



El impacto en salud de la reforma laboral

El proyecto de reforma presentado por el Ejecutivo no solo afecta las condiciones para los trabajadores beneficiando a los empleadores con la reducción de impuestos y la disminución del control por parte del Estado, sino que también genera un perjuicio a la salud de todos los argentinos mediante la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud, organismo imprescindible para implementar la Cobertura Universal de Salud (CUS) que generará barreras en el acceso al sistema.

El Poder Ejecutivo Nacional ha enviado al Congreso un proyecto de ley de reforma laboral que propone introducir modificaciones al actual Régimen de Contrato de Trabajo para reducir los costos laborales, eliminando derechos adquiridos por los trabajadores a lo largo de los últimos cien años. Estas modificaciones desconocen los avances en materia laboral y su impacto en la salud desarrollados por muchos investigadores y referentes político-sanitarios. En particular, en el título VIII, contemplan la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (AGNET) como organismo descentralizado con autarquía económica, financiera y personería jurídica propia, en la órbita del Ministerio de Salud. El objetivo de la AGNET se define como “(...)la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza destinados a prevenir, tratar o rehabilitar la salud, a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación al conjunto de prestaciones cubiertas por el sector público y el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)(...)”.¹ Según la descripción de sus incumbencias, se desprende que será el organismo encargado de establecer qué

prestaciones médicas serán cubiertas por el sistema de salud en su conjunto (obras sociales, prepaga y sector público) y cuáles quedarán por fuera de dicha cobertura.

Actualmente existe el PMO que fue creado por el Estado Nacional en el año 1995 como un piso de prestaciones obligatorias a cubrir por obras sociales y empresas de medicina prepaga, siendo el Estado el garante último del derecho a la salud y por tanto quien vela por el efectivo ejercicio de ese derecho. **En el caso del sistema público de salud, en la actualidad no está limitado a un piso de prestaciones mínimas, sino que su carácter gratuito y universal asegura el acceso a cualquier prestación en los servicios públicos del país.** Tanto el Poder Ejecutivo como el Poder Legislativo, a través de la sanción de leyes, pueden modificar el PMO e incorporar nuevas prestaciones.

¿Qué es y para qué sirve evaluar las Tecnologías Sanitarias?

Uno de los desafíos del sistema de salud es, sin duda, evaluar críticamente las tecnologías sanitarias disponibles de tal manera de contribuir,



desde este tipo de acciones, al logro de los objetivos que justifican su existencia. Se entiende por *tecnología sanitaria* cualquier intervención que pueda ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados prolongados. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que **la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) debe ser un componente fundamental para el fortalecimiento del papel rector de los ministerios de Salud como autoridades sanitarias**, en el marco de los procesos de modernización y reforma sectorial y que puede contribuir a potenciar su liderazgo. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias se concibe como un proceso de análisis dirigido a **estimar el valor y la contribución relativa de una tecnología**

sanitaria a la mejora de la salud individual o colectiva considerando el impacto social, cultural y económico que implica la implementación de la misma y sus efectos directos e indirectos, deseados o no. Su cometido es aportar conocimientos para una racional toma de decisiones respecto de problemas de gestión, relacionados con tecnologías sanitarias.

Por lo general, la evaluación es el resultado de la recopilación sistemática y análisis de información científica y evidencia disponible. Aquí ya nos encontramos con un primer problema que consiste en que **muchas veces solo se tiene en cuenta la evidencia publicada sobre las distintas tecnologías, pero no se consideran aquellos resultados de investigaciones o estudios que no han sido publicados, y que por lo general coinciden con resultados negativos.** Entonces, si no se tiene en cuenta la “literatura gris”² y no se está advertido de este sesgo, se podría arribar a conclusiones equivocadas.

