

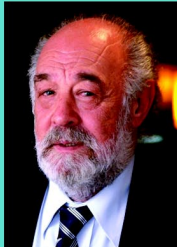
Debate

La sustentabilidad
del Sistema de Salud
Por el Dr. Hugo E. Arce



Opinión

La salud también oculta
cosas debajo de la alfombra
Por el Dr. Sergio H. del Prete



Columna

Sombras de un año
que comienza
Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XX. N° 108. Enero 2019

ANUARIO 2018

**HAY UN PLAN
QUE SE AJUSTA
AL DE TU VIDA.**



PLAN 220



PLAN 330



PLAN 440



PLAN 550



GALENO

WWW.E-GALENO.COM.AR
0800-777-4253

A vibrant photograph of three people jumping from a dark, rocky cliff into a bright blue ocean. A man in red and blue swim trunks is in mid-air on the left, with his arms outstretched. Two women in white and blue bikinis are jumping together on the right, also with arms outstretched. The background shows a clear blue sky and distant mountains.

UNA EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTERIOR
PUEDE COSTAR HASTA USD 150.000

TU TRANQUILIDAD

¿cuánto vale?

Viajá por el mundo con tranquilidad y
dedicate a disfrutar lo que más querés.
Cuidamos tus viajes, cuidamos tu mundo.

 **universal
assistance**
ASISTENCIA AL VIAJERO

universal-assistance.com

 **tele
asistencias
médicas**



**DESCARGÁ
NUESTRA APP**





La red de emergencias médicas
más grande del país



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6° piso. Capital Federal
Tel./fax: +54 (011) 4394-7288 / e-mail: info@sifemesa.com.ar



/obrasocialferroviaria



@OsfePrensa

Conocé nuestros beneficios

- » **PAÑALES GRATIS** LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA
- » PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS DE ADICCIONES

- » COBERTURA DE LA MEDICACIÓN AL 70% o 100% EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS

WWW.OSFE.ORG.AR

Estados Unidos 2859/63 (C1227ABU)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4127-7700

0800-333-3313

Centro de Gestión y Atención Telefónica
(días hábiles de 9 a 18 hs)

osfe Obra Social
FERROVIARIA

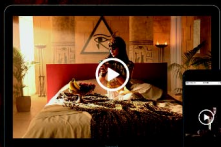
GESTIÓN Y TRABAJO
AL SERVICIO DE LA SALUD

📍 1188 a.C - Troya

**Que un like
no cambie
tu historia**

#SeguíTuPlan

**18/27
AÑOS**



Descubrí más personajes en
osdeneo.com.ar

OSDE

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente. Esta modificación de categoría OSDE NEO 18/27 entrará en vigencia a partir del 01/11/2018.

Más cerca de tu Salud



*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

Medifé

más para tu vida

Cam Doctor.
El médico está donde estás vos.



Medifé te acerca Cam Doctor, su nuevo servicio de consultas médicas online en Clínica Médica y Pediatría. A través de una videollamada sin cargo y desde cualquier lugar. Asocíate a Medifé y conectate más con tu tranquilidad. Servicio disponible en www.medife.com.ar Próximamente en iOS y Android.



medife.com.ar / f t i



andar

*Su salud, **nuestro** compromiso.*

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación
de Dependencia,
Monotributistas
y Particulares

0810-345-0184

ASESORAMIENTO COMERCIAL

0800-345-26327

CALL 24 HS.

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

 www.andar.org.ar



andarobrasocial



Mundo Viajante

**“YO ELIJO TENER
SIEMPRE CERCA
UN CENTRO MÉDICO
DE CALIDAD”**

*Saludable
mente*

**ELIJO LA RED
DE SERVICIOS MÉDICOS
MÁS GRANDE DEL PAÍS**

150.000 PROFESIONALES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES
15.000 CENTROS MÉDICOS
500 PUNTOS DE ATENCIÓN
PLANES PARA CADA NECESIDAD

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

 **SanCorSalud**
Grupo de Medicina Privada

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**
Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Teléfax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

BYNET Web Design
E-Mail: info@bynet.com.ar
Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Adagraf Impresores S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

GRAGEAS	12
ACUDIR <i>Lanzó un protocolo para el reconocimiento rápido de un ACV</i>	16
MEDICINA PREPAGA <i>Diversificar a través de la innovación</i> <i>Por el Lic. Fernando Martino - Director Comercial de Omint</i>	18
<i>Es imprescindible contar con un contexto de mayor previsibilidad</i> <i>Por Juan E. Funes - Director Comercial de GALENO</i>	20
<i>"Con responsabilidad asumimos que estamos frente a un nuevo paradigma de la salud"</i> <i>Por el Dr. Fernando Werlen - Director General de SanCor Salud</i>	22
OBRAS SOCIALES <i>En busca de la solidaridad perdida</i> <i>Por el Dr. David Aruachan - Presidente del Grupo Unión Personal</i>	24
<i>No existen personas sanas y el G20 de la salud</i> <i>Por el Dr. Alfredo Stern - Director Médico de OSPSA</i>	26
<i>Decálogo antisolidario</i> <i>Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento OSUTHGRA</i>	28
<i>Hacia un acuerdo de sustentabilidad</i> <i>Por el Lic. Carlos Candiano - Miembro de la Comisión Directiva de FAOSDIR</i>	30
SECTOR PRESTADOR <i>Los prestadores médicos privados son los verdaderos financiadores de la salud en la Argentina</i> <i>Por el Cp. Jorge Cherro - presidente de ADECRA</i>	32
DEBATE <i>La sustentabilidad del Sistema de Salud</i> <i>Por el Dr. Hugo E. Arce - Director, Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló.</i>	34
VOCES <i>Un paso en la integración de las políticas de salud</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados</i>	36
COLUMNA <i>Incrementos de costos médicos: un problema global</i> <i>Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson</i>	38
OPINIÓN <i>La deuda sanitaria de la democracia argentina</i> <i>Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Titular Salud Pública - Universidad Nacional del Litoral</i>	40
COLUMNA <i>Sombras de un año que comienza</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)</i>	42
OPINIÓN <i>La producción pública de medicamentos: balance anual</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	44
DEBATE <i>Tiempo de balances</i> <i>Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Entidades de Medicina Prepaga</i>	46
OPINIÓN <i>La salud también oculta cosas debajo de la alfombra</i> <i>Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Magister en Economía y Gestión de la Salud</i>	48
COLUMNA <i>¿Qué piensan, los que no piensan como nosotros?</i> <i>Porque pensamos distinto, actuamos diferente</i> <i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	50
OPINIÓN <i>Gestión del riesgo</i> <i>Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros</i>	52
COLUMNA <i>Escuelas de pacientes</i> <i>Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC</i>	54
COLUMNA <i>Un año de fuerte crecimiento institucional</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	56

El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.

LA APP DE GALENO SUMA DOS NUEVOS SERVICIOS PARA VOS:



LLAMANDO AL DOCTOR

Vas a poder consultar al mejor cuerpo médico a través de una videollamada con tu celular, estés donde estés.

CREDENCIAL VIRTUAL

También vas a poder acceder a todos los sanatorios y centros médicos propios de Galeno con tu celular, sin necesidad del plástico.



ADEMÁS, CON LA APP PODÉS CONSULTAR:

- Cartilla médica
- Prestadores
- Sucursales
- Teléfonos útiles
- Consulta de trámites
- Llamada de emergencia



DESCARGÁ LA APP EN:





Grupo Galeno y Sancor Seguros se unen para brindar telemedicina a sus clientes



Julio Fraomeni, Presidente de Grupo Galeno y Alejandro Simón, CEO de Grupo Sancor.

Grupo Sancor Seguros y Grupo GALENO firmaron un acuerdo para invertir conjuntamente en la empresa **Llamando al Doctor**, (LAD) responsable del desarrollo de una app que conecta a pacientes con médicos por videoconferencias.

De esta manera, la aplicación brindará servicio a los 750.000 clientes de todos los planes médicos de GALENO, y a los 150.000 clientes de Prevención Salud.

LAD es una plataforma de telemedicina que permite que, ante problemas sencillos de salud, las personas puedan ser atendidas a través de videollamadas por un profesional médico y de forma inmediata, evitando esperas y traslados.

GALENO y Sancor Seguros, motivadas por la misma vocación de brindar servicios de calidad a sus clientes, se unen en esta propuesta de valor tecnológico e innovadora, para potenciar cada vez más sus herramientas de contacto y de servicios. ■

El Hospital Británico celebró su 128ª Graduación de Enfermería

La Escuela de Enfermería del Hospital Británico realizó el pasado 6 de diciembre su entrega anual de diplomas. Este año, superó el récord de los últimos tiempos, con sesenta graduados en la tradicional ceremonia organizada desde hace más de 120 años en los Jardines de la Sede Central del Hospital Británico.

El evento contó con la presencia de la Sra. Elizabeth Green, vice-embajadora del Reino Unido; Felicity Jane Bagnall Kirkwood, presidente de la Comisión Directiva del Hospital; el Dr. Ángel Yebara, Director General de la Institución y la Directora de Enfermería del Hospital, Lic. Verónica Hortis de Smith, entre otras destacadas personalidades.

"Frente a la escasez del personal de enfermería, que es de preocupación a nivel mundial, esta graduación con numerosos egresados marca un óptimo horizonte, para el que venimos trabajando desde hace ya varios años", destacó Teresa Gómez, directora de la Escuela de Enfermería.



Durante un emotivo acto, la Lic. Hortis de Smith, encendió las lámparas de cada uno de los egresados. Esta tradición se vincula directamente con Nightingale, quien durante la Guerra de Crimea se iluminaba con lámparas de mano por las noches para asistir a los enfermos y heridos.

La Escuela dicta el ciclo de pregrado, absolutamente gratuito, como Unidad Docente de la Universidad de Buenos Aires desde 1994 y a mediados de 2014 dio inicio a la Licenciatura en Enfermería junto a la Universidad Católica Argentina. ■



Universal Assistance renueva su servicio de Teleasistencias Médicas

Universal Assistance presentó la nueva versión de su servicio "Teleasistencias Médicas", disponible a través de su app mobile tanto para Android y iOS. El mismo es un servicio que le permite a sus pasajeros recibir asesoramiento médico mediante una videollamada o chat con profesionales de la salud desde cualquier parte del mundo, en forma simple y rápida, con esperas no mayores a 15 minutos desde el momento de la coordinación.

El servicio brindará al paciente asesoramiento sobre afecciones médicas de atención primaria como gripes, resfriados, erupciones, dolor abdominal, infecciones urinarias, entre otros, y no está destinado a atender urgencias. Estas consultas virtuales no reemplazan a las consultas presenciales, y si el médico lo cree apropiado, indicará al paciente la necesidad de un turno en un centro de salud o asistir a una guardia médica.

Teleasistencias Médicas es una de las herramientas que forman parte del proceso de digitalización de la empresa, a través del cual busca simplificar sus procesos y brindar servicios cada vez más eficientes gracias a la tecnología. Universal Assistance es una de las empresas líderes en el mercado que brinda servicios dedicados a la asistencia integral al viajero hace más de 35 años. La compañía posee una red prestacional en todo el mundo a disposición de sus usuarios, las 24 horas, los 365 días del año. ■



**Crecimos junto a vos,
acompañándote en cada
momento de tu vida.**

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial



**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

SanCor Salud premiada por sus acciones de Responsabilidad Social Empresaria



El Grupo de Medicina Privada con más de 45 años de trayectoria en el rubro fue distinguido dentro de la Categoría Empresas por su proyecto "Saludablemente, Salud Emocional Solidaria".



El miércoles 5 de diciembre, en el Auditorio Fundación Barceló (CABA), SanCor Salud recibió el premio a la Sustentabilidad, Solidaridad y Comunicación otorgado por el medio "RSC". El objetivo de estas distinciones es reconocer a aquellas entidades que, con sus acciones, colaboran con la sociedad y contribuyen al bien público.

En la 15ª Edición de los Premios RSC, la prepaga fue merecedora del galardón por su acción de marketing "Saludablemente, Salud Emocional Solidaria". El proyecto surgió dentro del área de Responsabilidad Social Empresaria que depende de la Gerencia de Marketing. El Director Comercial de la compañía, Daniel González, recibió el premio.

"Saludablemente" fue el concepto innovador que dio inicio a las actividades que luego se llevaron a cabo. La meta principal fue acercar la salud emocional a las comunidades y promover la colaboración a organizaciones de bien público, para potenciar lazos solidarios y la cooperación colectiva por el bienestar común.

El Grupo de Medicina Privada organizó ciclos de charla sobre salud emocional, convocando a expertos en la materia como el neurocientífico Facundo Manes y los psicólogos Pilar Sordo y Bernardo Stamateas. La entrada tenía un valor único, es decir, el costo era definido por cada asistente y la gestión en su conjunto era realizada de manera online. Con la convicción puesta en contribuir en la construcción de una infancia digna, la empresa realizó un acuerdo con UNICEF Argentina con el fin de que ellos fueran los beneficiarios directos de lo recaudado, \$1.500.000, monto que fue entregado en su totalidad a este organismo en la edición 2018 de "Un sol para los chicos". ■

Convenio entre IOMA y la Oficina de Fortalecimiento Institucional

IOMA y la Oficina de Fortalecimiento Institucional bonaerense -OFI- firmaron un convenio de cooperación y asistencia técnica en el marco del Programa de Integridad en Empresas del Estado.

El acuerdo establece, entre otros puntos, que la OFI se compromete a asistir en la elaboración, implementación y monitoreo del Plan de Integridad al que se ha incorporado IOMA.

El presidente de IOMA, Pablo Di Liscia, destacó la importancia del acuerdo y agregó: "cuando asumimos nos pusimos como objetivo, según lo solicitado por la gobernadora, lograr que el afiliado esté conforme con IOMA y convertir a la obra social en ejemplo de transparencia. Este paso que damos junto con la OFI nos ayuda a avanzar en ese sentido". En tanto, Luis María Ferella, director Ejecutivo de la OFI, señaló que "a través del Programa Integridad podemos guiar y dar lineamientos" para fortalecer la transparencia de las instituciones como IOMA.

La Oficina de Fortalecimiento Institucional implementa políticas en materia de prevención e investigación de corrupción, en pos del fortalecimiento institucional del estado provincial. ■



BOREAL INAUGURÓ SU NUEVA CASA EN SALTA



La empresa de cobertura médica afianza su crecimiento en la región con la apertura de su nueva sucursal, ubicada en España 150. Más de treinta centros de atención en todo el país.



La nueva casa de Boreal en la capital salteña es un antiguo edificio de dos pisos completamente renovado, con instalaciones tecnológicas, eléctricas y sanitarias de última generación. Cuenta con más de 400 m² distribuidos en la planta baja con la recepción y los puestos de atención al público, siete oficinas administrativas en el primer piso, y el departamento comercial en la segunda planta.

La empresa de medicina privada con más de veinte años de trayectoria en el sector de la salud ha invertido en los últimos dos años en la creación de nuevos centros de atención en trece provincias de las regiones NOA, NEA, Cuyo y Centro del país. De esta manera, ya cuenta con treinta modernas sucursales que brindan una completa cobertura médico asistencial a más de 200.000 beneficiarios. En la provincia de Salta, tiene también sucursales en Güemes, Metán, Rosario de la Frontera y Orán. ■



Clínica Bazterrica



Clínica Santa Isabel



LA NUEVA FORMA
DE IR A LA GUARDIA.

+RÁPIDA.

+FÁCIL.

+SMART.



CHECK IN GUARDIA

Chequeá cada guardia desde donde estés y ganá tiempo ingresando a la fila online.

GUARDIA PROGRAMADA

Reservá tu turno online para ir a la guardia.

VIDEO CONSULTA

Consultá a un médico de guardia por videollamada.

miportalclnicas.com.ar

**GUARDIA
SMART**

LA FORMA **INTELIGENTE**
DE IR A LA GUARDIA.

ACUDIR lanzó un protocolo para el reconocimiento rápido de un ACV

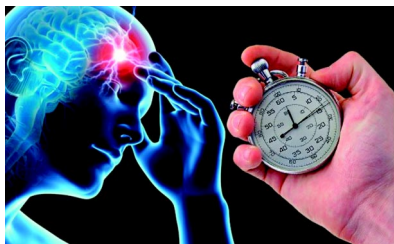
Es la primera vez que se aplica en Medicina Prehospitalaria de la Argentina. Un trabajo mancomunado con todos los eslabones del proceso.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de personas sufren un ACV cada año; 6 millones no logran sobrevivir y 1 de cada 6 personas tendrá un ACV en su vida.

Los ataques cerebrovasculares (ACV o Stroke en inglés) son la tercera causa de muerte en el mundo, detrás de las enfermedades cardíacas y el cáncer, y la primera causa de invalidez permanente.

Los Ataques Cerebrales pueden ser Isquémicos o Hemorrágicos. El 85% de los ACV son isquémicos y se producen cuando se interrumpe o bloquea el suministro de sangre al cerebro.

El ACV es una patología "tiempo dependiente", es decir que reconocerla y actuar lo antes posible es primordial para brindar el tratamiento adecuado, minimizar secuelas, ofrecer mayores posibilidades de rehabilitación y salvar vidas. De acuerdo con el estudio "Time is brain—quantified", publicado por Saver JL, del Departamento de Neu-



rología de la Universidad de California, en un ACV se pierden 1.9 millones de neuronas en promedio por cada minuto de evolución.

En pleno acuerdo con ese enunciado, **Acudir Emergencias Médicas** desarrolló el **Protocolo Stroke**. "Se trata del primer protocolo de este tipo, en atención prehospitalaria, en el país", explica el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de la empresa. "El objetivo de activar el protocolo es brindar una pronta asistencia para confirmar o descartar el diagnóstico y, en caso de que se trate de un ACV, ofrecer mayores chances de recuperación".

El Protocolo Stroke es posible a partir de un trabajo en conjunto

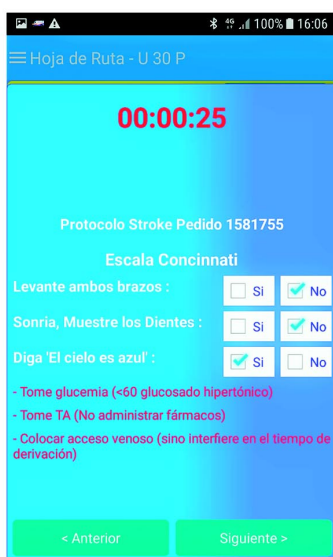
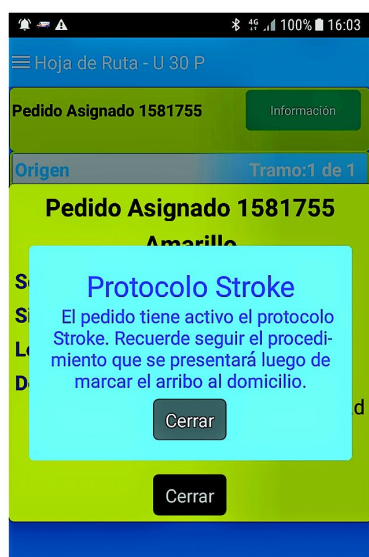
con las coberturas médicas, que se ocupan del triage inicial, y los centros de atención, cuyos profesionales ya están informados y preparados para recibir al paciente y transferirlo inmediatamente a la sala de Imágenes.

"El protocolo ayuda a reconocer rápidamente un ACV, establecer su tiempo de evolución, descartar la hipoglucemia —que genera síntomas similares al accidente cerebrovascular— y, en caso de mantenerse la sospecha de ACV, derivar a centros previamente designados. Todo este procedimiento permite optimizar los tiempos en el domicilio y en los traslados y modificar el pronóstico del paciente", enumera el Dr. Apesteguía.

Cuando el área de Recepción de Acudir recibe un llamado que cumple con algunos criterios generales establecidos, se activa el protocolo. En ese momento, a la Unidad Móvil asignada se le informará que se está ante un Protocolo Stroke para que siga el procedimiento establecido, una vez que haya arribado al domicilio. El tiempo es fundamental, por eso se activará un cronómetro visible en el equipo de telefonía móvil que utiliza la dotación (que cuenta con una aplicación móvil especialmente diseñada para la gestión de atención de las emergencias y urgencias médicas), en el que también aparecerá el procedimiento de evaluación, que corresponde a la escala de Cincinnati. Los profesionales deberán pedirle al paciente que sonría, levante los brazos y repita una frase y, además, deberán registrar otra serie de datos, como el tiempo de evolución de los síntomas o la presión arterial. Luego, de ser necesario, se realizará la derivación a un sitio previamente designado y que también tenga activo el Protocolo Stroke.

El Protocolo Stroke es pionero en la Argentina; integra la emergencia pre e intrahospitalaria en un sólo equipo de Stroke. Cumplir con él, no sólo mejora la calidad de la atención, también salva vidas. □

ACTIVACIÓN DE PROTOCOLO STROKE EN TELEFONÍA MÓVIL ACUDIR



Al activarse el **Protocolo Stroke**, el tiempo empieza a correr en un cronómetro visible en pantalla. A su vez, el profesional debe evaluar al paciente de acuerdo con la Escala de Cincinnati.

