena la pregunta porque muchos hablan del costo del PMO. Costear el PMO es bastante difícil desde el operativo porque uno debería hacer un trabajo exhaustivo en determinar principalmente las tasas de uso, por población, por rango etario, por geografía y después determinar los precios de cada prestación. Es un trabajo bastante grande

que debería llevarse a cabo y ahí determinan en base a las expectativas y tasas de uso esperables y precios proyectados un costo esperable del PMO. Nosotros muchas veces hablamos del costo del PMO, pero realmente lo que estamos midiendo es el gasto en salud. ¿Cuánto eroga una institución, una obra social, una prepaga o el Estado en salud? ¿Cuánto es el gasto en salud? ¿Cuánto es el gasto en salud per cápita? Una cosa es costearlo desde la teoría de cuánto debería o cuánto debería ser el costo de acuerdo a las expectativas de consumo y otra cosa es cuánto realmente gasta una obra social en dar prestaciones de salud.

Y el criterio generalmente aceptado es costo, gasto, sea desde la actividad de las propias obras sociales o sea desde la Superintendencia, ¿de qué se habla como el parámetro a tomar?

Yo creo que las obras sociales miden el gasto en salud, que después a veces lo terminan hablando del costo, pero lo que medimos es el gasto en salud. ¿Vos gastaste X? ¿Cómo lo miden muchas obras sociales que tienen la capacidad operativa para hacerlo? ¿Cuánto gasté en este periodo de tiempo, en cuántos afiliados? Y lo vas desglosando por prestación, medicamentos, discapacidad, pero es el gasto en salud. Algunas obras sociales que tienen muy afianzados los números pueden empezar

“De los últimos cuatro años a la fecha, solamente el 30% de las obras sociales con su ingreso cubren el gasto del PMO”

a estimar tasas de uso, pero ahí tenés el desafío de que necesitas poblaciones grandes para no tener distorsiones de que cuando vos tenés una población chica que no es representativa, por ahí un gasto extraordinario te distorsiona la tasa de uso.

Y en cuanto al control de ese gasto barra costo, ¿desde la Superintendencia exigen algún tipo de compliance o de intervención o deja que ese gasto barra costo lo haga la obra social y lo informe? ¿Cómo se maneja?

Dentro de las funciones o tareas de la Gerencia de Control Económico-Financiero, se auditan a las obras sociales. Hay un departamento de auditoría, económica financiera, también la sindicatura, que es cuando participa tanto prestacional, económico

financiero, beneficiarios o jurídicos, son las sindicaturas generales, pero bueno, vamos a lo propio económico financiero. Existe un plan de auditorías anual o auditorías extraordinarias para algún motivo específico, de alguna denuncia o lo que sea. Y después hay un área de control, que hace las presentaciones tanto mensuales que mencionamos antes como las anuales de los balances, se analizan y de cada análisis de la Gerencia se da una devolución a la obra social, con observaciones que tienen que subsanar y aclarar o, si está todo perfecto, sin observaciones. Ese trabajo se hace, hay un equipo específicamente abocado al tema que interactúa todo el tiempo con las presentaciones que hacen las obras sociales. Al mismo tiempo se hace la medición de los indicadores económico financieros, rige principalmente el decreto 1400, pero también la resolución 1430, que establece los distintos indicadores económicos financieros y dentro de otros indicadores los parámetros o límites con los cuales debe cumplir cada obra social. En el caso del gasto prestacional, la normativa establece que las obras sociales tienen que destinar como mínimo el 80% de sus ingresos al gasto prestacional y en lo administrativo hasta el 8%.

Un tema ligado a la cuestión del PMO, de hecho, hay un convenio y un anuncio de hace por lo menos dos o tres años del propio Ministerio, Superintendencia, de implementarlo es que sería el Plan País, ¿tenés criterios formados sobre esa cuestión?

El Proyecto País creo que es muy bueno, creo que es una iniciativa pública que tiene el músculo suficiente y la capacidad suficiente para poder realmente costear el PMO. Tiene el desafío de los diferentes subsistemas porque no te olvides que dentro del Ministerio o de la Superintendencia existe lo público, las prestaciones con cobertura pública, las obras sociales, todo lo que es seguridad social sindical, las obras sociales provinciales, las prepagas y el PAMI. Cinco subsectores totalmente distintos

“El Proyecto País es muy bueno, creo que es una iniciativa pública que tiene el músculo suficiente y la capacidad suficiente para poder realmente costear el PMO”

con un perfil de beneficiario diferente, entonces el desafío de costear cada uno de estas prestaciones y de determinar las prestaciones básicas que cubran toda esta población es grandísimo. Entonces que se haya llevado a cabo un trabajo que ponga

sobre la mesa la discusión de qué hay que cubrir, cuál es la cobertura básica de salud y la metodología de costeo, creo que es muy bueno.

Y ese Plan que estás ponderando llamado País porque es una sigla, abarcaría a los cinco sectores.
Correcto.

Y ese plan, ¿cuánto de ejecutivo tiene o si está proyectado en cuánto tiempo va a transformarse en algo ejecutivo?

Las bases ya se han determinado, las canastas están prácticamente definidas, las líneas de cuidado y qué es lo que va a cubrir o medirse. Creo que ahora está en la etapa del costeo de todo lo público, ya está bastante avanzado. El desafío más grande es toda la información del sistema de seguridad social y prepagas. No es lo mismo el perfil consumidor de un beneficiario de OSPRERA, para darte una idea, que un beneficiario de Swiss Medical o de una obra social de la provincia de Salta, o del PAMI. Son totalmente diferentes los perfiles de consumo. Entonces hay que determinar las tasas de uso y los precios, que también es un gran desafío. El precio al que accede es, no sé una obra social con mucho caudal como OSECAC por ejemplo, no va a ser el mismo que accede una obra social que tenga 5000 afiliados. ¿Por qué? Por el poder de negociación. Vamos al ejemplo de un medicamento. Cuando te sentás con un laboratorio o una droguería a discutir o negociar condiciones, tanto de precios como financieras, si tenés mucho volumen o poco volumen, te determinan el precio que vos terminás pagando, y no es el mismo. Más en estos contextos inflacionarios, donde la tasa financiera es tan alta, que pagar a 30, 60 o 180 días, te puede implicar que pagues el doble, o más todavía, de lo que paga una obra social.

