



COLUMNA

Escribir de salud no es solamente... escribir de salud
Por el Dr. Mauricio Klajman



OPINIÓN

Los trolls de la salud y sus fake news
Por el Prof. Dr. Sergio del Prete



COLUMNA

El desafío de la gestión sanitaria
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

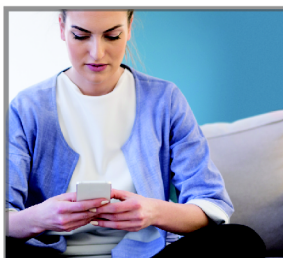
Año XXI. N° 113. Noviembre 2019

EXITOSO CONGRESO DE LA CAES EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Más de 800 personas participaron del 25º Congreso Internacional CAES "Salud, Crisis y Reforma" sobre "Innovación y Equidad". El evento fue organizado por Aclisa Córdoba y entre sus actividades se realizó el Primer Encuentro Nacional de Clínicas y Sanatorios convocado por la CONFELISA.



Autoridades del Congreso y de Aclisa Córdoba junto al Dr. Daniel Passerini, representante del Gobierno provincial.



DESCARGÁ LA APP DE GALENO

Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR
A TODOS LOS SERVICIOS



TECNOLOGÍA PARA TU TRANQUILIDAD LLEVANOS CON VOS

TELEASISTENCIA MÉDICA

Tu cobertura incluye consultas
médicas online. **Simple, sin
espera, estés donde estés.**



DESCARGÁ
NUESTRA APP

universal-assistance.com

**universal
assistance**

cuidamos tu mundo



La **red** de emergencias médicas
más grande del país



UN SOLO
TELÉFONO



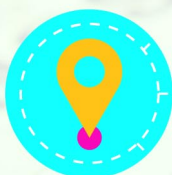
UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



750
EMPRESAS
PRESTADORAS



20.000
LOCALIDADES



TODO EL
TERRITORIO
NACIONAL



EMERGENCIAS,
URGENCIAS
Y VISITAS
DOMICILIARIAS



DIVISIÓN
TRASLADOS



TELEMEDICINA



INTERNACIÓN
DOMICILIARIA



COBERTURAS
ESPECIALES



ÁREA PROTEGIDA
PARA GRANDES
CADENAS
DE RETAIL



OBRAS
SOCIALES



PREPAGAS



CÍAS. DE
SEGUROS
ART



OAA_v

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

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**



— GEN

LA SALUD DE LA NUEVA
GENERACIÓN.

—

LÍNEA EXCLUSIVA PARA GENERACIÓN Z / GENERACIÓN Y

ASOCIATE Y DISFRUTÁ DE LOS BENEFICIOS PENSADOS PARA VOS:

- cobertura internacional en viajes, incluido Europa
- gratis plataforma de streaming de música  **deezer**
- guardería de mascotas ● salud en línea
- credencial digital ● turismo gen



SanCorSalud
Grupo SanCor Salud

gensancorsalud.com.ar 

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-72583 - www.sssalud.gob.ar - Número de inscripción 1137.



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.
Telefax: 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),
Graciela Baldo (corrección)
y Yamila Bègné (redacción).

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 8

ACTUALIDAD 12
Acudir suma nuevos recursos y capacita para salvar vidas

NOVEDADES 14
Helios Salud recibió el Premio Nacional a la Calidad 2019

VOCES 16
Los nuevos decretos - Parches para seguir "Tirando"
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

COLUMNA 18
Telemedicina desde una obra social sindical - OSPAT lo hizo
Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Sec. Gral. Unión de Trabajadores del Turf y Afines.

OPINIÓN 20
Los trolls de la salud y sus fake news - Las caras ocultas de la mentira
Por el Prof. Sergio Horis del Prete - Titular Análisis de mercados sanitarios. Universidad ISALUD

COLUMNA 22
"Tómatelo a pecho" Campaña Nacional contra el Cáncer de Mama
Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA

COLUMNA 24
La salud no espera - El desafío de la gestión sanitaria
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)

COLUMNA 26
Escribir de salud no es solamente... escribir de salud
Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión

OPINIÓN 28
Los datos masivos en salud
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública

COLUMNA 30
Tendencias de beneficios en el sector corporativo en Latinoamérica
Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson

PRIMERA PLANA 32
Exitoso Congreso Internacional "Salud, Crisis Y Reforma" en la Provincia de Córdoba

OPINIÓN 38
Los contratos de riesgo compartido: experiencias y lecciones
Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Universidad Nacional del Litoral y Universidad de San Andrés

INFORME ESPECIAL 42
Programa Médico Obligatorio (PMO)
Actualización a Julio de 2019 del gasto necesario para garantizar su cobertura

COLUMNA 46
La comprensión de los errores humanos
Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. - CEO de RiskOut S.A.

COLUMNA 48
La uberización de la salud
Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud - Doctorando - UBA

OPINIÓN 50
Médicos Municipales
Importante distinción del Senado de la Nación
Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

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.

GALENO SUMA UN NUEVO SERVICIO A SU APP

RECETA DIGITAL

Con tu video consulta en la app de Galeno, ahora podés recibir tu receta digital de inmediato en tu celular y presentarla directamente en cualquiera de las farmacias de la Red Galeno.



DESCARGÁ LA APP EN:



GALENO

GRUPO GALENO INAUGURÓ UN NUEVO EDIFICIO CORPORATIVO EN RESISTENCIA – CHACO



- **Construido a nuevo, está emplazado en Av. Sarmiento 335, en la capital chaqueña.**
- **El objetivo es brindar más y mejor servicio en Salud, Riesgos del Trabajo y Seguros a todos los chaqueños.**

Con el objetivo de brindar mayor comodidad en la atención y nuevos servicios para sus clientes y productores asesores de seguros.

Grupo Galeno estrenó su edificio corporativo en la ciudad de Resistencia, Chaco, donde se podrá realizar, de manera integral y en un solo lugar, todas las gestiones que los clientes de Galeno necesiten, ya sea en relación con los Planes de Cobertura Médica, como con las diferentes líneas de seguros, también para sus productores asesores.

Este nuevo edificio corporativo fue ideado con el concepto de colocar al cliente en el centro de la escena y toda su distribución estuvo pensada a tal efecto, maximizando los espacios para que la atención sea rápida, eficiente y confortable.

En esta nueva y moderna sucursal se brindará asesoramiento integral de todos sus productos y servicios por especialistas en las diferentes áreas de negocio.

El edificio cuenta con un total de 2.588 metros, distribuidos con 3 pisos, con 13 cocheras de cortesía y un amplio hall de atención de 280 metros.

De esta manera, Grupo Galeno continúa su plan de expansión en todo el país, con el objetivo de brindar mayor cobertura y servicios de excelencia a sus clientes, promoviendo un modelo de atención de excelencia, amplio, moderno y funcional. ■

Sobre Grupo Galeno

El Grupo Galeno tiene más de 35 años en el mercado. Presta servicios a más de 2 millones de personas a través de la cobertura de planes de salud a 750.000 socios. Cuenta con 7 sanatorios y 7 Centros Médicos propios. Galeno ART -su Aseguradora de Riesgos de Trabajo- con 1.000.000 asegurados; Galeno Vida que comercializa seguros de vida con 500.000 vidas cubiertas; y Galeno Seguros, su Compañía de Seguros Patrimoniales. Por su parte, Galeno Capital es la Administradora de Fondos. Asimismo, a partir de febrero de 2018, incurrió en el segmento financiero a través de la adquisición de Compañía Financiera Argentina S.A. (Efectivo SI) y de Cobranzas y Servicios. El Grupo tiene más de 200 sucursales en todo el país y 12.000 empleados.

OMINT inauguró una nueva sucursal en Palmares

La compañía hace un nuevo desembarco en Mendoza y reafirma, así su plan de crecimiento en el país.



Omint, líder en medicina prepaga, inauguró una nueva sucursal en **Palmares** ubicado en la localidad de Godoy Cruz, Mendoza. Al evento asistieron obras sociales, prestadores médicos, productores de seguros, miembros de la Subsecretaría de Salud de la provincia y periodistas, entre otros invitados.

Esta nueva sucursal se suma a las dos que la compañía posee en San Rafael y el centro de la ciudad de Mendoza. *"Desembarcar con otra sucursal en la provincia nos incentiva a seguir creciendo y apostando, ya que queremos hacer de nuestra compañía una empresa que pueda brindar sus servicios a todo el país"*, comentó Alejandro Pontiz, Supervisor de ventas de Cuyo.

Esta nueva apertura forma parte del plan de expansión que el Grupo está implementando a nivel nacional, con el objetivo de estar más cerca de los usuarios y garantizar un servicio médico de calidad y eficiencia. ■

Sobre Omint

El Grupo OMINT inició sus actividades en la Argentina en 1967 y en 1980 en el Brasil. Actualmente, está conformado por OMINT Argentina, OMINT ART, Clínica del Sol, Clínica Bazterrica, Clínica Santa Isabel, OMINT Assistance, OMINT Brasil y Clínicas Odontológicas en la Argentina y Brasil. Su objetivo es garantizar calidad de servicios médicos, eficacia y ética profesional, anticipándose a las tendencias en el cuidado de la salud. Con más de 50 años de trayectoria en el país, se ha posicionado como una empresa de medicina privada, líder en calidad médica. En el exterior, el Grupo OMINT es miembro de instituciones de prestigio internacional como el IAG (International Assistance Group) y el IFHP (International Federation of Health Plans).

MEDICUS PRESENTÓ FLEX, UN NUEVO PLAN QUE SE ADAPTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS



La nueva propuesta, que implicará un ahorro de aproximadamente 25% en el costo del plan, ofrecerá a los usuarios cobertura de internación, cirugías y urgencias, y la posibilidad de sumar un arancel adicional para consultas o estudios en caso de que los necesite.

Adaptando su oferta a los nuevos hábitos y necesidades de los usuarios, y a la coyuntura económica actual, la empresa líder en medicina prepaga presentó Medicus Flex, una propuesta innovadora que asegura la misma calidad médica que ha distinguido siempre a la compañía, pero a un costo más accesible.

Medicus Flex propone una cuota más baja con cobertura completa -aproximadamente un 25% menos que planes similares-, y un arancel adicional para consultas y estudios. Entre estas prestaciones se encuentran los controles clínicos o ginecológicos anuales, los estudios de imágenes o complementarios ambulatorios, entre otras.

"Con Medicus Flex el asociado mantiene siempre una cobertura completa en internación, cirugías y urgencias en los mejores sanatorios del país. Este punto es importante porque se trata de las prestaciones que suelen tener costos más elevados y no siempre son accesibles de manera inmediata, por otro lado, son los servicios que generalmente implican un riesgo alto y la necesidad de atención es urgente", comentó José de All, Director Comercial de Medicus.

El nuevo plan garantiza además una cobertura adecuada y personalizada cuando el afiliado requiere un uso intensivo. De este modo, la modalidad Flex asegura por ejemplo que sólo se paguen hasta cinco prestaciones mensuales y en caso de requerir una sexta prestación o más, no se deberá abonar un adicional. Medicus Flex puede contratarse en dos modalidades: Plan Family Flex y Plan Integra 2 Flex. ■

Acerca de Medicus

Medicus es la empresa líder en Medicina Privada. Desde su fundación, hace 4 décadas, el objetivo de Medicus es conformar un sistema de atención médica de alta calidad. Con 5 Centros médicos propios, Centro de Salud Mental, Centros odontológicos y cobertura internacional de alta complejidad, Medicus es sinónimo de excelencia médica.



158 personas en un vagón de tren.
Solo **1** puede salvarte la vida.

Queremos que más gente se cuide.

Cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) y más de 500 charlas de **PREVENCIÓN** se realizaron en todo el país durante el último año. **Sumate vos también.**



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, informate 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 traspasos. Se encuentra disponible de lunes a viernes, de 10 a 17, llamando al 0810-222-SALUD (72583). - www.sssalud.com.ar - R.N.O.S 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. Las figuras humanas han sido retocadas y/o modificadas digitalmente.

Grupo SanCor Salud y una fuerte apuesta a la innovación



Debido a su rápido y sostenido crecimiento la compañía destinó una de las inversiones más grandes de su historia, para el uso de un sistema de gestión empresarial a la altura de sus procesos.



Actualmente SanCor Salud administra grandes volúmenes de información a causa de la acelerada expansión y la demanda de sus servicios. Es por esto que recientemente incorporaron SAP para modernizar y agilizar sus gestiones. *Systems, Applications, Products in Data Processing* (por sus siglas en inglés) es la empresa alemana líder en el mercado del software que contribuye en optimizar la planificación de recursos empresariales (ERP).

El uso de esta herramienta como forma de trabajo es sinónimo de evolución, tanto a nivel de capacitación de personal como de mejora en la toma de decisiones, disminuyendo márgenes de error y acelerando la obtención de datos acertados para brindar respuestas mucho más confiables a públicos externos e internos. Mirada proactiva, servicios seguros y confiables y soluciones de calidad hacen de SanCor Salud un Grupo que se actualiza constantemente para

brindar alternativas diversas que superen las expectativas de su más de medio millón de asociados. ■

XXV Congreso de la Red Argentina de Salud “Innovar para optimizar el sistema de gestión de la RAS”



Con una clara concepción respecto del complejo momento que vive el sector salud en nuestro país en todas sus áreas de trabajo, se llevó a cabo con mucho éxito el XXV Congreso de la Red Argentina de Salud en la sede central de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Ciudad de Buenos Aires, el pasado viernes 20 de setiembre del corriente año.

La Red Argentina de Salud es la institución que nuclea a las entidades de medicina que dependen de Colegios, Círculos y Federaciones Médico - Gremiales de todo el país.

La apertura estuvo a cargo del Dr. Ubaldo Astrada, Presidente de la Red Argentina de Salud, y del Dr. Jorge Coronel, Presidente de COMRA.

El Dr. Astrada destacó el carácter asociativo que caracteriza a la RAS en momentos donde se hace muy difícil proyectar la gestión a futuro. No obstante, puntualizó que el camino es más accesible cuando pueden sumarse voluntades e intereses tras un objetivo común, tal el caso de la RAS. Dicho rumbo se sintetiza en dos puntos centrales: crecimiento institucional y optimización estricta de todos los servicios.

El Dr. Jorge Coronel remarcó el trabajo conjunto que llevan adelante ambas instituciones, y señaló su certeza en relación con la innovación como herramienta vital para el crecimiento, ya que, adecuando sistemas al contexto, y mejorando, se pueden obtener resultados muy positivos aún en una situación de crisis económica.

Hace 24 años que de manera ininterrumpida hacemos un congreso anual para que puedan confluír las distintas delegaciones de variadas localidades de nuestro país.

Participaron dirigentes, directivos, médicos, técnicos y profesionales de la salud de los Sistemas Solidarios de Salud que conforman la Red Argentina.

Recordamos que la orientación general del Congreso apuntó a reflexionar sobre el contexto de crisis económica por el cual atraviesa la medicina en nuestro país, rescatando el respeto por la vida y la esencia del oficio médico por sobre todas las cuestiones políticas y económicas. ■

SanCor Salud, elegida por medio millón de personas

Con estrategias creativas y una permanente innovación en sus servicios y productos, la prepaga superó los 500.000 asociados.

El Grupo SanCor Salud anunció haber alcanzado el medio millón de personas que confían su cuidado y sigue creciendo sostenidamente, resaltándose entre las líderes del mercado, pese a la coyuntura político-económica nacional.

Frente a un público cada vez más informado y exigente en lo que respecta a la salud, la compañía de medicina privada se destaca por interpretar las necesidades diversas y atender cada una de esas realidades, estando cerca y ofreciendo alternativas especiales para cada condición.

Con una fuerte apuesta en la innovación, los servicios, las prestaciones y los planes son sujetos a permanentes revisiones, además, pusieron al alcance de los asociados canales de comunicación y nuevas tecnologías para simplificar desde el acceso a la cobertura hasta gestiones, pagos y consultas.

El camino de la simplicidad y la amplitud han sido claves en este crecimiento exponencial, sumado a un equipo de trabajo de más de 1.800 personas comprometidas, que se involucran con los nuevos desafíos y despliegan profesionalismo y humanidad en cada una de las áreas de la empresa. El año no finalizó, pero hay clima de balances y el Grupo SanCor Salud debe estar más que satisfecho, en un 2019 que empezó con una medalla de oro en el Mundial de Calidad y Mejora en los Estados Unidos, y continúa con el premio de saberse elegidos por más de medio millón de personas.

Con este número llegan al objetivo estratégico del año y los invita a soñar con la meta de alcanzar los 750.000 asociados para el año 2023 y entrar al podio de las prepagas nacionales. ■





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

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario



/OSPeOficial

ospesalud.com.ar

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



/OSPeOficial



/OSPeOficial

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

Acudir suma nuevos recursos y capacita para salvar vidas

Con el firme objetivo de sostener altos estándares en la calidad de atención y prestación de sus servicios, la empresa de emergencias médicas renovó su flota. Además, celebró el Mes de la RCP promovido por la American Heart Association capacitando a más de 100 jóvenes estudiantes.



UNA EMPRESA COMPROMETIDA CON LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Una vez más, **Acudir** se sumó a la campaña por el Mes de la RCP que organiza la American Heart Association (AHA) en setiembre de cada año, con el objetivo de reducir las muertes prematuras provocadas por enfermedades cardiovasculares.

Los instructores médicos del Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir (CCEA) hicieron foco en la enseñanza de RCP a alumnos que cursan el último año de la escuela primaria y secundaria. *"Como educadores de la Salud, entendemos que es prioritario crear una 'Cultura de RCP'. Elegimos trabajar con alumnos de 7° grado y 5° año porque consideramos que es importante que los jóvenes comprendan la importancia de saber qué es un paro cardíaco y cómo se debe actuar en esa situación. Además, los chicos son excelentes canales de difusión; comparten su experiencia con la familia y, de esa forma, ayudan a crear conciencia sobre el tema fuera del ámbito escolar"*, explica el Dr. Miguel Pedraza, Director Médico de Capacitación en **Acudir**.