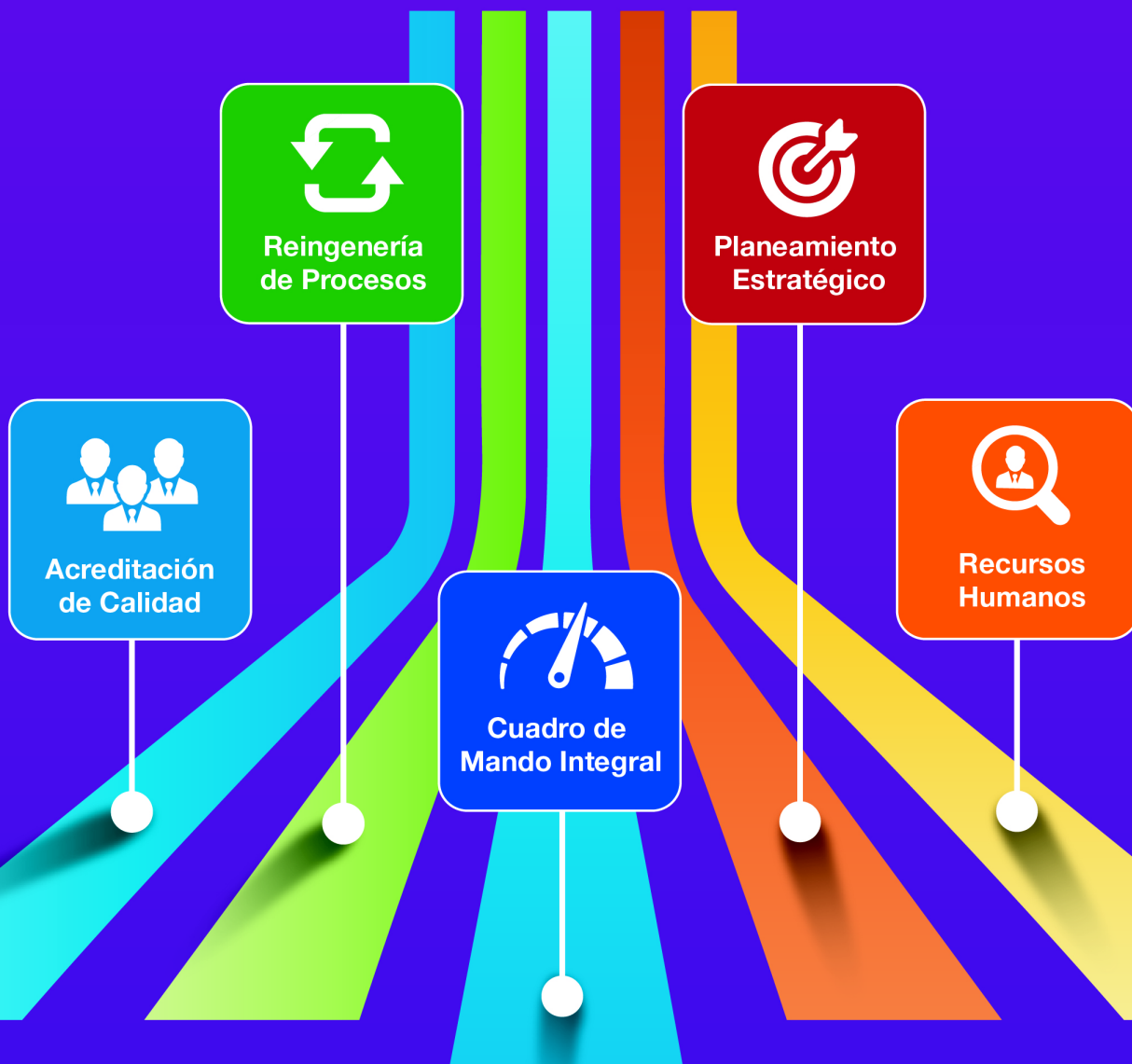


PROSANITASBSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

10% de descuento
para Sanatorios y
Clínicas miembros
de ADECRA

CUADRO DE MANDO INTEGRAL

La SOLUCIÓN Integral para el ÉXITO de su EMPRESA DE SALUD



Vea funcionar un cuadro de Mando Integral y comience a ver el éxito de su negocio hoy.

 **SA**
Performance
Manager

 **SA**
Business
Intelligence

 **SA**
Audit
Manager

 **SA**
Document
Manager

 **SA**
Occurrence
Manager

 **SA**
Survey
Manager

 **SA**
Competence
Manager

 **SA**
Risk Manager

 **SA**
Project
Manager



PROSANITASBSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

 **Interact**
solutions

 Av. del Libertador 6285 3° P.

 011.4648.3349

 prosanitas.com.ar

 info@prosanitas.com.ar

 @ProSanitasBSC

 ProSanitas BSC

Diversificar a través de la innovación



Por el Lic. Fernando Martino (*)

El sector de salud atravesó en 2018 una situación compleja. A partir de algunos cambios en materia económica y cambiaria, desde Omint decidimos implementar una estrategia de diversificación, a través de la innovación para reforzar el servicio que brindamos desde hace más de 50 años.

Si bien todos quienes comprenden el mundo de Omint cumplen un lugar fundamental para nosotros, entendemos hacia dónde van y qué esperan, sobre todo, las nuevas generaciones de una empresa dedicada a la salud. La implementación de aplicaciones, videollamadas y el uso de canales digitales fueron algunas de las apuestas que realizamos este año, y que venimos profundizando desde 2017. Nuestro servicio así refuerza el compromiso que posee con los afiliados, haciendo que la atención sea más rápida, más efectiva y directa para los socios.

Hace un par de años el Grupo Omint decidió adentrarse en el camino de la innovación, en donde no sólo tenemos el compromiso de mantener la excelencia en el servicio que brindamos a nuestros socios, sino también el de acercar nuevas propuestas que se ajusten al estilo de vida de hoy. Es decir, que brinden facilidades.

En el año 2016 fuimos los primeros en lanzar la videoconsulta a través de médico online, cotando hoy con más de 8.000 casos atendidos e incorporando nuevas especialidades como, nutricionistas, deportólogos, pediatras, clínicos y salud de la mujer.

Nuestros socios recibieron todos estos cambios de manera muy positiva, y es por ello que decidimos mejorar nuestros servicios en materia de gestión administrativa a través de la web y de la app de OMINT MÓVIL. Con estas mejoras, los afiliados tienen más tiempo para ellos, ya que, desde la página web o la aplicación, se pueden realizar autorizaciones, reintegros, consultas sobre cartilla, ver las farmacias más cercanas e incluso pedir un turno con un médico de las clínicas propias de Omint, de manera digital. Por otra parte, desde la prepaga también seguimos innovando, con la incorporación de la venta de planes online. Comenzó en abril de este año, en donde tan solo completando los datos de la persona y una ficha de salud se puede contratar directamente online el servicio de Omint. Una vez que se contrata el servicio, el afiliado se descarga la aplicación de Omint y ya puede utilizar el servicio, ya que cuenta con Smart Card, la credencial digital, otra de las innovaciones que se implementaron desde la prepaga.

Sin embargo y más allá de la inversión que desde Omint se realiza para mejorar continuamente el servicio que brindamos, es importante resaltar que el sector de salud atraviesa momentos complicados en materia de financiamiento. Muchas prestaciones se han incorporado en los últimos años, pero no se evaluó previamente cómo sería la financiación de dichas coberturas. Por otra parte, si bien entendemos que en los últimos años las cuotas de las prepagas se han ido incrementando, también lo han

hecho los costos para las empresas de salud, sin mencionar los cambios en el valor del dólar que afectan directamente a los insumos que son importados. De todas maneras, esta no es una situación que sólo afecte a nuestro país. El sector de salud a nivel global presenta déficits entre lo que puede brindar en materia de atención y la demanda por parte de los afiliados o de quienes integran dichos sistemas. Las nuevas tecnologías, los nuevos fármacos, tratamientos y la mayor longevidad de los pacientes inciden directamente en el sistema de salud. Esto no quiere decir que estas variables sean las erróneas, sino que desde el Estado y desde quienes forman parte del sector de salud se debe profundizar y reforzar todas las campañas de prevención de patologías, que ayudan directamente en la calidad de vida de los afiliados y pacientes.

El involucramiento del paciente es importante, ya que la toma de conciencia y los cuidados sobre la salud son fundamentales para la prevención de enfermedades sumamente complejas que podrían haberse evitado con un cambio en el estilo de vida. En Omint nosotros siempre trabajamos desde la prevención, enviando recordatorios de chequeos y controles, información relevante sobre patologías y mejoras en la calidad de vida a través de la alimentación y el deporte. Próximamente y como parte de esta propuesta vamos a estar lanzando Bienestar Online, una plataforma audiovisual en donde el afiliado podrá acceder a capacitaciones, talleres, consultas, videos e información sobre nutrición, tabaquismo y estrés, para que puedan mejorar o cambiar su calidad de vida. Asimismo, desde Omint creemos que los médicos de atención primaria cumplen un rol fundamental en la salud de nuestros afiliados. Por ello, apostamos a la capacitación del personal de salud, fomentamos el hecho de que los socios cuenten con un médico de cabecera, ya que no sólo éste conocerá de manera minuciosa la biología de su paciente, sino que podrá realizar un seguimiento y una prevención sobre potenciales enfermedades que el socio podría tener.

Por último, creemos que los jóvenes son quienes demandan nuevas modalidades en el mundo de la salud, por ello, gran parte de nuestro foco se encuentra orientado a los adolescentes y adultos jóvenes. Omint Vos es nuestro plan para jóvenes de entre 18 a 35 años, con una propuesta de valor que se orienta en lo digital, acercándoles la posibilidad de adquirir su plan por la web, de manera ágil, con una credencial digital que pueden llevar en su celular y complementando con el servicio de consultas médicas por videollamadas. Creemos que de esta manera podemos llegar más fácilmente a la audiencia más joven, que en general busca servicios ágiles, que no demoren tiempo y que se resuelvan rápidamente. □

(*) Director Comercial de Omint



Donde vos estés.

Desafiamos el pensamiento convencional, reinventamos el abastecimiento de los medicamentos especiales, brindando un servicio integral que acompaña el tratamiento y mejora la calidad de vida.

Lo hacemos de forma innovadora, segura y confiable.



SCIENZA



SCIENZA MÓVIL



ISO 9001 - 2008
BUREAU VERITAS
Certification



Scienza Argentina

Av. Juan de Garay 437
Buenos Aires (C1153ABC)
Tel. (+54 11) 5554-7890

www.scienza.com.ar

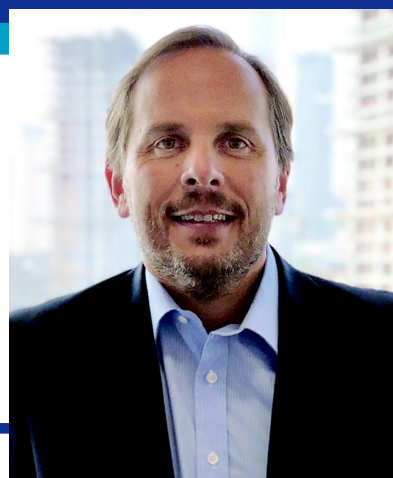
Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)
Tel. (+598 2) 1988-9000

www.scienza.com.uy

Es imprescindible contar con un contexto de mayor previsibilidad

Por Juan E. Funes (*)



Pensaba en el balance de este año y nos encontramos que en el sector nada cambió, que continúa con la misma tendencia del año pasado por el impacto del crecimiento del gasto en las prestaciones. Sumado a esto, nos encontró totalmente por sorpresa una devaluación que nadie proyectó, y una inflación por encima de todas las previsiones. Entre otros factores, crecieron también los amparos judiciales por medicamentos que son extremadamente costosos y que no han sido incorporados al Programa Médico Obligatorio (PMO) y a eso le sumamos la sobreutilización en el pedido de estudios de diagnóstico, las nuevas tecnologías médicas y la incorporación de coberturas sin el necesario financiamiento, que complican seriamente a todos los financiadores.

Durante la segunda mitad del año el mercado se vio afectado por una recesión económica que se extenderá por lo menos hasta mediados del 2019 y que continuará repercutiendo directamente en los empleos. Todo esto genera un efecto cascada en la toma de decisiones de los gastos empresariales y familiares. En líneas generales podríamos decir, que en algunos casos se dio un estancamiento en el crecimiento de asociados en las empresas de salud, en otras caídas de asociados, y por otra parte la migración de socios actuales de planes Premium a planes más económicos, con el fin de realizar los ajustes necesarios para enfrentar la crisis.

Nuestro principal desafío es trabajar eficientemente para sostener un sistema de salud que los últimos años fue perdiendo rentabilidad, hasta llegar hoy a un punto de no tenerla. Venimos de años donde las paritarias del sector no podían ser trasladadas a precio, ni en porcentajes (%), ni en vigencias, generándonos un atraso de precios que aún hoy lo vemos reflejado en nuestras cuotas.

Si bien con el Gobierno actual hay un buen diálogo, y este año las actualizaciones de cuota se acercaron más a la realidad que atravesamos, el incremento general de cuotas autorizado oportunamente por la S.S.Salud, fue insuficiente a la luz de la modificación de las variables económicas existentes hasta el momento.

La atención médica, además de contener un alto componente de trabajo calificado, es significativamente afectada por el incremento en el tipo de cambio. Prácticamente todos los equipos, repuestos e insumos requeridos para su utilización son importados. Igualmente, la innovación en medicamentos biológicos de altísimo costo, cuya incorporación es continua, progresiva y acumulativa (actualmente la mayoría de los tratamientos son de uso crónicos), es de origen extranjero y se correlaciona directamente con la cotización al

día de adquisición. La amplia mayoría de las prótesis se adquieren de la misma manera.

A ello hay que sumarle la pauta de incremento del Convenio Colectivo de la Sanidad, que había cerrado en un 25% y hubo que realizar un nuevo acuerdo para llegar a marzo de 2019 con una pauta final del 45%.

Todo esto genera un alto impacto en el costo de las prestaciones médicas. La tendencia en avances médicos va en el camino de extender la edad promedio de sobrevida, actualmente y con la aparición de los medicamentos a base de moléculas, enfermedades que eran terminales, actualmente quedan cronificadas, dándole una expectativa prolongada de vida al enfermo. Todo este avance, que es muy positivo, tiene una relación directa con el valor del dólar.

Desde GALENO queremos llegar a brindar medicina de primer nivel a la mayor cantidad de población posible, pero en un contexto donde exista una mayor previsibilidad de factores que impactan en el costo y una libertad de fijar precios. En toda nuestra trayectoria, siempre nuestras inversiones las direccionamos a dar más y mejores servicios. Es por ello que estaremos inaugurando para mayo de 2019, la cuarta torre en Trinidad Palermo, que va a tener 15.000 m², dentro de los cuales se destinarán 4.000 m² de la misma a un centro de emergencias que abarcará todas las especialidades 24 h. Este centro de emergencias tendrá la capacidad de 50 consultorios simultáneos de atención, en sus distintas especialidades médicas. Con esta ampliación el Sanatorio Trinidad Palermo tendrá 50.000 m² de edificación sanitaria y más de 120 cocheras. Por otra parte, comenzamos con la obra del Sanatorio de la Trinidad Neuquén que contará con 25.000 m², hace mucho tiempo que aspirábamos hacer un Sanatorio en esta ciudad, sobre todo para darle soporte a la Patagonia y al desarrollo de Vaca Muerta, con la inversión privada en salud más grande de los últimos 70 años. También hemos incorporado recientemente dos nuevas funcionalidades a nuestra APP, una que es la credencial virtual en el teléfono y un nuevo servicio de consulta médica por videollamada, Llamando al Doctor (LDA), que es la plataforma número uno del país.

Entendemos que el servicio que brindamos cada vez necesita más de tecnología de última generación, en este sentido GALENO ha invertido de manera continua para tener la tecnología médica más avanzada. □

(*) Director Comercial de GALENO

CARRERAS

Doctorado en Ciencias de la Salud

Director: Prof. Dr. Félix Etchegoyen
Duración: 2 años

Especialización en Medicina Legal

Directora: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé
Duración: 2 años

Maestría en Gerontología Clínica

Director: Dr. Miguel Acánfora
Duración: 2 años

Especialización en Nutrición

Director: Prof. Dr. Gustavo Frechtel
Duración: 2 años y un semestre

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica

Director: Prof. Dr. Alberto Monchablón Espinoza
Duración: 2 años

Diplomaturas y cursos de posgrado modalidad presencial y a distancia.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Av. Las Heras 1907

Tel./Fax: (011) 4800 0200

☎ (011) 1565193479

✉ informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar

📷 fundbarcelo

🐦 Fundbarcelo

📘 fundacionbarcelo

“Con responsabilidad asumimos que estamos frente a un nuevo paradigma de la salud”



Por el Dr. Fernando Werlen (*)

Luego de transitar un año signado por una situación nacional desafiante, desde nuestro Grupo de Medicina Privada volvemos a reafirmar que tal como en el mundo de la salud, la prevención es una estrategia exitosa para mantener el bienestar de nuestra compañía.

A pesar del contexto volátil, en SanCor Salud cerramos un quinquenio en el que logramos y superamos una serie de objetivos propuestos, escenario que fue alcanzado gracias a la previsibilidad con la que supimos definir un planeamiento estratégico que se transitó con profesionalismo desde cada área de la compañía. Pudimos demostrarnos una vez más nuestra capacidad de transformar los retos en oportunidades y sellamos un 2018 de crecimiento exponencial, hoy estamos entre las cuatro prepagas en el ranking nacional, contamos con la confianza de más de 460.000 personas y estamos presentes en cada rincón del país, llevando la salud cerca de todos a través de nuestros 86 Centros de Atención Regional, los más de 500 puntos de atención y la red de profesionales más grande de la Argentina, asegurando que quienes nos eligieron cuenten con el mejor servicio estén donde estén.

Claro que fuimos afectados por el contexto y debimos afrontar las coyunturas, la habilidad estuvo en hallar un equilibrio entre las inversiones propias del rubro, los costos del negocio y el valor de nuestros productos, pero fundamentalmente en no perder de vista nuestra meta: **sostener la calidad de los servicios, mejorarla, y seguir creciendo, siempre con la mirada puesta en los requerimientos de nuestros Asociados.** Así recorrimos un año que definitivamente quedará entre los hitos de nuestra historia institucional.

En convivencia con nuestras metas empresariales y los retos de un contexto que nos influye permanentemente, debemos sumar que somos protagonistas de un sector dinámico. La medicina se ve continuamente impactada y transformada por la tecnología y la ciencia, alterando modelos, teorías y experiencias. Al mismo tiempo las tendencias de consumo y estilo de vida también van modificándose, somos parte de una sociedad que se

ocupa y se preocupa por vivir saludablemente. Estas dos realidades provocan que el ser humano esté ampliando sus expectativas de vida, por lo que la longevidad es un desafío para nuestro rubro.

Estas incidencias nos obligan a ser proactivos para poder visualizar estos avances y su aplicación en beneficio de nuestros Asociados. Los desarrollos tecnológicos aplicados a la medicina, los descubrimientos en genética, en medicina molecular, en farmacología y, en paralelo, los deseos, necesidades e intereses de la sociedad reconfiguran permanentemente nuestro rol. Con responsabilidad asumimos que estamos frente a un nuevo paradigma de la salud que plantea permanentes desafíos y nos hace repensar la categoría de “calidad de vida”.

Todo esto nos interpela y nos demanda compromiso, audacia y sensibilidad. Así auguramos un nuevo año que no será simple por sus variables económicas y políticas, pero tendrá posibilidades de progreso para el sistema de salud que estarán sujetas a la voluntad de diálogo y acuerdo entre los diversos actores que lo conforman.

Desde nuestro Grupo de Medicina Privada, las perspectivas en 2019 estarán puestas en analizar con el suficiente criterio cada una de estas nuevas alternativas. La conformación de nuestros planes como así también los procesos previos y posteriores que afectan y repercuten directamente en la experiencia del Asociado estarán sujetos a permanentes exigencias para continuar brindando un servicio de excelencia y siendo una opción competitiva.