¿Y en Plan País se llegó a alguna cuantificación de estos parámetros que estás mencionando?

No. Sí se determinó la metodología y se elaboró un aplicativo, un sistema para costearlo. Pero hasta donde yo tenía entendido, no participé de las últimas reuniones, todavía no está definido un valor.

¿Y cuánto modificaría, en la medida que se haga ya ejecutivo, en relación al escenario actual del uso del PMO tal cual la conocemos? ¿Cuánto modificaría o mejoraría en su caso?

La gran diferencia respecto del PMO es que se mide por canastas prestacionales. Entonces ya no es que medimos prácticas puntuales, sino que son canastas o líneas de cuidados generales. Las diferencias específicas en cuanto a los prestacionales no las sé.

Y respecto a los déficits en la tarea propia económica financiera de las obras sociales, si podés desarrollarlo un poco más y cómo lo

cubren las obras sociales, ¿cuáles son los mecanismos, justamente para no perder las prestaciones o el financiamiento?

Hoy las obras sociales deficitarias tienen diferentes mecanismos de financiación. El principal es el rol que cumple la Superintendencia como financiador o redistribuidor del Fondo Solidario de Redistribución a través del mecanismo de integración, que es la cobertura o el financiamiento de todas las prestaciones relacionadas con la discapacidad, los subsidios automáticos y el reintegro de SUR, que es todas las prestaciones de alto costo. Una fuente muy importante de financiamiento para un grupo bastante grande de obras sociales son los subsidios automáticos, donde el SUMA es el más importante, que representa el 50% del monto distribuido en concepto de subsidios. Tenés el SUMARTE para regímenes especiales, que es monotributo y empleada doméstica de casas particulares, el SUMA 65 para mayores de 65 años y el SANO. En concepto de subsidios, la Superintendencia distribuye hoy cerca de los 12 mil millones por mes, y es una ayuda bastante grande que hoy se le da a las obras

sociales, luego de integración. Hoy la principal herramienta de financiamiento y ayuda financiera a las obras sociales es el mecanismo de integración, porque no olvidemos que, sin este, o previo mecanismo de integración que arranca en el 2017, eran las propias obras sociales las que tenían que financiar y afrontar el gasto relacionado con las prestaciones de discapacidad.

Si podés desarrollar un poco más el SUMA, ¿por qué es tan importante?

El SUMA es importante por monto. Los subsidios automáticos surgen de decretos y cada uno determina el monto a distribuir en base a un porcentaje de la recaudación. En verdad, no es de la recaudación, sino de las distintas declaraciones juradas que realizan los empleadores o aportantes de los aportes y contribuciones. El SUMA hoy distribuye el 3% de los aportes y contribuciones declarados, cuando el sumarte y el sumo 65 distribuyen el 1,3 y el 1,6 respectivamente. Entonces, el

SUMA en monto es más que el doble que los otros subsidios. Si bien tiene algunas mejoras que deberían considerarse a futuro, ¿cuál es el objetivo del SUMA? Mitigar las asimetrías, es decir, que compensa los ingresos de las obras sociales, principalmente las de bajos ingresos.

¿Y esa compensación responde a parámetros objetivos, discrecionales de la Superintendencia?

No, es una fórmula automática totalmente objetiva, definida en el 2012 y de hecho la calcula AFIP. La preliquidación la hace AFIP de manera automática y desde la super la convalidamos y aprobamos. Tiene tres incisos el SUMA. El primero distribuye el 20% en cuotas iguales para todas las obras sociales mayores que tengan más de 5000 afiliados. El inciso B que distribuye el 80% es un monto per cápita, de acuerdo al monto a distribuir, es tanto por afiliado para cada obra social. Y el inciso C distribuye para las obras sociales más vulnerables o de poblaciones menores a 5000 afiliados, entendiendo que estas obras sociales tienen un desafío

“Hoy la principal herramienta de financiamiento y ayuda financiera a las obras sociales es el mecanismo de integración.”

mucho más grande, pues no tienen volumen de afiliados y trata de compensar la cápita contra la cápita promedio. Te pagas la diferencia de cápita.

Respecto a un tema que creo que nos mencionamos, que es la cuestión de discapacidad. ¿Cuál es tu visión, la perspectiva actual y eventualmente a futuro?

Previo al 2017 todas las representaciones de discapacidad se reintegraron vía SUR. A partir del 2017 se creó el mecanismo de integración que fue creciendo en el tiempo exponencialmente. Hoy arrancó el mecanismo de integración representando el 30% de la distribución del fondo. Terminamos el año pasado por arriba del 50% y este año creo que vamos a estar más cercano al 60-70%. Si bien inicialmente fue una buena idea, fue una ayuda financiera muy grande a las obras sociales, el problema que yo veo que sucedió con el mecanismo de integración es que creció demasiado. ¿A qué se debe este crecimiento? Yo creo que hay tres variables. La cantidad de afiliados dentro del mecanismo que tienen CUD, Certificado Único de Discapacidad que se estabilizó al principio en alrededor de 80.000, hoy estamos en 115.000. Tuvo un crecimiento bastante importante en la cantidad de beneficiarios dentro del sistema. Las prácticas, cada vez hay más demanda de la población de prestaciones de discapacidad. También fue evolucionando y cambiando la discapacidad. El afiliado del 2017 no es lo mismo que el afiliado de hoy. Hoy están más informados, saben bien qué les corresponde.

