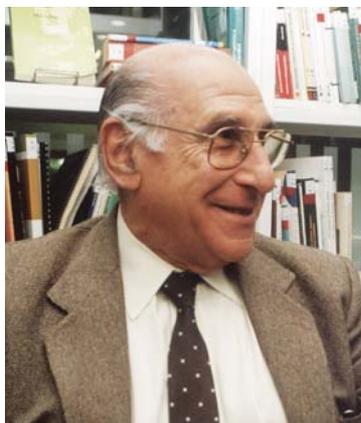


La necesidad de generar conciencia social en distintos niveles

# Derecho a la Salud: otras piezas del rompecabezas (parte II)

Más voces se suman para aportar conocimientos sobre algunas complejidades presentes en el cumplimiento de este derecho fundamental. Continuamos tratando un tema iniciado en la edición anterior dialogando con un reconocido experto en Economía y Gestión de la Salud y una especialista en Seguridad Social.



**E**n materia de Derecho a la Salud, la falta de información es uno de los factores que mayor influencia tiene cuando se analizan las complicaciones que pueden verse en el reclamo de su cumplimiento. Según los especialistas, el desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud, algunas fallas propias de un régimen de mercado y actores con intereses creados, provocan que el recurso de amparo judicial basado en esta garantía constitucional sea una vía utilizada por demás, muchas veces innecesariamente, con la cual se resuelven los reclamos por prestaciones médicas.

“La garantía del Derecho a la Salud bien empleada es magnífica —dice el Dr. Armando Reale, vicepresidente de la Asociación de Economía de la Salud—, pero en los casos de recursos de amparo hay

que tener en cuenta los derechos colectivos y la realidad de nuestro sistema. Muchas veces los fallos judiciales son sobre cuestiones médicamente inciertas y resuelven una expectativa del paciente, pero no son solución real al problema”. Es que un fallo judicial adverso puede ocasionar graves problemas financieros a una obra social pequeña y poner en riesgo la atención del resto de sus afiliados. O, en caso de que el Estado sea el demandado, restar recursos presupuestarios que deben emplearse para el bien común para la resolución de un caso individual. “En general, no hay reclamos por diagnósticos. Se reclaman prácticas, terapias y tratamientos cuya efectividad no está comprobada o no tienen la capacidad de modificar el curso de la enfermedad o mejorar los resultados ya obteni-

dos. Ello hace que no formen parte de los planes de cobertura cuya definición requiere necesariamente la aplicación de criterios de priorización. Otras causas de amparo se originan por el valor de la prestación cuando el efector ha logrado diferenciarse o por quien la realiza, situaciones que deberían regularse con mecanismos de homologación, aún con el mismo juez. En definitiva hay que evitar la formación de un nicho de negocios para empresas y profesionales cuando advierten la existencia de un financiador. Tenemos un Sistema de Salud desregulado, con mucho nivel de mercado y como tal existen fallas en él, que con frecuencia resultan alentadas por decisiones judiciales que aún en el caso de ser revocadas no tienen reparación económica”. Una arista que complica esta

cuestión es que sólo una proporción menor de los reclamos por prestaciones médicas acuden a las instancias previas –las obras sociales y la Superintendencia– antes de recurrir a la Justicia. “Hoy en día, la población cree que la Justicia le resolverá su problema más rápido que su obra social –explica la Dra. Susana Elordi, especialista en Seguridad Social y Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) hasta el pasado mes de mayo. Pero el organismo de control cuenta con áreas específicas para resolver controversias entre financiadores y usuarios, e incluso para los profesionales prescriptores”. Las leyes de mercado explican, en parte, la demanda por terapias y tratamientos cuyos resultados en muchos casos no han sido comprobados. “El medicamento y la tecnología médica –explica Reale–, también son productos sobre los que el marketing crea primero la necesidad para luego venderlos. Y en esta cuestión hay muchos intereses económicos en juego. Si en este momento el sistema de cobertura tiene muy en cuenta cubrir por prescripción, de acuerdo a guías que demostraron evidencias científicas de buenos resultados, no se pueden alterar procedimientos establecidos que se revelan eficaces. Deben respetarse la organización y las instancias existentes para resolver casos graves antes de reclamar ante la Justicia. El vademecum, las bandas terapéuticas y muchos otros instrumentos existen para fijar usos y prioridades en cada caso”. “Durante 2005 –cuenta Elordi–, la Superintendencia de Servicios de Salud, conjuntamente con la International Judicial Academy, organización no gubernamental con sede en Washington y delega-



ciones internacionales que promueve la mejora de los sistemas judiciales en el mundo, suscribió un convenio marco para la realización de actividades conjuntas de divulgación, formación y actualización en temas relacionados con la salud. Por la Argentina intervino la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional y la Junta Federal de Cortes. Fueron tres encuentros en diferentes ciudades del país con cerca de 400 participantes y destacados disertantes nacionales y extranjeros. La experiencia se repitió este año con coloquios celebrados en Buenos Aires, Mendoza y Rosario, y dos próximos a celebrarse en agosto y octubre, todos sobre el tema ‘Justicia y Salud’”.

La idea de estos encuentros radica en proveer de información a los Tribunales para la decisión de un caso puntual: qué es la evalua-

ción de tecnología sanitaria, cuáles elementos –desde el punto de vista médico– un magistrado debe tener en cuenta para el otorgamiento de una medida cautelar o una prestación determinada, y cuáles son sus consecuencias.

“En la mayoría de los casos –comenta Elordi–, desde el punto de vista procesal se trata de ‘medidas autosatisfactivas’: la prestación se otorga mediante una cautelar; sin intervención del financiador de salud, para luego discutir en un pleito la procedencia o no de tal medida, de modo abstracto. La concurrencia de magistrados y funcionarios ha sido masiva y permite ser optimistas respecto de la receptividad de la información brindada, sobre todo desde la visión de médicos especialistas –que no son precisamente quienes prescriben las prácticas discutidas en Tribunales– desde

## Derecho a la salud:...

los financiadores públicos y privados, así como de los organismos de fiscalización y control". Dentro de los alcances y atribuciones de la SSS está el control y fiscalización de los servicios de salud de las Obras Sociales Nacionales a sus beneficiarios, y sus esfuerzos deben dirigirse a controlar la satisfacción de éstos, garantizando sus derechos en lo referente a la atención sanitaria en tiempo y forma.

Durante el año 2005 el organismo puso en marcha un proceso especial, el Equipo Especial de Atención de Reclamos, dependiente de la Gerencia General durante su primera etapa de prueba. "Se constituyó con personal de la casa, multidisciplinario, con médicos, abogados, asistentes sociales, psicólogos –relata la experta–. Su objetivo fue la resolución preferente de todos los reclamos por asistencia médica que realicen los beneficiarios, sus familiares, o agentes del seguro en carácter de consultas preventivas ante un probable conflicto puntual. Nuestra principal

preocupación era la respuesta rápida a las necesidades de los usuarios que realmente lo necesitaran, evitar conflictos entre ellos y Obras Sociales, evitar la judicialización de los mismos vía amparos, y desburocratizar el tratamiento de los reclamos o quejas en el organismo transformando un 'expediente' en un 'caso a resolver'".

Los casos se categorizaron en función de la urgencia o gravedad del problema: máxima, media y baja prioridad. Los primeros –donde se encuentra en peligro la vida del paciente o existen riesgos de graves secuelas de incapacidad– se resuelven en un plazo de entre 24 y 48 horas. Si no afecta la vida –pero precisa de insumos o medicamentos de alto costo para tratamiento inmediato– son de 'mediana prioridad', a resolverse en la semana de ingresados. Y el resto, de 'baja prioridad', son sin riesgo de vida o incapacidad del paciente, requieren una solución por parte del agente del seguro a resolver en 20 días.

La evaluación del Equipo, luego de nueve meses de funcionamiento, dio como resultado que de los casi 1700 casos de reclamos atendidos, más de la mitad correspondieron a las prioridades alta y media. Los índices de resolución en ambos casos superaron el 90%. Los reclamos más frecuentes se refirieron a problemas de cobertura del Programa Médico Obligatorio, discapacidad, cobertura de medicamentos y reintegros. Durante el tratamiento de cada caso se mantenían entrevistas con los beneficiarios, con sus Obras Sociales y, en algunos casos, hasta con los prestadores del sistema.

"Por la vía del diálogo y la comunicación –define Elordi– se obtienen resultados a veces sorprendentes, que jamás se hubieran lo-

grado tratando los casos como simples expedientes, sin contacto personal entre las partes. Informar lo más ampliamente posible al beneficiario sobre las características de su situación y las posibilidades de resolver su problema, cambia radicalmente la actitud del involucrado. Esto es algo sobre lo que debemos trabajar mucho, y no es privativo de los organismos de control; las Obras Sociales deberían tomar conciencia de que un mayor acercamiento a sus beneficiarios, humanizando la atención, mejorando la relación médico paciente con información adecuada, oportuna, y sin dejar de lado la especial situación del enfermo desde todos los aspectos, resolvería más rápidamente y con mucho menos costo para el sistema una gran parte de los problemas que hoy padecemos. Recurrir a la Justicia no es el mejor camino para el bien común".

Según la información recabada por la Sindicatura de la Gerencia de Asuntos Jurídicos del organismo, durante 2004 sobre un total de 647 Obras Sociales sindicadas hubo 647 acciones de amparo realizadas por los beneficiarios. En 2005, sobre 715 Obras Sociales, éstos disminuyeron a 72. Sobre estos totales, en 2004 hubo 37 casos con intervención previa de la SSS, y en 2005, 35 casos.

El especialista entrevistado también remarca problemas en el nivel de información. "Le pediría a los jueces –finaliza Reale– que tengan una clara percepción de cómo funciona el sistema, que sean conscientes de que en esto se juegan cuestiones de mercado, cada vez más, y que no se olviden de lo colectivo por privilegiar lo individual. Porque cuando decide a favor de uno, puede estar decidiendo también en contra de otros"

## Manual para jueces

Un equipo mixto de expertos de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Academia Judicial Internacional trabaja en la realización de un manual. La "Guía de Evidencia Científica" contendrá orientaciones y premisas para la evaluación de las pruebas científicas en temas de salud para uso de los magistrados. En breve se conformarán tres grupos de expertos para elaborar manuales de temas médicos puntuales sobre los cuales los jueces manifestaron intención de profundizar: oncología, discapacidad y SIDA. Estos equipos están integrados por jueces y expertos. Los jueces deben saber derecho, no medicina, y todo aquello que fortalezca conocimiento e información, debe ser una obligación del Poder Ejecutivo, en este caso a través del Ministerio de Salud y Ambiente y la Superintendencia de Servicios de Salud.