Finalizando, nuestra meta es la calidad del servicio y nuestro objetivo es ofrecer un sistema de salud sostenible que gestione recursos para dar respuestas eficientes, teniendo una presencia activa y cercana, acompañando y promoviendo hábitos saludables y prácticas preventivas, fortaleciéndonos en la posición de empresa socialmente responsable y comprometida con las comunidades. □

(*) Director General de SanCor Salud

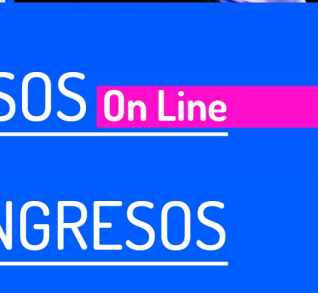
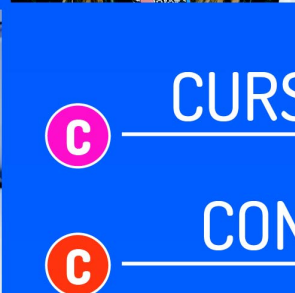
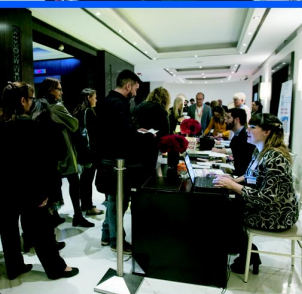
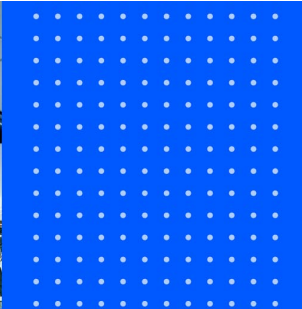
MM

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674



contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

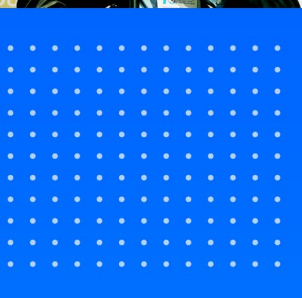


CURSOS **On Line**

CONGRESOS

JORNADAS

SEMINARIOS



 **HAGASE SOCIO**

Ingresando a

www.sadamweb.com.ar



 Venezuela 931 - C1095AAS - C.A.B.A

 (54-11) 5239-4049

 contactos@sadamweb.com.ar

 [sadam-argentina](https://www.facebook.com/sadam-argentina)

 [@sadam_salud](https://twitter.com/sadam_salud)

En busca de la solidaridad perdida



Por el Dr. David Aruachan (*)

La Seguridad Social atraviesa, desde hace tiempo, una situación crítica a nivel de sus mecanismos de financiamiento y reaseguro que ponen en riesgo su sustentabilidad.

A lo largo de los años, diferentes decisiones políticas, legislativas y, fundamentalmente, judiciales (muchas de ellas sin el suficiente sustento o análisis) han generado que las erogaciones del sistema crezcan exponencialmente.

La situación es compleja y preocupante a la luz de la proyección que tienen el mercado global las nuevas tecnologías (medicamentos, dispositivos, etc.) que van a generar, sin dudas, un incremento en la demanda de financiamiento por parte de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. La posibilidad de regular, a través de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la incorporación de éstas a las diferentes coberturas resulta necesario, pero no es la única solución. ¿Sería momento, entonces, de pensar un eslabón más en la cadena de decisiones que defina y regule el costo de estas tecnologías sobre la base de las definiciones previas de los organismos que intervengan?

Hemos virado el rumbo como sistema solidario que gestiona desde lo colectivo, hacia una gestión defensiva en un escenario de demandas y amparos crecientes que hacen que, muchas veces, los recursos se dilapiden en prestaciones y servicios que no aportan ningún beneficio a la recuperación del estado de salud del individuo. Mientras las cifras de amparos en salud siguen creciendo, los recursos son cada vez más escasos generando mayor inequidad y dinamitando la solidaridad característica del sistema.

Y si de pérdida de solidaridad hablamos, no debemos evitar la discusión sobre los monotributistas y monotributistas sociales que, con un aporte muy por debajo del costo mínimo de su atención, potencian el desfinanciamiento de las obras sociales. Suman 1.700.000 y las estadísticas demuestran que es la población más consumidora y que la incorporación voluntaria de los familiares a cargo hace que afilien exclusivamente a quienes requieren atención médica. Asimismo, al tratarse de trabajadores por cuenta propia, carecen de ART, por lo tanto, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo son también atendidos por las obras sociales, lo que aumenta y encarece las prestaciones.

Es necesario discutir y exigir soluciones de fondo a este tema, soluciones que deben formar parte de una negociación política apalancada en datos irrefutables que demuestren el grado de desfinanciamiento que esta población genera. Sobre la base de la foto actual,

el gap de financiamiento mínimo que existe es del 60% aproximadamente, es decir, el 60% de las prestaciones básicas de los monotributistas son financiadas con dinero de los trabajadores.

La situación con los jubilados que permanecen en el sistema no escapa a la misma lógica. Un análisis de jardín de infantes demuestra otra inequidad. Sobre la base de la recaudación del INSSJP, podemos estimar que el ingreso promedio por jubilado a las arcas del PAMI es de \$1.652 siendo el aporte que el mismo gira a las obras sociales que mantienen jubilados de \$192, apenas un poco más del 10% del ingreso.

El financiamiento de la discapacidad es todo un capítulo en el libro de la crisis del sistema de salud. Genera costos crecientes no solamente porque las prestaciones aumentan su valor sino también porque, por falta de políticas públicas sólidas y con continuidad, se evidencian ineficiencias crecientes y malos resultados. El número de personas con discapacidad va en aumento (57% más empadronadas en el sistema Integración entre 2015 y 2017) como reflejo del fracaso en el abordaje de las causas prevenibles de la misma (accidentes mayormente de tránsito, partos, praxis médica, etc.) y también por un otorgamiento indiscriminado de certificados de discapacidad a personas que no lo ameritan en el marco de una ley que data del año 1997. Cada persona con discapacidad requiere mensualmente el equivalente a 19 cápitales promedio del sistema para cubrir los costos de sus prestaciones. Si a esto le sumamos que, si se analiza en función a la población de cada régimen, se observa que el máximo se encuentra en los efectores sociales y jubilados de la seguridad social, el quiebre con relación al ingreso se potencia más aún. Asimismo, si bien nadie puede discutir la importancia de las prestaciones definidas en el marco de la ley 24.901, resulta cuestionable que tanto la educación como el transporte deban ser financiados por las obras sociales.

Existen muchos otros focos que profundizan la crisis. La solidez del trabajo técnico sumado a la decisión política de abrir una mesa de negociación entre los representantes de las obras sociales y el gobierno puede hacer que un sistema que es y ha sido ejemplo para la región no termine siendo bastardeado y sus usuarios vean como el acceso a los servicios necesarios para reestablecer su salud es cada vez más restringido. □

(*) Presidente del Grupo Unión Personal

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS

PARA LA OPTIMIZACIÓN
DE LOS RECURSOS

CLÍNICOS
ADMINISTRATIVOS
Y CONTABLES



CONTAMOS CON LAS MEJORES HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA BRINDAR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Sistemas para Obras Sociales y Medicina Prepaga

Sistema de Gestión Hospitalaria

Sistema para Consultorios Médicos

ORACLE

Certified Solution Partner



No existen personas sanas y el G20 de la salud



Por el Dr. Alfredo Stern (*)

Cuando se han acallado las noticias sobre el G20 y el éxito de la reunión de los “*poderosos de la tierra*” en Buenos Aires, surge una inquietud sobre nuestro capítulo de interés. En octubre de este año, las autoridades sanitarias de los países que conforman el G20 se reunieron en Mar del Plata y definieron cuatro temas comunes y significativos para todas estas naciones.

Se acordó que las prioridades para todos ellos eran la expansión de la cobertura universal en salud, la prevención y control del sobrepeso y obesidad infantil, la resistencia microbiana y la preparación de los sistemas de salud para responder a crisis y pandemias.

Resulta innecesario destacar la importancia de los temas elegidos y sería necio desconocer los alcances de estas cuatro verdades comunes para todo el mundo.

Sin embargo y de acuerdo con la información que hemos escuchado en esos días del encuentro más significativo que ha tenido nuestro país en muchos años y acallados los aspectos del glamur de las importantes personalidades que asistieron, pareciera que algunos de los temas de interés para la atención de salud no fueron abordados o al menos no con la debida prioridad.

Por lo que escuchamos y leímos sobre este cónclave, el foco indudable fue la respuesta de las relaciones entre las naciones en cuanto a la producción de bienes y servicios, su relación con los medios para sustentarlos y las ventajas y desventajas para su acceso en cada país.

Se debatió sobre derechos de importación y exportación, barreras arancelarias y costos diferenciales de producción, se firmaron acuerdos y estrecharon sus manos los responsables de las naciones con tres cuartas partes de la población y de la producción de riqueza del mundo.

Sobre lo tratado en este encuentro hemos recibido mucha información y es posible que, por la abundancia de datos sobre algunos de los temas expuestos, otros que se han tratado no fueron tan visibles y por eso no hubo noticias sobre ellos, al menos para los medios locales.

Con esa mirada resulta llamativo que la economía de la salud no haya sido subrayada por el interés de su impacto a nivel universal.

Este tema, ausente según mi punto de vista, constituye un problema planetario porque impacta en la situación de la salud de la población no sólo de los países más postergados o con atrasos notables, sino incluso de los más desarrollados y de mayor PBI per cápita de nuestro planeta.

Me refiero específicamente a la aceleración de la inflación en los costos de la atención de la salud que progresivamente ha ido erosionando las capacidades financieras de las comunidades.

Ya hemos hablado largamente sobre este fenómeno y es indudable que al mismo concurren factores más que conocidos como la longevidad y el envejecimiento de la población, la mayor disponibilidad del acceso a la información o el deseo de incrementar más y mejor la calidad de vida.

Pero también existen otras cuestiones donde los actores del interior del sistema de salud tenemos participación.

Hace algo más de una década se popularizó la frase “*no existen personas sanas, sino insuficientemente estudiadas*” y teniendo en cuenta el origen catedrático del dicho, no resulta extraño que aun sin reconocerlo explícitamente, el concepto se ha hecho carne entre nosotros.

Por un lado, la logarítmica aceleración de la innovación tecnológica y por otro el acceso a la información, han conducido a tomar como válida esta afirmación no sólo por los pacientes sino también por los médicos, los medios de comunicación y la justicia.

Esta convicción lleva a los sistemas de salud del mundo y por supuesto también al de nuestro país, a acercarnos peligrosamente al precipicio de la falta de financiamiento de la atención sanitaria en un sentido amplio y especialmente cuando está sustentado por el criterio de la solidaridad.

Hace pocos días el periódico *La Nación* publicó en su suplemento económico algunos datos conocidos para quienes trabajamos en el sistema, aunque resultan novedosos para el público general.

Allí se señalan parte de los problemas que llevan a aumentar la preocupación por el presente y el futuro de la atención de salud jaqueada por la creciente brecha entre los costos a afrontar y los recursos disponibles. Esta diferencia se acentúa por la aceleración de la innovación y el creciente impacto en los precios de los productos de uso médico.

Este hecho ha creado un dilema que conduce al enfrentamiento ético de dos lógicas a veces contrapuestas, la clínica y la de la salud pública. Así como es de esperar que podamos acceder a todos los medios existentes para solucionar nuestro problema de salud, es indudable que desde siempre los recursos han sido menores que las necesidades. Por eso toda nueva necesidad para ser atendida debería estar sustentada económica y financieramente.

Sin embargo, hasta ahora hemos hecho precisamente lo contrario. Nos obligamos a brindar tecnologías muy novedosas, muchas veces eficaces, pero no decimos de dónde va a salir la plata para obtenerlas.

Como sociedad queremos todo, un sistema sustentable pero no estamos dispuestos a pagar más por nuestra salud. No aceptamos limitaciones al acceso a las nuevas técnicas, equipos o prestaciones, y exigimos que se nos brinden sin importar si pueden ser costeadas.

Como sociedad celebramos que se sancionen leyes y normas, muchas veces imprecisas, sin que se haga mención sobre cómo se financiarán sus alcances. Cuando en las encuestas preelectorales nos preguntan en qué lugar de importancia ubicamos a la salud, la colocamos en noveno o décima prioridad.

Cuando pedimos que exista una verdadera política de estado en este tema, los legisladores no lo consideran ni tampoco seriamente los políticos hacen esfuerzos para

colocar en la agenda del país, el tema de la atención de nuestra salud.

Adicionalmente, al riesgo de la imposibilidad de mantener la sustentabilidad de lo que ahora tenemos, se suman las enormes diferencias de accesibilidad a los servicios, muchas veces incluso a los más elementales y muy especialmente a las tecnologías de punta a las que sólo accede la mitad de la población del país.

La población desprotegida o llamada en la jerga “sin cobertura” depende del esfuerzo de los trabajadores del sistema estatal en sus distintas versiones, acorralados por la insuficiencia de sus ingresos y el estrés laboral ante la falta de elementos para responder a las necesidades de quienes acuden a estos servicios.

Es justo reconocer que recomponer el sistema de gestión pública en sus distintos subsectores que ha sido descuidado por años, llevará mucho tiempo, pero si no se da inicio a esta epopeya, el déficit del subsector estatal se irá agravando rápidamente.

La pregunta que nos hacemos es cómo abordamos problemas tan diversos y de tanta magnitud.

Los locales debieran ser resueltos mediante recursos de gestión concreta, existentes y disponibles a partir de un acuerdo y consenso de los diferentes grupos de interés involucrados.

Es mucho más complicado abordar y solucionar aquellos que dependen de intereses supranacionales y que implican políticas sólidas para enfrentar a una de las industrias más poderosas de la tierra y que son los productores de tecnologías médicas, en particular los laboratorios multinacionales.

Ellos nos dicen que, por cada diez mil drogas estudiadas y ensayadas, sólo se consigue una nueva, exitosa, útil y de probada eficacia. En esta aseveración se basan para explicar los desmesurados precios de venta de estos

productos. Es posible que el desarrollo de nuevas tecnologías implique inversiones gigantescas, pero también se omite detallar algunos de los costos implícitos que los productores exhiben a medias. En este rubro, las presentaciones de los nuevos productos, la invitación a quienes pueden prescribirlos o autorizar el pago, las diferencias de precios en distintos países, las patentes renovadas para cada nueva aplicación, el importe a pagar según exista un tercer pagador entre otras situaciones, quedan sin explicar. Tampoco se puede demostrar el porqué de las diferencias de precios en distintos países y aun en el mismo lugar.

Por eso sería conveniente buscar soluciones, algunas de ellas basadas en el acuerdo con diferentes naciones sobre las estrategias a adoptar en conjunto y en particular incentivar el desarrollo de las empresas locales para ayudar desde el estado a la investigación y producción de tecnologías de alto costo a nivel nacional o regional.

En nuestro país, en particular, existe además de una fuerte tradición, una industria farmacéutica muy desarrollada y constituida por un núcleo de empresas de gran capacidad científica y técnica que ha demostrado creatividad y eficiencia en la elaboración de productos medicinales. También profesionales del país han desarrollado tecnologías médicas que fueron aceptadas, adoptadas y comercializadas en todo el mundo.

Estos hechos y la calidad del capital humano del sector nos ubican en un lugar de privilegio si tomamos la iniciativa de considerar la atención de la salud como una de las funciones esenciales de la política del país.

Sin salud no habrá desarrollo. □

(*) Médico. Director Médico de OSPSA (Obra Social del Personal de la Sanidad).



EN LA PERMANENTE EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS PARA EL BIENESTAR DE LA COMUNIDAD

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal
Tel/Fax: 011 4342 9473 – fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

Decálogo antisolidario



Por el Dr. Benjamín Surace (*)

La solidaridad en un sistema de salud es un concepto rico y complejo, cargado de una historia, política, ética y social, que no debe olvidarse a la hora de darle un significado. Se acepta la salud como un valor social y por ello se organiza un sistema sanitario que brinde la atención según necesidad, no según capacidad de pago del trabajador.

Reconocer que el buen estado de salud es un bien solamente temporal, debe actuar como motivación para preocuparse de la salud de los otros y asumir costos colectivos, porque individualmente llevarían al quebranto.

Pero la sociedad, comenzó a ser dominada por valores y principios individualistas y centrados en una falsa libertad. La ciencia ha demostrado que en salud no somos libres, estamos prisioneros de nuestros genes, que decidirán nuestro futuro. El ADN es el software de nuestra vida que decide nuestra conducta, nuestro estilo de vida y nuestras enfermedades. **Por ello, la medicina será cada vez más personalizada, participativa, predictiva y preventiva.**

Hace falta resolver las contradicciones en nuestro sistema de seguridad social, si queremos que la solidaridad deje de ser un valor meramente testimonial como un patrullero vacío, haciendo una custodia.

Hubo hitos que marcaron el desgranamiento y el goteo que llevó a la pérdida de la sostenibilidad.

Pero, mientras la salud no esté en la agenda pública ni en la política, es muy difícil revertir estos desatinos.

El decálogo de esos hitos puede sintetizarse y cuantificarse así:

- 1. El descreme y la triangulación.** La salida de los cotizantes de ingresos más altos, traspasados al sector privado mediante una triangulación no regulada y el incremento de cotizantes con salarios más cercanos al salario mínimo, llevó a una caída desde el año 1998 al 2018 del 37% al promedio de ingreso en las grandes OSN sindicales con respecto al promedio del sistema.
- 2. El régimen simplificado del monotributo,** con aportes muy inferiores al promedio del sistema e independiente de la categoría del monotributista. En octubre de 2018, el aporte es de \$536,35 y el costo del PMO alcanza los \$1.300, y además se cubren los gastos de salud por accidentes laborales porque no tienen ART.
- 3. El monotributo social** (el sector más vulnerable del trabajo informal) con el mismo valor \$536.35 (la mitad del aporte lo realiza Desarrollo social). En este ítem se observa una inscripción de población con necesidades urgentes de tratamientos que no son recepcionados por el sector público. El empadronamiento de esta población superó en 2018 los 450.000 beneficiarios.
- 4. La ANSES** transfiere para la atención de los jubilados que optaron por permanecer en las OSN \$192, menos del 10% de lo que transfiere al PAMI.
- 5. Prestaciones de Educación y Transporte,** que en ninguna parte del mundo se financian desde la salud.

Las obras sociales no tienen la competencia adecuada para atender estas necesidades, como la formación del personal de transporte ni los recursos para administrarlas. Estas prestaciones se financian en otros países por diferentes áreas del gobierno, donde además de la salud, intervienen educación, protección social, trabajo, transporte y vivienda (*Fuente: Informe Mundial Sobre la Discapacidad; OMS y Banco Mundial*).

- 6. Cobertura de los afiliados y sus familias cuando han perdido el trabajo.** Hay 200.000 beneficiarios en estas condiciones en el último registro, que tienen su cobertura en las OSN; principalmente en las sindicales donde es mayor la baja laboral.
- 7. Morosidad y evasión.** La morosidad y el trabajo en negro o con registros que están muy lejos de la realidad llegan al 50% y esta situación se sostiene en el tiempo ante las amenazas del cierre empresarial cuando se intima su regularización.
- 8. Retención de recursos del sistema solidario en el FSR** que se acumuló por inobservancia de las disposiciones legales vigentes. Y fue reconocido por el Gobierno Nacional en el decreto 908/2016 creando un mecanismo de restitución de los 27.000 millones de pesos acumulados, por cierto, sin ningún ajuste por inflación (que no recibieron las OSS, porque aún no pudo ser cumplimentado).
- 9. Prestaciones dictadas por leyes sin presupuestos.** Ejemplo de ello han sido entre otras, las leyes de Contraconcepción; ley de Fertilización Asistida y la ley de Obesidad incluyendo los tratamientos quirúrgicos de la misma.
- 10. Judicialización de las nuevas tecnologías.** La nueva tecnología irrumpe llevando a los medios públicos la angustia de los pacientes que se aferran a una esperanza nueva se instala en la agenda pública, legislativa y judicial. No existe regulación, ni herramientas que la faciliten, por ello suelen terminar o comenzar en un amparo judicial muchas veces para tratamientos inefectivos o al menos ineficientes. La Evaluación de la Tecnología Sanitaria es una forma de política de investigación que examina las consecuencias a corto y a largo plazo del uso de tecnología de cuidados en salud. Es un proceso multidisciplinario que resume las informaciones sobre los temas médicos, sociales, económicos y éticos relacionados al uso de la tecnología en salud de manera sistemática, transparente, imparcial. No es una limitante de amparos ni de la judicialización: es sí una garantía para los pacientes y proscriptores de un mejor conocimiento de la tecnología. Además, a diferencia de los países del primer mundo, y aun países de la región, la Argentina carece de un Ente, Agencia, o Comisión Interministerial que regule los precios de la tecnología de alto costo. □

(*) Gerente de Planeamiento OSUTHGRA. Miembro del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social.

La Articulación entre el Estado y los privados y la Atención Primaria de la Salud

Un desafío pendiente en el sistema de salud argentino



6 de junio de 2019
De 8:30 A 14:00 HS

Lugar: Auditorio de la Asociación Médica Argentina (CABA)

CA.DI.ME tiene una larga trayectoria en la promoción de políticas sanitarias de Estado, integradoras, y que aseguren el acceso universal a servicios de alta calidad.