No pasa solamente con la Discapacidad, pasa con el resto de las coberturas. Si uno mira la demanda prestacional de las obras sociales, lo que demandaban en el 2017 no es lo mismo que demandan hoy. Ya los afiliados, los beneficiarios cada vez están más informados acerca de qué les corresponde, qué cobertura tiene que dar las obras sociales y exigen cada vez más. También tenemos el tema, termino con la tercera variable, que es el precio. El

aumento del nomenclador que se fue dando durante los últimos años. Si bien durante la pandemia tuvo un pseudo congelamiento, durante el 2020 no tuvo aumentos hasta diciembre. Después hubo una corrección y un aumento bastante interesante en lo que es el nomenclador y esto llevó que hoy sea tan importante dentro de la distribución del fondo el concepto del mecanismo de integración.

Hablabas de un crecimiento exponencial: 30, 50, 60. ¿Qué proyectan hacia adelante? ¿Quién está controlando o previendo eso?

El rol de control le corresponde a la Superintendencia. Desde la Superintendencia se hacen distintos controles desde lo prestacional. Todas las presentaciones de las liquidaciones y las facturas por prestaciones de los distintos efectores que presen-

tan las obras sociales se controlan desde la Superintendencia. Eso previo el pago o previo el depósito en la cuenta integradora del Banco Nación para que después cada una de las obras sociales le pague a los efectores. Vale aclarar que son las obras sociales las responsables del pago a cada uno de los efectores o prestadores de discapacidad. No es la Superintendencia quien le paga al Centro de Día o el Centro de Rehabilitación. Se hace entonces un control ex-ante de todas las presentaciones y un control ex-post a través de todos los informes de origen y aplicación de fondos que mensualmente tienen que presentar las obras sociales en la Superintendencia sobre la cuenta integradora del Banco Nación relacionada con discapacidad que

cada una de las obras sociales presenta el extracto bancario con los comprobantes de transferencia con las liquidaciones y se convalida o se correlaciona lo que se autorizó previamente con lo que se depositó y la cancelación de esa factura.

¿Y era algo esperable o previsible ese crecimiento exponencial?

La sorpresa no te la puedo responder porque ha-

“Si bien inicialmente fue una buena idea, fue una ayuda financiera muy grande a las obras sociales, el problema que sucedió con el mecanismo de integración es que creció demasiado.”

bría que ir a ver a quien lo elaboró en un principio, cuáles eran las expectativas, la realidad es que el gasto está creciendo, el mecanismo crece mes a mes. También estamos en un contexto inflacionario del país muy importante entonces con las tasas de inflación actuales no sólo crece discapacidad crece el gasto cuando uno mira la evolución de los ingresos versus los egresos hay un descalce de tasas de crecimiento muy alto por qué porque tal vez la actividad económica o los salarios no acompañan el crecimiento de los costos. Cuando hablo de los costos puede ser desde el precio de los medicamentos ambulatorios o de los de alto costo que algunos están hasta atados al dólar o las prestaciones, entonces existe un desajuste de tasas de crecimiento entre el ingreso y el egreso que no sólo afecta discapacidad afecta mismo el presupuesto de la Superintendencia o la realidad de todas las obras sociales. Creo que es la realidad de muchas de las familias, nos pasa en nuestra propia economía familiar donde tu ingreso no acompaña tu egreso.

Exacto. Volviendo al rol de economista, ¿cuánto afecta a la macro este panorama que estás comentando?

Creo que es parte de lo que te decía recién, cuando vos tenés un descalce de ingreso versus egreso ese déficit lo tenés salir a financiar y vuelvo a la pregunta inicial ¿cómo financias el déficit? Otra medida muy utilizada es días de calle digo yo, si vos antes le pagabas a tus proveedores a 60 días hoy le estás pagando 120 generas deuda en la calle. El cheque que antes entregabas, te pago 30 días los medicamentos hoy te estoy pagando 120. ¿Qué hice? Me financié con mis proveedores. Entonces cada vez tengo más deuda en la calle y muchas veces hay obras sociales que superan las recaudaciones, que tienen una, dos o tres recaudaciones girando en la calle. En la famosa bicicleta que no puede parar nunca porque el día que frena la bicicleta se cae.

Y de ese diagnóstico que describís, ¿cuál sería la terapéutica para empezar a controlarlo eventualmente si es que existe o de subsanarlo?

No creo. Ahí si te digo que va a estar muy atado a la macro indudablemente vos necesitás me-

PREGUNTA IIDOS

Si tuvieras la lámpara de Aladino, la frotás, aparece el genio y te diera todo el poder sin límite, para decir “esto se mejora”, ¿cómo lo harías?

Que buena pregunta, si se logra incorporar al sector laboral el 40% de informalidad y aumentar la masa crítica, la masa de ingresos, creo que la mejora sería significativa.

jorar el ingreso. Acá como te decía antes tenés un componente de ingreso y un componente de egreso, el principal desafío es lograr crecimiento, lograr mejores ingresos y mejorar el numerador de la ecuación que vos mejores el ingreso per cápita para lograr dar una mayor cobertura de tu gasto y después trabajar fuertemente sobre el gasto que creo que últimamente ese trabajo se está haciendo mucho porque muchas obras sociales se han vuelto expertas en administrar en déficit, entonces están todo el día viendo la forma de mejorar la situación financiera porque económicamente por ahí no cierra. Pero financieramente lo van logrando a través de acuerdos mejores con los proveedores mejores acuerdos de pago. Es una batería de medidas que hay que llevar a cabo.

Y si la macro no mejorara por lo menos en el corto plazo y los ingresos tampoco por consecuencia mejoraran, ¿qué escenario ves a futuro?

Los que no estén bien armados y no tengan una estructura administrativa operativa, un control del gasto y un buen departamento de auditoría médica que realmente analice las autorizaciones, la van a pasar mal. Hoy ya hay muchas obras sociales con una deuda significativa que es lo que te decía recién que tienen tres o más recaudaciones de deuda en la calle, la solución a eso va a ser seguir endeudándose mientras puedan. Pero cuando vos tenés tres, cuatro recaudaciones en la calle y no lográs frenar la bola de nieve llega un momento que te golpeas contra la pared. ■

La entrevista fue realizada en noviembre de 2023.