Más de 100 alumnos del Instituto Coreano Argentino, el Colegio Monseñor Sabelli, el Instituto Dillón y el Washington School aprendieron a realizar una RCP de alta calidad, lo que significó un incremento del 30% respecto de las almas capacitadas por el CCEA durante el Mes de la RCP 2018. □

En sintonía con su crecimiento sostenido y la búsqueda permanente de la calidad en la atención, **Acudir Emergencias Médicas** amplió su flota adquiriendo 17 nuevas unidades móviles Mercedes Benz Sprinter 415 y Mercedes Benz Sprinter 41. Se trata de vehículos ligeros para tránsito urbano, que respetan todas las normas vigentes de la actividad, recientemente carrozadas y equipadas para cumplir con su nueva misión como Unidades Móviles de Alta Complejidad para pacientes adultos y pediátricos, respectivamente.

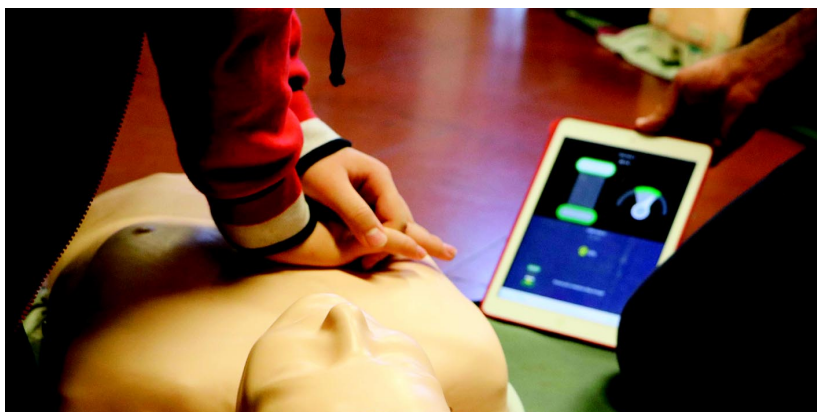
Las Mercedes Benz Sprinter cuentan con motor de última generación y cumplen con la Legislación EU4III, la normativa europea sobre emisiones que garantiza mayor eficiencia, menor consumo y, como consecuencia, menos gases contaminantes para el Medio Ambiente.

Además, la compañía incorporó automóviles Toyota Etios para atención domiciliaria. Estos nuevos modelos, más confortables y de menores dimensiones, otorgan mayor agilidad; disponen de control de estabilidad y control de tracción (seguridad activa para los pasajeros y el resto del tránsito), bajo consumo de combustible y asistencia de arranque en pendientes.

De esta forma, **Acudir** cuenta con más de 200 unidades móviles para visitas domiciliarias y servicios de alta complejidad para pacientes



adultos, pediátricos y neonatos. También forman parte de su flota las motos Honda Falcon 400 que actúan como primeros respondientes en situaciones de urgencia o emergencia.





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 dentro de las 24 horas.

VIDEOCONSULTA

Consultá a un médico de guardia por videollamada, de lunes a viernes de 18 a 22 (días hábiles).

miportalclnicas.com.ar

**GUARDIA
SMART**

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

Helios Salud recibió el Premio Nacional a la Calidad 2019

Es la primera institución del sector Salud en recibir este galardón. Desde Helios Salud celebraron la noticia y compartieron el logro especialmente con sus clientes y pacientes.



Se dio a conocer el resultado del Concurso del Premio Nacional a la Calidad – Sector Privado 2019. Luego del profundo análisis de las evaluaciones hechas por los examinadores a cada una de las organizaciones postulantes, los Jueces decidieron otorgar el Premio Nacional a Calidad 2019 a sólo dos instituciones del sector privado, siendo **Helios Salud** la primera institución del sector Salud en recibir este galardón.

Esta novedad fue comunicada personalmente por el **Ministro de Producción y Trabajo, Dante Sica**, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley del Premio, al principal responsable ejecutivo de cada empresa.

Helios Salud, el mayor centro infectológico especializado en VIH y Hepatitis de Latinoamérica, se dedica desde 1997 a la atención, seguimiento y tratamiento de las personas que viven con VIH. Sus servicios se extienden a todas las enfermedades infecciosas, incluso aquellas que requieren alguna prevención especial, además de VIH, hepatitis C, enfermedades de transmisión sexual y respiratorias, entre otras. Helios está formado por un equipo de profesionales altamente capacitados que, encabezado por el Dr. Stambouljan, trabaja para brindar una atención de **excelencia, personalizada, rápida y con moderna tecnología**.

El compromiso de Helios Salud es mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. A tal fin, cuenta con un sistema de **atención integral** único en el país. Este enfoque integral incluye una atención individualizada y le permite a la persona que llega a la institución, ver a su médico, realizarse una extracción de sangre y retirar su medicación. "Todo el mismo día y en el mismo lugar". Esto también incluye un abordaje **multidisciplinario**, que implica que, se-

gún el problema que se presente, la persona será atendida por el especialista correspondiente.

Helios cuenta, además, con el servicio de laboratorio de alta complejidad, vacunatorio para adultos, atención en accidentes cortopunzantes, infectología pediátrica, historia clínica electrónica, y dispensa y distribución de medicación en todo el país a través de la farmacia y droguería **Helios Pharma** (primera dro-

guería y farmacia certificada por GS1 en la Argentina), cumpliendo con los requerimientos del Sistema Nacional de Trazabilidad (ANMAT).

En la Argentina, de acuerdo al Boletín de Sida y ETS del Ministerio de Salud de La Nación (diciembre 2018), hay 129.000 personas que viven con VIH. Aproximadamente el 20% de este grupo desconoce su diagnóstico. La meta mundial 90-90-90", propone para el año 2020 aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral y que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida. En este sentido, Helios Salud ha realizado grandes avances a nivel regional para acercarse a ese objetivo mundial.

Con miras a aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico en la Argentina, Helios Salud realiza en forma constante y permanente campañas publicitarias de prevención y testeo gratuito de VIH -ya realizaron más de 75.000 testeos-. Todo se lleva a cabo, con el único objetivo de acercarle el diagnóstico temprano a quienes desconocen su condición frente al virus. Helios realiza actualmente un promedio de 2.000 testeos mensuales, lo que lo ubica entre los principales centros de testeo del país, complementando la tarea que realiza el Ministerio de Salud. De estos ca-

sos, el promedio de estos son positivos en aproximadamente de un 5%, es decir, que cada mes hay más personas que conocen su diagnóstico.

¿Qué está haciendo Helios hoy para alcanzar el objetivo de un 90% de personas con VIH en tratamiento y 90% con carga viral indetectable? Hoy la institución tiene más de 9.000 pacientes en seguimiento, la mayoría de ellos con carga viral no detectable. En la institución se ofrecen grupos de apoyo para las personas con VIH y cuenta con un departamento de Adherencia, compuesto por psicólogas y asistentes sociales, que se pone en contacto con la persona cuando observa alguna dificultad en el retiro de la medicación, para asistirlo y ayudarlo a no abandonar el tratamiento, considerando los problemas que pueda tener esa persona en su vida diaria y siguiendo en contacto con ella hasta el retiro efectivo de la medicación (en todo el país). Al respecto, es importante destacar que el Sistema Informático y Estrategias de Apoyo Telefónico de Helios Salud fue reconocido y premiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2010, alcanzando una adherencia superior al 90% y que mantienen al día de la fecha.

El compromiso de Helios es diario y permanente. Algo que corroboran tanto la certificación IRAM (ISO 9001:2015) de su Sistema de Gestión de la Calidad y certificado GS1 (primera institución certificada en el área de salud en la Argentina) como sus encuestas de calidad. Más de un 95% de sus pacientes consideran que su servicio es excelente. Pero Helios no se detiene ahí y sigue pensando en más y mejores formas de mejorar su servicio y la calidad de vida de sus pacientes, como la ampliación del horario de atención en la sede San Telmo (Casa Central), incorporando sábados, domingos y feriados hasta las 19 hs.

Desde la institución agradecen especialmente a sus pacientes y clientes, por elegirlos día a día, permitiéndoles seguir haciendo de la excelencia un hábito. □





FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
POSGRADOS

MÁS DE 50 AÑOS FORMANDO LÍDERES
EN CIENCIAS DE LA SALUD



Seguí capacitándote en Fundación Barceló

POSGRADOS

•Doctorado en Ciencias de la Salud

Director: Prof. Dr. Félix Etchegoyen | Res. Acta Dictamen CONEAU 437/16
Duración: 2 años de cursado presencial más tesis doctoral

•Maestría en Gerontología Clínica

Director: Dr. Miguel Acánfora | Res. CONEAU 123/14
Duración: 2 años más presentación de tesis

•Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica

Director: Dr. Monchablón Espinoza | Res. CONEAU 111/18
Duración: 2 años más presentación de tesis

•Especialización en Medicina Legal

Directora: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé | Res. CONEAU 19/18
Duración: 2 años y defensa del Trabajo Final

•Especialización en Nutrición

Director: Prof. Dr. Frechtel | Res. CONEAU 614/17
Duración: 2 años y defensa del Trabajo Final

CURSOS Y DIPLOMATURAS DE POSGRADO PRESENCIALES

•Curso Intensivo de Emergentología

Director: Dr. Alberto Crescenti | Inicio: enero 2020

•Diplomatura en Dermatología Oncológica

Directores: Dr. Mario A. Marini y Dr. Miguel Allevato | Inicio: abril 2020



CONSULTÁ POR **BENEFICIOS ESPECIALES PARA**
GRADUADOS, DOCENTES Y OTRAS INSTITUCIONES



CONTACTO:
informesba@barcelo.edu.ar

Los nuevos decretos

Parches para seguir “Tirando”



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

En el corriente mes, el Poder Ejecutivo Nacional ha dictado el Decreto 688/2019 (Boletín Oficial del 7 de octubre de 2019), que establece exenciones y reducciones para las contribuciones patronales que abonan los “servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud”.

El beneficio al que alude la norma está vinculado a los aportes patronales que se devenguen a partir del 1 de agosto de 2019 y hasta el 31 de diciembre de 2021, y está fundado -según los considerandos del decreto- en la situación económica correspondiente al ramo o actividad relacionada con la salud, “conformada por los prestadores de servicios de asistencia sanitaria, médica o paramédica y las obras sociales, (que) es atravesada por una situación crítica y de emergencias sanitaria, que obstaculiza el debido cumplimiento de las obligaciones impositivas y de la seguridad social”.

Concretamente, la exención está vinculada a aportes patronales de esos empleadores relacionados con los aportes jubilatorios (Sistema Integrado Previsional Argentino) y se traduce (en números) al 10,77% del salario del trabajador.

En el decreto, se entiende por “empleadores pertenecientes a los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud”, a los sujetos que desarrollen -como actividad principal- alguna de las comprendidas en el Anexo del referido decreto.

Ahora bien, para acceder al beneficio, dice el artículo 3° de la norma en cuestión, que “los empleadores deberán encontrarse previamente inscriptos en el Registro Nacional de

Prestadores y/o en el Registro Nacional de Obras Sociales, ambos de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD...”.

Teniendo en cuenta los fundamentos expuestos en los considerandos del decreto, no se alcanza a comprender cuál (o cuáles) ha sido la razón para excluir del beneficio a las empresas de medicina prepaga. Todas las motivaciones allí expuestas se pueden aplicar, sin excepciones, a todas ellas. Cuando en los fundamentos y en la parte dispositiva de la norma se habla de “instituciones relacionadas con la salud”, “mercado de la salud” y demás expresiones que se refieren a un sector en particular, no se vislumbra motivo por el que no se las considere incluidas en la disposición aludida. Si los costos en medicina avanzan a una velocidad mayor que los costos en general, no hay motivo para omitir a otros financiadores, en el caso los privados, del alcance del beneficio.

La otra norma en cuestión es el decreto 700/2019 (Boletín Oficial del 10 de octubre de 2019) que dispone la “liberación”⁽¹⁾ de tres mil millones (\$ 3.000.000) del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN, para los que se fija un mecanismo de distribución basado en la cantidad de afiliados de cada Agente del Seguro de Salud.

Aclaremos previamente que los fondos a los que se refiere el artículo están generados por las posiciones de los BONOS DE LA NACIÓN ARGENTINA EN PESOS 2020, previstos en el artículo 7 del Decreto de Necesidad y Urgencia 908/16, es decir, se trata de intereses generados por esos bonos y que -conforme la norma citada- deben ser integrados al Fondo Solidario de Redistribución.

El decreto en análisis establece

un mecanismo de distribución entre las obras sociales, basado en dos premisas:

- a) La cantidad de afiliados por agente del seguro de salud.
- b) La cápita promedio de cada una de ellas, valorada de acuerdo con la recaudación del mes inmediatamente anterior al de la efectiva distribución.

En este último supuesto, la división será entre aquellos que superen los mil cuatrocientos cincuenta pesos (\$ 1.450) y los que estén por debajo. Los primeros, serán merecedores del diez por ciento (10%) del total de la distribución (entre ellos), y los segundos del restante noventa por ciento (90%).

Más allá de la discusión doctrinaria (y económica) acerca de la justicia distributiva de separar ambos grupos⁽²⁾, se trata de un mecanismo excepcional de distribución que, en nuestra opinión, responde más a la urgencia y al momento político que a la discusión técnica.

Si tenemos como ciertas las diversas fuentes oficiales y oficiosas que estiman que la Superintendencia de Servicios de Salud tiene para liquidar por el Sistema Único de Reintegro (SUR) aproximadamente diez mil millones (\$ 10.000.000.000) en solicitudes de las obras sociales, los tres mil millones ahora involucrados pudieron servir para paliar esa deuda. Sin embargo, el Gobierno ha optado por una distribución que toma en cuenta otros parámetros.

Lo que aparece, en ambos casos, es una valoración de la crisis del sector⁽³⁾ que significa un reconocimiento tardío y con apariencia de visión electoralista⁽⁴⁾, que no tiene en cuenta los verdaderos problemas del sector. Más aún, tengamos en cuenta que la exención prevista en el decreto 688/2019 conllevará, necesariamente, un desfinanciamiento mayor del ya desfinanciado sistema jubilatorio. □

1. Régimen excepcional de afectación y distribución, en la terminología del decreto.

2. Obsérvese que los mecanismos de distribución subsidiada como el SUMA no atienden al ingreso por aportes y contribuciones.

3. En los considerandos de las dos normas se hace referencia a la crisis del sector salud.

4. Al momento de escribir este artículo todavía no se ha producido el acto electoral nacional.

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

Telemedicina desde una obra social sindical

OSPAT lo hizo

Por el Dr. Carlos Felice (*)



Desde la conducción de una de las obras sociales sindicales que integran el complejo sistema de salud de nuestro país, comparto algunas ideas sobre el futuro próximo. Se estima que para el año 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayor de 60 años va a duplicarse. Del 11% actual, pasaremos a que el 22% de la población mundial tendrá más de 60 años. Ya hay en el mundo más personas mayores de 65 años que menores de 5. Es preocupante, significa menos ciudadanos jóvenes equilibrando el sistema de salud.

Necesidad de asistencia sanitaria para una población envejecida aumentando dramáticamente. Conviviendo con enfermedades crónicas, combinadas con otras patologías. Un incremento exponencial del gasto en salud. Necesidad de un número significativamente mayor de médicos y de efectores sanitarios. Es bien conocido, no obstante, que el número de médicos por habitante no crece al ritmo que crece la población.

¿Qué chances reales tenemos los sistemas de salud para evitar un colapso? La Organización Mundial de la Salud está planteando la Salud Digital como una oportunidad. En nuestra obra social estamos de acuerdo con la sugerencia de la OMS y estamos transitando nuestro propio camino.

Encontramos que una solución tecnológica mediada por el teléfono celular es costo-efectiva para la baja complejidad. La teleconsulta -enmarcada en la telemedicina-, como complemento de Atención Primaria de la Salud, la concretamos este año en una aplicación móvil y web llamada: "Hola Doctor". Consultas médicas por videollamada.

Fue una decisión valiente y un esfuerzo ejemplar para una organización de trabajadores. Desde la gestión del recurso económico, de la organización administrativa y también en la coordinación con las redes prestacionales que nos acompañan, que tuvieron que hacer un esfuerzo para adaptarse. Pero estamos esperanzados en que la apuesta sea un acierto; con estas expectativas en vistas al futuro:

- Contención de la demanda en el Primer Nivel de Atención, atendiendo la baja complejidad antes de que se transforme en alta complejidad. Asistencia sanitaria en el hogar espontánea y programada.
- Atención familiar. Monitoreo de enfermedades crónicas. Acompañamiento en salud mental. Salud en red, integrada a servicios de urgencias y emergencias, a guardias, a servicios hospitalarios. Estadística, información, investigación sobre datos epidemiológicos.

Nosotros vemos en la telemedicina una oportunidad para por fin profundizar una estrategia de Atención Primaria de la Salud que descomprima salas de espera y nos acerque al domicilio de los afiliados.

Vemos la oportunidad de mejorar un ACCESO a la salud que sortee los obstáculos de la vida cotidiana. Una oportunidad de romper barreras geográficas. De mejorar la COBERTURA sanitaria y la eficiencia en la administración de los recursos.

Desde ya, hay en el país otras interesantes experiencias de Salud Digital. En mayo de este año la provincia de Santa Fe puso en marcha una plataforma de Historia Clínica Electrónica Compartida. También otras regiones

de la Argentina, como La Pampa y otros distritos. Sumado esto a más innovaciones en el sector privado.

OTRA VEZ, LA FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA

En el sistema sanitario argentino, sin embargo, no estamos integrando este valioso capital originado por entidades públicas, obras sociales, sector privado y otros actores sociales muy comprometidos.