Sostenemos que existe la necesidad de integrar a las empresas de salud pequeñas y medianas al conjunto de la oferta de servicios, regida por una política nacional de largo aliento. Y creemos firmemente que la expansión de la cobertura y el aseguramiento de la calidad requieren del desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

CA.DI.ME convoca a esta Jornada con el objeto de aportar un ámbito de discusión respecto del papel que el sector que representa debiera ocupar, en la integración de un sistema de salud articulado en torno de la estrategia de APS en Argentina.

➤ **Un evento dirigido a profesionales del sector, investigadores, organizaciones gremiales y empresarias, instituciones de salud públicas y privadas, financiadores, sociedades científicas y autoridades nacionales, provinciales y municipales.**



Organizan

Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico – CA.DI.ME

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina - DPT



Inscripción e Informes

www.cadime.com.ar

cadime@cadime.com.ar



Auspicia

Asociación Médica Argentina

Hacia un acuerdo de sustentabilidad



Por el Lic. Carlos Candiano (*)

UN SISTEMA INSUSTENTABLE

El sistema de salud argentino presenta problemas de sustentabilidad, apoyados principalmente en deficiencias estructurales del mismo, tanto en el marco institucional como en lo organizativo.

Tiene una crisis de financiamiento, derivada del crecimiento exponencial del gasto en salud y agravado por las crisis económicas que cíclicamente padecemos los argentinos, que han contribuido a agravar la situación macroeconómica general (devaluaciones, elevadas tasas de desempleo, ciclos recesivos, etapas de hiperinflación, entre otras).

Otros determinantes del sistema de salud ejercen un gran impacto que debemos considerar, como el incremento de la esperanza de vida, que prácticamente se ha duplicado en el último siglo pasando de 40 años aproximadamente a 80 en la actualidad, con un perfil epidemiológico que impulsa una creciente prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y las comorbilidades, representando las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares el 50% de las causas de defunciones, correspondiendo a los mayores de 65 años cerca de las tres cuartas partes del total.

A esto se suma otro elemento, que afecta sustancialmente e incide sobre la sustentabilidad del sistema, que es la aparición y uso de nuevas tecnologías, muchas de ellas sin la debida demostración de su efectividad, de alto costo y gran impacto presupuestario. En el caso de los medicamentos de alto costo accede a ellos una porción de la población con cobertura privada o de la seguridad social, pero implica un desafío para la sustentabilidad del sistema de salud en su totalidad.

Es decir, se incorporan sin un estudio previo de su costo efectividad, sin un análisis del valor/precio que se abonan por ellos, y dejando de lado los principios de equidad que debería garantizar el sistema de salud. Y con una gran presión sobre los financiadores del sistema, quienes están obligados vía PMO, piso de cobertura, o vía sentencias de casos judicializados, a financiar los mismos. ¿A quiénes benefician estas nuevas tecnologías que aparecen con tanto vértigo? ¿A los pacientes? ¿A los fabricantes? ¿A los intermediarios? ¿A otros actores del sistema?

El Dr. Agrest, en su libro "Ser médico, ayer hoy y mañana" señala que la velocidad de la innovación tecnológica aplicada a la salud es tan acelerada que no permite que el médico tenga capacidad de comprensión de esta, y en muchos casos al poco tiempo de indicar algún nuevo tratamiento lo reemplaza o sustituye por otro nuevo que surge. Se pregunta entonces, si en realidad era necesario el uso de la tecnología que tan rápidamente fue sustituida, y obviamente su impacto financiero.

La implementación de la ley 26.682 de desregulación de la medicina prepaga y su reglamentación fue otro hecho que afectó a la médula de la estructura del financiamiento del sistema, generando un incremento significativo en el costo del mismo. Desde su promulgación (año 2011) a diciembre 2018, se proyecta un aumento de costos médicos de un 714%, contra un 553% que se incrementaron las

cuotas de medicina prepaga en ese mismo período. Un 647% es la estimación del incremento en el costo de vida (considerando 45% para el año 2018). En definitiva, los mayores costos implicaron un perjuicio para los usuarios del sistema, y un deterioro del sistema de salud en su conjunto, profundizando el problema de financiamiento ya existente.

La alta accesibilidad de los pacientes a información médica a través de las redes sociales y de información es otro factor que ha promovido una cada vez más alta sensibilización y conocimiento, y por ende sus expectativas, exigiendo en muchos casos una atención más compleja y sofisticada.

Todos los factores mencionados han contribuido de manera muy acelerada, al crecimiento del gasto en salud, en especial en estos últimos años.

SUSTENTABILIDAD

Un sistema de salud sostenible es aquel que es capaz de garantizar para las generaciones actuales y futuras, el acceso a la atención médica que estas requieran. Pero con equidad.

Para ello, debe valerse de la innovación, con visión en el costo efectividad de las tecnologías a incorporar, la gestión eficiente de los recursos que utilice y la costo-oportunidad de las coberturas que incorpore, generando y promoviendo las políticas necesarias para tal fin y un marco regulatorio adecuado.

La salud es un derecho individual, de cada persona, que tiene una incidencia colectiva y constituye uno de los derechos humanos fundamentales, está garantizado por la Constitución Nacional del año 1994 en el Art. 75, Inc. 22, donde se incorporan a los derechos ciudadanos distintos tratados, muchos de ellos con garantías explícitas sobre la Salud.

Pero ¿Qué es el derecho a la salud? ¿Una mera declaración de principios? ¿Cómo se garantiza? ¿Cómo se reglamenta?

La OPS-OMS, en su 53° reunión del Consejo Directivo (octubre 2014) resolvió "aprobar la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud" e insta a sus estados miembros (Argentina es parte de esta categoría) a "tomar acción", asegurando que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar inconvenientes financieros para pagarlos.

Para ello, el sistema de salud necesita sustentabilidad, pensar en el largo plazo, pasar de un sistema reactivo que soluciona temas de salud de coyuntura, a otro que planifica, prevé, proyecta y previene a futuro. Los servicios deben estar garantizados en cuanto a su calidad, acceso, y costo efectividad, propendiendo a optimizar sus resultados cuantitativos y cualitativos.

Entendemos que esta política está cumplida en el sector de la Seguridad Social. Pero no en todo el Sistema. Y esto constituye una amenaza para todos los sectores, incluso para nuestras obras sociales, quienes cada día financian más los déficits de otros sistemas que no aportan a las mismas.

EN LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

En un sistema tan fragmentado y segmentado, es fundamental la intervención del Estado para garantizar la equidad en su distribución, priorizando la asignación de los recursos, considerando el costo de oportunidad de estos. No es posible lograr un sistema de salud con equidad y que refleje una mejora si sólo se obliga a un determinado sector (ejemplo sectores privado y seguridad social) a brindar cobertura ilimitada y asumir su financiamiento.

Este derecho debe ser para todos los ciudadanos y por ende la obligatoriedad de cobertura y financiamiento en salud debería estar distribuida entre todos los actores del sistema, y no caer exclusivamente en algún sector en particular.

Frente a la amplitud de la cobertura casi ilimitada que establece el PMO (Programa Médico obligatorio); podría constituirse un Comité de Equidad, que sólo autorice incorporar a la cobertura de salud, aquellos tratamientos que sean accesibles para todos.

Otros aspectos que deberían representar el eje de las discusiones en el sector son la carga impositiva que soporta, la vulnerabilidad financiera del sistema frente a la judicialización (recordando que detrás de cada sentencia hay una prescripción médica) y la medicalización de este. De igual forma, la fragilidad de las normas que obligan la cobertura de determinadas prestaciones sin el análisis previo del financiamiento ni el impacto presupuestario de las mismas (sólo en el caso del proyecto de ley para la despenalización del aborto, se envió el tema a la comisión de presupuesto para el análisis del costo que el mismo tendría).

La idea de un acuerdo de sustentabilidad tiene como objetivo ser el punto de partida para la construcción de una solución integral al sistema de salud, no una mera declamación de que estamos mal y que tenemos un futuro apocalíptico. Es el consenso básico y primario para lograr una solución radical al problema, generar y acordar las propuestas necesarias y de largo plazo, y que priorice la fijación de políticas de salud claras, con roles y responsabilidades acordados. Las mismas deberían llevar estrategias posibilistas, es decir que fijen objetivos concretos y alcanzables, considerando todas las realidades del país.

Todos los actores del sistema estamos llamados a alinear nuestra mirada, nuestro trabajo, nuestra estrategia, en el largo plazo; debemos dejar la coyuntura por un momento. Esa coyuntura que ha generado tantos conflictos y tensiones en el sector salud, entre financiadores y prestadores, proveedores de insumos y servicios, con sindicatos, con organismos de control, y hasta internamente en las propias estructuras organizativas.

Cuando existe una relación entre los actores del sistema de salud donde uno pierde y el otro gana mucho, implica que estamos totalmente desalineados, y esto hay que modificarlo. Debemos migrar a esquemas de cooperación estratégica. Por eso la Seguridad social está alineada con este esquema, maximizamos sustentabilidad y no beneficios.

Esta división entre los distintos sectores del sistema ha resultado en un deterioro, donde no hay triunfadores, todos pierden. No es posible trasladar a otro el problema del sistema. No hay lugar para el "tráfico de ineficiencias y riesgo", ya no hay quien pueda pagarlo. Los usuarios tampoco lo pueden seguir financiando.

ROL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Un acuerdo de sustentabilidad para definir políticas de salud, objetivos y estrategias implica incluir al sector público, al sector de la seguridad social y al sector privado, como así también a la justicia, a los profesionales médicos y todo el personal de salud, a los proveedores de servicios de salud, a otros sectores y a los usuarios en general. Es decir, requiere consenso entre Gobierno, instituciones gestoras e interlocutores sociales, lo que implica una participación y compromiso de todos.

Necesitamos y aspiramos a que Salud, no se convierta en una ciencia forense donde el diagnóstico se pueda

CASO FAOSDIR

Esquemas de cooperación entre Obras Sociales de Dirección y otras Cámaras del Sector - Importancia y rol de la Seguridad Social.

Desde la Federación de Obra Sociales de Dirección, se viene trabajando en esquemas de cooperación entre las instituciones que la integran, que brindan cobertura médica y social a más de 1.000.000 de personas, tanto en compra conjunta de medicamentos como en la gestión estratégica compartida para la contratación de otros servicios y prestaciones de salud.

Las obras sociales son un actor importante en el sector, un espacio facilitador, que puede contribuir muy activamente a articular y dar soluciones a un sistema de salud rígido, como así también contribuir en lograr la integración tan necesaria en un sistema tan fragmentado. Tienen como máximo objetivo la maximización de la sustentabilidad, concepto mucho más amplio que la simple maximización de utilidades, donde sus beneficiarios, únicos "accionistas", necesitan alcanzar (recibir y percibir) servicios de excelencia, tanto en cuanto a accesibilidad como en la calidad de los servicios que demandan. Así reafirman su elección en el marco de un sistema con libertad de opción de cambio.

Siempre hemos sido parte de la solución, compartimos la finalidad orientada a garantizar la cobertura médica y asistencia a nuestros beneficiarios, sosteniendo nuestros principios de solidaridad en cuanto al financiamiento del sistema y de equidad en cuanto la distribución de esos fondos.

El beneficiario en la seguridad social entiende su contribución al conjunto, y es consciente que el sistema funciona solidariamente, por lo que la sustentabilidad no le es un concepto ajeno.

La seguridad social ha sido desde sus orígenes una pieza clave para la organización del sistema de salud y hoy tiene la oportunidad de asumir nuevamente un rol más que protagónico para garantizar la sustentabilidad de este, en todos los espacios donde actúe.

hacer luego de la muerte del paciente, necesitamos seguir siendo protagonistas del sistema.

Pero el rol clave, es claramente el que tenemos desde la Seguridad Social como agente facilitador y articulador del sistema, desde su experiencia y su capacidad para trabajar junto al Estado principalmente pero también como fuente de trabajo tanto para el sector privado como para el público, logrando garantizar la solidaridad y equidad en el acceso y dispensa de los servicios de salud.

La seguridad social representa la cobertura de salud del 56% de la población, con aproximadamente 24 millones de beneficiarios, sin contar los casi 5 millones de ciudadanos con cobertura de PAMI.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Una acción orientada a la sustentabilidad del Sistema implica en primer lugar, una voluntad compartida por sus distintos sectores a una construcción colectiva de salud y de justicia social.

Es fundamental lograr un amplio acuerdo intersectorial y un compromiso para hacer posible un Sistema de Salud sostenible, eficiente, integrado, con políticas saludables, con objetivos y metas definidas, claros, medibles. Que responda a las necesidades de la población y con la posibilidad de mensurar los resultados obtenidos, para poder retroalimentar el sistema. Garantizar el financiamiento de la cobertura, desarrollar cambios institucionales para aumentar la eficiencia del sistema, desarrollar la innovación como motor de la eficiencia, y propender a una mayor integración y coordinación.

A priori parece utópico pensar en un sistema sostenible, pero entre todos debemos creer que es posible y a partir de ello realizar una planificación a largo plazo, por etapas, al menos con un horizonte de 10 años que permita esta construcción. □

(*) Miembro de la Comisión Directiva de FAOSDIR (Federación de Obra Sociales de Dirección) - Gerente General de la Obra Social YPF

Los prestadores médicos privados son los verdaderos financiadores de la salud en la Argentina



Por el Cp. Jorge Cherro, presidente de ADECRA (*)

Todo sistema de salud debe ser analizado desde tres perspectivas: a) las reglas de cobertura, b) los financiadores de la salud y c) los prestadores médicos.

La *regla de cobertura* establece los esquemas de protección de las personas y cuál será el origen de los recursos. En la Argentina conviven tres subsistemas:

- El subsistema público cubre al total de la población y se financia con rentas generales.
- El subsistema de seguridad social cubre a trabajadores formales y jubilados, y sus familias (55% de la población) y se financia con aportes salariales.
- El subsistema privado cubre a trabajadores formales, y sus familias, que derivan sus aportes a una empresa de medicina prepaga (EMP) (10% de la población), más personas que se afilian voluntariamente a una EMP (5% de la población); los primeros se financian con aportes salariales más pagos de bolsillo por complemento de cuotas, y los segundos, con pagos de bolsillo por la cuota completa.

Del total de recursos que se asignan a salud en la Argentina estimados en el 10% del Producto Bruto Interno (PBI), el sistema público de salud aporta 2,5% del PBI, la seguridad social y las EMP el 4,5% y el gasto privado de las familias el 3%.

Los *financiadores de la salud* son las entidades que reciben los recursos de la salud y gestionan la compra de productos y servicios médicos para atender a su población bajo cobertura. En la seguridad social estas entidades son las obras sociales (OS) y, en la medicina privada, las EMP. Éstos compran los productos y servicios a prestadores médicos.

Los *prestadores médicos* son los profesionales, laboratorios, centros de diagnóstico y tratamiento, clínicas y sanatorios privados y hospitales públicos. Un aspecto que usualmente pasa inadvertido para la mayoría de la sociedad y de la dirigencia política, es que aun cuando en la Argentina la red pública de prestadores de salud es muy importante, está lejos de ser la principal vía por la que los argentinos acceden a servicios de salud. En la Argentina, el 60% de las instituciones de salud son privadas. Dentro del sector privado las organizaciones con fines de lucro son el 95% y concentran el 87% del total de camas privadas del país. Además, en su gran mayoría se trata de pequeñas y medianas empresas. El tamaño promedio de los establecimientos del país ronda las 50 camas.

Así, los *financiadores institucionales* del sistema de salud compran mayoritariamente servicios médicos a los prestadores privados. Lo mismo ocurre con el gasto privado directo en salud que hacen las familias que es destinado a prestadores privados. De esta forma, se puede decir que el 75% de los recursos en salud son destinados a *prestadores*

médicos privados para brindar atención médica al 70% de la población.

Dentro del gasto total de los financiadores, según datos de PAMI y de ADEMP, el 65% se destina al pago de honorarios y aranceles por prestaciones médicas recibidas por sus afiliados, un 15% corresponde a medicamentos y el restante 20% a gastos administrativos. Es decir, que dos de cada tres pesos que gestionan los *financiadores institucionales* de la salud se dirigen hacia *prestadores médicos privados*. Sin embargo, existe un importante descalce entre el momento en que los financiadores institucionales reciben los recursos, sus afiliados reciben la atención médica y los prestadores reciben el pago por dichas prestaciones médicas.

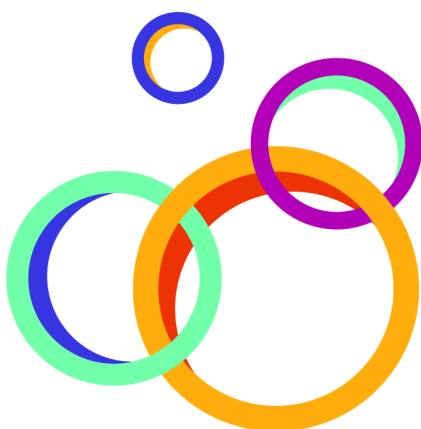
Las personas reciben las prestaciones médicas en el mes de cobertura. OS y EMP reciben los recursos de aportes salariales y cuotas desde el mes de cobertura hasta 30 o 40 días después de la misma. El prestador presenta la factura al financiador terminado el mes de cobertura, cuando se otorgó la prestación médica.

Sin embargo, aquella factura por prestaciones brindadas se abona hasta 90 días después. Si hubiera inflación y tasas de interés bajas y estabilidad del dólar, este desfase no sería un inconveniente, en la medida en que el ciclo de pago no se discontinúe. Pero, en la situación contraria, el perjuicio para los prestadores médicos es enorme debido a los gastos que no pueden diferir. Los salarios y cargas sociales (74% de sus costos) deben ser abonados apenas termina el mes de cobertura y los proveedores de insumos (26% de los costos) exigen ser pagados no más allá de los 60 días.

Aun cuando haya aumentos de aranceles por parte de financiadores, el daño que ocasiona la cadena de pagos no se mitiga, porque dichos aumentos son compensatorios de aumentos de salarios –no de insumos, muchos de ellos dolarizados– y llegan a los prestadores médicos a los 90 días de que éstos tuvieron que pagar los aumentos de salarios y los aumentos de precios de insumos. Si a esto se agrega la suba de la tasa de interés sobre el capital de trabajo, la tensión financiera sobre los prestadores es difícil de sobrelevar, impactando en la rentabilidad de las instituciones hasta llevarlas al déficit económico.

La inestabilidad económica genera riesgo sanitario desde el momento en que promueve la posibilidad de que masivamente quiebren prestadores médicos privados que son mayoría respecto a los prestadores públicos. Es imposible que los prestadores públicos puedan contener la demanda sanitaria que hoy atiende el sistema privado. Los prestadores que no quiebran y se mantienen funcionando terminan convirtiéndose en los *financiadores fácticos* de la salud en la Argentina ya que financian, con su capital de trabajo y su patrimonio, a los *financiadores institucionales*. □

(*) Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina



CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2019

26 y 27 de junio

Buenos Aires, Argentina

Para ir agendando!

26 DE JUNIO
(en simultáneo)

VII Jornada de **DIRECTORES MÉDICOS**
de la República Argentina

V Jornada de **RECURSOS HUMANOS EN SALUD**
de la República Argentina

27 DE JUNIO

III Jornada **POLÍTICO EMPRESARIA DE SALUD**
de la República Argentina

La sustentabilidad del Sistema de Salud



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

El convenio suscripto por el Gobierno Nacional con el FMI implica el compromiso de equilibrar las cuentas públicas, tanto en inversiones de infraestructura como en decisiones de fondo para reformar los sistemas de protección social. La estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS), debería adaptarse a este marco de *sustentabilidad*. La CUS supone que el Estado financie la atención en servicios públicos de la población carente de cobertura con un régimen de *subsidio a la demanda*. Si al mismo tiempo esos servicios estatales son sostenidos por el régimen de *subsidio a la oferta* (planta física, equipamiento, sueldos del personal e insumos), se establece una doble erogación: el Estado actúa como agencia *aseguradora* de los que no tienen cobertura y *financiadora* de los servicios que brindarán la atención requerida.

Desde principios de los 90, diversos investigadores en servicios de salud coincidieron en interpretar al sistema argentino de Obras Sociales (OS's) como una modalidad de *seguro de salud*. Cabe recordar que ya en los 70 algunos autores definían a las OS's como *seguros de enfermedad*, dadas sus escasas o nulas acciones preventivas. Pero desde el interior de las instituciones administradas por los sindicatos, se consideraba a las OS's como un *régimen solidario de los trabajadores* de alcance nacional —derivado de las primitivas *mutuales* de inmigrantes—, es decir, nuestra Seguridad Social (SeS) en salud. Argumentaban que cada afiliado aportaba un porcentaje de su salario para acceder a todos los beneficios, sin que dependiera de sus aportes.