¿Cuáles son las 10 principales tendencias en investigación de resultados y economía de la salud a nivel mundial?

ISPOR (Professional Society for Health Economics and Outcomes Research) es la principal entidad profesional para la Investigación de Resultados y Economía de la Salud (HEOR) a nivel mundial y desde allí se lleva a cabo un constante monitoreo acerca de las las tendencias de la atención médica, realizando asimismo exploraciones del horizonte en todo el mundo. En esta oportunidad, desde el IIDOS compartimos a toda nuestra comunidad lectora el informe “ISPOR 2024-2025 Top 10 Tendencias HEOR”. Se trata de la quinta publicación del informe bianual de la Sociedad, que se basa en aportes de sus miembros y en el control estratégico de su Consejo de Política Científica de Salud.

En el informe de ISPOR la evidencia del mundo real (RWE) se presenta nuevamente como la tendencia número dado que ha estado en la lista de tendencias en 4 de los 5 informes y figurando como número 1 en los 3 informes más recientes.

El uso de RWE en la toma de decisiones de atención médica se está volviendo cada vez más tangible y se utiliza cada vez más para complementar los ensayos controlados aleatorios.

El precio de los medicamentos también es un tema recurrente, apareciendo como número 2 en este informe. El precio de los medicamentos ha apare-

cido de alguna forma en cada uno de los informes de tendencias anteriores.

En los Estados Unidos, la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) introduce un cambio sistémico al introducir negociaciones de precios de medicamentos para Medicare. Si bien la IRA impacta directamente a los Estados Unidos, también puede impactar al resto del mundo ya que las ganancias de los medicamentos en los Estados Unidos han financiado históricamente gran parte de la innovación en el desarrollo de nuevos medicamentos. La inteligencia artificial (IA) vuelve a la lista de tendencias como la tendencia número 3 en este infor-



me. La IA ha entrado en la conversación pública de una manera pronunciada ya que muchas personas se están sintiendo cómodas con ChatGPT como una herramienta en su vida diaria. La IA y el aprendizaje automático también se emplean en HEOR de diversas formas para obtener información valiosa.

Un nuevo tema para este informe y que aparece como la tendencia número 4 -fomentar la innovación- se centra en el equilibrio entre incentivar el desarrollo de tecnologías innovadoras y nuevas con precios asequibles.

La equidad en salud vuelve como la tendencia número 5, habiendo aparecido por primera vez en

el informe anterior. Las aprobaciones aceleradas de medicamentos vuelven a la lista de tendencias como número 6, habiendo aparecido por primera vez en el informe inaugural de 2018. La medición de valor aparece como número 7 en este informe y ha aparecido de alguna forma en los últimos 3 informes de tendencias.

La centralidad del paciente entra como número 8 en este informe. La medicina de precisión vuelve a la lista de tendencias como número 9, habiendo aparecido previamente en los informes de 2019 y 2020. Y la salud pública es la tendencia número 10 después de aparecer por primera vez en el informe 2022- 2023 durante la pandemia.

LAS DIEZ TENDENCIAS



1. EVIDENCIA DEL MUNDO REAL

Aprovechando el poder de la Evidencia del Mundo Real (RWE, por sus siglas en inglés). Una vez más, en el puesto número 1 como una de las 10 principales tendencias, la evidencia del mundo real (RWE, por sus siglas en inglés) se ha vuelto “real”, ya que comienza a desempeñar un papel muy tangible en la toma de decisiones en atención médica. La investigación que utiliza RWE proporciona muchos beneficios que no se pueden obtener solo con los ensayos controlados aleatorios (RCTs, por sus siglas en inglés).



2. PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

Regulación, negociación y creación de transparencia en los precios de los medicamentos. la fijación de precios de los medicamentos sigue siendo un problema global en la atención médica, y la preocupación por el impacto de los altos precios continúa creciendo, lo que ha llevado a que esta tendencia pase del puesto #6 en el informe anterior al #2 en el informe 2024-2025.



3. INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Utilizando IA y análisis avanzados en atención médica. ascendiendo al puesto #3 en el informe 2024-2025 desde el puesto #10 en el informe anterior, se encuentra el uso e impacto de la inteligencia artificial (IA). En la mente de todos está el impacto de ChatGPT de Openai, que ha hecho que muchas personas se sientan cómodas utilizando la IA como una herramienta en su vida diaria.



4. FOMENTANDO LA INNOVACIÓN

Financiando tecnologías de salud innovadoras. Un nuevo tema para el informe 2024-2025, la capacidad de fomentar la innovación, es vital para llevar nuevas tecnologías de salud al mercado y a los pacientes que las necesitan. Sin embargo, el equilibrio entre un precio asequible y la incentivación de la innovación sigue siendo una conversación en curso.



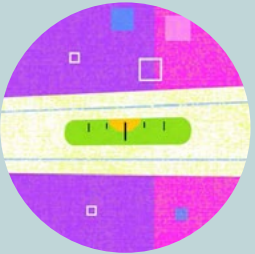
5. EQUIDAD EN SALUD

Abordando las disparidades en la atención de salud. Reingresa al informe de tendencias ahora está la equidad en salud, que también se incluyó en el informe 2022-2023. La Organización Mundial de la Salud define la equidad en salud como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles entre grupos de personas y destaca que la equidad en salud se logra cuando todos pueden alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar. Esto puede ser visto a nivel de población, subpoblación e individual.



6. APROBACIONES ACELERADAS DE MEDICAMENTOS

Desarrollando evidencia para uso regulatorio. Las aprobaciones aceleradas de medicamentos vuelven como tendencia después de hacer su aparición en el informe de tendencias de 2018. Existe una tremenda presión para llevar al mercado terapias innovadoras lo más pronto posible.