El problema de la fragmentación no es que nos encontremos accionando dentro de compartimentos estancos, sino que no estemos trabajando para salir de esa inercia y por fin articularnos o concretar acuerdos políticos básicos.

Yo creo esencialmente que hay que trabajar en coordinar políticas sociosanitarias entre los tres subsistemas de salud -e inclusive sumando otras entidades del tercer sector-, que trasciendan los gobiernos de turno, para preocuparnos por el bienestar social.

El motor debería ser el encuentro para hallar soluciones que se nutran de la experiencia y el aprendizaje que hemos adquirido todos los sectores, complementando el accionar del Estado.

Algunos me dicen que "no han servido las mesas de diálogo". Yo el único camino que veo de salir adelante es la construcción colectiva, allí es donde estamos fracasando.

OBRA SOCIAL OSPAT

En medio de una situación casi catastrófica para el sistema de salud argentino nosotros en la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf tenemos el coraje de invertir, cambiar, transformarnos hacia la telemedicina puesta a favor del beneficiario de la obra social.

Esto sí que es inédito e impensado hasta hace poco. Una obra social creada por trabajadores -que ofrece servicio de salud a trabajadores solamente con el aporte de su salario-, puede estar a la altura de las circunstancias del siglo XXI con una solución orientada a la APS.

Es una pequeña demostración de lo que podríamos hacer juntos con una mayor optimización de los recursos sanitarios. Porque siempre hablamos de que no alcanzan, pero temo que es una verdad a medias; también se están administrando pésimamente al asignarlos centralmente a la alta complejidad.

En el medio de la crisis, el movimiento obrero y las obras sociales sindicales también hemos fallado en comunicarle a la sociedad cómo utilizamos el recurso proveniente de aportes y contribuciones.

Estoy seguro de que si fuéramos más efectivos en esa comunicación la sociedad entendería que las obras sociales (en realidad, todos los subsectores) estamos haciendo un trabajo titánico frente al imparable avance del mundo moderno.

También nos queda aún esa tarea por delante. Confío en que llegarán mejores momentos para relacionarnos más armónicamente entre todos los actores con el único desafío: una población sana con una vida larga y en paz. □

*Presidente de OSPAT (Obra Social del Personal de la Actividad del Turf), Sec. Gral. Unión de Trabajadores del Turf y Afines. Abogado. Especialista en derecho cooperativo, y en sistemas de salud y seguridad social.



 **SMG**
SEGUROS

LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

Te brindamos asesoramiento médico legal las 24 hs.
y descuentos exclusivos para una protección integral.

25% SEGURO DE HOGAR

20% INTEGRAL DE COMERCIO (RUBRO MÉDICO)

15% SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos
un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Los trolls de la salud y sus fake news

Las caras ocultas de la mentira

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete (*)



En salud no basta con planificar y desarrollar políticas y acciones que estén bien estructuradas y mejor pensadas. Y tampoco que quien esté al frente de su conducción sea el único que las explicite. Cada vez es más necesario que ministerios y oficinas gubernamentales dispongan de especialistas de las más variadas disciplinas que colaboren para que esas políticas no sólo sean más efectivas, sino que estén mejor comunicadas a los ciudadanos. La “posverdad” no es novedad, pero gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación -los medios digitales y sobre todo las redes sociales- su impacto en cuanto a desinformación basada en manipulación y engaño resulta en muchos casos devastador al volverse viral. La salud -un ámbito de enorme repercusión en el colectivo social- no puede resultar ajena a este fenómeno. Y tanto las redes de comunicación como las aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp) han permitido que cobre mayor relevancia el impacto de las denominadas “fake news” o noticias falseadas sobre temas sanitarios, dado el grado con que afectan la conciencia pública.

El Observatorio Nacional de Telecomunicaciones de España ha analizado que más de la mitad de la población se informa sobre salud en internet, y el 22 por ciento también por redes sociales. Y aunque no se le de credibilidad absoluta a lo que en dicho portal se lee, casi el 6 por ciento confía en lo que le cuenta el “Dr. Google”. Otro estudio, efectuado por *Doctoralia* en México, sostiene que 76 por ciento de las *fake news* sobre salud provienen de publicaciones en redes sociales que no cuentan con una fuente confirmada ni confiable, y que mientras el 50% de las personas utiliza diariamente WhatsApp, un 84 % acostumbra buscar en la web información sobre síntomas o soluciones posibles, lo que ocasiona que lleguen a la consulta médica con falsas ideas acerca del supuesto problema que poseen, o como resolverlo.

Por ejemplo, el 75% de los videos sobre cáncer en YouTube contienen información falsa. Y algunos de los centros que prometen curas milagrosas para la enfermedad tienen más de un millón de seguidores. Otro tema es el supuesto “efecto no deseado” de la vacuna triple viral, desestimado al comprobarse que un informe publicado en 1998 no era fiable. El doctor Wakefield, su autor, había cometido fraude científico falsificando datos y beneficiándose económicamente de la publicación, ya que había recibido pagos de un equipo de abogados por encontrar pruebas que apoyaran las denuncias de padres que creían que la vacuna había dañado a sus hijos en su desarrollo psíquico (autismo). Por ello también

tuvo que rectificarse la prestigiosa *The Lancet*. La sociedad debe concienciarse de que vacunarse no es opinable, es una obligación y una responsabilidad social, no al revés. También generan pánico social las informaciones no contrastadas respecto de faltantes de determinada vacuna, por lo general debido a cuestiones transitorias de producción o de logística, pero que a nivel del inconsciente colectivo se traslada a faltantes de muchos otros insumos para la salud. Y lo mismo ocurre con el aumento de precios de medicamentos, reflejado en supuestos desabastecimientos de fármacos esenciales para el tratamiento de determinado segmento etéreo, por ejemplo, los adultos mayores. Atacar, tapar, parcializar o distraer adquieren importancia suficiente como para incidir en el debate político, y extender sus efectos por ejemplo a los procesos electorales, en base a generar corrientes de opinión positivas o negativas.

Detrás de cada *fake new* hay una clara intencionalidad que busca cambiar las opiniones sobre una persona, un grupo, un producto o una institución, modificando la visión de la sociedad y sus individuos sobre éstas. Utilizan una cuasi-mentira (verdades a medias o mentiras a medias) para de esta forma manipular a la ciudadanía en cuanto a formación de opinión, pensando en atraer la atención y sumar *clicks* o *likes*. Ya no son tanto los medios hegemónicos los que condicionan la opinión pública. Las redes permiten la construcción de falsos mensajes destinados a crear ese tipo de información sin fuentes, distorsionada o alejada de la realidad, pero que suena verosímil, y torna muy difícil y compleja su deconstrucción.

¿Pueden las sociedades, o segmentos de ellas resistir este tipo de “ambiente de desinformación”, cuando precisamente las redes se han transformado en el primer punto de enlace con las noticias? Es complicado. Algunos de estos rumores responden a personas que veladamente buscan excesivo protagonismo mediático. Otras veces, esconden a quienes pretenden obtener beneficios económicos en base a métodos basados -por ejemplo- en dietas milagrosas que prometen curar asombrosamente el cáncer, o en ofrecer lo que “la industria no quiere que sepas” o los “médicos ocultan porque no les interesa”. Fomentan el miedo, y ayudan a sobrevalorar pseudociencias que dañan la reputación de la eficacia terapéutica apoyándose en el exceso de información sobre salud existente en la red, mucha de la cual es totalmente errónea (“*infoxicación*”). Ese tipo de noticias se disemina desde un punto determinado (*un troll*) a través de millones de cuentas apócrifas usadas como estrategias de posicionamiento. Más tar-

de se viraliza, y queda alojada en el subconsciente creando una narrativa que se vuelve masiva, y enfoca a afectar el pensamiento de la sociedad.

La automatización en las redes sociales hace más obvia la velocidad de difusión del falso dato. Por ejemplo, una cuenta automatizada en Twitter puede lanzar mil veces al día un mismo mensaje. Y esto, que nació con una finalidad comercial, hace que algunos medios reconocidos lleguen a publicar narrativas falsas y ayuden a difundirlas. La estrategia utilizada se enfoca en propagar así una noticia falaz o mentira que puede sonar verosímil, de modo que adquiera “vida propia” y a la vez se siga diseminando entre cientos de miles. Al adquirir masividad, comienza a ser considerada en los portales de noticias de los principales medios de prensa nacionales y hasta internacionales, lo cual contribuye a otorgarle mayor legitimidad. Incluso si requiere de desmentidas. Pero el daño buscado ya se ha hecho efectivo. Miles o millones de personas leyeron o tuvieron conocimiento de la “fake new”, y quedaron convencidos de que era absolutamente cierta.

También en la política de salud, aunque no lo parezca, hay *fake news*. Si un troll dispara una noticia sobre alguna supuesta faltante de insumos, salida de funcionamiento de un equipamiento clave o de alguna muerte dudosa o una estadística falaz -sobre todo en el ámbito de lo público- ésta se diseminará en forma inmediata y veloz a través de las redes, sin posibilidad de comprobación efectiva respecto de su realidad. Es decir, si es falsa o esta tergiversada. Todo ello en el contexto de la crisis de representatividad en que están envueltas las instituciones, y de credibilidad y falta de transparencia que sufre la prensa. No se pone ninguna advertencia sobre las posibles causas que originaron el problema, sino solamente se busca obtener un efecto negativo. Estas

fake news triunfan gracias al denominado efecto de verdad ilusoria. Es decir, cuando una mentira es repetida la suficiente cantidad de veces para convertirla en verdad. El resultado es que en el colectivo social cristaliza, por ejemplo, a partir de la desinformación, la imagen de que el Estado hace todo mal sea del signo que fuera. Mucho del poder de la falsificación de las noticias reside en que todos sufrimos del sesgo cognitivo de la confirmación -por ejemplo, en Google- y buscamos datos que sustenten lo que ya creemos creer. Paradójicamente, esto no pasa tanto respecto del sector privado asistencial, que parece brillar por su eficiencia.

Dados estos motivos, en el campo de las políticas de salud mantener adecuados niveles públicos de información veraz sobre temas relevantes resulta ciertamente imprescindible. Las noticias falsas en el espacio de lo público suelen ser impactantes, alarmantes y anónimas, no tener fuentes confirmadas ni confiables, no caducar e invitar al lector a difundirlas, llegando a ser lo suficientemente poderosas para causar daño. Por eso, en la política sanitaria, atacar al organismo estatal supuestamente responsable de las mismas permite construir -en base a un arma psicológica- una narrativa negativa respecto de administración de turno. Y éste, al tener que salir a desmentirla, termina transformando la noticia en un supuesto real afectándolo directamente en su credibilidad. De esta manera, la desinformación que genera un troll desde sus *fake news* opera en lo político fundamentalmente como un problema mediado por el factor psicológico. En la era digital de la inmediatez, y en un escenario globalizado, todo se vuelve posible. Y lo más complejo, altamente creíble. □

(*) Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD.



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs

 **Descargá la App**

Los 365 días del año y sin moverte de tu casa.

Un servicio de obra social **OSPAT**

"Tómatelo a pecho"

Campaña Nacional contra el Cáncer de Mama

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



Con motivo de celebrarse el Día Mundial de la lucha contra el Cáncer de Mama, desde el 14 hasta el 19 de octubre se llevó a cabo una acción de comunicación y concientización sobre la lucha contra el Cáncer de Mama en procura de sensibilizar a la población sobre el tema y resaltar la vital importancia que tiene la detección precoz.

La Campaña surgió como iniciativa del Departamento de Responsabilidad Social Institucional de FEFARA en conjunto con Alas Rosas, y se hizo visible en más de 800 farmacias integrantes de la red nacional FEFARA en nueve provincias argentinas.

UNA HISTORIA DIGNA DE SER CONTADA

Griselda Núñez es una mujer valiente, de eso no quedan dudas. Hace siete años decidió convertir el dolor que le generó el diagnóstico de cáncer de mama, en combustible impulsor de un accionar que no sólo no se ha detenido, sino que crece y se acelera día a día, sumando energía y voluntades de otras personas que toman como suya esta causa.

Pese a lo traumático del momento, tuvo la claridad de mirar hacia adelante y de tender una mano a quienes atravesaban una situación similar. "Yo soy una resiliente del cáncer de mama. Siempre les digo a las chicas cuando empiezan esto, mírenme a mí", afirmó Griselda (oriunda de Puerto Esperanza - Misiones), en ocasión del lanzamiento de la campaña anual 2019 en la sede de la Legislatura de Misiones.

"Siete años atrás, cuando me detectaron la enfermedad me encontré muy sola... Mi primera reacción fue encerrarme en casa, puntualmente en mi habitación, negándome a tener trato incluso con mi familia durante dos semanas enteras... Pero un día me levanté y me dije que tenía que convertir este dolor tan grande en servicio. Empecé a pensar y a pensar qué podía hacer. La gente tenía que saber qué es lo que puede pasar con el cáncer. A veces somos ignorantes en el tema", recordó, muy emocionada.

Contó que empezó "a repartir unas cintitas rosas en los semáforos de Puerto Esperanza. Paraba los autos con mi hija y con mi amiga Patricia. Explicábamos qué era la enfermedad y les colocábamos las cintas. Hice un folleto casero y también lo repartí".

"Fue un trabajo muy duro para nosotros, desde abajo. Al año siguiente, ya me había hecho la quimio y estaba mejor. Entonces decidí hacer algo más grande. Convoqué a mis amigas incondicionales y empezamos a trabajar. Hice una tarjetita invitando a las mujeres para que se acercaran. La idea era sostener a las mujeres que atravesaban esto. Yo quería ser el sostén de todas", agregó.

Así nació **Alas Rosas**, una fundación que lleva siete años sumergida en la tarea de crear conciencia sobre la importancia de los controles médicos precoces, logrando hacerse visible y reconocida por todos a fuerza de trabajo sostenido y voluntad inquebrantable.

El lanzamiento oficial de la campaña del presente año se realizó en el Salón de las Dos Constituciones de la Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones y tuve el honor de compartirla con Griselda, con la farmacéutica y legisladora Natalia Rodríguez y con el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Misiones, Patricio Schiavo.

"Me parece que dos caminos se juntan hoy: el de la prevención, por un lado, y el trabajo nuestro como farmacéuticos. Esto va a ser inconmensurable en cuanto a impacto", expresó la diputada Rodríguez.

"Es muy emocionante estar acá en esta mesa, compartiendo con colegas y con autoridades de nuestra Federación, que apoyó de manera irrestricta la iniciativa. Tenemos un gran equipo de trabajo y un Departamento de Responsabilidad Social Institucional que tiene todo preparado para salir con una campaña para darle trascendencia nacional a todo lo mucho y bueno que esta gente viene realizando".

"**Tómatelo a pecho**", fue el nombre que se decidió asignar a esta campaña nacional de concientización sobre la detección temprana del cáncer de mamas que se desarrolló desde el 14 al 19 de octubre en farmacias de nueve provincias de la Argentina.

El logo diseñado por el grupo Alas Rosas, es un lazo conformado por mariposas y el significado no es arbitrario, sino que tiene directa relación con la vida y evolución de las mariposas, simbolizando la transformación total y la necesidad de cambio y mayor libertad, y a la vez valentía.

Una mariposa, en una extrema metamorfosis, pasa de arrastrarse en la tierra a tocar en vuelo el celeste azul del firmamento. Este proceso bien puede asimilarse al significado mismo de la vida humana: al fin y al cabo, TODOS LUCHAMOS POR SER MARIPOSAS, sufriendo y procurando una transformación para renacer en un ser superior. □





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
- ▶ NUEVOS PRODUCTOS PARA AUTOMOTORES Y MOTOVEHÍCULOS

Cuida de **vos** y ahora también de **tu auto**



Reconquista 458, 4to piso, CABA, Argentina | Tel. (+5411) 4876-5300
www.tpcseguros.com • info@tpcseguros.com • 0800-222-2872

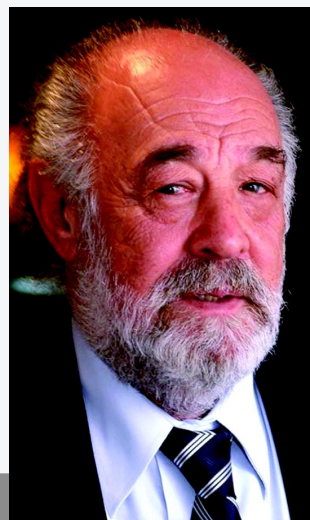
Buscanos en
TPC Seguros



La salud no espera El desafío de la gestión sanitaria

“Me hierve la sangre al observar tanto obstáculo, tantas dificultades que se vencerían rápidamente si hubiera un poco de interés por la Patria”
Manuel Belgrano

Por el Dr. Ignacio Katz



LA PRIORIDAD AUSENTE

La elección de un nuevo mandato de gobierno debería ser una oportunidad para debatir profundamente nuestra realidad sanitaria, y sobre todo propuestas superadoras. Lamentablemente, sin embargo, la salud no ha sido un tema prioritario de la campaña electoral. Ello no significa que no existan declaraciones de rigor, e incluso voces pertinentes, pero que no alcanzan la dimensión de un tema público de agenda, cuando debería serlo, pues en ello se juega nada menos que la vida y la salud de toda la población.

Existen numerosas crónicas del sinsentido del área sanitaria pero pocas alternativas coherentes para la misma. No puedo dejar de señalar el recurrente “gato-pardismo” que busca cambiar todo para que nada cambie, o lo que se denominó *falsa petición humanística*, es decir, propugnar aquello que no se concretó cuando pudo haberse hecho.

Los nombres de Secretaría o Ministerio tienen peso simbólico, pero por sí no cambian nada de lo que hay que cambiar. Modificaciones en las compras de medicamentos son deseables para no malgastar el erario público, pero resulta además indispensable rever los criterios de medicación. Comprar más barato lo que no se debería comprar sigue siendo un error.