Un poco de Historia

En el informe “El estado de las clases obreras argentinas” realizado en 1904 por el médico Biale Massé se señalaban las consecuencias de la fatiga en el organismo, al mismo tiempo que el movimiento obrero daba su pelea por la reducción de la jornada laboral. Este estudio sentó las bases del derecho laboral, mostrando la necesidad de una legislación sobre el tema para regular las prácticas laborales y sus efectos en la salud y la calidad de vida de la población. Allí quedaron plasmadas ideas fundamentales para reglamentar el contrato de servicio, el descanso semanal, los accidentes de trabajo y el rol de la mujer en el campo laboral. Por su parte, Alfredo Palacios también demostró, en estudios similares, las ventajas en la salud y el desempeño laboral de derechos como la jornada laboral de ocho horas o el descanso semanal. Las experiencias realizadas por Palacios demostraron la objetividad de los daños sufridos por los trabajadores: la disminución real de la capacidad de trabajo, a lo largo de la jornada y a lo largo de los años; el aumento de los accidentes de trabajo y las amenazas múltiples contra la salud como las enfermedades infecciosas y el alcoholismo.⁶



Asimismo, muchos estudios son financiados por los propios productores de tecnología, como es el caso de la industria farmacéutica, por lo cual es importante estar conscientes de los intereses creados al momento de la consideración de estudios para la evaluación.

En este sentido, **algunos sistemas de salud han comenzado a incorporar, en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias, la voz de los pacientes y de la ciudadanía, así como su opinión en la asignación de los recursos limitados del Estado.** Esto es trascendente, en especial cuando la evaluación implica valores morales y culturales de una sociedad. Existen experiencias en países de Europa, como Inglaterra y Dinamarca que cuentan con “Conferencias de consenso ciudadano en salud” dependientes del Parlamento, como una forma nueva de evaluar tecnologías.

Qué propone el proyecto de reforma laboral

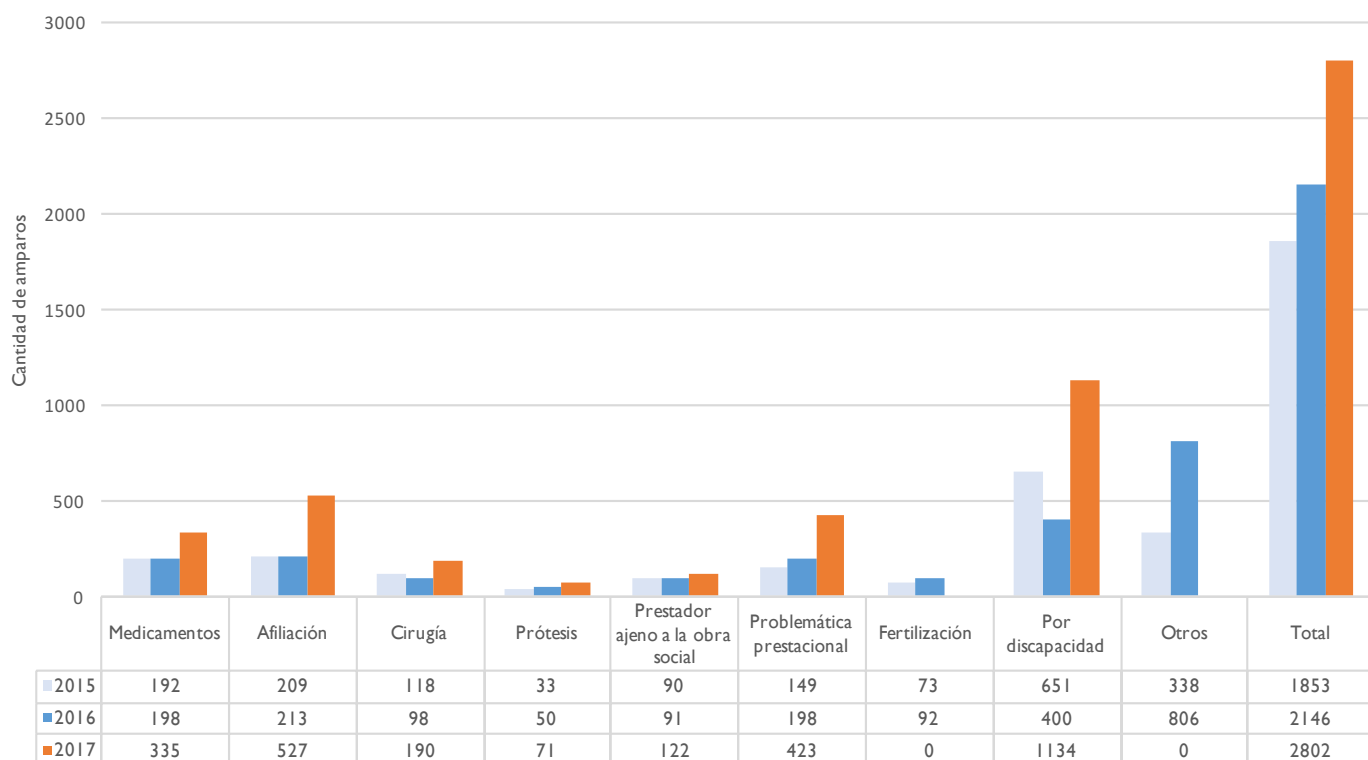
De acuerdo al actual proyecto,³ la AGNET deberá tomar intervención en carácter previo a la inclusión de cualquier práctica, procedimiento o cobertura dentro del PMO, de manera que **limita la posibilidad del Congreso Nacional de incluir nuevas prestaciones por Ley sin su previa aprobación.** Desde la creación del PMO se han incorporado gran cantidad de nuevas prestaciones mediante iniciativas legislativas, por ejemplo, la cobertura al 100% de todos los métodos anticonceptivos (Ley N° 25.673); la ligadura de trompas y vasectomía (Ley N° 26.130); las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prema-