7. MEDICIÓN DE VALOR

Evaluando valor y alternativas de QALY. Medir y evaluar el valor es un tema vital, especialmente a medida que muchos sistemas de salud se orientan hacia la atención basada en el valor. El año de vida ajustado por calidad (QALY) es una medida común utilizada en la atención de la salud que evalúa la longitud y la calidad de vida.



8. CENTRALIDAD DEL PACIENTE

Involucrando a los pacientes en la investigación de la salud. La centralidad del paciente sigue siendo un tema importante para el informe 2024-2025. Aunque hay una amplia aceptación de la importancia de poner a los pacientes en el centro de la investigación en salud, la investigación clínica todavía se está llevando a cabo sin la participación del paciente.



9. MEDICINA DE PRECISIÓN

Aplicando HEOR a la medicina personalizada. A medida que la investigación médica trae nuevas terapias innovadoras al mercado, la tendencia del tratamiento individualizado, conocido como medicina personalizada (medicina de precisión cuando el tratamiento en sí está dirigido a un individuo basado en sus características específicas), continúa creciendo en importancia.



10. SALUD PÚBLICA

Llevando la evaluación económica a las políticas de salud pública. La salud pública aparece una vez más en las 10 principales tendencias de HEOR después de hacer su primera aparición en el informe anterior a raíz de la pandemia de COVID-19. Otros desafíos globales intensos, como el cambio climático, los disturbios sociales, la guerra y la recesión económica, continúan subrayando la necesidad de la salud pública, ya que estos desafíos resultan en morbilidad y mortalidad. ■

IIDOS - PARTICIPACIÓN NACIONAL

ENCUENTRO

MINISTERIO DE SALUD

El presidente del Instituto de Investigación de Obras Sociales (IIDOS) de **Osdepym**, el Dr. Franco Caviglia, se reunió con el ministro de Salud, Dr. Mario Russo, en la sede del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de abordar la problemática de las obras sociales. Ambos hablaron sobre la necesidad de crear una Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías Sanitarias y un Fondo para financiar las enfermedades de alto costo. Además, acordaron seguir trabajando en conjunto para afrontar los desafíos que atraviesa el campo de la salud, haciendo particular hincapié en el costo del Derecho a la Salud. ■



ENCUENTRO

MINISTERIO DEL INTERIOR



El Dr. Franco Caviglia, presidente del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM, tuvo un encuentro con el Ministro del Interior, el Dr. Guillermo Francos, en la Casa Rosada. Se trataron las distintas problemáticas que atraviesa el campo de la salud, las cuales afectan a las obras sociales y especialmente a sus afiliados. Además, Franco Caviglia entregó un trabajo con propuestas concretas para promover la mejora de la Seguridad Social, que fueron escuchadas con sumo interés por el Ministro, coordinando próximas reuniones para optimizar los trabajos en el ámbito de la salud. ■

OSDEPYM

Firma de convenio con Medical Group (NOA)

Osdepym firmó un convenio de derivación con OSTVLA y el prepago Medical Group, el cual entrará en vigencia a partir del 1/2/24. ■

Firma de convenio con Boreal Salud

Osdepym firmó un convenio de derivación con OSTVLA y el prepago BOREAL, el cual entrará en vigencia a partir del 1/2/24. ■

Asesoría contable para monotributistas

Osdepym ahora brinda asesoría contable para monotributistas. El contador Federico Meca asesorará vía mail a los afiliados de la obra social que tengan dudas sobre las nuevas escalas y cambios en el monotributo. ■



Un modelo de cálculo del costo de un derecho

Los derechos de las personas se encuentran regulados por leyes y éstos deben adaptarse en el tiempo a sus disposiciones y reglamentaciones a medida que las sociedades evolucionan.

En base a esto último se pone de relevancia que un derecho, a medida que transcurre el tiempo, modifica su significancia, su valor social relativo y así también su **costo económico**.

Proponer un marco metodológico para la estimación del costo económico directo que implica un derecho y poder monitorear periódicamente, resulta imperante en esta situación.

Costo económico de un derecho Definición

Por costo económico se entiende el esfuerzo económico que la sociedad toda debe realizar para garantizar dicho derecho. De esta forma se trata de la suma de los gastos que deben realizar tanto el estado como privados y/o los beneficiarios para garantizar el acceso al derecho.

Respecto a los gastos son aquellos que se aplican directamente para ofrecer los bienes y/o servicios asociados al derecho.

Antecedentes internacionales

La consagración de una ley y su reglamentación conlleva siempre la necesidad de estimar los costos asociados. Sin embargo, existen pocos antecedentes que tienen como objetivo estimar el impacto económico de un derecho.

En el trabajo “Estimación del Costo Fiscal Directo de la Propuesta de Nueva Constitución”, de An-

drea Bentancor y Guillermo Larrain, los autores proponen cuantificar los costos de los derechos enunciados en la nueva constitución de Chile. En este trabajo se aborda el problema en forma desagregada, derecho por derecho, con foco en la determinación del *costo fiscal directo*. Textualmente: “se define el costo fiscal directo de la propuesta de Nueva Constitución como aquellos gastos en que el Estado podría incurrir producto de los compromisos a los que lo obliga dicha propuesta y que van más allá de los gastos ya comprometidos”. O sea: *Nuevos Gastos Potenciales vs Gastos Actuales*.

Para su determinación resulta necesario realizar supuestos y dichos supuestos tienen un fuerte impacto en los resultados que se obtienen. De esta forma tan importante como la metodología para el cálculo resulta ser la definición de los supuestos. Asimismo, en el trabajo mencionado en una primera aproximación se excluyen factores de ‘segundo orden’, es decir cambios que puedan ser consecuencia del cambio planteado en la constitución (ejemplo: comportamiento de los ciudadanos, demandas al estado, etc.).

En todos los casos (derechos) analizados en este trabajo el gasto administrativo fue determinado como una proporción del total. Llamando gasto administrativo a toda la estructura del estado (física + RRHH) que le da soporte al derecho en cuestión. El porcentaje de gasto administrativo casi siempre se imputa al costo calculado, es decir, no se calcula como un costo adicional y así forma parte del costo fiscal directo definido.