De fondo, vivimos hace décadas en una *inercia sanitaria*, con movimientos que modifican algo para no modificar nada. O como dijera Edgar Faure, ministro francés, “la inmovilidad se ha puesto en marcha, y no sé cómo detenerla”. Necesitamos que la salud llegue al debate democrático para que la democracia llegue a la salud. Ello implica una reforma integral que conlleva necesariamente un gran acuerdo sanitario, y no meras reformas aisladas.

Debemos afrontar la *complejidad* de una dimensión como la salud que atraviesa todo el cuerpo social. Desde la infraestructura, a la matriz productiva, los flujos migratorios, la biodiversidad y la heterogeneidad cultural, por no hablar de la profunda desigualdad económica, la dimensión territorial, y un largo etcétera.

No podemos limitarnos a los deseos, o al inconsistente lema que concatena necesidades con derechos, sin advertir que faltan recursos, obligaciones y controles. En otras palabras, debemos atender a la *cascada conceptual* que nos recuerda que no hay deseos sin estructura; estructura sin sistema; sistema sin función; función sin órgano; órgano sin finalidad.

Existen avances en algunos ejes de debate, que debemos rescatar para que no se pierdan en la maroma discursiva. Se ha planteado, por caso, la necesidad de *integrar al sector público y privado*, aunque sólo sea en la atención primaria, en vez de estrategias unilaterales del sector público. Pero deben ser acompañadas por la *audacia política* de tocar puntos sensibles e intereses fuertes. Se requiere de articular y negociar, teniendo en cuenta los distintos poderes, tanto los estatales, como el Ejecutivo, Judicial y Legislativo, así como los de la llamada sociedad civil, como el poder Sindical, la Prensa, la Burocracia, las corporaciones, entre otros.

El Estado Nacional debe liderar la opinión pública para que acompañe en la conquista de sus necesidades y no limitarse a consentirla en el reconocimiento de sus deseos superficiales, lo que implica confundir necesidades objetivas de las personas con la demanda de consumidores. Además, la oferta crea su propia demanda, lo cual constituye un peligro en salud. Sería más adecuado, entonces, suplantar el planteo de oferta y demanda en salud, por la dupla de *producción* de servicios sanitarios y *consumo* de atención médica oportuna, adecuada y equitativa.

LA SALUD NO ESPERA

La crisis actual golpea a los subsectores inmersos en una profunda anomia. Tenemos reclamos como:

1. Falta de financiamiento.
2. Deuda con las obras sociales: 10 mil millones en alta complejidad.
3. Necesidad de acuerdo con los laboratorios.

En este ámbito, *debemos pasar de* la discusión político-técnica a la reflexión y el pensamiento crítico. Abandonar el compromiso de palabra y las propuestas de ajuste y perfilamiento, y afrontar el *efecto ocaso* que requiere un cambio de paradigma y un nuevo diseño organizacional. Debemos plantear la necesidad de enfrentar el término fragmentación que oculta dilución de responsabilidad, complicidad, inconsciencia, etc. En definitiva, la injusticia. Y restablecer valores elementales como la fraternidad, además de la libertad y la igualdad.

La realidad no espera. Estamos en una crisis humanitaria. Reclamo no es propuesta, y participación no es paritaria. Participar es contribuir a superar el estado de caos que desgarrar el tejido social, y apuntalar la prioridad: restaurar una vida digna.

La realidad nos muestra todo lo contrario. Intereses que se imponen sobre los valores morales, el negocio se impone sobre la medicina, y las finanzas sobre la salud. Es lícito y lógico que empresas vinculadas a la salud se preocupen por la devaluación del peso, lo que resulta cruento es la devaluación moral que implica que a ello se reduzca el debate sanitario. Si de dinero se trata, más que su falta debería preocupar su distribución. Además de concentrarse en un 95% en curación y apenas un 5% entre prevención e investigación, tenemos errores de la medicación, gastos superfluos en tecnología médica, y procedimientos indebidos.

OPORTUNIDAD Y DESAFÍO

Es tiempo de decisión política, responsabilidad profesional y participación ciudadana. El Pacto Social que se pregona debe incluir un acuerdo para una gestión adecuada en salud a fin de alcanzar un nivel de equidad social. Para ello se requiere de:

- a. Diseño de una política
- b. Planificación estratégica
- c. Capacidad de gestión
- d. Transparencia moral

Para lo cual se necesita de flexibilidad táctica, consistencia estratégica y agilidad logística.

Para terminar, me permito apuntar en forma de pregunta algunos de los desafíos que debe afrontar esta verdadera gesta democrática.

- ¿Cómo superar la fragmentación actual que alcanza un grado de anomia e injusticia?
- ¿Cómo aprovechar los recursos dispersos, sino con una integración de los subsectores?
- ¿Qué implica producir salud para las necesidades de la población, en vez de ofertar salud para las demandas de consumidores?
- ¿Cómo fortalecer el rol del Estado Nacional como rector y regulador, y cómo articularlo con el federalismo sin caer en la autonomización que deja a su suerte a cada jurisdicción?
- ¿Cómo alcanzar una planificación estratégica si no contamos con un Observatorio Nacional de Salud, un mapa sanitario y un ordenamiento territorial?
- ¿Cómo involucrar a la población para que participe de la reforma?
- ¿Cómo articular intereses y hasta valores diversos, manteniendo las responsabilidades asimétricas?
- ¿Cómo involucrar a las Universidades, en su insustituible rol de formadores profesionales? ¿Cómo a los colegios médicos?
- En síntesis, cómo coordinar los componentes de financiador, prestador, proveedor y usuario.

En definitiva, cómo salir de la lógica del reclamo, de la crónica y del parche, para ingresar en el camino de la propuesta y de la transformación superadora. □

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 salud que no tenemos" - Katz Editores (2019). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018). "Claves Jurídicas y Asistenciales para la Conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" - Editorial Eudeba (2012) "La Fórmula Sanitaria" Eudeba (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Escribir de salud no es solamente... escribir de salud



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

La complejidad del Siglo XXI nos atrapa cada día con avances y retrocesos. En pocos años hemos pasado de la postmodernidad a la globalización y entramos en este nuevo período de la historia con un rumbo incierto.

Los problemas ecológicos se acrecientan ante el consumismo voraz de los países industrializados, sumiendo al resto del mundo en una competencia inaudita por lo que queda para producir y para repartir.

Avances científicos incontenibles, farmacopea nueva, sistemas de diagnóstico más precoces... expectativa de vida cada vez más larga.

Estos elementos disruptivos en nuestro sistema de salud, tan particular y cada vez más obsoleto en cuanto a la cobertura, accesibilidad y financiamiento, no hacen más que acelerar la falta de equidad.

El sistema de Obras Sociales Nacionales Sindicales cada vez está más desfinanciado, por políticas nacionales erradas, por aprovechamiento y desvío de fondos propios del subsector hacia el Estado y hacia otros subsectores que lo invadieron a través del decreto 9/93.

Además de encontrarse actualmente con farmacopea biológica imposible de cubrir por los costos y con fallos judiciales que confunden equidad con desfinanciamiento.

Este último factor lo sufren todos los subsectores.

Un sistema estatal decrepito, por pérdida de infraestructura, desinversión, falta de modernidad.

Un subsistema de medicina prepaga para pocos, que acrecienta la desigualdad, con gran inversión –no controlada– en marketing y hotelería.

Sistemas provinciales sin controles, con menús prestacionales parciales y distribución geográfica inadecuada.

Como vemos el Sistema de Salud Argentino es caótico

y demuestra una falta de evolución que no acompaña a los tiempos que corren.

Ha llegado el momento de no utilizar eufemismos, viejas recetas impracticables y competencias absurdas entre subsectores.

Estamos ya en un tiempo en que los argentinos nos merecemos finalmente una salud con equidad.

No debiendo copiar modelos foráneos que no son adaptables a nuestras particularidades.

Es hora de garantizar efectivamente por parte del Estado un modelo de salud sustentable, con financiación acorde a los tiempos que corren.

Es tiempo de unir fuerzas entre los subsectores con una corriente de sinergia que potencie el sistema general.

El nuevamente renovado endeudamiento de nuestro país nos fija una agenda para el futuro incierta.

Volvemos al pasado, en un círculo vicioso de ciclos con los mismos errores, que el devenir del mundo no tolera más.

La obsolescencia del sistema político argentino merece una reforma que modernice los Poderes, que vuelva justo y amable vivir en nuestro País.

Construyamos todos juntos un nuevo Contrato Social que tenga como característica la igualdad en la accesibilidad, con la calidad de atención que nos merecemos como ciudadanos en el siglo XXI.

Integremos los saberes y capacidades de todos los actores del sistema de salud en un proyecto común, posible y justo.

Recreemos un sistema político que permita nuestro definitivo desarrollo para que “nazca a la faz de la tierra una nueva y gloriosa Nación”. □

(*) Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión.

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

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



Los datos masivos en salud

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



La digitalización de los datos y la información obtenida de ellos están impactando fuertemente en los sistemas sanitarios y en la manera de percibir y cuidar la salud de cada ciudadano en todo el mundo.

La miniaturización de los dispositivos, la portabilidad de la información, la telemática, la robótica, la genómica, internet, las redes sociales y otras muchas “pequeñas/grandes” revoluciones modernas van de la mano y multiplican hacia el infinito esta gran revolución de la era digital.

En salud las historias clínicas electrónicas, las apps móviles, las páginas digitales de grupos de pacientes, las plataformas de consultas médicas online, no sólo están modificando las modalidades de atención, las formas de hacer los diagnósticos, de administrar los tratamientos (e incluso de modificarlos) de atender urgencias, de incrementar los autocuidados, de mejorar la satisfacción de los usuarios, de promocionar los cuidados en salud, de gestionar la investigación y desarrollo, sino que además son una fuente inmensa e incalculable de datos clínicos, sociales, ambientales, del comportamiento y de muchísimos determinantes de la salud.

Cada vez resulta más fácil recopilar y almacenar datos. Al utilizar un celular móvil o simplemente llevándolo con nosotros, al utilizar dispositivos wearables o a través de sensores incorporados a los objetos que nos rodean y su conexión a Internet (lo que se conoce como el Internet de las cosas) estamos alimentando bases de datos. El uso creciente de estos dispositivos está multiplicando de manera exponencial el volumen de

datos que generamos a diario de una forma automatizada.

Estos avances tecnológicos están haciendo realidad la posibilidad de monitorear en tiempo real y de manera continuada el estado de salud de cada individuo (personalización), de grupos poblacionales seleccionados por patologías o cualquier otra variable (segmentación) y por ende de la población en general (estudios poblacionales).

La digitalización ha disminuido sensiblemente los costos de la generación de información lo que ha posibilitado contar con un volumen de información muy grande, heterogénea y no estructurada, que va mucho más allá de la clásica información transaccional o estructurada utilizada por las empresas como lo son las bases de datos relacionales, sino que empieza a haber información desestructurada.

Esta cantidad de datos estructurados y no estructurados generados por todas estas tan diferentes fuentes digitalizadas, a tiempo real, heterogéneos, de innumerables cantidades de variables no pueden ser gestionados por los procesos de información tradicionales. De allí surge el concepto de Datos Masivos o Big Data, lo cual requiere de nuevas metodologías y tecnologías para poder procesar esa cantidad y variedad de datos y transformarlos en información útil.

¿QUÉ ES EL BIG DATA?

El término Big Data o Datos Masivos hace referencia entonces a una cantidad de datos tal que supera la capacidad del tipo de software que habitualmente se emplea para su captura, gestión y procesamiento en un tiempo razonable. Hace referencia a sistemas informáticos basados en la acumulación a gran escala de datos y de los procedimientos usados para identificar patrones recurrentes dentro de esos datos.

Las características que componen el Big Data se resumen en las 4 “V”: volumen, variedad, velocidad y valor. El elevado volumen de datos (ya se habla de Exabyte, Yottabyte e incluso Brontobyte) precisa nuevas técnicas de almacenamiento a gran escala y enfoques distintos para recuperar la información; la variedad



de las fuentes de datos (texto, audio, vídeo, etc.) hace que las redes relacionales sencillas sean difícilmente aplicables, el incesante incremento con que se generan los datos hace que la velocidad sea un parámetro clave en su manejo y finalmente la cuarta V, que hace referencia al valor aportado por estos grandes conjuntos de datos.

Resumiendo, podemos decir que hace referencia a aquel conjunto de datos que, por su gran tamaño, sobrepasa la capacidad de ser gestionado por bases de datos de integración tradicionales.

DATOS MASIVOS O BIG DATA EN SALUD

El potencial de los Datos Masivos en el área de la salud es incommensurable. Tender a una medicina más predictiva, más personalizada, desarrollar mucho más la prevención y promoción de la salud, lograr una mayor eficiencia en los sistemas y servicios de salud por reducción de sus costos, abrir innumerables posibilidades en el campo de la investigación y desarrollo de fármacos y de dispositivos médicos, poder modificar formas de pagos tendiendo más a pagos por resultados y mucho más.

La combinación de Big data con la robótica (machine learning) puede ayudar a especialistas a estar constantemente actualizados en los tratamientos de su especialidad y puede ayudarlos a elegir adecuadamente los tratamientos específicos para cada paciente como si fueran protocolos personalizados y actualizados en tiempo real.

La utilización de Big Data es la base de la Evidencia del Mundo Real (Real World Evidence) cada vez más utilizado por las farmacéuticas para evaluar eficiencia de sus productos. También son utilizados para los Contratos de Riesgo Compartidos que en algunos países están imponiéndose.

Estos son sólo algunos ejemplos de las amplísimas utilidades que tiene y tendrá el Big Data en salud.

LA SITUACIÓN EN NUESTRO PAÍS

Los países que no se encolumnen y avancen en este sentido quedarán muy rezagados respecto al resto. No sólo habrá una brecha enorme entre estos países, sino que será uno de los factores tal vez más determinantes de inequidad entre las personas ya que si los gobiernos no lideran en este aspecto, los sectores de mayores recursos lo harán brindando muchísimas mejoras a sus asociados.

La Argentina se encuentra muy atrasada respecto a otros países. El primer paso para estos modelos es la digitalización de los datos y su intercambiabilidad. Tengamos en cuenta que aún no hemos podido lograr la implementación masiva de la historia clínica electrónica lo cual sería un inicio básico.

Avanzar en estos aspectos debe ser una prioridad en la agenda del gobierno en el área salud. Quizá no lo percibamos en lo inmediato, pero seguramente en los próximos cinco años estaremos, de no hacer nada, en un nivel de prácticamente analfabetismo digital. □

(*) Médico Especialista en Salud Pública. Presidente de la ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos).



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

DEPARTAMENTO DE INGRESO

ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB;
4349-0419/20



Tendencias de beneficios en el sector corporativo en Latinoamérica



Por el Dr. Héctor Barrios (*)

Con la participación de aproximadamente 4.300 empresas que desarrollan sus actividades en 88 mercados de todo el mundo y que dan empleo a más de 22 millones de personas, se completó la **Encuesta de Tendencias en Beneficios 2019** de Willis Towers Watson. En particular, en nuestro caso, vamos a analizar particularmente las opiniones de las 1.137 empresas que, empleando a algo más de 3,6 millones de personas, han dado respuesta en Latinoamérica.

Si bien históricamente la cobertura médica se ha colocado, luego del salario naturalmente, en el beneficio más valorado por los empleados, la “cultura del bienestar” viene sumando impulso día tras día de forma tal de transformar la comentada cobertura médica en algo que es una parte de un todo más completo y trascendente para la gente. De hecho, para las empresas, el bienestar presenta cuatro planos:

Salud: Identificar y administrar de manera efectiva los riesgos de la salud para la población y las condiciones crónicas a lo largo de la fuerza de trabajo.

Emocional: Identificar y administrar los problemas de salud conductual, estrés y uso de sustancias tóxicas.

Financiero: Identificar e instrumentar soluciones para mejorar la salud financiera de sus empleados.

Social: Identificar e instrumentar formas de promover un sentido de participación en torno a problemas de salud, legales y financieros entre los empleados, las familias y la comunidad.

Lo más destacado sin dudas es que el 68% de las empresas manifiesta que es de máxima prioridad incorporar el bienestar en una estrategia global para los programas de beneficios de la organización.

Tres elementos sobresalen en el análisis de la encuesta:

- Las organizaciones están pasando de centrarse en los costos y los servicios de salud a una cartera más amplia de beneficios, una mayor capacidad de opción de los empleados y haciendo foco en la experiencia de los empleados.

- Como ya señalamos, incorporar el bienestar de los empleados en los programas de beneficios es de máxima prioridad para las empresas.
- Las organizaciones más efectivas dan prioridad tanto a los beneficios básicos como a los ampliados.

Las organizaciones están buscando entender los deseos y necesidades de los empleados de forma tal de brindarles mayores beneficios y opciones, con políticas laborales flexibles e impulsadas a partir de la administración de beneficios basados en la nube -lo que facilita también la “gobernabilidad global”-.

Algunos cambios que se iniciaron algunos años atrás -como el horario flexible o el “home office”- decididamente han llegado para quedarse y hoy forman parte de los programas de beneficios de las empresas. Lo mismo podemos decir respecto de las políticas de inclusión y diversidad (I&D), que hace unos años atrás parecían innovadoras y hoy forman parte del entorno natural de trabajo.

Algunos sectores, como el tecnológico, son quienes particularmente están haciendo foco en esta visión. Sus altas tasas de rotación -en torno del 20% al 25%- los hace buscar e impulsar mejores paquetes de beneficios que logren un mayor compromiso de los empleados con la organización.

Se ha ampliado la definición de beneficios

Los Empleadores se están concentrando en torno a un rango más amplio de objetivos que incorporan el bienestar, I&D, y flexibilidad y elecciones

¿En qué medida lo siguiente es una máxima prioridad para los programas de beneficios de su organización?