Entre los 90 y las décadas anteriores se había producido un cambio sustancial. Los sistemas de protección social vigentes antes de la caída del Muro de Berlín eran sostenidos por una visión *asistencialista* —en un marco doctrinario de *Estado de Bienestar*—, donde los beneficios adquiridos eran prioritarios respecto a las fuentes de financiamiento. Junto con la *globalización* y la explosión informática de los 90, la visión predominante devino en que lo prioritario debía ser la *sustentabilidad* de los beneficios comprometidos. Una *Carta de Intensión* suscripta con el FMI en 1991, comprometía la *desregulación* de las OS's, la libertad de elección de cobertura y la incorporación de las empresas de Medicina Prepaga (EMP's) a la red de seguros de la SeS. Esta posición fue resistida por el sindicalismo, dado que las OS's eran agentes obligatorios de la SeS y las EMP's eran seguros privados voluntarios.

Pese a la resistencia sindical, la libertad de elección de OS's fue paulatinamente funcionando. Se procuró sin éxito reducir la cantidad de OS's por acuerdos recíprocos, para limitarlas a menos de 100 entidades con volumen *actuarialmente viable* de afiliados. El enfoque *actuarial* —propio de los seguros— fue complementado con un paquete de beneficios, el Programa Médico Obligatorio (PMO), y diversos mecanismos de *redistribución* entre las OS's superavitarias y deficitarias. Entre ellos, la Administración de Programas Especiales (APE) se encargó de

reintegrar a las OS's los tratamientos de muy alto costo (o *catastróficos*), a fin de asegurar la estabilidad financiera del sistema. En el mismo año se estableció que el PMO también sería obligatorio para las EMP's —aunque recién en 2011 se sancionó la ley que las regula—, equiparando sus obligaciones con las OS's.

En realidad, la *lógica actuarial* aplicada en las OS's fue siempre precaria. El nivel de los aportes y contribuciones a la SeS se fijó de modo arbitrario, sin estudios serios sobre el costo de los beneficios. Las EMP's no surgieron de inversiones de empresas aseguradoras, sino de grupos profesionales de origen médico, procurando ofrecer coberturas de *alta gama*, similares al modelo *asistencia-lista* de las OS's. Fijaban el precio de sus planes (o *primas*), según la franja del mercado donde pretendían competir, pero sin basarse en tasas de *siniestralidad*, como los seguros de bienes materiales. A diferencia de EE.UU. y Brasil, donde las empresas aseguradoras han tenido un papel protagónico en la *cobertura de riesgos* de salud, en la Argentina su inserción fue mínima o casi nula.

Vista a distancia, la resistencia del sindicalismo a la competencia de las EMP's buscaba ganar tiempo para no perder su condición de recaudadores de los tributos legales a las OS's, evitar el *desgranamiento* de la cartera de beneficiarios y que los aportantes de mayor poder adquisitivo migraran hacia coberturas más suntuarias. Pero ahora una parte importante de los padrones de las OS's está *tercerizada* a través EMP's, con lo que los de mayores ingresos mantienen su pertenencia a la entidad de origen, pero reciben beneficios superiores a los de sus *compañeros* de menores ingresos. La tendencia a la estratificación de los beneficios de la SeS, que ya se vislumbraba a principios de los 90, se desplegó en toda su magnitud en la reciente década. Esa *desregulación* que trataban de implementar el Gobierno y el ente regulador —ANSal, SSSalud— en 1996, ha pasado a ser gestionada por las OS's superavitarias, que ahora invierten en servicios propios, a veces aliadas a EMP's. El equilibrio del Sistema no se ejecuta a través de acciones *redistributivas*, sino integrando la *administración de la oferta* con la *prestación* de servicios.

El actual Gobierno está empeñado en lograr la CUS mediante acuerdos y experiencias-piloto circunscriptas, en jurisdicciones provinciales. Pero si la implementación de la CUS implicara gastos adicionales, a los que las provincias ya erogan para sostener los servicios asistenciales, operaría en contra del equilibrio fiscal acordado con el FMI. ¿Qué parte de los recursos será reasignada a financiar la CUS? ¿Se está estudiando la *sustentabilidad* de las ideas-fuerza de *cobertura* y *equidad* para reformar el Sistema de Salud? □

(*) Miembro del Grupo PAIS. Director, Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló.



TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS



NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional que le brinda más soluciones
a las empresas y a los profesionales de la salud.

**VIDA COLECTIVO | ACCIDENTES PERSONALES | SEPELIO | CAUCIÓN
RESPONSABILIDAD CIVIL | CAUCIÓN AMBIENTAL | PRAXIS PROFESIONAL**

Reconquista 458, 4to piso, CABA, Argentina — www.webtpc.com
Tel. (5411) 4876-5300 — info@webtpc.com

Un paso en la integración de las políticas de salud



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

El día 4 de octubre pasado, la Superintendencia de Servicios de Salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el Consejo de Obras Sociales Provinciales y el Consejo de Obras Sociales Universitarias, firmaron un Acta Acuerdo denominada "Alianza para una mejor Gestión en Salud", en la que consintieron en que la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social) pudiera brindarles apoyo para el desarrollo de un espacio que las vincule y nuclease para el diálogo.

Dentro de ese marco, acordaron el desarrollo de políticas integradas donde se establecieran intereses comunes y, en este sentido desarrollar líneas de acción que impulsaren la determinación de temas estratégicos y poder compartir sus experiencias, información y herramientas.

Fue así como las partes solicitaron a la OISS la creación de un ámbito que facilitase el funcionamiento de un grupo permanente de colaboración que las representase y que se reuniera de forma periódica, para desarrollar acciones de interés común.

El objetivo estratégico de este acuerdo es el de constituir una política sanitaria de consenso que contenga los intereses de todos los actores del sistema.

Las cuatro entidades que firmaron este acuerdo otorgan cobertura médico-asistencial a aproximadamente 25 millones de habitantes de la República Argentina.

En términos más concretos, le solicitaron al organismo internacional referido, apoyo para el desarrollo de los siguientes temas:

- Herramientas de prevención y mitigación de riesgos para las distintas obras sociales como estrategias de auditorías, etc.
- Estrategia de compras conjuntas de insumos médicos, medicamentos y productos médicos en general. Resulta inequívoco que el desarrollo de este objetivo va a reflejarse en una mayor eficiencia en el uso de los recursos destinados a la salud.
- Herramientas de información, como banco de precios, etc.
- Protección y calidad al paciente mediante estrategias de comunicación, padrones y nomencladores con prácticas comparables.
- Compartir estrategia y módulos para evitar fraudes en prestaciones de difícil control, como por ejemplo la internación domiciliaria.

Este temario tiene carácter simplemente enunciativo, es decir, más adelante podrán ser incluidos otros ítems que resulten de interés común a las partes.

A esos fines y bajo la coordinación del Centro Regional Cono Sur de la OISS, se conformó una Comisión con representantes de cada una de las entidades firmantes.

Esta Comisión ya se reunió en tres oportunidades y comenzó a trabajar en algunas de estas cuestiones.

Se intercambió información vinculada con insumos y medicamentos de alto costo, la necesidad de compartir la información de los padrones, a fin de poder diagramar políticas conjuntas de salud.

Se compartieron también experiencias referidas a distorsiones en los controles, con el objetivo de coordinar prácticas comunes de auditoría.

Además, las partes del Acta Acuerdo mencionada asumieron el compromiso de ejecutar, en lo inmediato, tareas comunes, tales como la compra conjunta de medicamentos. Resultó muy importante el antecedente de la compra conjunta de vacunas para la hepatitis C y de Factor 8 para el tratamiento de la hemofilia A, en la demostración de que de este modo se puede alcanzar un abaratamiento sustancial en el precio de estos insumos.

Por su parte, como sabemos, en la República Argentina, así como en muchos otros países latinoamericanos, existen diversos subsistemas de salud. Esta dispersión de regímenes hace que los beneficiarios reciban distintos tipos de cobertura de acuerdo con cada sistema que integran.

La falta de coordinación y articulación de este universo impide la conformación de un "sistema" coordinado de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

El sistema de salud argentino presenta las siguientes características:

- 1°) Cobertura médico-asistencial desigual.
- 2°) Ausencia de modelo prestacional integral.
- 3°) Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos. A título de ejemplo cabe señalar que aproximadamente el 20 % de la población que reside en nuestro país posee doble cobertura de seguridad social, con el dispendio de financiamiento que ello trae aparejado.
- 4°) Dificultades en el acceso a la prestación.

Estamos convencidos que el consenso de acciones comunes, como las acordadas en el Acta Acuerdo denominada "Alianza para una mejor Gestión en Salud", bajo la órbita de la OISS, que estamos analizando en esta nota, constituye un instrumento útil, para fortalecer el principio de solidaridad, brindar una cobertura médico-prestacional de mejor calidad y obtener una más eficiente gestión de los recursos del Sistema de Salud. □



LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

Ahora también acompañamos a nuestros asegurados con una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico legal.

 **Disponible las 24 horas, los 365 días del año.**

Comuníquese con su Productor Asesor de Seguros o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar



 **SMG**
SEGUROS

Incrementos de costos médicos: un problema global

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



Increíblemente ya estamos en el 2019! Pareciera que en la Argentina el tiempo pasa más rápido que en el resto del mundo. Nuestra capacidad autodestructiva nos somete a una vorágine permanente... en donde lo de ayer parece lejano. Sin lugar a dudas, somos creativos para conseguir nuevas crisis.

Sin embargo y a pesar nuestro, el mundo sigue adelante. Y en materia de salud, el comienzo de cada año da lugar al análisis de lo que los expertos esperan en materia de incrementos de costos médicos. Para contribuir a ese objetivo Willis Towers Watson, tal como lo hace anualmente, ha brindado los resultados de su Encuesta Global de "Tendencias de Costos Médicos".

En efecto, con la participación de más de 300 participantes de la industria –que representan a 77 países– los resultados nos muestran que, con algunas diferencias, el crecimiento de los costos médicos se mantiene a nivel global, aunque con tasas de crecimiento relativamente estables.

Comparándolo con los últimos dos años, para 2019 el crecimiento de costos es esperado en las distintas regiones de acuerdo con los siguientes indicadores:

	2017	2018	2019 (Proyectado)
América	11,1%	11%	10,7%
Asia Pacífico	7,1%	7%	7,8%
Europa	4,4%	5%	5%
Medio Este y África	8,5%	9,9%	12,4%

Como se puede observar, Europa presenta una menor expectativa de incremento que América en su conjunto, aunque debe señalarse que los indicadores esperados tanto para la Argentina (23,5%) como para Brasil (15,3%) tienen una fuerte incidencia en el indicador del continente.

De hecho, si hacemos foco en los Estados Unidos en particular la expectativa de crecimiento de costos se ubica en el 7,9%. Este porcentual resulta bastante estable si observamos los años anteriores –7,5% en 2017 y 8,7% en 2018– aunque siempre muy por arriba del crecimiento inflacionario.

Con relación a los indicadores de nuestro país no necesitamos aclarar que se encuentran fuertemente distorsionados por el proceso inflacionario, como así también por el momento en que fueron relevadas las expectativas (¿Recuerda amigo lector cuando señalé al principio de la nota lo de la vorágine en que vivimos?)

Respecto también a las diferencias entre países de un mismo continente lo mismo se puede decir de Europa y sus diferentes indicadores de crecimiento

esperado de costos: Turquía 18,2%, Ucrania 13,3%, Rumania 9,3%, Rusia y Serbia 8%, cifras que resultan fuertemente contrastantes con Italia 2,1%, Francia 2,5%, Bélgica 4,4%, Dinamarca 4,3%, Irlanda 4,7% y Polonia 5%.

Si bien las distintas regiones mencionan diferentes causas que incidirán en los indicadores: Atención Ambulatoria, Internaciones, Maternidad y Odontología, todos coinciden en señalar al gasto en medicamentos y el de la Salud Mental –incluyendo Adicciones– como los de mayor incidencia en el crecimiento de los costos médicos para el año 2019.

De igual forma, hay coincidencia general respecto de los dos factores externos que más impactan en los ajustes: Incremento de costos por el uso de nuevas tecnologías 65% y –llamativamente– expectativas de ganancias por parte de los proveedores 48%, ambos como dijimos, los más mencionados por los participantes.

La Encuesta también nos muestra que hay una fuerte preocupación respecto de aquellos factores relacionados con la utilización, a saber:

- Sobreutilización a partir de la recomendación de los profesionales – 70%
- Sobreutilización por parte del usuario – 52%
- Bajo nivel de hábitos saludables de la población cubierta – 36%
- Sub utilización de "medicina preventiva" – 34%
- Baja calidad a partir de la falta de integración de los distintos niveles de servicios – 24%
- Bajo entendimiento de la forma adecuada de utilización del servicio – 14%.

Es interesante observar que cuando se le pregunta a los encuestados cuáles son las herramientas más efectivas para el control de los costos médicos, la señalada con mayor prevalencia es el gerenciamiento de las enfermedades crónicas, sin dudas una deuda del "modelo" local que además de contribuir al señalado control, aporta una substancial mejora en la calidad de los servicios ofrecidos y también en los resultados (un buen ejemplo son los programas de cuidado de pacientes diabéticos).

En resumen, independientemente del indicador local que, como ya dijimos estará influenciado por distintos factores, el crecimiento de los costos médicos sigue firme a nivel global como así los desafíos para lograr su contención. □

(*) Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson.

PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRÁXIS MÉDICA

LA PÓLIZA ESTÁ DIRIGIDA A

Todos los sectores intervinientes en el sector de la salud:

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros Profesionales de la Salud independientes o asociados a Clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Diagnóstico por Imágenes.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros



La deuda sanitaria de la democracia argentina

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com



Hace 35 años que recuperamos la democracia y han pasado ya diversos gobiernos y se han implementado diversas políticas sanitarias. Desde aquel primer momento que se ha dejado de discutir de salud en términos sistémicos y se han planteado reformas sectoriales que no terminan por plasmarse en una mejora para el acceso y la calidad de la salud del ciudadano. En salud no hemos podido superar la mirada corporativa y las discusiones siguen girando entre los que están en el mundo del trabajo (empleos formales) o tienen rentas privadas y el resto de la población que atiende su salud gracias al estado subsidiario que viene a llenar el espacio sólo por default de la seguridad social y el privado.

El presidente Alfonsín incluyó dentro de su programa político la creación del seguro nacional de salud motorizado por el grupo liderado por el primer ministro de salud el Dr. Aldo Neri y esa convicción reformista duró aproximadamente dos años. El proyecto establecía un modelo de descentralización en la gestión, previéndose una paulatina transferencia de la responsabilidad en el funcionamiento del Seguro a las provincias, incluyendo la administración de los servicios a los beneficiarios de las obras sociales. ⁽¹⁾

“El plan original era que las provincias fueran tomando paulatinamente la responsabilidad del Seguro en su jurisdicción y las propias obras sociales les fueran delegando el manejo de la administración de los beneficios que recibieran sus afiliados”.

El radicalismo no tenía un grupo de funcionarios y gestores que se requería para un abordaje del sistema desde todas sus aristas. El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Obras Sociales fueron ocupados por personas comprometidas con el proyecto del Seguro, pero si nos vamos a otros ámbitos claves para una estrategia integral como es el PAMI o las obras sociales allí el radicalismo comenzó a ubicar a punteros políticos que tenían muy poca idea sobre el sistema y su reforma.

Durante el análisis del libro *Conversaciones en La Catedral* donde el protagonista se ha convertido en todo un símbolo en la literatura peruana, aparece su famosa pregunta: “¿en qué momento se había jodido el Perú?” es parte de la cultura cotidiana que los peruanos manejamos, una situación que nos preocupa nos avergüenza, nos define. Y no es sólo el país el que se ha jodido, es Zavalita también, y Ambrosio, y Bermúdez, y Hortensia, y Carlitos. “Hasta la lluvia andaba jodida en este país.” (pág. 18-9). La decadencia parece una constante, el abuso la manera de hacerle frente, la única salida. ⁽²⁾

Podríamos hacerle preguntar también a Zavalita: ¿cuándo se jodió el proyecto de salud para todos los habitantes en este país? En qué momento dejamos de pensar en el todo, en el colectivo y empezamos a protegernos cada uno de nosotros.

El Congreso recibió el proyecto del Poder Ejecutivo para la creación del seguro nacional de salud y allí comenzaron las desventuras de éste. En primer lugar, porque los legisladores desconocían el sistema de salud y la realidad que ya se había forjado en el sistema de salud durante el gobierno militar que había logrado hacer convivir a los militares con los sindicalistas y con un sector privado prestador que había sido el gran beneficiado de la época. En segundo lugar, porque no tenían la convicción de la batalla que deberían dar y enfrente tenían el peronismo con fuertes lazos sindicales que iba a defender la propiedad de las obras sociales que en algún momento se recuperaría dado que estaban intervenidas.

Debilidades propias y fortalezas ajenas. El peronismo gana las elecciones de 1987 pero se había encargado previamente de atascar el proyecto en la Cámara de Diputados y ya los legisladores radicales entregaban convicciones en nombre de la gobernabilidad y de la presión de los paros que fueron una constante. Es decir, salud como proyecto fue prenda de negociación sindical para evitar factores disruptivos mayores. Este aprendizaje hizo que durante todo este período democrático se desconociera un debate sistémico sobre salud articulando lo estatal, la seguridad social y el privado.

Finalmente se aprueban las leyes que aún hoy nos rigen, la 23.660 y 23.661 que son la mayor demostración de este doble comando (seguridad social y salud estatal). Lo que vino a posteriori consolidó esta visión de no discutir salud en términos de un solo sistema para no mezclar lo contributivo con lo subsidiario.

Según Belmartino las dos leyes “...reproducen la dinámica de un legado histórico de debilidad institucional en la regulación del sistema de servicios de salud: la primera reafirma la fragmentación organizativa del sistema de obras sociales, permanente prenda de negociación entre los diferentes gobiernos y el movimiento sindical; la segunda crea un seguro nacional dotado de muy escasa sustentabilidad, tanto financiera como política, y termina engrosando la lista de leyes y decretos, sancionados bajo diferentes orientaciones ideológicas para fortalecer el régimen regulador de los sistemas de servicios y nunca aplicados” (Belmartino, 2009).

Ministerio de Salud que se debilitó cada vez más dada la transferencia de servicios a las provincias motivado por criterios fiscales, creación de ámbitos de autogobierno de la seguridad social como es la Superintendencia que monitorea (evita que se cometan excesos en las obras sociales no mucho más) y un PAMI que fue un gran ámbito de los negocios políticos dado que ésta fue una caja creada por la política y que los sindicatos no pudieron acceder.

El gobierno de Menem terminó de desarticular y fragmentar el sistema, y los gobiernos que le siguieron continuaron con esta lógica de no mezclar el ganado y cerrar el debate sobre la importancia de los vínculos entre la seguridad social y el estado. La reforma de la Constitución que podría haber sido una oportunidad para definir el derecho a la salud y establecer la responsabilidad del estado en la materia fue desperdiciada porque existían otras motivaciones “superiores” y nadie quería enfrentarse con el sector sindical.

Llegamos hoy a una situación donde cada uno busca solución a sus problemas sin pensar en el sistema. La gobernanza está también fragmentada y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social es una expresión de la incertidumbre respecto de lo que debe hacer y lo que no debe hacer. La política eludió desde hace tiempo el debate sobre las funciones del estado nacional en materia de salud. En consecuencia, navega haciendo una cosa o la otra indistintamente, no tiene ninguna injerencia en las decisiones del PAMI y de la seguridad social y los ministros que han pasado siguen mirándose el ombligo sin darse cuenta del rol clave que debería tener el Consejo Federal de Salud para organizar, modernizar y direccionar el sistema sanitario argentino.

Para reformar el sistema debemos construir una autoridad sistémica y en este sentido es necesario articular y consensuar la política sanitaria nacional (plan nacional de salud) por parte de quienes son los principales ejecutores de la misma: PAMI; Superintendencia de Servicios de Salud, Consejo Federal de Salud, Consejo de obras sociales provinciales y por supuesto el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Una vez integrado el equipo, la clave de operar bien será la creación de un clima sano, de confianza y sinceridad, que permita discusiones intensas, pero que también logre que las decisiones se asuman como si hubieran sido unánimes. Ciro el grande, importante emperador persa, afirmaba: “Diversidad en el consejo, unidad en el mando”.

Como bien menciona Ernesto Gore en su libro “El próximo management”: “es usual oír a las organizaciones que dicen tener una crisis de liderazgo. Cuando comenzamos a revisar lo que sucede, lo que se suele encontrar no es una crisis de liderazgo, que está sano y rozagante, lo que está en crisis es la autoridad que resulta incapaz de canalizarlos. Dicho de otra manera: los que mandan no lograr coordinar reglas de juego claras y, por miedo a perder control, tienden a ver las iniciativas de la gente solamente como transgresiones, nunca como posibilidades”. □

1) La Argentina tiene un seguro nacional de Salud. Javier Vilosio. www.inclusionensalud.org
2) <https://lilianacosta.com/conversacion-en-la-catedral/>

(*) Universidad Nacional del Litoral y Universidad de San Andrés.



EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

5239.4000

www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar



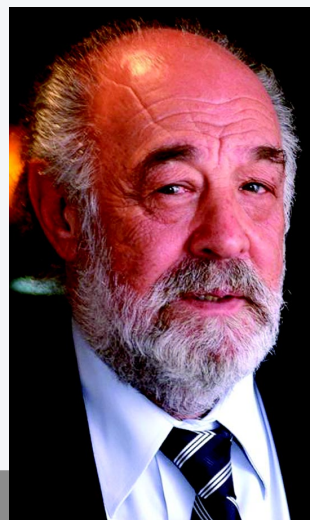
 11 5889-8367

Sombras de un año que comienza

“Sólo la autocrítica perfecciona al ser humano, y cuando se amplía a la comunidad desbroza los caminos que conducen a la plena realización nacional y social”.

Ramón Prieto

Por el Dr. Ignacio Katz



Cada fin de año es una oportunidad para la reflexión, el balance y la proyección. Quisiera aprovechar la ocasión, entonces, menos para un compungido listado de falencias puntuales y recurrentes oportunidades perdidas, que para un genuino ejercicio de reflexión crítica y **autocrítica**. Pues sólo mediante este paso lograremos evitar la posverdad y el autoengaño que nos empantana en un presente perpetuo, impotente de futuro.

Efectivamente, el mayor desafío que debemos afrontar los argentinos consiste en adoptar un nuevo posicionamiento frente a la realidad, evitando todo tipo de **desviacionismo** que concentra toda la atención en una cuestión que, aunque pueda ser importante, nunca agota por sí misma lo esencial que debemos superar. Desviacionismo que podemos ilustrar con la figura de “trenes” que prometen llevarnos a una estación superrápida pero que conducen a una vía muerta, devorando energía y tiempo estériles.

Lo cierto es que la realidad sanitaria es compleja y, por definición, opera en una multiplicidad de dimensiones que deben abordarse de manera conjunta, con una **planificación estratégica**. Muchas son las falacias que funcionan como velos que parcializan esta realidad, tergiversándola. Falacias de *autoridad* (“la agenda que plantea el G-20 Salud”), de *peligro* (como alarmas desproporcionadas), de *dilación* (“no es el momento”), de *confusión* (como la Cobertura Universal de Salud), y otros clásicos específicos del área sanitaria, como las falacias de la pobreza, de educación, del presupuesto. Una a una debemos desmontar estas falacias, corriendo así el telón que oculta la realidad. Pues al decir de Aristóteles: “No basta decir solamente la verdad, más conviene mostrar la causa de la falsedad”.

Hablar de salud en la Argentina significó siempre hablar de “pobreza”. No obstante, la viabilidad financiera de un sistema de salud no depende sólo de la evolución de las variables macroeconómicas ni de la fluctuación en las necesidades y las demandas, sino de la *planificación estratégica y de una política de gestión* basada en una estructura de costos, que son los elementos centrales del diseño de acción. Una **red prestacional única de atención médica** debe combinarse con una logística productiva, de manera que

pueda lograrse una readecuación eficiente de los recursos que aún nos restan. De la misma manera, debería resultar ya claro que no se trata de *cuánto* se gasta en salud, sino *en qué* y *cómo*, de su **control y monitoreo**.

La situación económica actual implica una combinación de recesión con inflación, que los economistas llaman *stagflation* o estanflación. La **inflación**, como lo señalara Elías Canetti, no sólo es una problemática económica, sino que devalúa –junto a la moneda– a la capacidad de las personas y de las familias de proyectar su vida. Las humilla y genera impotencia. En un contexto que además es recesivo, genera una profunda inequidad en la población, que en el campo de la salud resulta particularmente determinante.

Equidad y racionalidad, justamente, son dos ejes ineludibles a la hora de diseñar una planificación estratégica de salud. Para ello, en un contexto tan complicado como el presente y el que se avizora, el Estado debe más que nunca afianzar su capacidad de intervención y regulación frente al funcionamiento del mercado.

La famosa “mano invisible” del mercado corre el riesgo de parecerse al garfio del pirata si no cuenta con las otras dos manos que planteaba el propio director del FMI hacia 2006, Michel Camdessus: la mano de la justicia del Estado y la fraterna de la solidaridad.

En el área sanitaria, sin embargo, vemos medidas que van en sentido contrario a fortalecer una **gobernanza** adecuada. Por un lado, la formal pero fuertemente simbólica degradación del Ministerio de Salud a Secretaría de Estado; y por otro, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la devaluación del personal de enfermería, excluyéndolo de lo que en verdad es: profesionales de la salud.

La medida asombra por completo. En vez de revalorizar la profesión, cuando nuestro país cuenta con apenas 4 enfermeras cada 10.000 habitantes (junto a países como Honduras, República Dominicana o Haití; y muy por debajo de los 150 de Finlandia, 100 de EE.UU. y los 40 de España). Va a contramano de recomendaciones internacionales, de una ley nacional de 2013 que reconoce a la carrera como de riesgo público, y contra la historia misma de nuestro país que ya en 1959 supo crear la Escuela Nacional de Salud

Pública y el Bachillerato en Sanidad, que contaba con la enfermería como un puntal de orgullo.

La decisión gubernamental, por el contrario, rememora épocas menos felices para la sanidad, compartiendo un aire de familia con el olvidado decreto 1045/92 que en 1992 indicaba en el Boletín Oficial: “Delégase en el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y otros la facultad para aprobar las Estructuras Organizativas de Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales”. Es decir, en términos llanos, subsumir la salud pública a la racionalidad mercantil.

A propósito de ello, vale evocar la recomendación del Premio Nobel de Economía Kenneth Arrow, quien decía: “no hay innovación sin intervención del Estado. El beneficio comercial de toda inversión es inferior al beneficio social”. En este sentido, afirmó hace décadas que, por un lado, el Estado no alcanza para garantizar el servicio de salud, pero al mismo tiempo, el sector privado tampoco tiene la tutela para hacerlo. Por ello, pregonó un **sistema integrado**, en el cual los recursos de ambos sectores (y, si se quiere considerarlo así, también del tercer sector de las Obras Sociales) se complementen y se potencien entre sí.

Otro ganador del Nobel de Economía, el francés Jean Tirole, le da visibilidad y legitimidad a una problemática particularmente dañina en el campo de la medicina, y que la visión mercantil clásica deja de lado: los oligopolios. En sus palabras: “numerosos mercados están dominados por algunas empresas que influyen sobre los precios, los volúmenes y la calidad, pero la teoría económica no se ocupa de esos casos, conocidos como oligopolios”.

El aporte de Tirole es demostrar la necesidad de regular las industrias oligopólicas, así como las monopolísticas (éstas, en verdad, suelen contar con una regulación específica, aunque no en nuestro país). Tras una investigación de treinta años y con un planteo científico, incluso de corte matemático, el francés propone una vigilancia financiera y una regulación macro-prudencial hacia estos gigantes del mercado. Algunos de sus planteos son cristalinos y sumamente sugerentes, como cuando indica “que los reguladores no se transformen en los abogados de quienes deben controlar”.

Este tipo de aporte debe ser apropiado como herramienta para afrontar un *pensamiento crítico y propositivo*, el cual nos permita reconocer la situación sanitaria y así asumir la responsabilidad y el compromiso de revertirla y no sólo mitigarla. De ahí que se imponga a la brevedad llevar adelante el **Acuerdo Sanitario**, convocado por el Estado Nacional, cuya negociación motorizará la transformación en post del **bienestar ciudadano**. □

Ignacio Katz, Doctor en Medicina - UBA. Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud” Universidad Nacional del Centro - UNICEN. Autor de: “La Fórmula Sanitaria” Eudeba (2003). “Claves Jurídicas y Asistenciales para la Conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” - Editorial Eudeba (2012). “Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud” - Visión Jurídica Ediciones (2018).



www.sanidad.org.ar

La producción pública de medicamentos: balance anual

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



Los laboratorios públicos de medicamentos producen en su conjunto alrededor de 300 millones de unidades farmacológicas, en su gran mayoría comprimidos (más del 80 %) aunque también producen todas las otras formas (inyectables, semisólidos, hemoderivados, biológicos, sueros, aerosoles, etc.). Esta producción viene creciendo sostenidamente año tras año.

Esta cifra es importante si tenemos en cuenta por ejemplo que durante el 2017 según el Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de la COFA se vendieron en todas las farmacias del país un total de 740.500.000 unidades aproximadamente y un promedio mensual de ventas de 61.708.000 unidades (Venta bajo receta o receta archivada y venta sin prescripción).

Los medicamentos de producción pública no se venden en farmacia. Son destinados al consumo de hospitales públicos, centros de salud ambulatorios, para su distribución por programas nacionales (por ejemplo, CUS medicamentos, HIV-SIDA) o provinciales (por ejemplo, PRODIA-BA – programa de diabetes de la Pcia. de Bs As) o incluso para el consumo en otros países como por ejemplo los productos de hemoderivados.

Por lo tanto, los adquirientes y compradores de estos productos son los gobiernos provinciales, municipales, el gobierno nacional y recientemente se ha firmado un convenio entre la ANLAP y el PAMI y entre ANLAP y la COSSPA para que ellos (PAMI y Obras Sociales Provinciales) también comiencen a comprarle a los laboratorios públicos.

La población entonces no paga de su bolsillo por estos medicamentos. Lo hacen los gobiernos o instituciones para entregarlos a la población de menores recursos. Cumple así la producción pública con el principio de contribuir a mejorar la accesibilidad al medicamento.

Dependiendo del producto, del laboratorio y de la región geográfica los precios de los productos de la producción pública son entre un 15 a un 70 % más baratos que los del mercado con un promedio que ronda entre el 30 al 40 % lo cual produce un ahorro muy importante a las finanzas públicas.

Todas las proyecciones realizadas prevén un aumento importante de la capacidad productiva de la producción pública estimándose que en los próximos años superará los 500 millones de unidades.

La importancia de la producción pública reside no sólo (ni tan importante) en la reducción de costos sino en la producción de medicamentos que muchas veces son discontinuados por la industria como pasó con las drogas antituberculosas o sueros antivenenos o más recientemente con la vacuna contra la rabia humana.

LA ANLAP

La Agencia Nacional de Laboratorios Públicos -ANLAP- se crea por la ley 27.113 en diciembre de 2014 y se reglamenta a principios del 2015 (Web: <https://www.argentina.gob.ar/salud/anlap>).

Entre las misiones y funciones que le asigna la ley encontramos:

- ✓ Garantizar el cumplimiento de la ley 26.688 en pos de mejorar la accesibilidad al medicamento.
- ✓ Diseñar las políticas públicas de investigación y producción de materias primas, medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos y su distribución en el sistema de salud.
- ✓ Definir prioridades en líneas estratégicas de producción.
- ✓ Promover la investigación, desarrollo y producción de medicamentos en general y huérfanos en particular.
- ✓ Brindar asistencia técnica y capacitación.
- ✓ Promover la articulación con instituciones académicas y científicas y organizaciones de trabajadores y usuarios.
- ✓ Establecer un registro de los laboratorios de producción pública.
- ✓ Propiciar la articulación Pública – Privada.
- ✓ Promover inversiones que tiendan a ampliar la capacidad instalada, infraestructura y equipamientos de los laboratorios.
- ✓ Tender a compras centralizadas a fin de bajar costos.

Se entiende por Laboratorios públicos aquellos dependientes de las provincias, municipios, universidades y Fuerzas Armadas. Actualmente existen registrados 38 laboratorios públicos.

Los objetivos trazados por ANLAP al inicio de la actual gestión hace dos años fueron:

1. Objetivos administrativos

Lograr el funcionamiento de ANLAP: tener un espacio físico propio, creación del SAF (Sistema Administrativo Financiero para poder funcionar y ser autónomo), establecer su estructura organizativa, desarrollar un sistema de información gerencial.

2. Objetivos para los laboratorios

Incrementar el número de Laboratorios habilitados por ANMAT y aumentar el registro de productos en ANMAT, brindar asistencia y capacitación en GMP y GLP, especializar a los laboratorios en determinadas líneas productivas a fin de evitar la superposición y mejorar la eficiencia integrándolos en una verdadera red de laboratorios, firmar convenios con compradores de medicamentos a fin de ampliar el mercado para la producción pública, promover el desarrollo de formulaciones y medicamentos huérfanos.

ALGUNOS LOGROS CUMPLIDOS

Con respecto a los objetivos administrativos, al inicio de la gestión no se contaba con nada de lo descripto, ni siquiera oficinas propias. Actualmente todas estas metas fueron logradas y hoy la ANLAP funciona como Agencia descentralizada y ya van dos años que cuenta con presupuesto propio.

En cuanto a los objetivos para los laboratorios, al inicio de la gestión sólo 4 laboratorios estaban habilitados por ANMAT. En un año (2017) se logró que se habiliten por ANMAT 3 más (Laboratorio del Fin del Mundo de Tierra del Fuego, PROFARSE de Río Negro y El Laboratorio de la

Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad nacional de Rosario). Nuevos productos fueron registrados como el Atazanavir del Laboratorio del Fin del Mundo y los antituberculosos del PROFARSE y varios otros están en vías de aprobación.

Se firmaron tres convenios importantes con grandes compradores de medicamentos a saber: un convenio tripartito Ministerio de Salud – ANLAP – Laboratorios Públicos para la provisión de medicamentos a los programas del Ministerio como CUS medicamentos, HIV-SIDA, tuberculosis etc. (Julio 2017). Un Convenio con el PAMI para la provisión de medicamentos a los cuatro efectores propios del PAMI (PAMI 1 y 2 de Rosario, el Milstein de Capital y el Houssay de Mar del Plata) (setiembre de 2018) y por último un convenio con la COSSPRA para la provisión de medicamentos para las Obras sociales provinciales (octubre 2018).

Destacamos los siguientes proyectos estratégicos que ANLAP propicia e impulsa a través de diferentes formas de participación como promoción, difusión, financiación, etc.:

- Transferencia tecnológica y cesión de patente de la empresa Bristol al Laboratorio del Fin del Mundo para la producción del Atazanavir un antirretroviral utilizado para el HIV-SIDA.
- Desarrollo y producción de drogas antituberculosas. Trabajo conjunto entre la Unidad de Producción de Medicamentos (UPM) de la Facultad de Exactas de la UNLP (desarrollo) y el PROFARSE de Río Negro (producción) para las drogas antituberculosas. Actualmente está finalizando el estudio de estabilidad para la cuádruple, o sea las cuatro drogas en un solo comprimido lo cual mejora sobremanera la adherencia al tratamiento.
- Transferencia tecnológica para la producción de la vacuna contra la Fiebre Amarilla en la Argentina. La Fiocruz realizará la transferencia tecnológica a ANLIS para que esta produzca vacuna de fiebre amarilla en nuestro país.
- Desarrollo de Centros de Investigación Clínica y Bioequivalencia y Biodisponibilidad en CEPROCOR (provincia de Córdoba).
- Producción de soluciones para conservar y transportar órganos a través de un futuro convenio a firmar entre el INCUCAI – ANLAP y Hemoderivados (que hará la investigación, el desarrollo y la producción de la solución Wisconsin para la conservación de los órganos para trasplante lo cual impactará en una disminución de los costos de ésta a menos de la mitad ya que hoy se importa a un precio muy alto).
- Transferencia tecnológica para la producción de un kit diagnóstico para Chagas neonatal entre el Laboratorio Pablo Cassará y Laboratorios Chaqueños, único laboratorio público especializado en reactivos y test diagnósticos.
- Producción de soluciones para alimentación parenteral. También con Laboratorios Chaqueños para su desarrollo y producción.
- Investigación, desarrollo y producción de medicamentos con presentaciones pediátricas. Existen alrededor de 100 medicamentos para adultos que no cuentan con formulaciones para niños o adultos mayores. El proyecto apunta a que el laboratorio de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UNR se especialice en este tipo de presentaciones que hoy faltan en la Argentina y en numerosos países de la región. Ya está en etapa de estabilidad el atenolol pediátrico y otros nueve medicamentos están en etapa de desarrollo.

Estos son sólo algunos de los proyectos en los que la ANLAP interviene. El balance a dos años de gestión es entonces altamente positivo. □

(*) Presidente de la ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos).



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERAS DE GRADO

Medicina

Odontología

Lic. en Nutrición

Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Av. Alicia Moreau de Justo 1300 - Puerto Madero
Tel: 0-810-333-4647 - ingreso@uca.edu.ar - Lunes a Viernes 9 a 20 hs

CARRERAS Y CURSOS DE POSGRADO

Especialidades

Clínicas

Salud Pública

Quirúrgicas

Odontológicas

Av Alicia Moreau de Justo 1600 PB - Puerto Madero
Tel: 4349-0419/20 - csmedicas@uca.edu.ar - Lunes a Viernes de 14.30 a 20 hs

uca.edu.ar



Tiempo de balances

Por el Lic. Patricio Pasman (*)



Es tiempo de balances. Analizar el año que pasó en el país, en el sector de Salud y el subsector de Entidades de Medicina Prepaga específicamente. El querido y célebre monje Benedictino, Fray Mamerto Menapace, en un brillante escrito sobre los balances de fin de año, dice lo siguiente:

"Mi percepción a medida que envejezco es que no hay años malos. Hay años de fuertes aprendizajes y otros que son como un recreo, pero malos no son".

Estamos finalizando un año difícil para nuestro país. Casi todos los pronósticos de los economistas y politólogos a fines del 2017 auguraban un año muy diferente al que finaliza. La desazón ha sido y es grande en la población.

Hay un dato que especialmente impacta. Durante el período de 12 meses entre octubre 2017 a setiembre 2018, aproximadamente los salarios crecieron un 25% mientras que la inflación estuvo por encima del 40%. No hay registros en los últimos años de una pérdida del poder adquisitivo de semejante magnitud. En otras épocas de nuestra querida Argentina, seguramente hubiera caído el gobierno de turno.

Volviendo al pensamiento de Menapace, creo que como sociedad también hemos tenido años de aprendizajes. Las múltiples interrupciones de distintos gobiernos en los últimos 70 años no nos condujeron a un país mejor. Vemos que, en los países desarrollados y civilizados, los gobiernos comienzan y finalizan sus mandatos en tiempo y forma.

Aún falta mucho para que finalice el mandato del actual gobierno y esta nota la escribo a mediados de diciembre sin conocer como pasaremos las fiestas, pero percibo una sociedad cada vez más intolerante.... a los intolerantes. Bienvenido sea.

En resumen, a nivel país, más que un año malo, me gusta la idea de un año de aprendizaje. Un año en que quizás, hemos terminado de comprender que somos un país empobrecido, que no es lo mismo que ser un país pobre, que salir de tantos años de estancamiento va a llevar un tiempo y que la institucionalidad es el mejor camino.

En el sector de Salud hemos tenido muy pocos avances en las necesidades de la industria y los distintos proyectos en danza, siguiendo la frase inicial de Fray Mamerto... podría verse como un recreo.

Sin embargo, rápidamente me surgen dos cambios positivos que se consolidaron este año:

- 1) La gestión de PAMI en la compra de medicamentos y junto con esto, la unificación de compras de medicamentos de alto precio con otras obras sociales. Hace mucho tiempo que los distintos especialistas del sector coinciden que éste es el mejor camino para seguir. Todo indica que se ha comenzado a transitar.
- 2) El mecanismo de "Integración" para el pago de las prestaciones de discapacidad en las Obras Sociales. Este mecanismo se decreta en agosto de 2016 y poco a poco se han ido aceitando los procesos y la instrumentación. Permite el financiamiento directo del FONDO SOLIDARIO

DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, de la cobertura de las prestaciones médico-asistenciales previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Este gasto ha crecido de manera exponencial en los últimos 10 años.

Es un primer paso. Ahora tendremos que trabajar intensamente en diferenciar todo lo referente a gasto médico de la discapacidad, del gasto social. También encontrar maneras de auditar y controlar los abusos, que lamentablemente son muchos.

El sector de Entidades de Medicina Prepaga (EMP) ha seguido creciendo y profundizando la concentración del mercado.

Vale aclarar, que cuando hablamos de Entidades de Medicina Prepaga (EMP), lo hacemos considerando la definición de la ley N° 26.682. Es decir que incluyen a las Empresas de Medicina Prepaga y a las Obras Sociales por los planes de salud de adhesión voluntaria individuales o corporativos, superadores o complementarios por mayores servicios médicos que comercialicen.