Finalmente se destaca el análisis comparativo

que presenta el trabajo en el cual se ha hecho foco en cuantificar el impacto de la ampliación de derechos (nueva constitución) en otros países. De esta forma, la mayoría de los resultados se expresan como % del PIB en dólares para facilitar la comparación y resulta especialmente ilustrativo cuando se grafica el cambio de dicho % antes y después de una ampliación de derecho.

Caso argentino

En Argentina no se evalúa el costo de un cambio en nuestra constitución. Sin embargo resulta crucial estimar el costo asociado con los derechos de la constitución vigente.

En línea con lo mencionado previamente, el impacto económico del derecho está fuertemente determinado por los supuestos y/o escenarios de implementación analizados. Es así que será posible determinar el cambio del % del PBI al pasar de un escenario a otro [Escenario A -> Escenario B]. Considerando este cambio de escenarios como una ampliación “potencial” de derechos similar a lo planteado en el trabajo sobre Chile antes mencionado.

Marco metodológico

Para determinar el costo económico del derecho (figura 1) es necesario previamente tener perfectamente establecido quiénes y cuántos son los sujetos (físicos y/o fiscales) alcanzados por dicho derecho. En el marco de este trabajo a este conjunto de sujetos los denominaremos **beneficiarios**.

De igual forma, resulta imprescindible conocer con la mayor exactitud posible los **alcances** del derecho. Con esto se hace referencia a la implicancia en bienes y/o servicios que se le deberán proveer a los beneficiarios del derecho.

Es evidente que según el derecho que estemos analizando tendremos distintos grados de precisión en la determinación de los beneficiarios y los alcances. Para abordar esta dificultad se propone:

- Realizar un estudio de sensibilidad. Esto es, estudiar el impacto en el resultado final de variaciones en las definiciones ‘imprecisas’ del derecho.
- Análisis de escenarios. En muchos casos el derecho se enuncia pero la reglamentación no existe y/o no permite establecer precisiones sobre los beneficiarios y/o alcances. En esta situación solo es posible plantear hipótesis y supuestos sobre los cuales se plantean los escenarios de estudio.

Derecho a la salud

A modo de ejemplo en esta sección se estima el costo económico requerido para garantizar el derecho a la salud establecido por leyes argentinas.

Beneficiarios

Interpretando las leyes nacionales, como beneficiarios identificamos a todos los habitantes del suelo argentino. Más allá de esto, el cálculo puede ser desagregado calculándolo para subgrupos de

Figura 1
Este esquema representa los principales pasos mencionados



beneficiarios. Por ejemplo, podría ser que el costo en zonas urbanas sea diferente al de las zonas suburbanas y/o rurales y sea conveniente hacer esta distinción.

En esta sección se presenta la determinación del costo económico para habitantes de zonas urbanas. Luego, si se desea, se puede extrapolar al resto de la población haciendo las consideraciones técnicamente necesarias.

Por otra parte, el requerimiento de bienes y servicios de salud dependen fuertemente de aspectos sociales, económicos y demográficos entre otros. La edad resulta ser el factor principal que determina el nivel de servicios de salud requeridos. De esta forma, cuando se modifica la distribución etaria de los beneficiarios genera un *consecuente impacto en el costo económico del derecho a la salud*.

Alcances

En nuestro contexto, los alcances del derecho corresponden al conjunto de bienes y servicios que deben ser garantizados a los beneficiarios. Para el caso de la salud los establece el conjunto de prestaciones establecidas en el Plan Médico Obligatorio [PMO]. Asimismo, esta canasta prestacional, por la propia dinámica de las ciencias médicas, varía periódicamente *con el consecuente impacto en el costo económico del derecho a la salud*.

De igual forma, más allá de la especificidad del PMO el sistema jurídico cuenta con mecanismos que permiten ampliar los elementos incluidos en el PMO. Nos referimos a los amparos, que sin entrar en la discusión de ellos puntualmente, en el marco de este trabajo es fundamental considerarlos.

De esta forma, en una primera aproximación al problema, consideraremos que los alcances del derecho a la salud los define el PMO más las prestaciones ofrecidas a los beneficiarios por vía judicial:

Alcances $\text{Derecho a la salud} = \text{PMO} + \text{Amparos}$

Escenarios

Por lo mencionado previamente queda claro que el costo económico del derecho a la salud evoluciona constantemente. De esta forma resulta tan importante contar con una estimación actual [foto] como así también poder estimar su evolu-

ción [película].

La sustentabilidad de un derecho viene dada por su viabilidad financiera presente y futura.

El escenario que se define en este caso de estudio es arbitrario, pero luego deberá evaluarse su representatividad para toda la población de beneficiarios

En síntesis:

- Beneficiarios de zonas urbanas que usan principalmente el subsistema de OS
- Cálculo basado en el gasto directo: PMO + Amparos
- El gasto indirecto se excluye pero puede ser estimado como una proporción del gasto prestacional
- Solo se consideran afiliados de OS con plan básico

Cálculo del costo

En este ejemplo se plantea una metodología basada en el análisis del gasto [foto] para luego adicionarle el impacto de cambios en el conjunto de beneficiarios (especialmente pirámide poblacional) y/o alcances (% de amparos + nuevas tecnologías sanitarias)

A partir del registro del gasto prestacional consumido por afiliados de las obras sociales se plantea determinar el **IC-PMO**. El valor obtenido a partir del uso de esta información la llamaremos **IC-PMO gasto**.

De igual forma, a partir de determinar la prevalencia de las enfermedades cubiertas en el PMO se puede determinar el IC-PMO y en este caso lo denominaremos **ICPMO riesgo**.

Teóricamente, si ambas metodologías de cálculo son correctas, se obtiene que ambos valores serán idénticos, es decir: **ICPMO gasto = ICPMO riesgo**

La figura 2 representa que el valor del IC-PMO puede obtenerse a partir de distintas fuentes/tipos de datos pero en todos los casos se busca un mismo valor.