Nota: Los porcentajes indican “En gran medida” o “En muy gran medida”.
Fuente: Encuesta de Tendencias en Beneficios 2019, Latinoamérica

Naturalmente, hoy por hoy todo el abanico de sectores se encuentran concentrados en el tema. Claramente todas las encuestas muestran año tras año que la percepción por parte de los empleados de que la empresa hace contribuciones efectivas a su bienestar personal se traduce en un mayor compromiso, lo que a su vez redundará en mejores niveles de productividad y también en menores indicadores de ausentismo.

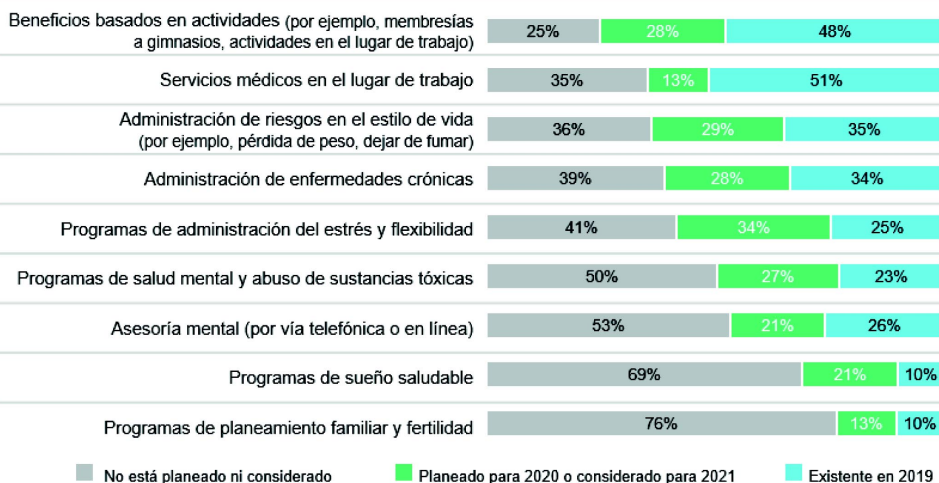
La encuesta nos muestra también que está en curso el desarrollo de nuevos programas, los que seguramente, algunos de ellos formarán parte obligada de los programas de beneficios en el futuro próximo.

Oil & Gas es otro de los sectores que están marcando tendencia en la materia: sus negocios de largo plazo requieren de dotaciones estables y comprometidas.

De hecho, han sido de los primeros en ofrecer Programas de Sueño saludable a su personal.

Por otra parte, un tema no menor, es que también

¿Su organización ofrece o planea ofrecer alguno de los programas siguientes para ayudar a los empleados en otros aspectos de su bienestar?



Nota: Es posible que los porcentajes no sumen 100%, debido al redondeo.
Fuente: Encuesta de Tendencias en Beneficios 2019, Latinoamérica

el paquete de beneficios es una importante razón por la que los empleados se unan a la organización.

En definitiva, amigo lector, se sigue cumpliendo, con nuevas herramientas, el viejo principio de “atraer, motivar y retener”. No es poco en los tiempos que corren... □

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

FEFARA

¡Conocé todos nuestros productos!



DEPARTAMENTO
HOSPITALARIOS



www.dsaud.com.ar



INSTITUTO
DE FORMACIÓN
EN GESTIÓN



SISTEMA FEDERAL
DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL



RESPONSABILIDAD
SOCIAL INSTITUCIONAL



RED ESPECIALIZADA

► Además contamos con nuestros Sistemas
Informáticos de Gestión, nuestra Biblioteca Virtual
y el nuevo espacio de FEFARA Proyecta.

Gestionamos políticas para garantizar un servicio farmacéutico óptimo, de eficiencia y calidad profesional.



Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso | (1086) Capital Federal



011 4342 9473



fefara@fefara.org.ar



www.fefara.org.ar

Exitoso Congreso Internacional “Salud, Crisis Y Reforma” en la Provincia de Córdoba

El tradicional evento, que este año cumplió 25 años de trayectoria ininterrumpida, convocó a más de 800 personas en Hotel Holiday Inn de la capital mediterránea, los días 9 y 10 de octubre.

Este año el eje del debate fue “Innovación y Salud”, tema desarrollado por expertos conferencistas del orden local e internacional, entre ellos: el Dr. Rubén Torres, Rector de la Universidad ISALUD y Presidente del CENAS; el Dr. Hernán Seoane, Decano de la Facultad de Ciencias de la UCA; el Dr. José Soto Bonel, Presidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud (OIPSS), entre otros.

La doble jornada fue organizada por la Asociación de Clínicas de Córdoba y tuvo como novedad la realización, el día previo al Congreso, del **Primer Encuentro Nacional de Clínicas, Sanatorios, Hospitales e Institutos de la República Argentina**, convocado por la **CONFELISA**.

Entre las autoridades presentes se destacaron el Ministro de Salud de la provincia de Córdoba, Dr. Francisco Fortuna; el Presidente de la Comisión de Salud de la Legislatura provincial, Dr. Daniel Passerini; el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Dr. Rogelio Pizzi; el Director Ejecutivo del PAMI Córdoba, Dr. Juan Carlos Zazzetti; autoridades del Consejo y la Federación Médica local, del Círculo Odontológico, de los Colegios de Kinesiólogos, Bioquímicos, Farmacéuticos, Psicólogos; dirigentes de asociaciones y federaciones de clínicas y sanatorios de todo el país; sanitaristas y expertos internacionales de Ibero-Latinoamérica, representantes de obras sociales provinciales, instituciones del sector de la salud y trabajadores de la sanidad.

El Congreso, fundado en 1995 por la CAES y la Fundación Docencia e Investigación para la Salud, fue declarado de “In-



Norberto Larroca, Dr. Juan Gras y el Dr. Daniel Passerini.

terés Provincial” por la Legislatura de la provincia de Córdoba.

El Dr. Juan Gras, Presidente de Aclisa Córdoba, fue el encargado de dar las palabras de bienvenida: “Este evento nos encuentra inmersos en una profunda crisis sectorial que necesita de toda nuestra capacidad para encontrar caminos para superarla. En el Encuentro Nacional de Clínicas se trabajó en hacer un correcto diagnóstico de la situación y se escucharon propuestas que van

a permitir la elaboración de un documento para acercarlo a quienes les corresponda conducir los destinos de nuestro país. Esta necesidad de hacer oír nuestra voz se entiende con claridad si consideramos que la salud pública es la salud de toda la población, tanto la que se atiende en hospitales que administra el Estado como la que asisten las instituciones de gestión privada”.

Por su parte, Norberto Larroca, Presidente del Congreso y de Ar-



Norberto Larroca, Presidente del Congreso.

gentina Salud Comunidad Económico Social, brindó el discurso inaugural donde destacó: “No hay sistema de salud si el Hombre no es el eje del Sistema, basado en la prevención y en la determinación de que no se enferme. No tengo un planteo pesimista. Hemos trabajado mucho y bien. El capital de una clínica es trabajo acumulado, no es capital financiero. Sin la atención de este sector virtuoso no va a haber servicio de atención de la enfermedad porque el Estado no lo puede cubrir. Sin salud no hay educación y si no hay educación no hay porvenir. Reclamemos una política de Estado que racionalmente ponga las cosas en su lugar. La innovación en la Argentina podría ser desarrollar las capacidades que tiene el hombre. Tenemos que ser la masa del sector, que en este momento tan difícil presione para que se instale a la salud en la agenda y discutir la reforma con el próximo gobierno. El sistema debe atender a toda la gente de forma equitativa sin exclusiones”.

El Dr. Passerini agradeció la invitación en representación del gobierno provincial, y manifestó: “Cada clínica que se cierra es como una fábrica que cierra: gente que queda sin trabajo, una oportunidad menos de atención de la salud, y en muchas localidades la única instancia donde la gente podía internarse”. También agregó: “Me parece excelente que la Confederación de Clínicas y la Cámara Argentina de Empresas de Salud tomen la decisión de que el próximo Presidente reciba esta preocupación, que las autoridades sanitarias tomen cartas en el asunto y comencemos a ser protagonistas para que en la Argentina haya más salud y menos enfermedad”.



Antes de dar inicio al ciclo de conferencias, el Dr. Juan Gras entregó una placa a Norberto Larroca y dijo: “Desde la Asociación de Clínicas queremos reconocer la enorme contribución que ha hecho la CAES con todos sus congresos a la intelectualidad de la Salud en la Argentina”.

También se presentó una publicación especial con motivo del 25º Aniversario del Congreso, que concentra documentos y testimonios desde sus inicios a esta parte. La misma está disponible en la biblioteca virtual de la web CAES y es de acceso libre y gratuito.

La Conferencia Central “Innovación y Equidad. ¿Un dilema con solución?” la realizó el Dr. Rubén Torres, Rector de la Universidad ISALUD y Presidente del CENAS. Algunos de los conceptos desarrollados fueron: “La incorporación de innovación de cualquier tipo está ligada a la inequidad. En general la reciben aquellos que tienen cobertura y capacidad de pago, y el

Estado muchas veces no interviene para romper esa inequidad. Para que algo sea innovador, debería ser accesible para todos, efectivo, y que pueda ser utilizado, en especial, por los más vulnerables”.

Torres también se refirió al PMO y ejemplificó: “Con el valor actual del PMO sólo 70 obras sociales nacionales (de 300) podrán recaudar lo suficiente para cubrirlo. Entre las que no pueden cubrir el PMO está el 70% de los beneficiarios de la seguridad social. Pero nosotros seguimos creyendo que podemos incorporar innovación, se lo prometemos a la gente, y sacamos leyes garantizando esto”. Sobre el final reflexionó: “Algo estamos haciendo mal. Los políticos no se atreven a resolver problemas difíciles y muchos de ellos son difíciles porque no se animan a resolverlos. Una innovación podría ser que alguna vez se arriesgaran a hacerlo”.

Luego fue el turno del **Panel Internacional sobre “Innovación y Equidad”** del que participaron los Dres. Juan Carlos Linares, Representante de la FIH, y el Dr. José Soto Bonel, Presidente de la OIPSS, con sede en Madrid, España, que expresó: “Innovar no siempre es hacer mejor la prestación de los servicios sino lograr cambios en la forma de organizarse, en la forma de prestar esos servicios, de definir metas y fines. Cambios en la forma de implicar a nuestros profesionales, de relacionarnos con otros agentes del sector y de otros sectores. Romper la línea de progreso para conseguir una mejora espectacular. ¿Y qué es la inequidad? Es la desigualdad evitable. Equidad es el





Cr. Gustavo Traballini, Dr. José Soto Bonel, Norberto Larroca y el Dr. Juan Carlos Linares.



Cr. Gustavo Traballini, Dr. Roberto Cherjovsky, Norberto Larroca, Dra. Mariana Flichman y el Dr. Andrés de León.

trato igual a personas que no tienen por qué diferenciarse, que tienen los mismos derechos de ciudadanía, de ser humano, de contribuyentes y sin embargo no pueden acceder a las mismas prestaciones.

¿Tenemos como objetivo la equidad cuando ponemos en marcha la innovación? La sanidad es un valor apreciado por la sociedad y nos ha originado la necesidad de completar sistemas de tratamientos para

las enfermedades. Este ha sido nuestro objetivo como organizaciones: resolver las enfermedades. Sin embargo, con la innovación cambia la misión: tenemos que plantear estrategias de mejora de nuestras organizaciones, de eficacia, efectividad y eficiencia”.

La **Conferencia Magistral** la brindó el Dr. Hernán Seoane, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCA, que se refirió a cómo utilizar la inteligencia artificial en términos de la justicia social y garantizar el bien común: “La inteligencia tiene que ser claramente lícita y responder a las leyes de los países; tiene que ser ética, de modo que garantice el respeto de los principios y valores éticos; y deber ser robusta, dado que incluso si las intenciones son buenas pueden provocar daños accidentales”. Además, completó: “Es esencial fomentar el desarrollo de una cultura humanista que discierna las vinculaciones entre la ciencia y la tecnología y los aspectos antropológicos, culturales y éticos. Sólo una consideración multidisciplinaria puede ayudar a aprovechar el potencial de tales innovaciones científicas y tecnológicas en formas que respeten la dignidad humana y promuevan el bien común”; y concluyó “estoy convencido que la próxima revolución que nos va a ocupar a todos claramente va a estar girando en torno a la ética”.

Otro de los paneles destacados sobre “Innovación y Equidad” fue integrado por los Dres. Andrés de León, Presidente del Consejo Médico de la Provincia de Córdoba; Roberto Cherjovsky, Decano de la Universidad Abierta Interamericana y Mariana Flichman, Especialista en Gestión de Riesgos en Salud.

Por su parte, el Lic. Carlos West Ocampo, Presidente de la Fundación Docencia e Investigación para la Salud, se refirió a la coyuntura de país: “Hoy aquí se está hablando de políticas de Estado, propuestas para las nuevas autoridades que vendrán, no importa quiénes sean. Se trata de reclamar mayor presencia del Estado en la conducción de un sistema que está demasiado a la deriva y que es muy vulnerable. Cada vez son mayores las diferencias en nuestra sociedad, cada vez hay más inequidad, mayor pobreza y desigualdad. Si no hay una pre-

sencia fuerte del Estado esta desigualdad va a aumentar. Solamente una mayor injerencia del Estado en el sistema de salud hará posible una mayor equidad y accesibilidad, que permita que todos reciban lo mismo”.

El CP Aldo Yunes, Presidente de la CAES, fue el encargado del cierre del Congreso. En su discurso felicitó a las autoridades de Aclisa Córdoba por la organización, como así al público participante de distintas regiones del país, celebrando el éxito de la doble jornada.

PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES E INSTITUTOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

El evento fue convocado por la **CONFECCLISA** (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales) y organizado por Aclisa Córdoba. Participaron autoridades y dirigentes del sector, dueños y administradores de empresas de salud, jefes de servicios y profesionales; y dará como resultado un documento con “Propuestas para el nuevo ciclo de Gobierno”.

El Ministro de Salud de Córdoba, Dr. Francisco Fortuna, participó del acto de apertura y estuvo acompañado por el Dr. Ignacio Escuti, Secretario de Aclisa Córdoba, el Dr. Víctor Lozze, Secretario General de **CONFECCLISA**, y Norberto Larroca, Presidente del Congreso CAES. El titular de la cartera sanitaria local celebró la iniciativa: “Valoro la decisión que han tomado de reunirse en nuestra provincia. Es muy valioso que se pongan de acuerdo en la elaboración de una propuesta pensando en que el gobierno nacional tiene la rectoría de la salud pública, que los gobiernos provinciales también deben hacerlo, y donde el sector privado tiene que estar necesariamente presente para encontrar un camino que nos permita superar de una vez por todas la fragmentación que tiene el sistema sanitario y nos permita coordinar una acción conjunta para que podamos aportar a la solución de la salud pública, uno de los aspectos más sensibles de las personas y las comunidades, que es el acceso y el derecho a la



Dr. Víctor Lozze, CP Aldo Yunes, Norberto Larroca, Lic. Carlos West Ocampo y el Dr. José Luis Sánchez Rivas.



El Ministro de Salud de Córdoba, Dr. Francisco Fortuna, en la apertura del Encuentro Nacional de Clínicas.

salud que garantiza la posibilidad de tener una vida mejor y en donde el sector privado tiene un rol fundamental”.

El Encuentro contó con un programa de disertantes de altísimo nivel, entre ellos el Lic. Marcelo Capello, Presidente de IERAL, de la Fundación Mediterránea, quien brin-

dó la conferencia “El Sector Salud como dinamizador de la Economía”. También estuvo el Lic. Oscar Cetrángolo, ex Asesor del Ministerios de Economía, quien abordó el tema “Desafíos para la construcción de un Sistema de Salud de cobertura y acceso universal, eficiente y equitativo”.

La jornada se completó con un panel de representantes de las distintas regiones del país titulado "Propuestas y necesidades de las Pymes de la Salud", del que participaron la Lic. Silvia D'Agostino de Entre Ríos; el Dr. Amador Palavecino de Formosa; el Dr. Rodolfo Torres de Mendoza y el Dr. Mario Hornik de Córdoba.

La mesa "Las Pymes de la Salud al servicio de la Comunidad" fue coordinada por el Dr. Rubén Torres y contó con la participación de los Dres. Juan Gras (Presidente Aclisa Córdoba) y José Luis Sánchez Rivas (Presidente de CONFELISA), el CP Aldo Yunes (Presidente de CAES) y los Lic. Capello y Cetrángolo, que contestaron preguntas del público y enriquecieron el debate con sus aportes y reflexiones.

REUNIÓN INTERNACIONAL DE EXPERTOS

Se realizó en el marco de las actividades del 25º Congreso CAES y durante la misma se trabajó la temática "Innovación y Equidad" desde una óptica internacional. Estuvieron presentes las siguientes entidades: Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud (OIPSS), Federación Internacional de Hospitales (FIH), Federación Latinoamericana de Administradores de la Salud (FLAS), Federación Peruana de Hospitales (FPH) y la Universidad Abierta Interamericana.

Cabe mencionar que, al término de la misma, el Dr. Rubén Torres fue elegido como nuevo Presidente de la FLH. Lo acompañará en el cargo el Dr. Enrique Cimino, como Director Ejecutivo.

En su carácter de Presidente, el Dr. José Soto Bonel propuso la creación de un Consejo Asesor de la OIPSS, que será presidido por Norberto Larroca y del cual participará el Dr. José Luis Sánchez Rivas, Presidente de CONFELISA. □



Panel "Propuestas y necesidades de las Pymes de la Salud"



Mesa "Las Pymes de la Salud al servicio de la Comunidad"



**ALZA LA VOZ
CONTRA LA VIOLENCIA
HACIA LAS MUJERES**

¿Quién se ocupa del
cuidado de la salud?

osim
Obra Social de Personal de Dirección



www.osim.com.ar/alzalavoz/



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar



chk
consultores

Gestión de Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
Consultoría Informática en Sistemas de Salud

mail: chkconsultores@gmail.com - cel.: +54 9 11 36986400

Los contratos de riesgo compartido: experiencias y lecciones

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

vassalloc@gmail.com



En un informe de la EFPIA (market access delays analysis) en 2018, que registra el tiempo medio entre el momento de la aprobación de un nuevo medicamento por la Comisión Europea y su adopción por los sistemas públicos sanitarios europeos, se pueden observar y sacar interesantes conclusiones respecto de la relación que existe entre la configuración de los sistemas sanitarios y la adopción de innovaciones.