turo, chagas y sífilis (Ley N° 26.279); la cobertura de tratamientos para la obesidad (Ley N° 26.396); la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la celiaquía, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten (Ley N° 26.588); la reproducción asistida (Ley N° 26.862); los medicamentos e insumos para el tratamiento de la diabetes (Ley 26.914), entre otras.

Además, tal como está planteado en el proyecto, existe una superposición de funciones con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT), que depende del Ministerio de Salud y que, como parte de sus competencias, se dedica a la evaluación de tecnologías. La nueva Agencia se expedirá con posterioridad a la intervención de ANMAT. **Esto podría generar inequidad en el acceso a las prestaciones de salud, ya que ANMAT autorizará la comercialización de productos que después pueden no estar incluidos en el PMO y el conjunto de prestaciones que también se defina para el sector público, y por ende será el paciente quien deba pagarlo de su bolsillo.**

El proyecto determina que la AGNET será el órgano de consulta en los procesos judiciales en donde se discutan cuestiones sanitarias referidas a los temas de su competencia. Estará a cargo de evaluar la relación costo-efectividad de prácticas e insumos médicos. En otras palabras, **estará en sus manos la decisión de recortar la cantidad de demandas que las obras sociales y prepagas están obligadas a atender a partir de resoluciones judiciales.** De esta manera, se plantea como un contralor de los reclamos judiciales de cobertura de tratamientos, frente a los financiadores como obras sociales y

Gráfico I. Evolución de los amparos a obras sociales y prepagas por tipo y total. 2015-2017.



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

prepagas, incluyendo en este esquema al sector público como tercer financiador.

El PMO fue creado como una base de prestaciones que deben cubrir las obras sociales y prepagas pero, en tanto la garantía del derecho a la salud excede a lo establecido por el PMO -que de ninguna manera se constituye como el máximo a cubrir-, en múltiples situaciones la justicia ha ampliado dicha cobertura. Según estiman entre empresas de medicina privada y prestadoras sindicales, los amparos representan cerca del 15% de sus costos totales y han registrado un aumento en los primeros diez meses de este año, con una suba de 30,5% respecto de 2016 y un incremento de 52% si se compara con los iniciados en 2015, según el registro que releva la Superintenden-

cia de Servicios de Salud (SSS) en base a los informes suministrados por los efectores del seguro de salud. Pero como decíamos, la AGNET podría limitar o poner en riesgo este recurso de la población para acceder a aquellos tratamientos que le sean negados por los prestadores de servicios de salud, anulando un instrumento clave que muchas veces representa la única vía para garantizar el acceso.

Un hecho para destacar es que esta Agencia estará administrada por un Directorio de cinco integrantes designados por el Poder Ejecutivo, y contará con una Comisión Técnica Evaluadora integrada, entre otros, por un representante de las Obras y Servicios Sociales provinciales que hubieren adherido a la ley; dos representantes de las obras so-



Tabla I. Impacto sanitario de la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud.