Por todo lo expuesto previamente se propone inicialmente determinar el **ICPMO gasto** y en una segunda etapa comenzar a determinar el **ICPMO riesgo** con foco en las denominadas enfermedades catastróficas (que representan aproximadamente el 50% del gasto prestacional actual).

Considerando que la cantidad de patologías es muy grande, una primera aproximación al indicador buscado puede obtenerse a partir de identificar las patologías más costosas en valor (*precio x cantidad*). De esta forma puede obtenerse un valor mínimo o piso para el índice que llamaremos Índice de Costo de Programa Médico Obligatorio de patologías de Alto Precio y Baja Incidencia (**ICPMO riesgo^{papbi}**) como la sumatoria del costo asociado a cada una de estas patologías ponderado por su probabilidad de ocurrencia capitado. De esta forma, dicha estrategia requiere comenzar por identificar las patologías que generan las mayores erogaciones y cuantificar con la mayor precisión posible el costo directo e indirecto asociado para los tratamientos asociados cubiertos por el PMO. Cuantas más patologías se incluyen, más cercano será el **ICPMO riesgo^{papbi}** al **ICPMO riesgo**. Para determinar el **ICPMO gasto** se requiere el uso del registro de gasto prestacional desagregado por edad, sexo y región. Asimismo, nos restringimos a afiliados con cobertura básica, es decir que no cuentan con planes superadores a la canasta básica incluida en el PMO.

La metodología que se plantea en adelante ya fue realizada a partir de datos de OSDEPYM y se propone ampliar la base de afiliados para contar con datos más representativos a nivel nacional

Gasto medio por afiliado [GMA] vs. ICPMO gasto

Como paso inicial se determina el gasto medio por afiliado [GMA]. Determinar el **GMA** mensualmente es muy simple. Solo requiere agregar adecuadamente los consumos prestacionales y adicional los gastos capitados según corresponda. Esta métrica es fundamental para evaluar la sustentabilidad de la OS. Conocer su tendencia y variabilidad es fundamental. Asimismo resulta clave determinar la diferencia de comportamiento del **GMA** según el *tipo* de afiliado para que la OS pueda predecir qué impacto tiene la incorporación de un tipo versus otro.

A modo de ejemplo en la figura 3 se muestra la evolución relativa del **GMA** calculado para el caso de OSDEPYM diferenciando afiliados tipo monotributistas (M) de afiliados tipo obligatorios (O).

Figura 2

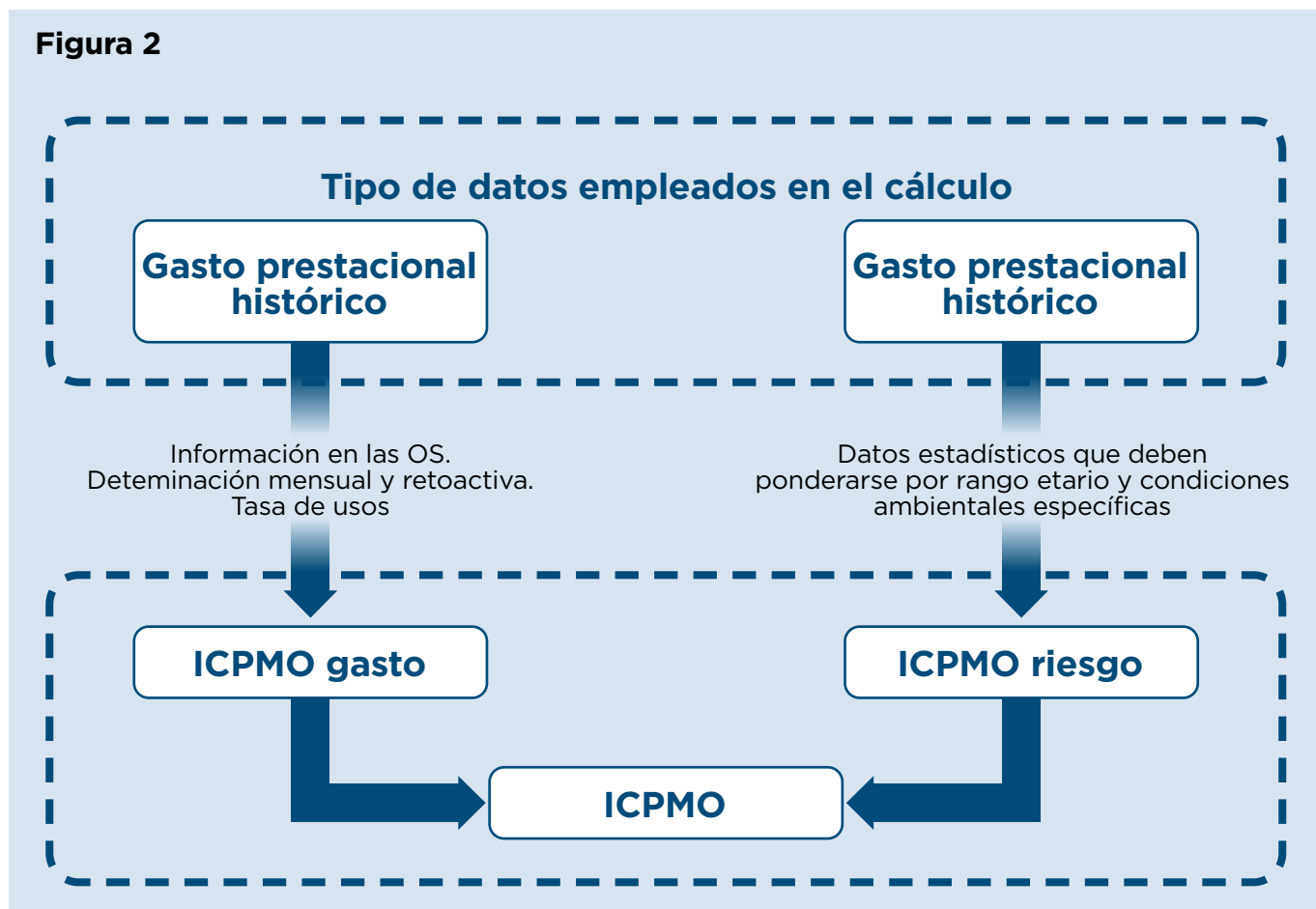
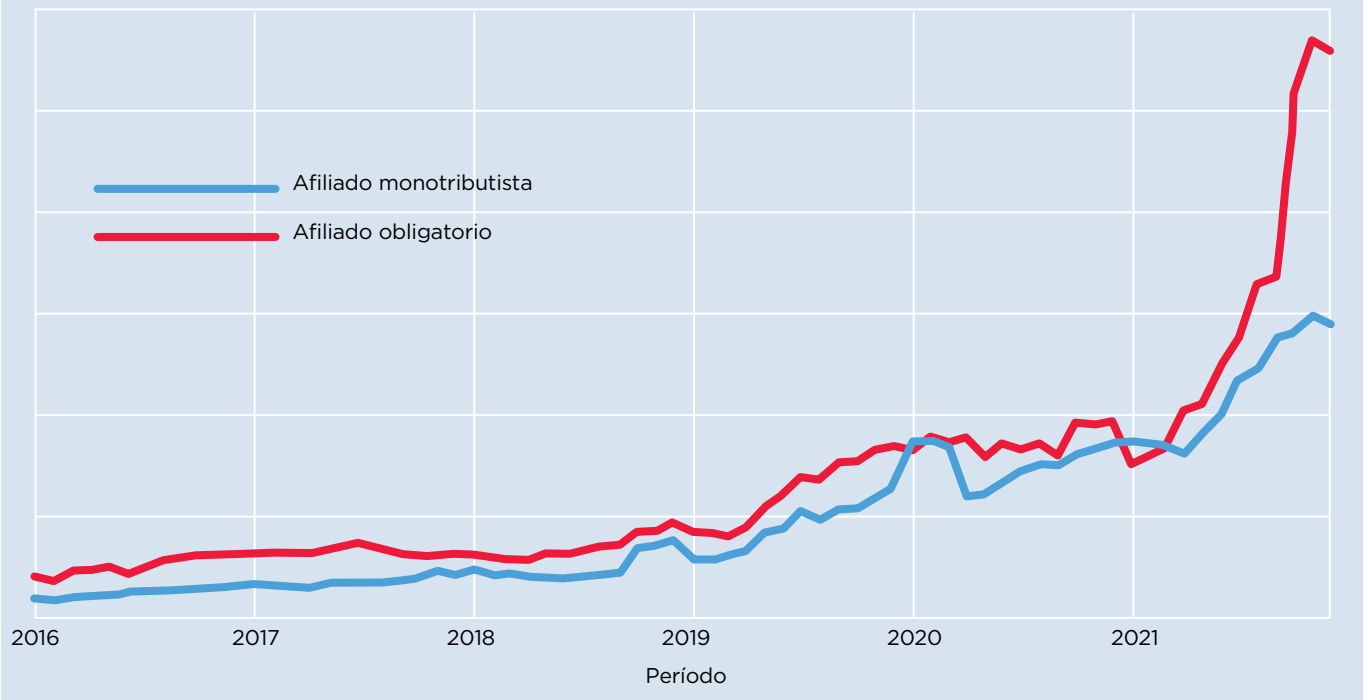


Figura 3
Evolución mensual del GMA paea planes básicos
(cobertura PMO)



La figura anterior deja en clara evidencia que el GMA para “tipo obligatorio” resultó ser mayor en forma consistente más allá de particularidades como la pre y post pandemia durante la década analizada.

Asimismo, evidencia que el **tipo de afiliado** tiene un impacto importante en la determinación del índice que buscamos: **ICPMO gasto**.

En el caso expuesto (modo de ingreso a la OS) el patrón de consumo se ve afectado entre otras cosas por la conciencia del afiliado en la existencia de cobertura y la tasa de rotación (altas/bajas).

Gasto medio por afiliado que consume [GMAC]: hacia el ICPMO gasto

Lo expuesto en el párrafo anterior manifiesta la necesidad de contar con una métrica que normalice y pueda abstraerse de lo mencionado en el párrafo anterior.

De esta forma definimos el gasto medio por afiliado que consume [GMAC] que es simplemente el gasto medio por afiliado pero considerando solo aquellos que en un periodo de tiempo previo (este tiempo es fijo y arbitrario, han solicitado los servicios de la OS).

Por definición esta nueva métrica siempre es mayor al GMA. Es decir:

$$\text{GMAC} \geq \text{GMA}$$

Conclusiones

En este trabajo se presenta un primer abordaje metodológico a la determinación del costo asociado a un derecho. Cabe destacar que el costo asociado a un derecho no es un valor constante y debe ser evaluado periódicamente para validar la sustentabilidad del sistema legal que le da soporte. Esto último representa una de las principales motivaciones para la realización del presente reporte. Para evitar ambigüedad en el marco del trabajo hemos definido conceptos específicos de utilidad que consideramos importante remarcar:

- Costo económico directo
- Beneficiario de un derecho
- Alcances de un derecho

Como ejemplo se ha presentado una estimación del costo del derecho a la salud donde en primer lugar se han establecido claramente los beneficiarios, luego se establecieron los alcances y finalmente se presentó una metodología de cálculo basada en el gasto registrado. ■

Disfuté un

30% DE DESCUENTO

en los primeros 6 meses para menores de 50 años



Planes médicos que se adaptan a vos

PLAN 2500

PLAN 4000

0800-288-8432 | osdepym.com.ar | [f](#) [@](#) [▶](#) [in](#)

 **OSDEPYM**
TE ESTAMOS CUIDANDO