Los más veloces en incorporar la innovación biofarmacéutica con un promedio de 106 y 111 días respectivamente son el Reino Unido (un sistema fuertemente integrado, información clínica, financiamiento y gobierno centralizados) y Alemania (un sistema de aseguradoras, con libertad de precios, pero con un comité federal (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA) con responsabilidades en la provisión, financiación, y prescripción de medicamentos para los beneficiarios de los seguros).

Los sistemas de financiación pública pero más federales como España tienen una posición intermedia en los resultados: 373 días requeridos como media para su inclusión en la financiación con fondos públicos. Esta media es similar a la que tiene Italia (384).

En los últimos lugares se encuentran Bélgica (411 días), Francia (500 días) y Portugal con 637 días de retraso para incorporar la innovación.

Si observamos la media podemos encontrar una gran variación en la velocidad de acceso de los pacientes a diferentes productos pudiéndose observar que dentro de un mismo país es mayor que entre países p.ej. los retrasos más cortos versus los más largos son en Italia (77 vs. 1.349 días), Irlanda (71 vs. 1.259 días) y Portugal (39 vs. 1.259 días).

En los últimos años este desequilibrio se ha acentuado, entre otras razones por el elevado valor económico de los nuevos medicamentos, casi todos ellos dirigidos al tratamiento de enfermedades oncológicas, infecciosas (virales) y autoinmunes, enfermedades con una importante carga social e incapacitantes.

La adopción de estos tratamientos supone para los aseguradores de salud un reto importante. Por una parte, el paciente, como eje del sistema, debe tener un acceso preferente al tratamiento que puede resolver su situación clínica, por otra, el sistema de salud debe lograr optimizar sus recursos para garantizar la asistencia a todos los asegurados y hacer sostenible el

financiamiento del sistema de salud en condiciones de equidad.

Ante esta nueva perspectiva que surge del impacto de la innovación tecnológica es necesario responder innovando desde el punto de vista organizativo. Un modelo de gestión de la prestación farmacéutica debe contemplar la aplicación de esquemas de acceso a la innovación que garanticen que las nuevas tecnologías son seguras, eficaces y eficientes. La introducción debe ser entendida como “inversión en salud” mejorando la relación coste efectividad frente a las alternativas existentes.

No todos los resultados clínicos de las innovaciones aportan utilidad terapéutica. Algunos plantean interrogantes y es por ello necesario que los sistemas de salud introduzcan programas para evaluar la relación coste efectividad de las nuevas aportaciones a la terapéutica. Son denominados genéricamente acuerdos innovadores entre el proveedor y el financiador, que persiguen compartir el riesgo que supone para el primero el retraso en su introducción en el mercado y las condiciones económicas y de acceso.

Para los financiadores la incorporación de un fármaco nuevo, en términos de impacto económico financiero y sobre todo de incertidumbre en cuanto a la eficacia en la práctica clínica habitual debería generar el impulso de plantear esquemas de acuerdo entre la industria y el financiador que busquen cambiar la relación y construyan un vínculo más cooperativo. En ese caso las dos partes colaboran para lograr una meta común: mejores tratamientos y más costo-efectivos que mejoren al paciente.

En un momento donde la región está discutiendo la introducción de Acuerdos de Riesgos Compartidos (ARC) es interesante conocer y analizar los condicionantes que tienen los sistemas fragmentados para incorporar instrumentos que permitan gestionar la capacidad de compra, la priorización y la incorporación de nuevas tecnologías.

Los sistemas de salud condicionan los esquemas de acuerdos de riesgo compartido (ARC) dado que hay que tener en cuenta el modelo prestacional, el sistema de información (registros clínicos) y los resultados, pero fundamentalmente la forma y los tiempos de acceso de los pacientes a las prestaciones.

Para poder implementar un acuerdo de riesgo compartido se requiere:

- a) Un marco legislativo flexible y adaptado a la nueva realidad.
- b) Una potenciación de estructuras que facilite los análisis y el monitoreo de los acuerdos.
- c) Sistemas de información en la administración sanitaria que permitan una mejor evaluación y compatibilidad real de las diferentes bases de datos (historia clínica informática, alta hospitalaria, registros de mortalidad, incapacidad, prestación farmacéutica, costos sanitarios, información sobre pruebas diagnósticas, pacientes de los distintos entornos asistenciales).
- d) Alinear objetivos de los distintos sectores en la búsqueda de objetivos comunes. Se debe especificar perfectamente bien el problema para el cual se decide realizar el ARC, y se deben tener objetivos claros.
- e) Los objetivos deben guiar el diseño del estudio y saber que la implementación es costosa por el tiempo y esfuerzo que demanda el diseño como los recursos destinados a la supervisión y la evaluación.

El riesgo compartido entre el gobierno y la industria puede adoptar diversas formas, algunas basadas en la evaluación del resultado del tratamiento y otras orientadas al impacto financiero.

En un ejemplo de un ARC basado en resultados, el fabricante proporciona suficiente suministro de un nuevo medicamento de forma gratuita durante tres meses. Si el medicamento ha demostrado ser efectivo, el pago comenzará a partir del cuarto mes. En una variación de ese enfoque, el gobierno reembolsa el costo del medicamento desde el principio, pero si los hospitales consideran que el tratamiento es ineficaz, la

compañía farmacéutica devuelve la cantidad que se gastó.

En un ARC con base financiera, la compañía farmacéutica podría acordar, por ejemplo, reembolsar un cierto porcentaje de los gastos de medicamentos, absorber los costos de los medicamentos durante el período inicial del tratamiento o pagar otros medicamentos utilizados en la terapia de combinación.¹

Dada la enorme inversión necesaria para desarrollar un medicamento exitoso, más el hecho de que las compañías farmacéuticas a menudo tienen sólo unos pocos años para recuperar esa inversión para un medicamento innovador que puede curar una patología, el precio puede ser una barrera para llevar nuevos productos al mercado.

Los acuerdos de riesgo compartido ofrecen la mejor esperanza para una solución de ganar-ganar-ganar. Los pacientes obtienen un acceso más rápido a medicamentos innovadores que pueden salvar vidas y mejorar su calidad de vida, la organización de salud del gobierno obtiene un mejor control sobre su presupuesto y los fabricantes reciben una mayor previsibilidad con respecto al precio y el acceso al mercado.

Del financiador que teme no poder financiar la cobertura de su población y necesita establecer un criterio de selección de prioridades basados en el valor que agrega la innovación (no es sostenible el todo para todos).

Del productor que teme no poder seguir vendiendo sino existe mercado que pueda pagar por la innovación. Los acuerdos plantean ya no sólo asociar los pagos a las unidades vendidas sino a la consecución de determinados objetivos (previamente acordados) en términos de efectividad, eficiencia o impacto presupuestario.



Los ARC requieren un fortalecimiento de las estructuras que faciliten el análisis y monitoreo de los acuerdos. Sistemas de información en la administración de la salud que permiten una mejor evaluación y compatibilidad real de las diferentes bases de datos (historial clínico informático, alta hospitalaria, registros de mortalidad, discapacidad, beneficios farmacéuticos, costos de salud, información sobre pruebas de diagnóstico, pacientes de los diferentes entornos de atención médica).

Alinear objetivos de diferentes sectores en la búsqueda de objetivos comunes. El problema por el cual se decide el ARC debe especificarse perfectamente y deben cumplirse objetivos claros.

Los objetivos deben guiar el diseño del estudio y saber que la implementación es costosa debido al tiempo y esfuerzo requerido por el diseño como los recursos asignados a la supervisión y evaluación.

“No hay manera de establecer tales números en principio porque las condiciones para cada producto son diferentes, y es necesario confiar en el resultado de los datos clínicos para determinar cualquier compensación. Esa situación requiere un alto nivel de confianza entre el gobierno y la industria, y afortunadamente se ha establecido ese tipo de confianza”.ⁱⁱ

Un aspecto clave de los acuerdos de riesgo compartido debe ser la confidencialidad, de modo que la información sobre los resultados y los costos del tratamiento no pueda ser utilizada contra los fabricantes por sus competidores.

“Solo el gobierno y la compañía conocerán los detalles”. “Cada uno debe aceptar que esos detalles no se pueden divulgar al público, a los hospitales ni a otras partes interesadas. Sin ese acuerdo, el sistema no puede funcionar”.ⁱⁱⁱ

CASO DE TAIWÁN

Taiwán tiene la ventaja de contar con un seguro nacional de salud (NHIA) que es un programa de pago único que cubre al 99.9% de la población y que no tiene copago para enfermedades catastróficas como cánceres, insuficiencia renal y enfermedades raras.

El programa ha estado vigente durante más de dos décadas y cuenta con un índice de satisfacción del 80% para el público. Desde hace un par de años no puede sostener la tríada cobertura completa, acceso comprensivo y ausencias de mecanismos de control y ha comenzado a tener déficit presupuestario.

La propuesta para implementar el reembolso basado en resultados en Taiwán apunta a avanzar hacia un sistema de salud más basado en valores que haga un uso más efectivo de los recursos financieros.

Las recomendaciones iniciales de la NHIA sugieren que: a) los nuevos medicamentos contra el cáncer que no cumplan con el término de supervivencia previsto, el valor mediano observado en los ensayos clínicos, no se reembolsarán y b) cuando el término de supervivencia del innovador es superior a la alternativa terapéutica disponible en la actualidad, pero no alcanza el plazo previsto, sólo se reembolsará el 10% del costo del medicamento.

Los recursos limitados de NHIA y el incentivo para incluir medicamentos innovadores han llevado a Taiwán a acercarse más a la contratación basada en el valor. La oncología es el área de enfoque piloto, pero la expansión a otras áreas de terapia es inevitable.

Con una población cada vez más envejecida, la demanda de medicamentos cardiovasculares y cerebrovas-

culares sería alta. Por lo tanto, estas categorías de medicamentos podrían ser las siguientes en la lista de candidatos adecuados para contratos innovadores.

La evaluación precisa del término supervivencia en la práctica del mundo real a veces es imprecisa. Un término de supervivencia más corto podría verse afectado por diversos factores además del impacto del medicamento bajo evaluación (enfoque de la industria).

Cuando bajamos del mundo clínico ideal (estudios clínicos randomizados) al mundo de evidencia real encontramos una brecha de resultados importantes que hacen dudar respecto de los precios que se pagan. En ese momento comparamos la eficacia y seguridad de los estudios clínicos versus la efectividad y seguridad de la tecnología aplicada al mundo real.

En Taiwán, lleva más de dos años enumerar los nuevos medicamentos contra el cáncer en la lista de reembolsos del NHIA y la mayoría de las terapias innovadoras e inmunológicas no logran superar el problema. Si los contratos basados en el valor pueden contribuir a un proceso de aprobación acelerado e inclusivo, tanto las compañías farmacéuticas como los pacientes se beneficiarán, lo que permitirá el pago hasta la muerte en algunos casos, pero en otros casos rechazará el pago incluso cuando la calidad de vida haya mejorado.

Algunos grupos de pacientes también han instado a la NHIA a exigir que las compañías farmacéuticas compartan más del riesgo involucrado en el pago a cambio de mejores tasas de reembolso. Las tasas de reembolso más altas no sólo aumentarían el atractivo de Taiwán como mercado farmacéutico, sino que también permitirían un acceso más rápido para los pacientes.

CASO DE CATALUÑA

Gran experiencia habiendo implementado 20 ARC entre 2011-2018. 86% basado en resultados de salud y 14% financiero.

Los ARC del sistema catalán tienen objetivos muy claros: a) monitorear el uso de medicamentos vinculados a un diagnóstico (información básica: indicación y duración), b) conocer la adherencia a los criterios clínicos establecidos por el programa de armonización farmacoterapéutica (garantizar el cumplimiento de los informes) y c) evaluar los resultados de salud.

La gestión de los ARC implica, en primer lugar, a) limitación de la incertidumbre presupuestaria, b) limitación de la incertidumbre sobre la evidencia, c) gestión de las expectativas de las partes interesadas.

EL FUTURO DE LOS ARC

Los franceses suelen mencionar el tiempo de innovación que vivimos como “la caída del velo de la ignorancia”. Cuando las innovaciones científicas tecnológicas (genoma) comienzan a descifrar los riesgos para la salud de una persona mediante su ADN (medicina personalizada) se termina la lógica del seguro que es la incertidumbre del riesgo de enfermedad.

El seguro que se basa en el riesgo potencial (ignorancia sobre lo que va a pasar con la salud del asegurado) ahora se convierte en una certeza por lo cual muchos pacientes comienzan a tener curas con medicaciones que atacan la causa de las enfermedades pero que cuestan miles de dólares. Los sistemas públicos de salud se organizaron sobre una base de solidaridad universal que permite constituir un esquema de pool de

riesgo y compensar riesgos (jóvenes financien a los ancianos, sanos a los enfermos y los de mayor renta a los de menor).

La amenaza se acerca rápidamente por aquellas situaciones en las que se combina: la efectividad de la medicación, la alta incidencia de personas con diagnóstico y el alto precio del tratamiento (caso de hepatitis C).

Los sistemas de salud aún los integrados con las ventajas que tienen para negociar y establecer políticas y prioridades tienen dificultades para sostener la triada: acceso amplio, calidad y gratuidad.

Existe la ventaja de implementar ARC en sistemas de salud únicos y / o integrados donde la gestión de la información clínica permite un monitoreo o sistemas más precisos con un único pagador que vinculados a través de contratos como Cataluña, donde los proveedores privados deben entregar la información correspondiente. La fragmentación de los sistemas conspira contra la posibilidad de organizar la demanda y negociar en mejores condiciones. Estos son los casos de Estados Unidos, Colombia o la Argentina.

Uruguay con el Fondo de Recursos Nacionales o Brasil con la capacidad de compra y el complejo institucional de ANVISA, CMED y CONITEC podrían estar en una mejor posición para proponer acuerdos de riesgo compartido. Se podrían explorar acuerdos regionales para algunas patologías en las que la unión del país no es suficiente para manejar la situación.

La Argentina con su variedad de financiadores y proveedores, carece de capacidad sistémica para planear ARC, pero tiene una institución clave como PAMI con 5 millones de beneficiarios y siendo pagador único que podría estar en óptimas condiciones para plantear

y negociar acuerdos con medición de resultados clínicos lo cual le permitiría evitar la asimetría informativa y realizar un seguimiento de los procesos clínicos y sus resultados considerando la medicación incorporada.

Este instrumento de gestión será cada vez más clave para asegurar el acceso y la permanencia de los pacientes que lo requieran a los tratamientos de alto costo y baja incidencia. Es necesario suplir la fuerte desarticulación del sistema con esquemas de medición de resultados clínicos de los tratamientos sobre pacientes y la incorporación de guías clínicas y protocolos que permitan fortalecer la demanda en la relación asimétrica prestacional que existe y que se acentuará con este ritmo de oferta de sofisticada y de alto nivel de precisión clínica sobre los pacientes.

La Argentina debe comenzar un camino para ponerse a la altura de los desafíos si no quiere verse sometida a procesos de exclusión e incremento de la inequidad al acceso, tratamiento y resultados. □

i Fuente: International Research-based Pharmaceutical Manufacturers Association (IRPMA)

ii Fuente: Heather Lin – IRPMA

iii Fuente: Heather Lin – IRPMA

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



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

Programa Médico Obligatorio (PMO) Actualización a Julio de 2019 del gasto necesario para garantizar su cobertura

La Universidad ISALUD y PRO-SANITY CONSULTING, en conjunto, realizaron su investigación anual (novena actualización consecutiva) tendiente a conocer el valor de la canasta prestacional conocida como PMO, con especial aplicación en las Obras Sociales Sindicales, de las que surgen los indicadores utilizados. Es también un objetivo de este trabajo determinar en qué medida están financieramente en condiciones de brindarla a sus afiliados. El sector con cobertura de OSN y EMP tiene al Programa Médico Obligatorio (PMO) como la canasta de prestaciones obligatorias.

Asistimos a un año pleno de desórdenes económicos, con altísima inflación y una gran devaluación de la moneda. Existe pérdida de referencia de precios del mercado. El Sistema Sanitario se encuentra en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los altísimos indicadores de pobreza e indigencia, que impactan como ningún otro elemento en el estado sanitario de la población.

Los resultados en los indicadores de Salud no condicen con la magnitud del gasto. Nuestro Sistema es fragmentado y segmentado. Existen fuertes inequidades en el mismo tanto en el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios prestados. El gasto directo realizado por la población, cercano al 30% del gasto total en Salud, muestra un sistema de escasa progresividad. Estos valores se acrecentaron con el paso del tiempo.

El Sistema de Seguro Social Obligatorio cubre al 59% de la población, siendo las Obras Sociales Sindicales responsables de la cobertura de alrededor del 33% de la población de nuestro país. De ellos hay un 28% (casi cuatro millones) atendidos por las EMP por el sistema de opción de cambio. Las Obras Sociales se han desfinanciado por varios motivos. Se han desregulado los aportes y contribuciones de mayor magnitud a EMP que además no aportan al FSR, aquellos pagos directos recibidos de los afiliados

desregulados por acceso a planes superadores. Sus ingresos dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, que han perdido valor con relación a la inflación existente.

Han debido cubrir obligatoriamente al Sector de monotributistas y monotributistas sociales y al personal de casas particulares, cuyos aportes son sustancialmente menores. Reciben del INSSJP por los Pasivos un valor ínfimo en relación con el costo de la atención de un mayor de 65 años. Y todo ello sumado (en este caso con impacto en todo el Sistema de Salud) al incremento de enfermedades crónicas y una esperanza de vida cada vez mayor, nuevas tecnologías, sobre todo en medicamentos (biotecnológicos) cobertura de prestaciones incorporadas al SUR en caso de discapacidades (Prestaciones Educativas cubiertas por Salud), amparos judiciales de prestaciones no costo efectivas, un SUR desfinanciado, retrasado y con devoluciones parciales de los valores de mercado (a veces menores al 50%). Muchos medicamentos de Alto Costo incorporados al PMO no cuentan con cobertura SUR. Va desapareciendo, literalmente, en forma progresiva el sistema de solidaridad interinstitucional.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Corte realizado el 31 de julio de 2019. Mejora de la matriz considerando las variaciones epidemiológicas, de modelos, tecnológicas etc. que van ocurriendo en el Sistema de Salud y su impacto en los indicadores de uso. Uso de diferentes precios de mercado. No se incluyen los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos. Población de hasta 65 años, tanto para hombres como para mujeres. Indicadores correspondientes a grandes conglomerados urbanos, provistos por O. Sociales, Cámaras, Administradoras, etc.

ELEMENTOS ESPECÍFICAMENTE CONSIDERADOS EN ESTA ACTUALIZACIÓN

Atentos a los cambios de indicadores de algunos de los componentes del PMO, año a año realizamos actualizaciones de ellos. En ésta hacemos un análisis del rubro Medicamentos, abordándolo en forma integral dentro del PMO, los Egresos en Instituciones de agudos con Internación, y el renglón de Prótesis, que ha modificado sustancialmente las tasas de uso desde el estudio inicial.

LOS MEDICAMENTOS

Participan en muchas de las prestaciones incorporadas en el PMO, ya sean de diagnóstico como de tratamiento. En nuestra grilla se encuentran analizados en dos renglones por separado, los medicamentos en ambulatorio y los medicamentos especiales. Pretendemos en este pequeño apartado perfeccionar su análisis, observando su participación en otros renglones importantes de la canasta del PMO. Ellos son, los Programas Preventivos y los Egresos.

PROGRAMAS PREVENTIVOS: Inmunizaciones, métodos anticonceptivos y leches medicamentosas. La cápita mensual de los Medicamentos de los Programas Preventivos es de \$ 75 a valor P.V.P.

MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO, (cobertura al 40, 70 y 100%). Aquí se consideran, entre otros, los medicamentos por patologías crónicas (anticoagulantes, asma, artritis reumatoidea, patologías cardiovasculares, dislipidemias, epilepsias, etc.) con cobertura al 70% y los cubiertos al 100% cuyos rubros esenciales son los medicamentos para la diabetes y los medicamentos para discapacitados.

INTERNACIÓN se analizó el peso de los diferentes tipos de medicamentos en el costo de cada egreso.

Recetas/beneficiario padrón/año:	3
Recetas/beneficiario consumidor/mes:	1,71
Valor receta:	\$ 1.134
Cobertura promedio ponderada:	62 %
CÁPITA ANUAL:	\$ 2.108
CÁPITA MENSUAL:	\$ 283,50
Paga la OBRA SOCIAL.	62 %
Valorizado por P.V.P.	\$ 175,67
Paga el afiliado de su bolsillo	38 %
Valorizado por P.V.P.	\$ 107,83

Representan alrededor de un 25%. A un costo estimado de cápita por internación de agudos de \$ 453,71, el costo por medicamentos se ha estimado en \$ 113,42.

MEDICAMENTOS ESPECIALES se dividió el análisis en dos tipos de medicamentos, los cubiertos por el SUR y aquellos que no están cubiertos por él, sean oncológicos o crónicos no oncológicos. Todos son considerados medicamentos de Alto Costo. Siendo que los valores a los que se pagan (mercado imperfecto) difieren en cada Agente de Salud y en cada Prestador, se utilizaron valores promedio de referencia y en algunos casos directamente el PVP.

Los Medicamentos Especiales No Sur representan el 21% del gasto total de los Medicamentos Especiales, pero representan el 42% de los tratamientos. La incorporación al PMO de muchos Medicamentos Especiales no incorporados aún al SUR ha significado una modificación sustancial de los indicadores de uso que teníamos en el rubro. El costo total de los medicamentos en el PMO, a partir de

los renglones analizados, es de dólares 16,24 por beneficiario/mes. El valor del PMO al 31 de julio de 2019 con coseguros al 50% es de \$ 2002,78, correspondiente a dólares 45,6 por beneficiario y por mes. Los medicamentos pesan según nuestro estudio el 36 % del valor del PMO. Asociado a un incremento interanual en dólares del rubro medicamentos en su conjunto cercano al 38%, se verifica un incremento en la participación del rubro medicamentos del 26,6% en 2018 al 36% en 2019, o sea un 35% de aumento, con una participación proporcional cada día mayor de Medicamentos especiales que representan el 33,8% del gasto estimado en medicamentos del PMO, a expensas de una disminución de los otros renglones.

INTERNACIONES

Se realizó un detallado análisis del rubro Internación de Agudos En Establecimientos (Internación Clínica, Quirúrgica, Obstétrica, Especializada, UTI, UCO, UTIM, etc. con

medicamentos). Al igual que en el trabajo inicial se consideraron los indicadores por egreso y el costo promedio del mismo. En el actual análisis se incluyeron variables a partir de información a la que tuvimos acceso provista por Obras Sociales y Administradoras, en todos los casos de Obras sociales Sindicales. De esa información han surgido tasas de internación, tipo de internación en un modelo de cuidados progresivos, promedios días de estada ponderados, costo del día cama de cada tipo, etc. En primer lugar, se observa un incremento de la tasa de egresos/100 af. año. Por otro lado, se advierte una disminución del promedio días de estada de 4,5 a 3,73 días por egreso.

En este estudio, la Internación fue considerada de la siguiente manera:

Internación Piso
Internación Clínica Adultos
Internación Clínica Pediátrica
Internación Quirúrgica (adultos y pediátrica)
Internación Obstétrica (partos y cesáreas).
Internación Unidades Especiales
Internación en UTI
Internación en UTIN

Se advierte una modificación de las proporciones de camas de cuidados generales y de camas de unidades especiales respecto al trabajo inicial. Los valores obtenidos por egreso con el formato anterior son superiores a los obtenidos con el nuevo (se incrementa un 28% respecto al del año anterior) pero cuando se corrige con la frecuencia, la diferencia obtenida con la nueva fórmula polinómica difiere sólo en un 2% de la anterior. La consideramos más apropiada a los usos actuales.

Indicadores utilizados:

Tratamientos: 0,0066 por cada beneficiario/año.
SUR: 0,0038 por cada beneficiario/año.
No SUR: 0,0028 por cada beneficiario/año.

Valores obtenidos

Medicamentos Especiales: Cápita mensual: \$ 241,23 beneficiario y por mes. Costo promedio del tratamiento: \$ 438.600
SUR: Cápita mensual: \$ 190,6 beneficiario y por mes. Recupero Sur para las Obras Sociales alrededor de un 58%. Costo promedio del tratamiento: \$ 556.300
No SUR: (Oncológicos + Crónicos no Oncológicos) Cápita mensual: \$50,6 por beneficiario y por mes. Costo promedio del tratamiento: \$ 193.800

PRÓTESIS, ORTESIS E IMPLANTES

Las prótesis quirúrgicas traumatólogías, de cirugía general, implantes cardíacos y vasculares, endoprótesis vasculares, dispositivos urológicos, implantes cerebrales, neuroestimuladores, LIO, etc., son componentes del gasto sanitario con tendencia creciente, vinculado al desarrollo tecnológico y a los cambios etarios. Su uso ha variado y se diversificó en los últimos años.

INDICADORES	
TIPOS	POR BENEF/AÑO
Traumatológicas	0,00488
Cirugía	0,00353
Cardiovasculares	0,00085
Urológicas	0,00092
Neurológicas	0,00027
Otoamplifonos y Prótesis	0,00054
Otras	0,00044

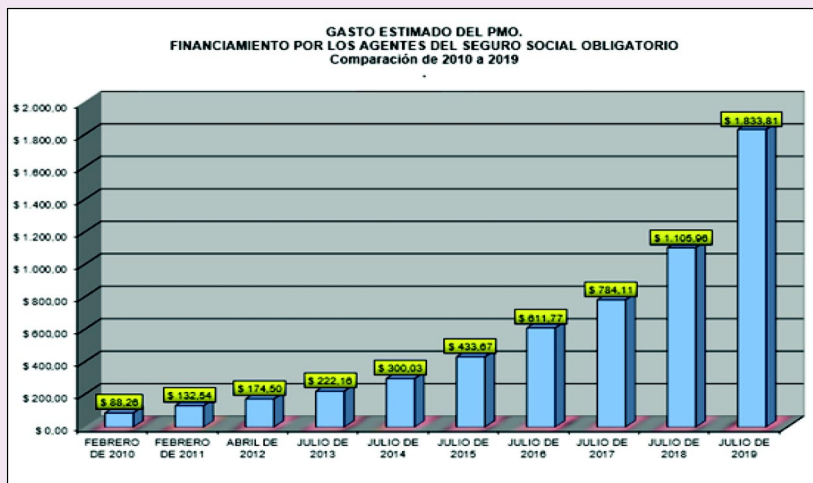
Los precios de mercado considerados han sido actualizados a fines de julio de 2019. Los datos oficiales (IPC), expresan que, para este año (julio 2018/ julio 2019, la inflación ha sido de 55%. La variación del dólar ha sido: 31 julio 18: \$ 27,3 por unidad/ dólar al 31 julio 19: \$ 43,9 por unidad. Incremento interanual: 61%.

RESULTADOS

Si se considera solamente lo financiable por el Seguro Social Obligatorio el valor es de \$ 1.833,81 significando un incremento interanual del 65,8%. El valor total necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo) es de \$ 2.063,02 con coseguros al 100% y de \$ 2.002,78 con coseguros al 50%. Esto ha significado un incremento en un año calendario del 62% con coseguros al 100% y del 64% con coseguros al 50%. Los coseguros de un año al otro han sido incrementados en un 38% por lo que su peso relativo ha disminuido respecto al año anterior.

En el Gráfico siguiente se compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales entre 2010 y 2019. El costo del PMO ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 (más del 40% anual). En 2019 llegó al 65,8% respecto a julio 2018 superando la inflación calculada en 55% en casi 11 puntos porcentuales.

En este análisis del PMO finalizado a fines de julio del año 2019, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 229,21 por mes con coseguros del 100%, de los cuales \$ 107,73 corresponden a medicamentos ambulatorios (47% del total). Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 168,97 de los cuales los medicamentos ambu-



latorios significan \$ 107,73 o sea un 64% del total. Según los datos surgidos de esta actualización, el gasto de bolsillo es un 9% del costo total del PMO con coseguros al 100% y del 8,4% del PMO con coseguros al 50% de lo autorizado. Estos valores son menores a los del 2018.

En la Tabla adjunta se comparan los valores por grupos de prestaciones en julio 2018 y en julio de 2019 teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

Se observa que el mayor incremento se dio en las prestaciones especiales y en segundo lugar en los programas preventivos, todos ellos atados fundamentalmente a los precios de los medicamentos. Se nota en esta actualización un incremento muy importante de las prestaciones especiales, sobre todos los otros grupos de prácticas. Su incremento interanual ha sido del 97,4% superando por más del 30% el incremento global del PMO.

En el rubro Prestaciones Especiales los renglones más significativos y en ese orden son a) los medicamentos especiales, b) la discapacidad, c) los traslados, urgencias y emergencias y visitas domiciliarias, d) la fertilización asistida, e) las prótesis.

Cuando analizamos cada renglón del PMO por separado y no reunidos en los cuatro grupos principales de comparación, se nota que existen algunos tipos de prestaciones que han superado claramente la media de aumento del PMO de un año al otro y, ellos son fundamentalmente los medicamentos.

COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN

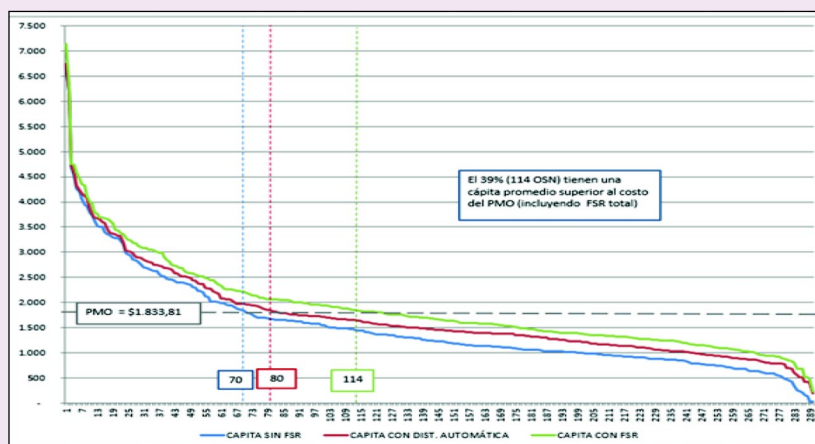
En este apartado se compara el valor del PMO, actualizado para julio de 2019 en \$ 1.833,81 con la recaudación promedio de cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSSALUD sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación, alcanza los \$ 1.887,38 incluyendo los fondos del reintegro FSR, que se adicionan a la recaudación inicial. Es decir, la cápita promedio de la recaudación total de las OSN supera el costo del PMO, en julio de 2019. Es necesario recordar que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración por lo que la cápita promedio de la recaudación total de las OSN apenas cubre los gastos prestacionales.

GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS			
DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2018	JULIO DE 2019	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 86,22	\$ 150,84	74,9
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 447,52	\$ 683,72	52,8
PRESTACIONES CON INTERNACIÓN	\$ 331,32	\$ 484,16	46,1
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 260,91	\$ 515,09	97,4
TOTAL COSTO PMO	\$ 1.105,96	\$ 1.833,81	65,8
Fuente: elaboración propia			

Al desagregar dicha información por OSN vemos que solamente un 39% de dichas instituciones (114 OSN) superan el valor estimado en su recaudación per cápita, mientras que el 61% restante (176 OSN) no alcanza el valor del PMO. En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO representan solamente el 31% de los mismos, o sea las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 69% de los beneficiarios del sistema. Se observa año a año una disminución del número de las Obras Sociales en condiciones de cubrir el PMO.

CONCLUSIONES

La actualización periódica de los valores de las prestaciones que conforman el PMO es una herramienta sustancial para la toma de decisiones de los Agentes del Seguro de Salud, no existiendo al 2019 ninguna referencia oficial. Es un indicador fiable que permite estimar la posible carga financiera que tendría que afrontar una Obra Social que tiene obligación legal de brindar las prestaciones médicas incluidas en el PMO, y cotejar si es factible brindarlo con los ingresos que recibe. Sabemos que los ingresos por Obra Social difieren sustancialmente entre ellas de acuerdo con el sector de que se trate y que, a pesar de existir mecanismos de compensación, muchas de ellas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrirlas. Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran cada año con mayores dificultades para contar con los recursos necesarios para dar cobertura al PMO. En el



Fuente: elaboración propia en base a datos SSSALUD y AFIP.

gráfico siguiente se representa la evolución de los costos de las prestaciones y la inflación. Se ha tomado el año 2010 como base cero, en el caso del costo de las prestaciones y la inflación acumulada de los informes de consultoras y el Congreso de la Nación hasta 2016 y luego del IPC oficial.

Desde el 2010 hasta el 2019, para una inflación acumulada del 295,4% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 364,6%. Se muestra que los Costos de las prestaciones superaron en los diez años considerados en un 69% a la inflación acumulada.

Los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social Obligatorio han perdido relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes Instituciones.

Desde el 2015 se ha producido un incremento significativo en el número de beneficiarios del SUR, incluidos en el mecanismo Integración del FSR. Según la información

que oportunamente brindara la SSSALUD casi el 50% del mecanismo Integración se destina a Educación y un 20% a transporte.

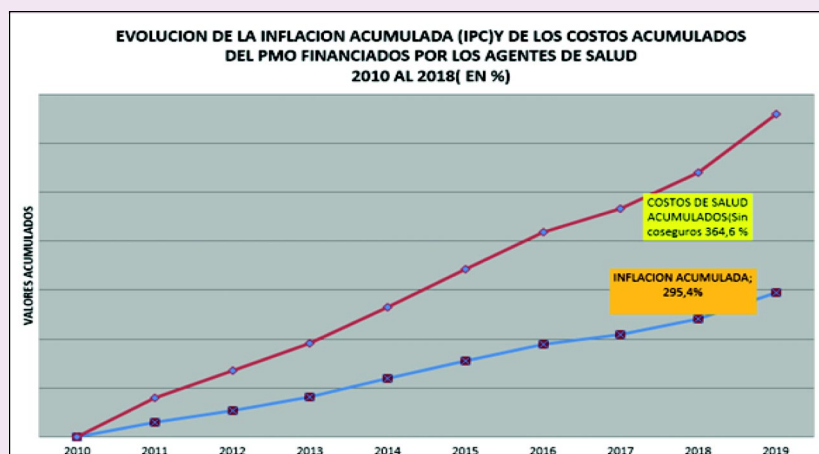
En cuanto al costo de medicamentos se puede inferir que, en el PMO, y sin tener en cuenta quien lo financia (el Estado Nacional, los Agentes del Seguro de Salud Obligatorio, o los afiliados de su bolsillo), los medicamentos pesan como mínimo en un 36% del valor total del mismo.

De ellos, los medicamentos especiales, representan casi el 33,8% de los gastos en medicamentos del PMO, y un 13% del total del valor del PMO financiado por los Agentes del Seguro de Salud Obligatorio.

Se ha verificado un incremento de los medicamentos de alto costo no cubiertos en el SUR. Representan el 21% del total de los medicamentos especiales, pero ya el 42% del total de tratamientos del rubro.

Se vuelve a remarcar la necesidad de un Seguro de Enfermedades de Alto costo o mecanismo similar, para cubrir estas cada vez mayores eventualidades. Las compras centralizadas, pueden ser un mecanismo eficiente, pero insuficiente para el abordaje de la problemática.

Nota: La alta inflación y la devaluación del peso acaecida entre la finalización de todos los relevamientos y esta publicación, nos ha movido a hacer una simple simulación con el fin de determinar razonablemente cuál sería el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, a fines de setiembre de 2019. Se tomaron en cuenta el IPC de CABA y el valor del dólar. Se estima para el 30 de setiembre un valor de \$ 2.107 o sea, un incremento del 15% respecto a los valores surgidos de este estudio. □



Fuente: elaboración propia

La comprensión de los errores humanos

Por Fernando G. Mariona - Abogado (**)



En el campo de la Medicina, desde siempre, el error ha sido una de las causas de producción de daños psicofísicos en los pacientes, que han llevado a los médicos a Tribunales, o al menos a situaciones harto conflictivas.

En algunos casos por el error del diagnóstico, error en el tratamiento, error en la persona destinataria del acto quirúrgico, error de lado, error en el miembro u órgano, error en la medicación suministrada o en la vía para aplicarlo, y otra barajada serie de acontecimientos.

Es decir, que como hemos venido comentando a lo largo de todas las anteriores columnas en *Revista Médicos*, el error está **latente**.

James Reason propone una clasificación de los errores en tres categorías:

- 1. Los errores de rutina:** corresponden al funcionamiento que se basa en el acostumbramiento ("yo siempre lo hice así"). Se trata de fallas en la vigilancia de la ejecución. La acción se desarrolla sin un control consciente, dentro del marco de problemas habituales. El sujeto no ha tomado conciencia de la existencia del problema. Se trata de los errores más frecuentes.
- 2. Los errores de activación de conocimiento:** el sujeto se encuentra frente a una dificultad que no puede resolver de una manera rutinaria. Tiene conciencia de tener un problema y busca una solución. El error va a resultar de una mala solución, la que resulta a su vez de la activación de una mala regla. Este error no es contradictorio con la idea de que el sujeto posee por otra parte el conocimiento de la solución correcta, pero no ha sabido activarla, recuperarla en la memoria, o no ha podido, por falta de tiempo, utilizarla. Le ha dado otra solución -menos válida pero inmediatamente disponible- que se ha impuesto a su lógica de acción.
- 3. Los errores de posesión de conocimiento:** el sujeto ignora la solución del problema que debe resolver. Moviliza toda su cognición, lentamente, paso a paso, para producir una nueva solución. El error puede entonces revestir diferentes formas: solución correcta fuera del plazo necesario; solución incorrecta; mala solución.

¿QUÉ HACER?

Teniendo en cuenta lo comentado, la prevención de las fallas humanas se basa en la construcción de Sistemas Interinstitucionales capaces de limitar y de tolerar los errores.

Los requisitos previos son por supuesto la adecuación de la competencia (capacidad intelectual) de los operadores con las misiones que les son confiadas, y obviamente un presupuesto.

Esto permite en especial tratar de reducir los errores **de posesión y de activación de conocimiento** sin suprimirlos totalmente.

Ese mecanismo da origen a los procesos de selección, de formación y de calificación de los profesionales. No obstante, como ya está visto en los últimos veinte años en la Argentina, este enfoque no es suficiente. Si se revisa este proceso en las Instituciones en nuestro país y se profundiza analizando y evaluando cada Legajo del médico "acreditado", veremos que ha resultado insuficiente, con algunas mínimas excepciones.

Reason insiste en una premisa: el error no es evitable, pero es relativamente previsible en función de lo que está en juego en el momento, las condiciones de trabajo, las competencias, y fundamentalmente el grado de conocimiento que poseen los actores de primera línea.

Lejos de ser una realidad inquietante para la seguridad, esa visión realista pone el acento sobre la necesidad de darle tratamiento a las circunstancias que favorecen la producción de los errores o sus consecuencias, más que procurar suprimir todo error. Suprimirlo es imposible. Es una utopía. El que lo promete, miente o se miente a sí mismo.

Lo que hay que considerar en realidad son todas las acciones humanas que fueron vinculantes entre el accidente y el error que produjo el daño o el resultado inesperado.

Un sistema seguro no es aquél en el cual no se cometen errores, sino un sistema que se protege mediante una serie de defensas en profundidad contra el desarrollo de "historias de accidentes" a partir de los errores cometidos. Ninguna de esas defensas puede garantizar la seguridad, pero su acumulación termina por conferir una confiabilidad aceptable al Sistema Interinstitucional.

La detección y la recuperación retrospectiva acerca de la producción de los errores ocupan, un lugar importante dentro de esos sistemas. La literatura muestra de una manera convergente (Allwood, 1984; Rasmussen, 1997; Reason, 1993; Rizzo y otros, 1987, etc.) que los operadores más brillantes no son los que cometen menos errores, sino aquellos que detectan y recuperan mejor la información sobre los errores cometidos, para tratar de evitar que vuelvan a ocurrir.

Para desarrollar una cultura Institucional de Gestión de los Riesgos y Seguridad del Paciente, conviene disociar las nociones de falta por un lado y de error por el otro. Es necesario conocer qué es lo que no se ha venido ocurriendo en la historia siniestral dentro de los establecimientos médicos, para tratar de evitar que vuelva a pasar, *haciendo lo que no se hizo*. Y sobre todo cuantificar en cuánto se ha visto afectado el patrimonio de los actores involucrados, incluido obviamente el del establecimiento médico.

Lo más probable es que el sistema de trabajo médico en la Argentina, conspire para el desarrollo de un Sistema

Interinstitucional de esta cultura. Pero atentos, cuando el momento del reclamo llega, los médicos estarán de un lado y los establecimientos del otro, en materia de defensa.

El error humano siempre se presentó como una falla culpable (imprudencia, impericia, negligencia) ligada a la inconstancia y a la soberbia del ser humano, capaz de lo mejor y de lo peor. Es a la vez un obstáculo enorme para la obtención de una performance regular y repetitiva, y también la fuente de fallas más graves que ponen en evidencia la permanencia de la frecuencia y la severidad de la producción de errores en el sistema del cuidado de la salud en la Argentina.

Para desarrollar una cultura de Gestión de los Riesgos y de Seguridad del Paciente, debe desarrollarse **antes** una acción interinstitucional de análisis de conductas, procedimientos, conocimiento e interés de los profesionales y técnicos, que debe ser examinada independientemente de la responsabilidad del individuo. Se trata de determinar las causas y el contexto del error. Esto supone liberarse de la búsqueda del responsable.

En efecto, todo sistema de producción lleva en sí mismo condiciones que favorecen el error: defectos de concepción, defectos de reglamentación, carencias de *management*. Se trata de errores latentes. El operador de primera línea revela esos errores latentes mediante errores patentes con motivo de circunstancias particulares.

El análisis de la producción de los eventos dañosos ya no debería estar centrado únicamente en buscar los errores de los operadores. También debería estar en la búsqueda de las inexistencias o las insuficiencias en las defensas del sistema de producción interinstitucional que permitieron que el error del operador, la falla en la defensa o una combinación de todas, degeneraran en un accidente dañoso.

Para hacer progresar la Seguridad del Paciente, sería conveniente considerar que el accidente no está ligado *únicamente* al error del operador (¿“Y por casa cómo andamos?”).

El accidente está más bien ligado a las situaciones en las cuales un error humano ha podido ocurrir, y, mediante una “cadena de circunstancias”, conducir al accidente por falta de protección del Sistema de Producción.

El accidente no es más que el revelador de una o varias defensas inexistentes o defectuosas del sistema en su conjunto. Un sistema seguro debería permitir resistir a los errores humanos y a las fallas de la defensa y protegerse contra sus consecuencias: se trata del enfoque sistémico de la Gestión de los Riesgos y la Seguridad del Paciente.

Sin embargo, en cientos de casos, el error humano será considerado como una falta susceptible de comprometer una responsabilidad, pero del otro, del actor de primera línea, y no del “Sistema de Producción” al que ese “otro” se incorpora casi siempre por un breve lapso. Entra, se equivoca porque no hay defensa que se lo impide y se va, dejando las esquilas repartidas por el campo.

La ley y la jurisprudencia se ocuparán de definir la responsabilidad aplicable a esas situaciones. Y los operadores de primera línea y los establecimientos médicos se seguirán lamentando sin pensar en solucionar las fallas de la defensa. ¿O no? □

(*) Abogado- Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.
(*) CEO de RiskOut S.A.



Es nuestro compromiso
brindar atención de
excelencia personalizada,
aplicando el tratamiento
radiante indicado
para cada paciente

- SBRT – Radioterapia estereotáctica extracraneal
- IGRT – Radioterapia guiada por imágenes
- IMRT – Radioterapia de intensidad modulada
- RC – Radiocirugía estereotáctica cerebral
- 3D – Radioterapia conformal tridimensional
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

La uberización de la salud



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Estos comentarios hacen referencia a "When the Waiting Room Is Your Living Room" y "The 'On-Demand Economy' Is Revolutionizing Consumer Behavior - Here's How" accesibles en la red.

El uso y pulsión de la tecnología en el sector ya está produciendo disrupciones que se perciben como un ataque concertado, con transformaciones en múltiples áreas como en los servicios en línea, el diagnóstico con las aplicaciones de la Inteligencia Artificial y el Big Data y soluciones cuasi inmediatas que combinan hardware, software y servicios interconectados. En todo este tema extenso el inicial cual punta de "iceberg" es la "uberización".

Con una frecuencia de impacto semanal un servicio nuevo es lanzado o adaptado a esta temática y organiza a trabajadores free-lance, es decir con tiempo disponible para asistir y ayudar a aquellos que poseen dinero, pero no el tiempo y de esto no escapa la salud.

Enlazados con la economía en línea creada por las empresas tecnológicas está teniendo una evolución similar a la implosión de la Internet en los años 90 y posteriores. Todo esto dentro de un proceso de flujos y factores paradigmáticos a los que estamos acostumbrados. Cuasi la propia revolución del siglo XXI.

Nuevos emprendimientos en línea:

- Enviar un médico o una enfermera a la casa o al trabajo de una persona para situaciones -no de emergencia- como una faringitis estreptocócica o un tobillo torcido.
- Ofrecer tratamientos intravenosos para condiciones como el jet lag, resacas o intoxicación alimentaria.
- Proveer tratamientos para inyectables como Botox, así como para el cuidado de post-operativo de cirugía plástica.
- Entregar pastillas en casa.
- Un "gimnasio sobre ruedas" que envía al entrenador con el equipamiento al hogar de la persona.
- Más allá de los nuevos emprendedores, ahora también grandes corporaciones de tecnología están buscando participar. Como referencia Amazon adquirió el año pasado Pill Pack, un servicio en-línea que organiza y entrega fármacos con prescripción.

Apple y Google también han hecho adquisiciones al acelerar sus esfuerzos en nuevas tecnologías para médicos, pacientes y consumidores.

Estos emprendimientos en el sector salud enfrentan retos adicionales para alcanzar su viabilidad financiera. La movilidad genera responsabilidades y pasivos adicionales, siendo uno de los obstáculos principales el seguro. En este caso el seguro debe proteger a la empresa y también a los empleados, quienes asumen riesgos adicionales al atender en una vivienda u oficina:

- Pueden aparecer problemas en el traslado (como accidentes de tránsito) o en la vivienda del cliente (como en fallas de equipos).
- Riesgo de un diagnóstico errado al no disponer el médico del equipo apropiado.

"Los emprendedores que usan esta cobertura médica plantean que su modelo de negocios representa un ahorro para los aseguradores, ya que las personas buscarán atención médica más temprano cuando ésta es fácil, asequible y no haya tiempos de espera largos para una cita o en las oficinas del médico. La detección y el tratamiento anticipado prevendrá la conversión de un problema en una enfermedad debilitante que más adelante pueda requerir atención de emergencia u hospitalización. Otro beneficio es que los médicos y enfermeras pueden identificar condiciones desencadenantes para la salud en la casa del paciente".

"Ya las empresas aseguradoras están comenzando a agregar servicios en línea a sus planes en las pólizas e incluso están conformando asociaciones con emprendedores que hacen visitas al hogar para personas con condiciones crónicas, como hipertensión y diabetes".

Y todavía nos falta hablar de la robótica, el Big Data, la Internet de las cosas, Community Manager, y tantos otros cambios de paradigma... que ni imaginamos para beneficio del paciente y el acto médico. □

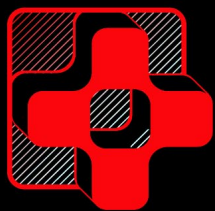
(*) Médico; Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud | Doctorando | UBA

**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 2020

18va. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

23.24.25 | SEPTIEMBRE

Centro Costa Salguero. **Buenos Aires, Argentina**



En conjunto con:



El mayor evento profesional
y punto de encuentro para
el equipo de la **Salud**.

☎ (54-11) 4791-8001
✉ info@expomedical.com.ar

f in @ expomedical
www.expomedical.com.ar

Médicos Municipales

Importante distinción del Senado de la Nación

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



En el marco del día de la Sanidad, el Senado de la Nación fue el eje de la ceremonia central que aglutinó a diversas personalidades y entidades relacionadas al ámbito de la salud y en ese marco la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires recibió varias menciones entre ellas el “Diploma de Honor” a La Casa del Médico Jubilado, a las Comisiones de Salud Mental y de CyMAT, a Centros de Salud y a su presidente el doctor Jorge Gilardi por la labor integral al frente de la misma.

En este sentido, el doctor Gilardi destacó: “Siempre es conmovedor y gratificante el reconocimiento de la labor de colegas y de las acciones que hacen a la construcción de la Salud Pública de calidad que queremos todos; y mucho más cuando se realiza en un ámbito como la Honorable Cámara de Senadores donde se toma nota de las necesidades del sector y de todas aquellas acciones que se realizan en el día a día en beneficio del sistema de salud”.

Cabe señalar que el Prosecretario de Coordinación Operativa del Senado, Ángel Torres, ante un auditorio colmado de médicos e invitados especiales, resaltó la creación de la Casa del Médico Jubilado y destacó la importancia de distinguir a los médicos y su gran desempeño profesional. Dicho diploma fue recibido, en representación de la AMM, por la doctora Margarita Belda Montero.

Al respecto el titular de la AMM señaló: “Este es un espacio que a nosotros nos llena de orgullo porque se trabajó durante muchos años y nos emociona porque de su matriz participaron colegas que ya no están, como el doctor Monis, a los que recordamos a diario y le rendimos nuestro más sentido homenaje. Es el momento de ocuparse de aquellos que hicieron mucho por la profesión, por los otros y por la AMM. Son quienes nos guiaron y nos llevaron de la mano durante la vida, transmitiéndonos sus conocimientos. Ellos se merecían este lugar”.



La Casa del Jubilado está enclavada en pleno barrio de Recoleta donde antes funcionaba en Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Se trata de un edificio nuevo de tres plantas, con mobiliarios acordes a las normas de seguridad e higiene que se requiere en estos casos y ambientado para la incorporación de nuevas tecnologías, proporcionando un espacio versátil.

“Es un lugar creado para que el socio tenga un espacio de vinculación participativa y un espacio de reflexión. Fue diseñado para el desarrollo de su valoración y sus capacidades; en este lugar se podrán realizar sus actividades físicas y desarrollar sus capacidades intelectuales y culturales junto a sus colegas y amigos”, añadió.

“En esta etapa hay tres aspectos muy importantes: El primero tiene que ver con el aprendizaje y el desarrollo de las nuevas tecnologías, el manejo de celulares y las nuevas herramientas como internet o el propio home banking. El segundo eje importante está relacionado con la salud, la gimnasia en movimiento que es muy importante porque es una tarea de aprendizaje que redundará en bajar los niveles de estrés y favorecer la relajación cuando uno se pone en contacto con uno mismo. Finalmente, la tercera vía está relacionada con lo vinculado a la lectura con talleres destinados para tal fin. En suma, un espacio para compartir con amigos, colegas y que además sirve para informarse y transmitir experiencias”, agregó.

“Es un reconocimiento, una forma de agradecer y retribuir por todo lo que nos dieron durante su carrera. Muchos de ellos participaron de la vida gremial de la AMM, otros con sus enseñanzas desde el campo estrictamente laboral. Por eso, nuestra gestión le da mucho valor a la tercera edad y este lugar será un punto de encuentro para todos aquellos que nos regalaron sus mejores años de sus vidas. Para muchos fue un homenaje para nosotros representó hacer realidad un sueño”, remarcó.

El reconocimiento del Honorable Senado de la Nación a la Asociación de Médicos Municipales es un hito de mucha importancia porque reconoce a una institución que trabaja en defensa del sistema de salud, de la mejora en las condiciones de trabajo para quienes transitan a diario por los pasillos de los hospitales porteños, ya sea mejorando la seguridad en los hospitales o en la puesta en marcha del sistema de protección legal ante cualquier agresión que puedan llegar a sufrir. La casa del Jubilado es un eslabón más en una cadena que marca la importancia de la institución y que ya es una referencia dentro del sistema y para la sociedad. □



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

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

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES



**BRINDAR CONTENCIÓN
A LOS PACIENTES
Y SUS ACOMPAÑANTES.**

**EN ALGO TAN CÁLIDO
Y VALORADO SE BASA
LA CALIDAD DE
NUESTRO SERVICIO.**

Los operadores están formados y continuamente capacitados para brindarle al llamante, el marco de contención y seguridad necesario para intervenir en cada situación, con instrucciones específicas, previas al arribo de la ambulancia.

LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD

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



www.acudiremergencias.com.ar