- De los aproximadamente 3 millones de asociados que había en el 2001, hoy hay más de 7 millones de personas cuya cobertura es una EMP.
- No es sencillo conseguir la información, pero un relevamiento que realicé de cantidad de asociados en 28 EMP, da unos 6,95 millones de asociados.
- Aproximadamente más de 2/3 de ellos, son empleados en relación de dependencia que utilizan los aportes y contribuciones que van a una obra social para el pago parcial o total de las cuotas de los planes de las EMP.
- En el año 2010, las primeras 12 EMP tenían un 71% del mercado. En el año 2018, estas mismas EMP tienen el 87% de participación.
- En los años 2003/04 se realizaban unas 200 mil opciones de cambio de obra social. Este año seguramente se produzca un récord de opciones de cambio con más de 540 mil titulares que cambien de obra social.

Llama la atención que en un año de recesión económica el sector siga creciendo, aunque vale aclarar que los prepagos que más crecieron son aquellos que comercializan planes más económicos.

La gente que necesita reducir gastos se baja de plan dentro de la empresa que tiene o se pasa a prepagos más económicos, pero se mantiene en el sector. La percepción para este segmento de la población es que este es un servicio de primera necesidad y realiza los esfuerzos necesarios para permanecer con esta cobertura.

La economía del comportamiento y la psicología conductiva hablan del "efecto habituación".

Por ejemplo, mientras no tenemos auto, no nos genera ningún trastorno movernos en transporte público. Es nuestra habitualidad. No nos hace "menos felices" no tener un auto.

Si logramos acceder a tenerlo, estaremos muy contentos y felices, pero luego pasado un tiempo, se va a ir

diluyendo esa satisfacción inicial ya que lo consideraremos algo "habitual". Sin embargo, si el auto se rompe, o por alguna circunstancia dejo de tenerlo, nos cuesta mucho volver a la situación anterior.

Una vez que la gente se acostumbra a las características del servicio, la cobertura y accesibilidad de las EMP, considera que esta es su nueva realidad y no desea modificarla. Inclusive varias encuestas muestran que esta población percibe en forma muy negativa el servicio y la cobertura de los subsectores de salud pública y obra social sindical, con juicios al respecto que muchas veces no están fundados pero que consideran ciertos.

También la psicología nos habla del "sesgo del status quo", un sesgo emocional con una preferencia por la situación actual. El estado actual (o status quo) se toma como punto de referencia, y cualquier cambio con respecto a ese punto se percibe como una pérdida.

Seguimos teniendo enormes desafíos y varias derrotas que intentaremos remontar en el sector de la salud. Veamos algunos ejemplos.

Pese a los varios intentos realizados, aún seguimos sin tener una Agencia de Evaluación de nuevas tecnologías. La ley de regulación de EMP sigue sin modificarse. Los medicamentos de alto precio cada vez más son una espada de Damocles que puede fundir a las empresas y no logramos tener como Uruguay y Chile un modelo asegurador a nivel estatal que iguale y regule al respecto. Actualización y adecuación del PMO, judicialización, etc. etc. Los desafíos son muchos.

El gran Manu Ginóbili declaró hace poco que "no creo que haya un atleta en el mundo que tenga más triunfos que derrotas. Ninguno. La excepción es ganar".

Llevando este concepto a nuestro sector, los cambios y mejoras siempre serán menos que los desafíos y necesidades. La invitación es a valorar y celebrar los pocos triunfos y seguir trabajando por los temas pendientes. Ni más ni menos que como la vida misma.

Las demandas de la población en temas de salud son cada vez mayores. Nuevas tecnologías, medicamentos, geriatría, infinidad de pedidos de estudios, terapias alternativas, etc. etc.,

Nos toca **administrar un servicio que tiene demandas infinitas con recursos finitos, un desafío complejo y a la vez apasionante.**

Sir Michael Rawlins, cuando se desempeñaba como presidente de NICE decía: "Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en el País de las Maravillas".

El NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido) es una organización independiente responsable de proveer orientación para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el Sistema Nacional de Salud.

Quien gerenciaba y participaba de uno de los sistemas de salud mejor administrados del mundo, afirmaba que los recursos nunca alcanzan.

Estamos finalizando el año. Son también tiempos de balances personales, de celebrar y brindar esperanzados por un futuro mejor.

Luego de releer la frase de Rawlings, recordé uno de los secretos de Alicia.

"El secreto querida Alicia, es rodearse de personas que te hagan sonreír el corazón. Es entonces, y sólo entonces, que estarás en el País de las Maravillas".

Vaya mi deseo para que pasemos estas fiestas con la gente que nos hace sonreír el corazón. ☐

(*) Consultor de Entidades de Medicina Prepaga



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social





OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar
Tel/Fax: (011) 4010-6746

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

La salud también oculta cosas debajo de la alfombra

Por el Dr. Sergio Horis del Prete (*)



Como investigadores, como profesionales, como docentes o simplemente como ciudadanos, siempre tratamos de ver las cuestiones del sistema sanitario dentro de algo que eufemísticamente se suele denominar “lo políticamente correcto”. Lo que significa, en su traducción literal, decir sólo aquello que evite ofender o poner en desventaja a miembros de grupos particulares de la sociedad, reemplazando viejos prejuicios por otros nuevos. O sea, declarar ciertos temas fuera de los límites, ciertas expresiones fuera de los límites, incluso ciertos gestos fuera de los límites.

La ausencia crónica de debates abiertos sin restricciones en el campo sanitario también permite confirmar que sólo se habla de lo que parece que está bien, mientras se cierra el paso a revisar todo lo que se estima que está mal y puede cambiarse drásticamente para mejorar. De esta forma, “lo políticamente correcto” resulta una suerte de cerrojo mental que obliga a quedarse estancado y paralizado en lo que se es, sin percatarse de lo que realmente se debe ser. Seguir escondiendo la basura debajo de la alfombra, algo que implica renunciar a lo esencial de la condición humana que es pensar, en forma libre y sin censuras de ocasión.

Respecto de esto, tiempo atrás accedí en forma casual a un libro muy interesante, editado en 2013 por la European Commission, que lleva por título “*Study on Corruption in the Healthcare Sector*”. Según sus autores, está destinado a “lograr un mejor conocimiento de la extensión, naturaleza e impacto de las prácticas corruptas en el sector salud a lo largo de la Unión Europea y evaluar la capacidad de los Ministerios de Salud de prevenir y controlar dicha corrupción y la efectividad de esas medidas en la práctica”. Es decir, a poner sin tapujos ni falsas premisas, blanco sobre negro, el juego de lo políticamente “incorrecto” analizando lo ocurrido en 28 de los estados miembros de la U.E.

Identifican así seis tipos de prácticas “no deseadas”, denominadas como “corrupción”, a saber: pagos extras innecesarios por servicios médicos, corrupción en compras, impropias relaciones de marketing, utilización arbitraria de posiciones de poder, reembolsos indebidos, y fraude y malversación en medicamentos y dispositivos médicos. Concluye admitiendo que no existe una política única para hacer exitosa la pelea contra la corrupción en el sector salud.

Más allá de cuestiones clásicas con los medicamentos, quizás lo más interesante del libro respecto de lo que se oculta bajo la alfombra reside en las relaciones con la industria de los dispositivos médicos, un sector opaco y con tendencia a la concentración. Se sostiene que las prácticas “no deseadas” ocurren a lo largo de toda la cadena de provisión, y que cuanto más pequeño es el número de proveedores, mayor el riesgo de prácticas colusivas.

Resulta paradójico que este libro haya precedido al reciente trabajo del Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación (ICIJ), vinculado a cuestiones irregulares ocurridas con tales dispositivos a nivel mundial, llamado *The Implant Files* (<https://www.icij.org/investigations/implant-files/>).

En este informe queda claro que los dispositivos médicos pueden salvar la vida, pero que mal probados o mal indicados también pueden complicarla y hasta terminar con ella. Y que la industria expone innecesariamente a miles de millones de personas a serios riesgos en su búsqueda de rentas extraordinarias. Sean de silicona, cobalto, acero, titanio o cualquier otro material, con o sin anexos biológicos o farmacológicos, la indicación diaria de estos dispositivos en los servicios de salud por parte de los profesionales mueve miles de millones de dólares al año, para uno y otro lado, aunque nadie los controle.

The Implant Files analiza informes de la FDA, desenmascarando prácticas no “políticamente correctas” de la industria de dispositivos médicos, y cómo funciona el negocio en su vinculación con los profesionales que los indican e implantan. Se trata de un sector corporativo que tiene control casi total de los dispositivos que vende, sabe cómo “regular a los reguladores” y de qué manera recurrir a prácticas “no deseadas” para asegurar sus ventas y enmascarar todo tipo de conflictos de interés no declarados.

A nivel mundial, incluyendo nuestro país, entre 2008 y 2017 la investigación reporta casi 5 millones y medio de fallas en dispositivos médicos - supuestamente probados y seguros - de algunas de las principales compañías a nivel mundial, con algo más de 80 mil muertes. Y otro 1,7 millón de personas con daños o secuelas permanentes asociadas. Así lo determinaron las cifras obtenidas por ICIJ tras el análisis de información pública de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Permite demos-

trar además que en casi todos los países el procedimiento es el mismo. Los fabricantes de dispositivos médicos son quienes los prueban y garantizan su supuesta seguridad, en tanto la autoridad estatal toma automáticamente esa información como válida, sin efectuar casi ningún tipo de control.

En caso de que un dispositivo falle y deba ser retirado del mercado, el propio fabricante debe informar de ello a la FDA y proceder a su salida de circulación. En el caso de la Argentina, el Estado -a través de la ANMAT- no obliga, sino que sólo “sugiere” a los médicos a reportar pacientes que han recibido un dispositivo médico defectuoso de cualquier tipo, o complicaciones de mediano y largo plazo derivadas del implante. Y cuando lo hacen, la información suele ser defectuosa, incompleta o poco relevante. Lo real es que, en muchos casos, la industria se ha hecho la distraída, como ocurrió con los implantes de malla de Johnson & Johnson utilizados desde 2006 para tratar la incontinencia urinaria que dieron lugar a un alto índice de fracaso. Sólo se los retiró en 2012, después de ser aplicados a miles de mujeres en USA, Reino Unido y Australia entre otros países (*The bleeding edge*; Netflix).

Se estima que el mayor *target* del mercado de dispositivos (mayores de 65 años) crecerá en más del 60% para el 2030. Quizás lo más grave sea la manipulación del uso de determinados dispositivos en pacientes que obtienen poco o ningún beneficio de ellos, o en quienes no están correctamente indicados. Más aún cuando de ello deriva en una disputa entre el médico y la cobertura social, porque cada uno quiere no sólo imponer su criterio sino su marca y proveedor. Y donde el tema se resuelve del lado del primero, induciendo al paciente a la judicialización más allá de cualquier protocolo o criterio científico válido.

Vinay Prasad ha levantado polémicas en USA al sostener que alrededor del 40% de los procedimientos vinculados a todo tipo de práctica médica son incorrectos, sean medicamentos, cirugías, dispositivos y pruebas diagnósticas que o bien no son mejores que las anteriores (pero sí más caras) o no resultan eficaces. E incluso a veces son peores que no hacer nada. La cifra proviene de un estudio del año 2013, en el cual él mismo participó, donde se analizaron 363 artículos publicados durante diez años en *The New England Journal of Medicine*, que evaluaban si una nueva práctica médica era mejor que la que había sustituido. En 146 (40,2%) se encontró que no, que la nueva resultaba incluso ser peor que la anterior.

Prasad es tremendamente crítico con la forma en que las innovaciones de alto costo llegan a la práctica

clínica. En su opinión, a veces se incorporan basándose en estudios opacos y muchas veces financiados por la propia industria, que aun plausibles científicamente no demuestran utilidad real. Es decir, demasiado precio como beneficio marginal para el proveedor, y poco valor como utilidad marginal para el paciente.

Lo otro que se oculta bajo la alfombra son los pagos indebidos entre quienes implantan y quienes fabrican. Las dos caras de Jano. El capítulo argentino de la ICIJ ha abierto una investigación sobre supuestos cobros indebidos a nivel de una conocida obra social por parte de profesionales, en base a aceptar determinada prótesis. Algo de lo que nunca se habla, pero siempre se toca de costado porque no resulta políticamente correcto. ¿Cuál es el costo de esta práctica “no deseada”? ¿No hay aquí dilema ético entre efectividad y utilidad? ¿Qué pena merece esta práctica?

En 2003, un destacado cirujano cardiovascular italiano pionero de trasplantes en su país y otros colegas fueron arrestados bajo sospecha de haber recibido millones de euros para implantar o inducir a colocar válvulas cardíacas de fabricación brasileña que, según los investigadores, podrían haber causado la muerte de 20 pacientes. El intermediario admitió haber pagado sobornos, ya que era la única manera en que podía lograr ingresar al mercado.

Como bien termina señalando el informe de la U.E., el sector salud resulta especialmente vulnerable a ciertas prácticas “no deseadas” debido a cinco factores: el alto grado de asimetría de información entre los proveedores del servicio y sus receptores; la existencia de un gran número de actores con complejas interrelaciones; el elevado peso de la autonomía profesional que hace difícil estandarizar y controlar las prácticas; la opacidad de los precios y la cartelización no sometida a las reglas de mercado como otros bienes, y la existencia de conflictos de intereses ni declarados ni transparentados.

Llegado a este punto, me ha parecido interesante citar a Savedoff y Hussmann (2006), quienes sostienen que “*el alcance de la corrupción (en los sistemas de salud) es, en parte, un reflejo de la sociedad en la que opera*”. ¿No sería quizás éste un buen momento para dejar de lado “lo políticamente correcto” y empezar a levantar la alfombra? □

(*) Mg. Profesor Titular Análisis de Mercados de Salud.
Universidad ISALUD. Buenos Aires. Argentina



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

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

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

¿Qué piensan, los que no piensan como nosotros?

Porque pensamos distinto, actuamos diferente

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



LAS PERSONAS FÍSICAS

Es por todos sabido que no hay dos personas iguales. Uno a uno, tenemos características bien diferenciadas tanto en nuestra constitución anatómica como en el desarrollo y utilización de nuestra inteligencia... y ante esta realidad hay muy poco que hacer.

No obstante, hay otras desigualdades que son producto de la forma en cómo el ser humano ha organizado la sociedad: a diferencia de las desigualdades biológicas y estéticas, en este caso la desigualdad es una construcción social. No es lo mismo nacer en un hogar de escasos recursos, que hacerlo en una familia que tiene lo necesario para satisfacer todas las necesidades del nuevo integrante.

Estamos aquí ante una situación distinta a la relacionada con las cuestiones biológicas.

Por tratarse de una construcción social, podemos adoptar diferentes actitudes:

- 1) La del conformista: la diferenciación social entre los seres humanos es un hecho normal y no se puede hacer nada por cambiarlo.
- 2) La del revolucionario que cree en la posibilidad de cambiar las cosas y para ello recurre a la fuerza para lograr el poder político y así modificar la distribución de la riqueza.
- 3) La del reformista que piensa en hacer cambios paulatinos, realizando acciones que permitan a los que menos tienen equilibrar sus ingresos con los que más tienen.
- 4) La del conservador que está consciente de la diferenciación social y la necesidad de cambio, pero prefiere que las cosas se mantengan como están.
- 5) La del individualista que estima que la diferenciación entre las personas depende de lo que haga cada uno e independientemente que haya nacido en cuna de oro o en una de paja.

Como se puede observar, las actitudes señaladas y otras que se podrían agregar, tienen como punto de partida un presupuesto básico que determina el pensamiento y las acciones de cada una de las personas. Si consideramos que la desigualdad es algo natural o normal entre los seres humanos, probablemente se

adoptará una actitud conformista o conservadora; si nos parece que la desigualdad es producto del propio ser humano, social o individualmente considerado, la actitud tenderá a ser individualista, reformista o revolucionaria.

LAS ORGANIZACIONES

La afirmación de que no todos somos iguales, bien podría también aplicarse al universo de las organizaciones y entidades compuestas por un número determinado de personas físicas o jurídicas.

A diario uno puede comprobar que, aun teniendo las mismas formas organizativas, objetivos e intereses, las políticas asumidas no sólo difieren de una a otra, sino que en ocasiones resultan diametralmente opuestas.

Tomemos para el caso a las instituciones farmacéuticas que ejercen la representación de la red nacional de farmacias en nuestro país. Analizando sus instrumentos constitutivos, resulta sencillo advertir que todas tienen como objetivo central la defensa de los intereses de las farmacias integrantes y de la propia organización, en función de lo cual se organizan y actúan.

Y es precisamente allí donde aparece con nitidez el punto de divergencia: aun siendo unánimes las respuestas a los "¿Qué?", "¿Quién?" y "¿Por qué?", las discrepancias aparecen al momento de hacer frente a los "¿Cómo?", "¿Cuándo?" y "¿Dónde?".

NUESTRA VISIÓN

El mundo en general, y nuestro sector en particular, han estado experimentando constantes cambios, los cuales han tomado velocidad sostenida en estos últimos años. Frente a esta situación, a las instituciones se le presentó como alternativa:

- Dejar que las cosas ocurran, manteniéndose en estado de observadores (similar a la actitud conformista conservadora de los seres humanos).
- Procurar que las cosas sucedan de un modo determinado, involucrándose activamente en el proceso (en sintonía con las actitudes individualista, reformista o revolucionaria de los humanos).

Por si hiciera falta señalarlo, desde el inicio de nuestra vida institucional hemos optado por la segun-

da alternativa, comprometiendo a tal fin todos los recursos y esfuerzos disponibles en la organización, y procurando en todo momento encontrar un camino común para transitar con el resto de las instituciones colegas (a pesar de varios intentos, hasta aquí fallidos) y demás actores del sector.

Como resultado de nuestra política y del paciente trabajo realizado, FEFARA es hoy un actor que participa activamente en el mercado del medicamento, realizando aportes significativos y construyendo alianzas estratégicas con cada uno de los integrantes de la cadena de valor del medicamento.

Tenemos aún mucho para hacer con cada uno de ellos. Los intereses divergentes en algunos aspectos, no deben ser obstáculo para trabajar juntos los temas de común interés. Así, siempre habrá espacios y temas para compartir con la industria, el gobierno, los financiadores, las entidades colegas, los pacientes y la sociedad en general.

OTRO MODO DE VER LAS COSAS (Y DE ACTUAR)

Creemos necesario afirmar nuestro total desprecio hacia el pensamiento binario (bueno-malo), que sitúa

Como resultado de nuestra política y del paciente trabajo realizado, FEFARA es hoy un actor que participa activamente en el mercado del medicamento, realizando aportes significativos y construyendo alianzas estratégicas con cada uno de los integrantes de la cadena de valor del medicamento.

como enemigo en forma automática a quien no coincide con nuestro modo de pensar y actuar.

Por ello, y aunque no compartamos su visión, entendemos que haya quienes:

- Crean que nada pueden hacer para cambiar la realidad y por ello adopten una posición pasiva.
- Se limiten a poner su red prestacional a disposición, para la gestión de terceros.
- Descansen en la intermediación, sin gestión de contratos ni herramientas, conformándose con recibir algo de financiamiento para seguir funcionando.

Aún sin comprenderlos, incluso respetamos a los que optan por esforzarse en resistir, pretendiendo no sólo parar el curso del tiempo sino retrotraerlo a épocas mejores.

Lo que nos resulta más difícil de entender es que, teniendo tal modo de actuar en la administración de sus intereses, pongan tanta energía y recursos para militar una causa, que sólo tiene por objeto frenar el avance de los planes y acciones que otros llevan adelante con decisión y valentía en procura de mejoras concretas para todo el sector. □

Precisión al Servicio de la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensionada

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-6326 / 4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

Gestión del riesgo



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

Luego de lo comentado en números anteriores, referirnos ahora a las actividades básicas para el desarrollo de la metodología de la Gestión de los Riesgos en el Cuidado de la Salud, es decir la aplicación de acciones tendientes a reducir los riesgos dentro de un establecimiento sanitario, parece adecuado. Las etapas de esas acciones son:

- la identificación, el análisis y evaluación y el tratamiento de los riesgos.

Como ya hemos comentado en diversas oportunidades, la cantidad de riesgos potenciales en todo sistema productivo, y particularmente en un sistema de cuidado de la salud hospitalario, público o privado, es muy elevado. Ello torna necesario e imprescindible primeramente la utilización de métodos específicos de *identificación* de esos riesgos.

También supone *evaluarlos* para priorizar las acciones en el tiempo.

Esta metodología de trabajo, la *Gestión del Riesgo*, finalmente, debe interrelacionarse sin ninguna duda con los *Programas Institucionales de Gestión de la Calidad y de Seguridad del Paciente*, (si los hubiere) lo que permitiría con absoluta claridad evaluar la correspondencia de dichas acciones con la aplicación de las Normas Reglamentarias (médicas) y el Sistema Jurídico de la Responsabilidad Civil y Penal por Daños. No puede ser una actividad tangencial. Ha de estar integrada. No es un tema sólo de médicos-legistas, ni sólo de abogados que conozcan de Derecho Médico. Es un trabajo de Equipo.

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

La gestión de control de los riesgos supone conocerlos, identificarlos, para poder actuar sobre ellos. La primera etapa en el conocimiento de los riesgos consiste en detectarlos.