| Características y atribuciones de la AGNET | Implicancias |
|--|---|
| <i>Interviene antes de la inclusión de cualquier práctica, procedimiento o cobertura PMO</i> | Limita la posibilidad del Congreso Nacional de incluir nuevas prestaciones por Ley sin la previa aprobación de la Agencia. |
| <i>Interviene después de la actuación de la ANMAT</i> | ANMAT autorizará la venta de productos que después pueden no estar en el PMO y por ende será el paciente quien deba pagarlo de su bolsillo. |
| <i>Será el órgano de consulta en los procesos judiciales en donde se discutan cuestiones sanitarias</i> | Recorta la posibilidad de acceder a prácticas que las obras sociales y prepagas se niegan a cubrir, mediante la vía judicial. |
| <i>Representantes de obras sociales y de empresas de medicina prepaga formarán parte integrante del organismo a través de su participación en la Comisión Técnica Evaluadora</i> | Se corre el riesgo de que intereses económicos de financiadores del sistema, como obras sociales y prepagas, o productores de tecnologías, influyan en las decisiones de la Agencia y no se cumpla con las condiciones necesarias para garantizar la imparcialidad y el carácter técnico. |
| <i>Se crea un conjunto de prestaciones para el sector público, equiparable al PMO que regula las prestaciones de obras sociales y prepagas</i> | Genera un "techo" de prestaciones a cubrir por el subsector público que hoy no existe, propiciando condiciones de desigualdad ya que para un sector de la población solo habría un conjunto de prestaciones y para otros esa oferta se podría ampliar en función de su capacidad de pago. |
| <i>No tiene la potestad de fijar el precio máximo de venta del producto en el país</i> | El Estado no tiene injerencia en la regulación y reducción de los precios de las tecnologías, generando barreras económicas de acceso. |

FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria.

ciales sindicales; y un representante de las entidades de medicina prepaga. Es decir, que **grupos con claros conflictos de intereses como los representantes de obras sociales y de empresas de medicina prepaga formarán parte integrante del organismo a través de su participación en esta comisión** que, entre otras, tendrá como función proponer cuáles son

las tecnologías a evaluar y las estrategias de implementación de las decisiones de la AGNET. Entonces, por ejemplo, podría darse el caso de una persona que inicia un reclamo judicial porque su prepaga se niega a dar cobertura a un tratamiento que fue prescrito por un profesional de esa misma prepaga. El Juez competente deberá consultar a la Agencia cuál es su opinión respecto de esa cober-



tura, es decir, a fin de cuentas, estará consultando a representantes del sector al que se está demandando. Además la comisión incluye representantes de entidades como organizaciones de pacientes y usuarios o entidades académicas y científicas pero no se establece cómo se realizará la designación para su participación.

Cabe resaltar que un organismo encargado de evaluar tecnologías sanitarias debería solo dictaminar sobre una determinada tecnología y expedirse en favor o en contra de autorizar el uso de esa tecnología en todo el territorio nacional, sin tomar decisiones, ni dictaminar respecto de casos individuales y quien financia la prestación no debería involucrarse en la decisión de su aprobación por parte del organismo evaluador. De lo contrario, se corre el riesgo de que intereses económicos de financiadores del sistema como obras sociales y prepagas, o productores de tecnologías, influyan en dicha decisión, y algunas de ellas se autoricen para una franja poblacional con capacidad de pago, aunque la misma no sea siquiera eficaz, segura o mucho menos costo-efectiva, presionando hacia el incremento del gasto directo de bolsillo y generando desigualdades en el acceso para el conjunto poblacional.

El proyecto también introduce el término “conjunto de prestaciones cubiertas por el sector público”⁴, equiparándolo con el PMO. Actualmente no existe algo similar en el sector público. Este modelo remite a las intenciones de crear un sistema de aseguramiento de la salud (llamado “Cobertura Universal de Salud”⁵) como existe en países como EE.UU. o Colombia. Promueve la posibilidad del acceso a servicios de salud según la posibilidad y capacidad de pago del usuario, generando grandes inequidades y distorsiones

en la salud de la población. El modelo organizacional que permitiría llevar a cabo estos cambios se basa en un sistema de atención de la enfermedad basado en el aseguramiento de la población y el financiamiento de la demanda. **La propuesta de Cobertura Universal o Seguros de Salud necesita de una institución como la AGNET para cerrar el círculo de oferta - demanda.**

Por otro lado, **no se atribuye a la AGNET la potestad de fijar el precio máximo de venta del producto en el país, de manera que el Estado pueda tener alguna injerencia en la regulación y reducción de los precios de las tecnologías**, en especial los medicamentos, y evitar sobreprecios. La mayoría de los países no dejan que las empresas farmacéuticas establezcan de manera unilateral el precio de los medicamentos. La principal razón es que el mercado de medicamentos no funciona como predicen los modelos teóricos, especialmente el modelo de competencia perfecta, que es el que justifica la superioridad del sistema de mercado sin regulación. **Los medicamentos son bienes preferentes e inelásticos, es decir, son poco sensibles a las variaciones de precio** ya que es muy difícil para un paciente “decidir” dejar un medicamento en contra de una indicación médica, a pesar de su alto precio. Esto hace que las barreras económicas sean uno de los grandes condicionantes para su acceso.

Muchos países han optado por controlar precios de forma directa. Pero para ello recurrieron a diversos métodos: fijación basada en el costo (es el caso de España), fijación basada en el beneficio empresarial obtenido (Francia e Inglaterra), fijación de precios menores para medicamentos repetidos o *me too* (Suecia, Francia y Brasil); por comparación a nivel internacional (en casi todo Europa, en Brasil y en



México), fijación por volumen de venta (en Inglaterra), congelamiento de precios (Alemania, España, Italia, Venezuela, Panamá), requisitos de actuación positiva en términos de exportaciones, empleo, inversión en investigación y desarrollo (Inglaterra y Canadá han avanzado en este sentido).

Una de las razones principales de la creación de este tipo de agencias es la necesidad de los financiadores y prestadores de servicios de salud (obras sociales, empresas de medicina prepaga, incluso el propio Estado) de solventar los altos precios de las tecnologías sanitarias que atentarían contra la “sustentabilidad del sistema”. Sin embargo, la intervención del Estado como ente regulador del sistema no se plantea como una forma viable de reducir dichos precios. **Un Estado regulador del mercado de la salud podría garantizar precios accesibles, adecuados a los costos reales de las tecnologías, evitando la especulación económica de quienes las producen.**

Conclusión

La evaluación de tecnologías sanitarias apunta a determinar la efectividad, la seguridad y el costo de una tecnología determinada, pero además considera sus efectos, tanto directos como indirectos, deseados o no. En este sentido, es muy importante contar con organismos de evaluación y las

experiencias desarrolladas en numerosos países abonan a lo acertado de este tipo de medidas. Sin embargo, la AGNET creada a instancias del proyecto de Ley de Reforma Laboral y tal como viene siendo planteada por el Ejecutivo Nacional para implementar la Cobertura Universal de Salud, generará barreras de acceso aumentando significativamente el gasto de bolsillo en salud para aquellas personas con capacidad de pago y vulnerará el derecho a la salud de grandes sectores de la población.

La AGNET limita la posibilidad del Congreso Nacional de incluir nuevas prestaciones al PMO por Ley; interviene luego de la ANMAT, que podrá autorizar la venta de productos que posteriormente pueden no estar en el PMO y por ende será el paciente quien deba pagarlo de su bolsillo; estará administrada por grupos con claros conflictos de interés con los fines de la agencia, y se propone como una herramienta para limitar la posibilidad de realizar demandas judiciales a los prestadores y no como una forma adecuada de intervención del Estado para la regulación de los precios.

Resulta imprescindible garantizar la transparencia y calidad técnico-profesional de esta agencia para evitar que sea cooptada por intereses corporativos que desvirtúen sus objetivos y conlleven que responda a fines económicos más que a sanitarios.

¹ Artículo 107. Capítulo 1. Título VIII Agencia Nacional de Evaluaciones en Salud. Proyecto de Ley de Reforma Laboral

² Se denomina “literatura gris” a aquella que no se difunde por los canales ordinarios de publicación comercial.

³ Poder Ejecutivo ya había enviado un proyecto similar de creación de esta Agencia en 2016 y que no prosperó en el Senado de la Nación, debido a la enorme preocupación que generaba en grandes sectores de la sociedad y en una parte del sector salud.

⁴ Artículo 107. Capítulo 1. Título VIII Agencia Nacional de Evaluaciones en Salud. Proyecto de Ley de Reforma Laboral.

⁵ Para un mayor desarrollo de este tema ver el Informe FSS - Acerca de la CUS. Octubre de 2017. Disponible en <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/acerca-de-la-cobertura-universal-de-salud/>

⁶ Juan Bialek Massé (1846-1907). Médico y abogado que publicó varias obras sobre medicina en los que relevó las condiciones de salud de los trabajadores argentinos. Precursor del derecho y la salud laboral. | Alfredo Palacios (1880-1965). Abogado, primer Diputado socialista de América. Autor de numerosas legislaciones laborales y estudioso de los efectos del trabajo en la salud.