La identificación de los riesgos se realiza gracias a varios enfoques complementarios.

Identificación de los riesgos a priori

Esa identificación se puede efectuar antes de que ocurran, para prevenirlos. Eso permite administrar los riesgos previsibles de una actividad a fin de no exponer inútilmente a las personas. Para tratar de evitar los riesgos evitables, cuestión por la que un profesional o un establecimiento sanitario será juzgado, debemos primeramente conocer de su existencia (arts. 1708 y 1710 del CCyCN).

Esa identificación se confunde a veces con la concepción que profesionales experimentados tienen del riesgo en su especialidad, las reglas estructurales implícitas o las explícitas, especialmente las normas no escritas, ya sean las producidas por la propia comunidad médica en general, o el conocimiento e interpretación que de las normas legales y administrativas de cada especialidad hacen los médicos o los administradores de los establecimientos médicos, más allá de que el sistema de trabajo

médico en la Argentina, conspira contra la institucionalización de éste tipo de programas.

El enfoque de la identificación debería ser llevado a cabo y controlado mediante un mecanismo de autorización previo al desarrollo -debe haber un primer día- de cada actividad.

En ciertos campos (análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, anatomía patológica, medicina transfusional, quimioterapia, radioterapia, obstetricia y neonatología, control de infecciones asociadas al cuidado de la salud) debe existir una actitud explícita de gestión de los riesgos mediante la creación de un expediente de análisis de los riesgos, impulsada por la dirección médica o el directorio o el principal accionista.

Esa identificación puede asimismo efectuarse sobre una estructura ya en funcionamiento para reforzar la seguridad, e incluso inmediatamente después que un resultado inesperado se haya manifestado. Es lo mejor.

Un programa de mejora de la calidad y de la seguridad del paciente en materia por ej.; de anestesia, basado en el análisis del proceso anestésico y de la conducta humana, permitiría identificar los riesgos con el fin de brindar seguridad al funcionamiento, y consecuentemente al paciente.

Un sistema basado en el análisis previo de los procesos utiliza métodos específicos, muchos de los cuales son comunes al trámite de la gestión de la calidad y a la gestión de los riesgos. Se basan en gran parte en el análisis funcional de los procesos.

Los métodos de identificación de los riesgos a priori son indispensables para anticiparse a los riesgos de extrema gravedad que son por su misma naturaleza excepcionales.

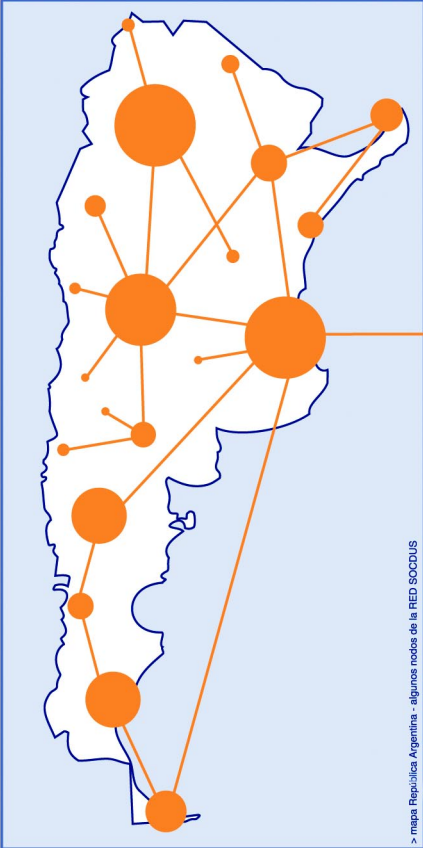
Identificar los riesgos con anterioridad al desarrollo de la actividad es un paso fundamental. Reconocerlos como tales, a priori, requiere de una conducta honesta y objetiva. Ello permitirá conocer los riesgos a los que se encuentra expuesta la institución sanitaria en el desarrollo de su actividad; los riesgos a los que se encuentra expuesto el profesional en su trabajo; los riesgos que se corren en un determinado procedimiento médico, quirúrgico, de enfermería.

Existen algunos métodos sencillos que permitirían la identificación de los riesgos a priori, tales como:

Análisis de los modos actuales de realización de un acto médico, sus fallas y sus efectos (enfoque epidemiológico); análisis de los efectos y de la severidad de los mismos; identificación de las causas (Reporte de Incidente); identificación de las consecuencias inmediatas, mediatas y posibles, tanto respecto del paciente y su entorno, el establecimiento médico y los profesionales que hubieran actuado.

En el próximo número nos dedicaremos a la identificación de los riesgos a posteriori. □

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros



> mapa República Argentina - algunos nodos de la RED SOCDUS



Odontología para Sistemas de Salud

- **Respuesta integral en Odontología**
- **para Empresas de Salud.**
- **Seguridad, Idoneidad y Eficiencia**
- **en todos los aspectos de la actividad odontológica.**

Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.

> SOCDUS SA
 Av. Belgrano 1683, 3° piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar

Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)



y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones

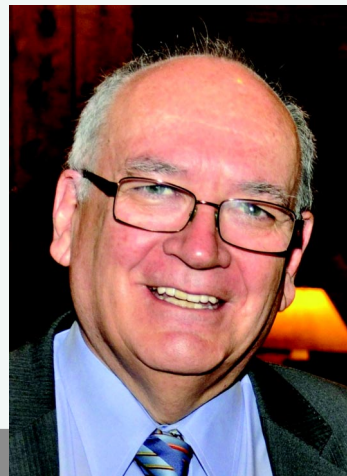







Tucumán 1668, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar

Escuelas de pacientes



Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC (*)

Los sistemas de salud en la actualidad se están transformando con el objetivo de dar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos que plantea un contexto marcado por una mayor longevidad de la población y la cronicación de muchas enfermedades que hasta hace poco eran mortales.

Para ello están cambiando su foco desde un modelo centrado principalmente en la curación, hacia otro que supone un proceso continuo de prevención y tratamiento de la cronicidad.

Este proceso de transformación socio sanitaria, a pesar de que aún le queda un largo recorrido, es imparable, y plantea nuevos desafíos, entre los que se destaca el nuevo rol del paciente caracterizado por su **activación y empoderamiento**, lo que redundará en una mejora significativa de su estado de salud y calidad de vida, contribuye a reducir las desigualdades de salud y tiene un efecto positivo en la reducción de los costos de su cuidado.

Al mismo tiempo, empieza a existir también evidencia sobre los beneficios del apoyo entre pacientes y familiares, lo comúnmente llamado "peer support". Los pacientes constituyen una fuente de información y un recurso fundamental para la formación de otros pacientes.

Los pacientes, a través de su participación en talleres, redes sociales, blogs pueden ayudar a otros a conocer y gestionar mejor su enfermedad, gestionar sus emociones y/o la de sus familiares, informarse sobre las últimas novedades tecnológicas y farmacológicas para su diagnóstico y tratamiento, y mejorar el impacto que la enfermedad produce en sus vidas.

Estos principios tuvieron origen en la Carta de Ottawa de 1986, durante la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, entre cuyas recomendaciones está la reorientación de los servicios sanitarios hacia la salud.

Por sí sólo, el sector sanitario no puede asegurar la provisión de salud. Es necesario desarrollar la educación sanitaria y las aptitudes de los pacientes, así como brindarles información de calidad, ya que esto incrementa las posibilidades de que las personas ejerzan un mayor control sobre todo en lo que determina su estado de salud.

De esta manera se materializará la participación efectiva y concreta de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y la puesta en marcha de estrategias con el propósito de aumentar el nivel de salud.

Uno de los instrumentos más poderosos para lograr el empoderamiento de los pacientes son las **"Escuelas de pacientes"**. Las mismas tienen como objetivo

abordar la promoción de la salud, la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas, desde un modelo que coloca en el centro de su misión al paciente, dotándolo de mayor autonomía y responsabilidad.

El objetivo de las escuelas de pacientes es transformar el rol del paciente, desde un sujeto pasivo, convirtiéndolo en un sujeto activo y experto, con una mayor responsabilidad con su salud y con participación en la toma de decisiones.

El foco principal consiste en dotar a los pacientes y a sus cuidadores de **Capacidad de Autogestión**, con el fin de adaptar la enfermedad a su vida, a su entorno individual y sociocultural para que les permita vivir y desarrollarse plenamente como personas.

Los Programas de Educación de Autocuidado de las escuelas de pacientes se diferencian de los formatos clásicos donde sólo se brinda información sobre la enfermedad y el cuidado, en que tienen un diseño que les permite a los pacientes desarrollar una función activa en la gestión de su propia enfermedad incluyendo personas que poseen enfermedades crónicas.

El "Chronic Disease Self Management Programme" (CDSMP), de la Universidad de Stanford es uno de los enfoques estructurados más utilizados ya que se ha implementado en 12 países y además es uno de los que cuenta con mayores evidencias sobre su efectividad, pues ha sido desarrollado, testeado y evaluado durante 20 años, por el Centro de Investigación de la Universidad de Stanford (<http://patienteducation.stanford.edu/staff.html>).



En el Instituto Argentino de Experiencia del Paciente se está incubando el desarrollo de la primera “Universidad del Paciente” en nuestro país.

Para ello se está trabajando en mancomunar el esfuerzo de Universidades con muy fuerte vinculación con el Sector Salud, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, Institutos de Nutrición y Educación Física, Escuelas de Ciencias de la Salud y otras organizaciones para el diseño de programas con capacidad de provocar cambios en la conducta de los cursantes y de lograr un alto grado de compromiso de éstos, utilizando para ello técnicas como la gamificación y el trabajo grupal.

La misma se propone actuar tanto en la formación de pacientes expertos activados y empoderados como en la formación de cuidadores dotados de las herramientas técnicas y sociales más avanzadas para lograr que sus intervenciones resulten eficaces y eficientes.

Sus programas tendrán componentes virtuales y un alto grado de integración con redes sociales, pero también habrá una importante actividad presencial basada en talleres, clases y encuentros destinados a construir, ampliar y fortalecer las redes de contacto de los pacientes y lograr un mayor compromiso de éstos.

Los objetivos de la “Universidad del Paciente” son los siguientes:

- ✓ Promover y facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades para la mejora del nivel individual y colectivo de salud.
- ✓ Convertirse en referencia para la acreditación y realización de actividades para pacientes.
- ✓ Intercambiar conocimientos y experiencias entre pacientes, cuidadores y profesionales, que permitan generar guías, protocolos y otras ayudas, efectivas para otros pacientes con las mismas enfermedades.
- ✓ Divulgar información sobre el funcionamiento del sistema de salud.
- ✓ Difundir el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios.
- ✓ Capacitar a pacientes, familiares, cuidadores y ciudadanos en general en la aplicación de los cuidados adecuados como parte del tratamiento de las enfermedades.

Hay un elevado grado de consenso acerca de que el comportamiento de autocuidado mejora la calidad de vida y los resultados clínicos en los pacientes, pero existen controversias sobre el impacto del autocuidado (como estrategia que incluye diferentes actuaciones de manera estructurada) en los costos del sistema de salud.

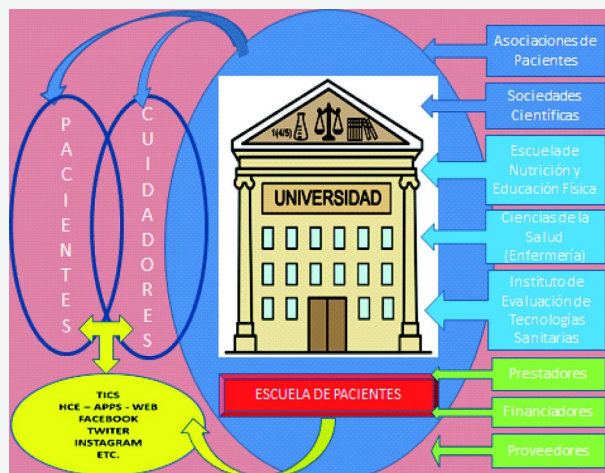
Por tal motivo, es necesario prestar mucho cuidado en el diseño de los contenidos de estos programas por el impacto que pueden provocar en los costos de atención.

Uno de los hechos que más llama la atención al realizar análisis comparativos de los sistemas de salud es el caso de Japón.

Japón es el país que más avanzado está en cuanto a la transición demográfica. La esperanza de vida al nacer en 2009 fue de 83 años (hombres 79.6 años, mujeres 86.4 años)

Sin embargo, el gasto en salud en Japón representa un 10.3% del PIB, aproximadamente el punto medio de los países de la OCDE.

Al mirar hacia el interior de su sistema de salud vemos con sorpresa que no tiene un modelo de atención primaria altamente desarrollado, que tienen tasas de hospitalización más elevadas que la mayoría de los



países avanzados, que el promedio de días de estada en internación también es elevado, que tiene muy altas tasas de uso de la tecnología (RMI, YAC etc.), etc.

El paciente promedio visita a un médico 14 veces al año, más del doble del promedio de los países de la OCDE.

Sin embargo, sus resultados en salud también son muy superiores.

La causa de estos mejores resultados según los propios japoneses radica en su cultura del cuidado de la salud. Hay cualidades propias de la cultura japonesa que nos ayudan a entender su longevidad.

“El secreto para una vida sana y larga es comer en pequeñas cantidades”, explicaba Kimura en su libro sobre Okinawa.

El doctor **Kenji Shibuya** en su **investigación** sobre la salud nipona, nos dice que los japoneses son mucho más conscientes que los occidentales de la **necesidad de hacerse chequeos** de forma regular, gracias a las campañas de salud pública del gobierno.

Los ancianos suelen ser cuidados en su casa, no en hospitales ni residencias, a las que se recurre sólo en casos excepcionales.

La cultura no es algo que sólo se hereda, si bien tiene aspectos que son estructurales y difíciles de modificar, también la cultura cambia, también se construye.

La educación para la salud es fundamental para construir una cultura saludable, por lo tanto, no sólo es redituable promover una cultura que favorezca pacientes empoderados y activos: sino que resulta **IMPRESCINDIBLE**. □

(Este artículo es una continuación del publicado en la anterior edición de esta revista).

Referencias:

1. El sistema Sanitario en Japón – Oficina Económica y comercial de la embajada de España en Tokio - ICEX - España Exportación e Inversiones.
2. El programa de Paciente Experto – Fundación Josep Laporte
3. Proyecto Escuela de Pacientes – Consejería de Sanidad Asturias.
4. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles - MsC. Rolando Bonal Ruiz, I MsC. Hilda B. Almenares Camps II y MsC. Mercedes Marzán Delis.
5. Escuela de Salud y Cuidados Castilla La Mancha.
6. Gamification en Salud: cambios de comportamiento, empoderamiento y diversión – Giido Giunti.
7. Escuela de Pacientes Andalucía – escueladepaciente.es

(*) IAXP Instituto Argentino Experiencia del Paciente
malvarez@iaxp.com

Un año de fuerte crecimiento institucional

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



El año llega a su fin y está claro que el país ha sido atravesado por una crisis económica que desembocó en aumentos, inflación, caída en el nivel de empleos y en el poder adquisitivo, una radiografía triste y cruel para muchos sectores del país.

Con este escenario, donde a cada sector lo atraviesa de manera diferente, podemos decir que la AMM ha tenido un año de fuerte crecimiento en materia institucional por la firma de importantes convenios como por ejemplo con la Universidad Católica Argentina y con la AIEJ -Academia de Intercambio y Estudios Judiciales.

En el caso de la UCA, el acuerdo que se realizó a través del CEPPSAL (Centro de Estudios de Políticas Públicas de Salud) posibilitará la realización de cursos de capacitación, investigación y carreras de posgrados que permitirán una comunicación directa entre ambas entidades; potenciar el intercambio de conocimientos, el uso de las instalaciones y la posibilidad de desarrollar los conocimientos por parte de los profesionales de la salud.

Nos llena de orgullo que se abra este intercambio y que sea nuestro IDHS uno de los puntos elegidos para estas tareas: por eso recordamos cuando no hace mucho presentamos los simuladores más avanzados de Latinoamérica y decíamos que estábamos ante un nuevo mundo. Nuestro IDHS servirá de plataforma para aquellos que quieran desarrollarse y nuestro recurso humano a quienes lleven adelante la tarea de enseñanza.

Mientras que el acuerdo con la UCA nos coloca en un lugar de referencia y además permite demostrar la importancia de la AMM y esa búsqueda permanente de incorporar lo nuevo para la enseñanza y el aprendizaje.

Con todo, del mismo modo nos sentimos reconfortados de participar del Observatorio de Salud juntos con la AIEJ (Academia de Intercambio y Estudios

Judiciales). Esto nos permitirá tener un intercambio directo con el Poder Judicial, que nos dará la oportunidad para refrendar nuestra preocupación para que se apliquen las leyes correspondientes ante (por ejemplo) los casos de violencia contra los equipos de salud. En este marco, también vamos a participar de debates que requieran de nuestra opinión ante diferentes situaciones que atraviesen el área de salud y que además tengan como protagonistas a los profesionales médicos.

Recientemente celebramos un nuevo día del Médico y lo hicimos en nuestro polideportivo, nuestra casa; ésa que vimos crecer entre todos y hoy cobija a la familia de Médicos Municipales durante todo el año. Fue gratificante compartir el día con más de 600 invitados, entre médicos de todos los hospitales, jubilados, representantes gremiales, de la AAARBA, legisladores, integrantes del ministerio de Salud del Gobierno porteño, abogados de AMM y jueces de los fueros nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde nuestro lugar vamos a seguir trabajando para defender el desarrollo de la Salud Pública y estimular su defensa. La AMM somos todos y cada uno de nosotros en nuestros lugares de trabajo, lo decimos con orgullo, somos los médicos municipales que acompañamos los procesos para mejorar la atención de los pacientes, que defendemos con la piel y el corazón. Muchos hacen trincheras, pero nosotros construimos puentes para alcanzar la mejor calidad de atención desde el lugar que nos corresponde, desde las salas, los consultorios, los pasillos, los quirófanos, los CESAC, las ambulancias.

En un año con tantas turbulencias pudimos ver como nuestra Institución ha crecido y se ha convertido en referente a la hora de los grandes acuerdos, desde lo educativo, lo jurídico, lo gremial, pero como siempre, sin abandonar la defensa de la Salud Pública. □

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

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

Porque seguridad es tranquilidad.





ExpoMedical 2019

17ma. Feria Internacional de Productos, Equipos y Servicios para la Salud

25|26|27
SEPTIEMBRE



**CENTRO COSTA
SALGUERO**
BUENOS AIRES, ARGENTINA



18^{VAS} JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA



**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE
NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.**

El punto de encuentro del Sector Salud

✉ info@expomedical.com.ar ☎ (54-11) 4791-8001
f [expomedical](#) t [expomedical](#) @ [expomedical](#)

WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



Management eficiente
que mejora las prestaciones
en el ámbito de la salud.



INNOVACIÓN

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoria y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión

ESTRATEGIA

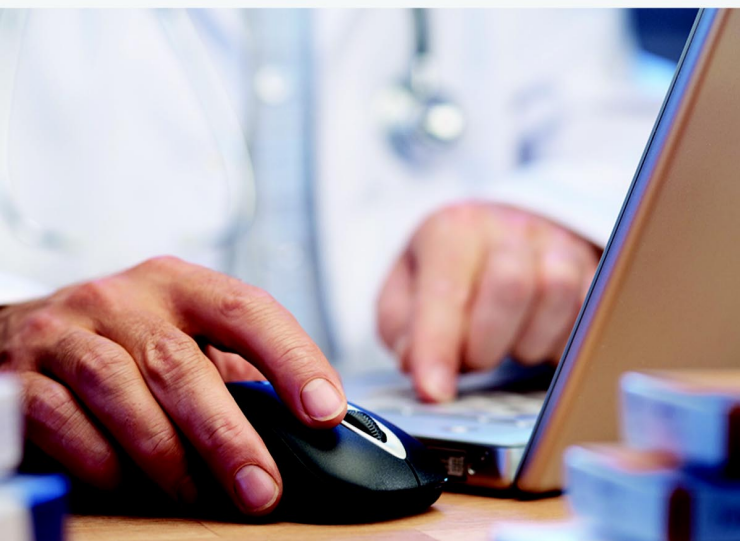
COMPROMISO

- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.



**ESTAR EN EL MOMENTO JUSTO,
EN EL LUGAR INDICADO Y CON
EL RECURSO ADECUADO.**

**EN ALGO TAN SIMPLE
SE BASA LA CALIDAD
DE NUESTRO SERVICIO.**

Una gran capacidad logística y recursos tecnológicos, se suman para conseguir una máxima eficacia. La destreza y la pericia de nuestro cuerpo de profesionales -médicos y paramédicos- están acompañadas con todos los recursos físicos necesarios para que cada fase del circuito de cobertura, se cumpla atendiendo altos estándares de calidad.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar

