



OPINIÓN

Amnesia provincial
sobre la
función salud

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella



COLUMNA

Información y toma
de decisiones
en salud pública

Por el Dr. Hugo E. Arce



DEBATE

Mitos y realidades
de los planes
parciales

Por el Lic. Patricio Pasman

Méⁱdicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 114. Enero 2020

ANUARIO 2019

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS



GALENO

TECNOLOGÍA PARA TU TRANQUILIDAD LLEVANOS CON VOS



ONE CLICK TO CALL & CHAT

Solicitá asistencia **haciendo un solo click.**



TELEASISTENCIAS

Accedé a **consultas médicas online**



HERRAMIENTAS ÚTILES

Utilizá nuestro administrador de gastos, pronóstico, traductor de idioma **y más!**



REINTEGROS ONLINE

Tramitá tus reintegros en sencillos pasos **desde 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



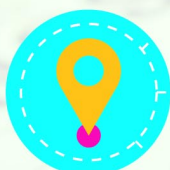
UNA SOLA
FACTURA



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✓

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.
Teléfax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:
Esteban Portela (diseño),
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.

OBRAS SOCIALES

¿La salud del sistema solidario tendrá una cita en la agenda legislativa 2020?
Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de OSUTHGRA **8**

Los costos de las "Trampas Cognitivas"
Por el Dr. Alfredo Stern - Médico - Director Médico de OSPSA **10**

La sociedad del vale todo...
Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión **12**

La judicialización de la salud
Por la Dra. Cristina Sáenz - Abogada - Miembro de la Comisión Directiva de FAOSDIR
Gerente de Relaciones Institucionales de OPDEA **14**

MEDICINA PREPAGA

"Necesitamos otorgarle sustentabilidad al sistema de salud"
Por el Dr. Fernando Werlen - Director General de SanCor Salud **16**

"Era por abajo, Palacio"
Por el Lic. Julio Díez - Director - Dirección Comercial Corporativa - Swiss Medical Group **18**

Innovar es el camino
Por el Lic. Sebastián Fiks - Gerente Comercial Omint y Omint Assistance **20**

Es imperioso contar con un contexto de mayor previsibilidad
Por Juan E. Funes - Director Comercial de GALENO **22**

¿Es posible reconstruir el sistema sanitario argentino?
Por el Farm. Ricardo Lilloy - Presidente de CEMPR **24**

PRESTADORES

Desafíos 2020 para un sector asfixiado
Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de Adecra **26**

CADIME

Sector privado y APS
Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico, Máster en Economía y Ciencias Políticas
Gerente del Área Técnica de CA.DI.ME **28**

CADEID

Vigésimo aniversario de CADEID
Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID **30**

COLUMNNA

Información y toma de decisiones en salud pública
Por el Dr. Hugo E. Arce - Director, Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS **32**

VOCES

Algunas señales alentadoras en materia de salud
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar **34**

OPINIÓN

Amnesia provincial sobre la función salud
Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL **36**

COLUMNNA

¿Qué gobierno para qué salud?: federalismo, coordinación y equidad
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA **38**

DEBATE

Mitos y realidades de los planes parciales
Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Entidades de Medicina Prepaga **41**

COLUMNNA

Crónica de una muerte anunciada
Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA **44**

COLUMNNA

Los incrementos de la salud corporativa en 2020: una ecuación compleja
Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson **46**

COLUMNNA

Umbral y valores en evaluación de tecnologías sanitarias
Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD **48**

COLUMNNA

Final de ciclo: balance de estos cuatro años en salud
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública **50**

OPINIÓN

Protagonismo para la defensa de la salud pública y sus residentes
Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales **52**

LIBROS

EL VALOR DE LAS ENCUESTAS DE SALUD - "Que piensan los argentinos sobre la salud" (2019)
Prosanity Consulting - Poliarquía Consultores **54**

COLUMNNA

No todo es lavarse las manos
Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut S.A. **58**

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.



NUEVAS FUNCIONALIDADES DE LA APP

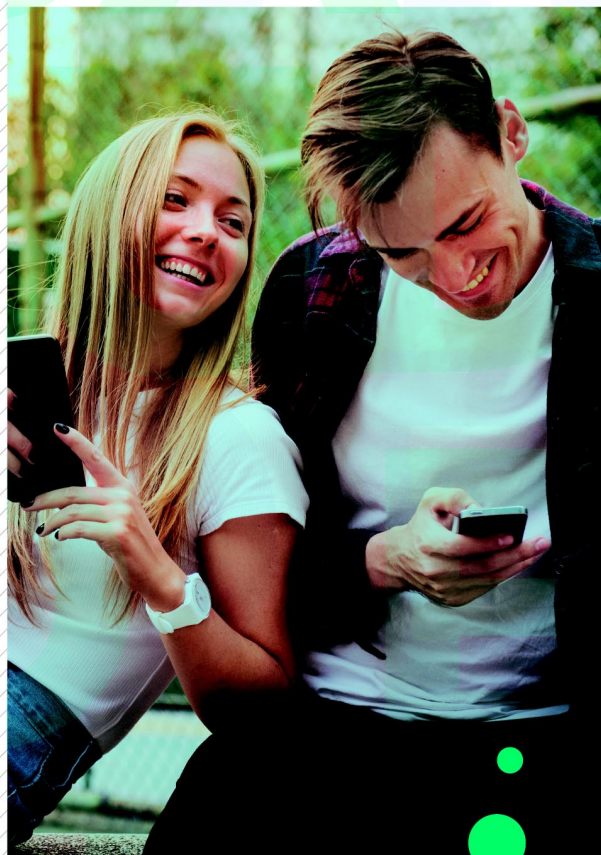
UNA APP TAN AMIGABLE QUE SE PREOCUPA POR VOS

Seguimos evolucionando, por eso desde tu celular ahora podés gestionar trámites, sacar turnos y obtener resultados de laboratorio en todos nuestros Sanatorios y Centros Médicos Propios. Porque lo único que no cambia son las ganas de seguir acompañándote.

- GALENO APP:
 - ▶ Cartilla médica
 - ▶ Credencial virtual
 - ▶ Video consulta médica
 - ▶ Receta digital
 - ▶ Turnos en Sanatorios de La Trinidad y Centros Médicos Propios
 - ▶ Trámites on line
 - ▶ Resultados de laboratorio en Sanatorios de La Trinidad y Centros Médicos Propios
- Plan de salud adaptado a tu necesidad.
- Cartilla médica calificada.
- La mayor red de Sanatorios y Centros Médicos propios del país.

GALENO. LA SALUD DE ESTAR JUNTOS.

Más info en
www.e-galeno.com.ar



¿La salud del sistema solidario tendrá una cita en la agenda legislativa 2020?



Por el Dr. Benjamín Surace (*)

El Subsector de las Obras Sociales Nacionales recibe el 2020 con dificultades en el financiamiento que requieren de soluciones legislativas. Hay varios proyectos para resolver los problemas del financiamiento que se han elaborado en el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social y que esperan ser atendidos. No es el único problema pero no menos trascendente es el generado por el precio de los medicamentos y la nueva tecnología sanitaria.

¿La Argentina debería ir hacia la regulación del precio de los medicamentos?

Monopolios, alto costo de los genéricos y biosimilares, gravedad de la enfermedad, enfermedades ultra raras, ¿estos precios son condición imprescindible para asegurar la Investigación y Desarrollo? Y en última instancia la innovación, es tal como desea la sociedad o desearía pagar por la curación de las enfermedades?

La crisis económica limita los recursos disponibles, y nos impone ser más eficientes en el uso de los mismos, tanto en la atención sanitaria, en la investigación clínica y en la investigación del valor de los medicamentos para estar en los planes de cobertura.

Cinco de las diez empresas más rentables en EE.UU. fabrican medicamentos. En Europa la Industria Farmacéutica representa la mayor contribución individual a la balanza comercial europea. La mayoría de los países no dejan que las empresas farmacéuticas establezcan de manera unilateral el precio.

La política de regulación necesita una construcción previa de información, de seguimiento, y de monitoreo. No es una política que puede aparecer de pronto y tratar de intervenir sobre el nivel de ganancias, necesita un mecanismo de construcción y rectoría del Estado.

En primer lugar, la demanda se puede considerar inelástica con respecto al precio, es decir que las variaciones de precios afectan en un pequeño grado al nivel de demanda. En segundo lugar, cuando hay escasa o nula competencia, las empresas farmacéuticas están en una situación de aprovechar esta inelasticidad. En tercer lugar, la industria tiene costos de Investigación y Desarrollo, costos de publicidad y comercialización, costos por la gestión de la propiedad intelectual, e impuestos indirectos sobre el precio de los medicamentos, por ejemplo, el impuesto al valor agregado (IVA). Pero este tipo de costos no son imputables objetivamente a un medicamento concreto, ni mucho menos a una unidad producida de un medicamento.

La regulación también puede tener fallos iguales o mayores que los de un mercado imperfecto: así, los reguladores pueden no tener la información necesaria o no tener la capacidad o el conocimiento para utilizar adecuadamente dicha información.

¿Una Agencia de Regulación de Precios de Medicamentos debería estar separada de una Agencia de Evaluación de Tecnología? Evidentemente para la mayoría de los países desarrollados sí, por diferentes razones que van desde el expertiz que requieren hasta la transparencia en la evaluación clínica de la nueva tecnología.

¿CÓMO LO HACEN EN OTROS PAÍSES Y QUE VARIABLES EMPLEAN?

En primer lugar separan La Agencia de Evaluación de Tecnología del organismo encargado de la regulación (Agencia Reguladora, Comisión Interministerial con funciones específicas en el tema; Equipo o Comité de regulación de Precios de Medicamentos con dependencia de la Agencia que autoriza el ingreso al país de la tecnología y su comercialización o dependencia de otra Autoridad Gubernamental).

En cuanto a las variables que analizan según los países pueden ser diferentes aun en el mismo país según el tipo de medicamentos: beneficio marginal, comparación de precios internacionales, análisis de minimización de costos, análisis de costo efectividad, análisis de costo efectividad incremental, precios de referencia internos y otros componentes vinculados al valor social y a la capacidad innovadora. □

PAÍS	FIJACIÓN DE PRECIO
España	Precios internacionales / prima de precio si hay valor terapéutico añadido. Precios nacionales de comparadores para el resto.
UK	Primas que supongan un RCEI razonable. Umbrales excepcionales para ultra-huérfanos y fármacos con impacto presupuestario bajo.
Alemania	En los niveles 1-3, prima sobre el precio de sus comparadores. Al resto, precio que no exceda el coste del tratamiento estándar (Frontera de la eficiencia).
Italia	Ventajas de precio para medicamentos innovadores (sin regla formal).
Francia	Los medicamentos ASMR I-III, basada en el beneficio marginal y en los precios internacionales. Para el resto, precios de referencia de los comparadores o menores.
Suecia	Prima de precio basada en el RCEI. Perspectiva social. Múltiples umbrales de aceptabilidad.
Austria	Primas sobre el precio promedio europeo si el fármaco ofrece beneficio añadido significativo.
EE.UU.	Opera la libertad de precios. Negociación de descuentos de cada aseguradora.
Australia	Nivel 1: AMC. Nivel 2-3: ACE (precio en función del RCEI aceptable, precio de comparadores, precio internacional y otros factores).
Canadá	Referencias internacionales y RCEI para fijar el precio máximo de los mayores avances. Para el resto, sistemas de precios de referencia interna.
Japón	Primas de precio del 70-120% por capacidad innovadora; 35-60% por utilidad de grado I; 5-30% por utilidad II. Ajustes por precios internacionales.

Fuente: Zozoya y col. / Fundación Weber

(*) Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de OSUTHGRA.



LLEGÓ

MÁS OSDE

UNA NUEVA PLATAFORMA
DIGITAL LLENA DE BENEFICIOS
QUE INVITAN A VIVIR
EXPERIENCIAS SALUDABLES,
CREADA PARA NUESTROS
AFILIADOS EN TODO EL PAÍS.

**PORQUE DISFRUTAR
TAMBIÉN ES SALUD.**



Cuidado personal



Gastronomía



Turismo



Entretenimiento



Actividad física



¡Descargá la APP!

App Store

Google Play

**Queremos que
más gente se cuide.**



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, informate de los términos y alcances del Plan 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. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. Para conocer tarifas sobre los planes que OSDE pone a disposición, comunicate con el 0810-555-6733, a través de nuestra web o por mail a contacto@osde.com.ar.

Los costos de las “Trampas Cognitivas”



Por el Dr. Alfredo Stern (*)

En la economía de la salud existen formas diversas para estimar la razonabilidad en la gestión de recursos cuando se trata de prestaciones o productos que implican una inversión de importancia.

Este tipo de evaluaciones pone en jaque las decisiones que se pretende tomar en un marco de racionalidad sin embargo lo que en realidad ocurre es el problema clásico de la falta de dinero suficiente para cubrir necesidades y expectativas en aumento.

Casi siempre se calcula valorizando la costo-efectividad y los años con calidad de vida que se ganan mediante la tecnología a aplicar, pero además se deben tener en cuenta un conjunto de factores que conducen a dudas, sesgos y contradicciones.

Como explicó Daniel Kahneman (*Nobel de Economía 2002*) es difícil aprender a pensar mejor y aunque creemos que somos racionales, nuestras decisiones dependen no sólo de nuestra capacidad de pensar y analizar situaciones, sino más bien de la interacción con el “sistema rápido” que es intuitivo y emocional.

Reconozcamos que vivimos tiempos turbulentos en organizaciones porosas donde las decisiones sobre el avance de las tecnologías nos provocan miedo porque, conscientes de su posible eficacia, no podemos dejar de pensar cómo se pueden solventar y qué otras necesidades dejaremos de cubrir.

En adjudicación de recursos para la atención de salud nos encontramos en forma permanente con este conflicto. Cuando racionalizamos entendemos que es imposible acceder a todo lo que existe independientemente de su costo. Pero cuando nos toca decidir sobre nosotros mismos o nuestros seres queridos, actuamos en forma totalmente distinta.

Es fácil aceptar las diferencias sociales y económicas en bienes y servicios funerarios, aún cuando cada uno de nosotros tiene ideas propias sobre qué cosas integran el concepto de “lo prescindible”. Pero es muy difícil aceptar que los progresos científicos de los cuales depende la vida de una persona, sean restringidos exclusivamente a quienes pueden pagarlo.

Si bien hay sociedades donde mayoritariamente se acepta qué sí y qué no forma parte de la obligación de cobertura ya sea con impuestos al trabajo, renta nacional o cualquier otra forma solidaria, no es menos cierto que estos acuerdos se generaron hace años, cuando la expectativa de vida era distinta y muy especialmente, cuando el desarrollo tecnológico era muy diferente al actual. En esas épocas era posible que aún con sacrificio, los no pudientes pudieran acceder a prestaciones de salud que el conjunto había acordado no financiar.

Muy distinta es la situación actual. La tecnología nos desborda y hoy existen medicamentos de altísimo costo y otros a punto de lanzarse al mercado más costosos aún y que podrían ser adquiridos exclusivamente por los más ricos del planeta.

Si bien podemos caracterizar esta realidad como “epocal” ya que trasciende las fronteras de los países y se ha convertido en un dilema mundial de este tiempo, no es menos cierto que su impacto es más profundo en países con renta baja o media como el nuestro, y donde las desigualdades de acceso son manifiestas.

Como si esto fuera poco, cabe insistir una vez más que toda posibilidad de financiamiento racional desaparece en una especie de “Triángulo de las Bermudas” conformado por la judicialización de pedidos sin aval técnico, la legislación absurda y las tecnologías de súper alto costo.

De allí surge la necesidad en nuestro país de profundizar el debate sobre la atención de la salud. Particularmente porque pareciera que el tema sólo adquiere interés cuando, por tragedias o por casos particulares que acceden a titulares de gran impacto emocional, le prestamos atención.

Confiamos que la gestión que se inicia dará respuesta a estos problemas en un marco de racionalidad técnica y adecuada comprensión política que un pueblo sin salud y sin educación tampoco tiene futuro. □

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



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

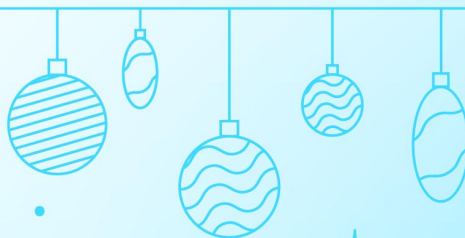
Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

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



Que el nuevo año que comienza
sea motivo de reflexión, unión y
solidaridad y traiga prosperidad
para todos los argentinos.

Feliz 2020



Consejo de Administración

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

 www.andar.org.ar    [andarobrasocial](https://www.instagram.com/andarobrasocial)   Mundo Viajante

La sociedad del vale todo...



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

A partir de 1949 con el nacimiento de los derechos de los trabajadores y de los derechos sociales, se abandona el modelo de la beneficencia en la salud por un nuevo sistema donde el eje era el sistema público de salud considerando efectivamente como derecho humano, consagrado en la Constitución Nacional.

A partir de la sanción de la creación de las Obras Sociales Nacionales se reafirma un modelo de salud solidario.

Venimos luchando para llevar adelante un cambio en el paradigma donde la persona es parte de la construcción de la salud y no un objeto para manipular o un cliente para usufructuar.

En el campo de la neurolingüística, sin embargo, coincidió con el advenimiento de la etapa superior del capitalismo, que fue y es la transnacionalización de la economía mal llamada globalización.⁽¹⁾

Se transmutó la palabra paciente por la de "cliente". Los derechos de los pacientes se unirían en un matrimonio de conveniencia con los llamados derechos del consumidor, abarcando la demanda de bienes y servicios.

Esto constituye la primera falacia acerca de la salud pública.

El querer curarse se transformó en el querer como deseo, sin freno como consumidor.

El mercado y el marketing influyeron sobre los pacientes-consumidores.

Todo es válido, sin reglas académicas ni método científico que las avale.

Esto se cimenta en la Medicina como negocio, con la patologización de la vida. Todo se presenta como un logro en nombre de la salud asociando lo justo con lo recomendable.

Se refleja en los **altísimos presupuestos** en marketing de la industria de la tecnología médica y de la farmacéutica. La inversión en comprar conciencias, en forma material o subliminal, se agiganta, incluso en nuestro país expresado en los cambios de paradigma de la enseñanza de la medicina, o llegando hasta derrocar gobiernos.⁽²⁾

MERCANTILIZACIÓN DE LA MEDICINA

Los estrategias del mercado van más allá aun, inventando enfermedades, que sirven a los nichos de consumo del mercado, de la tecnología y sobre todo a la industria farmacéutica.

El sistema de salud debe lidiar con un ciber paciente omnisciente,⁽³⁾ que indaga en la Red su propio diagnóstico y hasta las alternativas terapéuticas generando una situación inédita desde la aparición del método clínico. Abonando la tecnologización de la semiología y llegando a lo que es más grave aún: "al querer es poder".

Esto constituye la segunda falacia acerca de la Salud Pública.

Saber que existe un método diagnóstico o terapéutico, es querer usarlo... marketing puro... aunque sea superfluo.

No importa si está bien indicado: LO QUIERO.

En una cultura donde todo tiene su precio ese querer confiere el per-se de reclamar por un estudio o terapéutica biomédica, o una droga que no siempre está indicada o probada para la enfermedad en cuestión.

O sea que el capitalismo asociado al marketing cambió el modelo protectivo por un modelo de paciente-consumidor que exige impulsado por el deseo, sin saber si sirve o no sirve.

No hay marketing de los hábitos saludables que son muchas veces más efectivos y masivos, tales como el derecho al movimiento de niños y adultos. Calzado adecuado y accesible, para prevenir patologías de columna o ropa adecuada que permita la ventilación de la piel.⁽⁴⁾

Necesitamos más espacios verdes y menos desarrollos inmobiliarios para pocos.

Notamos emprendimientos de construcción en la Ciudad de Buenos Aires a contramano de las recomendaciones de Urbanistas y de Sociedades de Arquitectos avanzando sobre lo poco que resta de espacio verde para recuperarlos para la gente colectivamente.

Requerimos más controles bromatológicos frecuentes y desarrollados por el Estado.

El derecho al agua potable, a la vivienda digna, al trabajo, al descanso o al esparcimiento... **no tienen mucha prensa.**

Nos encontramos en un ciclo con el mercado a la ofensiva, luchando contra un sistema judicial que todo lo otorga, sin mediar razones valederas.

Confrontando contra el encarnizamiento terapéutico, inhumano a veces, prolongando lo inevitable...

Este es el panorama de la segunda década del siglo XXI, con un sistema de salud fragmentado, entre quienes usan y sobreusan todas las técnicas sofisticadas y otros, más numerosos, que se enferman y a veces, mueren por enfermedades evitables.

Las teorías de mercado constituyen la negación del Sistema Solidario de Salud donde el que más gana aporta para el que menos gana, el sano para el enfermo y el joven para el anciano. Alcanzando un grado de Bienestar General que se traduce en políticas sanitarias con equidad para todos.⁽⁵⁾ □

1. La Economía de las Desigualdades-Thomas Piketty-1997.
2. "El medicamento como bien social" / XXX Reunión del Consejo Federal Legislativo de Salud Buenos Aires, 12 de agosto de 2014 (OPS/OMS).
3. Para comprender las redes sociales - Le Monde diplomatique / septiembre de 2014.
4. Conversaciones con la Dra. Liliana Chertkoff / Medica Sanitarista/Epidemióloga / 2019.
5. Capital e Ideología-Thomas Piketty / 2019.

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



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.

La judicialización de la salud



Por la Dra. Cristina Sáenz - Abogada (*)

En esta época que se encuentra exacerbado el individualismo es necesario volver al bien común, a preservar el bien colectivo frente a los abusos en que muchas veces se incurre en la defensa de los derechos individuales.

En el ámbito de la salud, donde los costos han perdido cualquier parámetro, es necesario crear una malla protectora para lograr la cobertura necesaria de la mayoría de los afiliados. Y, si hablamos de costos, ineludiblemente debemos hablar de beneficios.

Porque los recursos son finitos y procurar la salud del afiliado es un concepto muy amplio. Nadie sospechó cuando en el 2002 se publicó la resolución 201 creando el Programa Médico Obligatorio, que, dentro de este listado de prácticas de cobertura obligatoria para los Agentes del Seguro de Salud y Empresas de Medicina Prepaga, en 2019, nos encontraríamos proveyendo medicamentos cuyo valor oscila, en algunos casos, en más de u\$s 80.000 la dosis, haciendo prácticamente peligrar la vida misma de muchas de las citadas instituciones del mercado.

A esta altura de la disquisición, llegamos a un punto relevante. ¿Por qué o con qué criterio médico sanitario se incluyen las prácticas en el PMO? Esta pregunta debe hacerse a los organismos responsables de la determinación de incluir las prácticas de cobertura obligatoria sin que se haga un estudio fáctico, médico y económico que establezca su necesidad con la objetividad que la ciencia permite.

Y entonces, llegamos al final de la cadena de sucesos y nos encontramos con la judicialización del reclamo, para que, por este medio, se logre la cobertura de lo que quizás la ciencia no aconseja. La responsabilidad en el uso del dinero que administran las Obras Sociales recae en todos los actores sociales y no escapa al órgano judicial.

La Corte Suprema de la Nación en la resolución 1699/01 Fallos 324:3988 determinó que "el principio de solidaridad devendría ilusorio y cualquier contribución de carácter extraordinario repercutiría indefectiblemente en forma desfavorable en los derechos del conjunto de los afiliados que con su aporte personal permitirán el mantenimiento de la cobertura que les corresponde".

Así llegamos a la opinión del juez, quien sin tener conocimientos en la materia y en el marco acotado de un Amparo Judicial dicta una Medida Cautelar, que resulta de aplicación inmediata y que no se suspende por su apelación, sin haberse interiorizado del costo - beneficio que lo requerido brindará al afiliado reclamante y lo que es peor, sin conocer en forma acabada el perjuicio que ese gasto produce en la Obra Social y/o Prepago.

La utilización de procesos acotados como el Amparo debería disponerse de forma restrictiva sobre todo cuando está garantizado el acceso a la cobertura médica resguardando la salud de los afiliados. La acción de Amparo está

reservada a situaciones ante la falta de otros remedios legales, es una vía excepcional para paliar situaciones donde existe riesgo de vida o peligro en la demora que supone el desarrollo de otros procesos judiciales. Esto no siempre se da.

El juez hace lugar a lo pedido por el amparista con una Medida Cautelar, sin tener acabada noción de la necesidad y si la demora que llevaría producir prueba puede perjudicar realmente al reclamante. Muchas veces el otorgamiento de la Cautelar agota la pretensión objeto del reclamo principal confundiendo el objeto de la cautelar con el del juicio en sí mismo. Existe el agravante que de cubrir lo requerido por la amparista cautelarmente afectaría el principio de solidaridad, si, finalmente la sentencia definitiva no confirmara el fallo de la cautelar.

Es en esos momentos cuando nos preguntamos ¿Quién devuelve el dinero gastado? ¿Cómo reclamar su devolución y a quién? Preguntas que no se pueden responder sin terminar convencidos que debemos intentar un nuevo juicio con el dispendio procesal que esto acarrea para aquellas instituciones que están para cubrir la salud de sus afiliados y no para litigar.

Esto es muy difícil de corregir, pero no imposible. En nuestro país hace ya bastante tiempo se propone la creación de una llamada Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para resolver futuras incorporaciones al PMO y/o actualizarlo.

Esta Agencia debe colaborar con el juez, quien necesariamente debe consultarla antes de ordenar una Medida Cautelar. Los dictámenes de la Agencia deben ser vinculantes, porque son los especialistas los que tienen los conocimientos para que el juez fundamente acabadamente sus fallos sin vulnerar derechos y ajustado a la realidad económica.

Todo esto debe estar apoyado desde todos los organismos del Estado. Debemos lograr cerrar el círculo evitando que estas medidas caigan frente a nuevos reclamos judiciales. Debemos convencernos que todos tenemos derecho a tener acceso a las nuevas tecnologías y a recibir la medicina de avanzada, pero desde el Estado también deberán sincerar la situación y decir con qué dinero y cómo.

Porque si no terminaremos teniendo fallos que serán ilusiones impracticables, creando falsas expectativas, sin tener nociones de la realidad misma y así nunca podrán ser satisfechas las necesidades básicas de los afiliados en su conjunto. O lo que es peor tendremos fallos, pero, un Sistema de Salud que brinda hoy cobertura al 60% de la población, quebrado. □

(*) Miembro de la Comisión Directiva de FAOSDIR - Gerente de Relaciones Institucionales de OPDEA.

*La SOLUCIÓN INTEGRAL para el ÉXITO
de su EMPRESA DE SALUD*



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



PROSANITASBSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

Interact
SOLUTIONS



Av. del Libertador 6285 3º P.



info@prosanitas.com.ar



011.4648.3349



@ProSanitasBSC



prosanitas.com.ar



ProSanitas BSC

10% de descuento hasta el 31 de marzo de 2020.

“Necesitamos otorgarle sustentabilidad al sistema de salud”



Por el Dr. Fernando Werlen – Director General de SanCor Salud

Como todos los argentinos, en SanCor Salud damos cierre a un año 2019 que nos atravesó política y económicamente, un escenario versátil ante el cual tuvimos que adaptarnos flexibilizándonos en diversos aspectos para acompañar el panorama social.

En un contexto de transición y vacilaciones, estamos enfocados en mantener la estabilidad de nuestros proyectos comerciales para continuar brindando a los ciudadanos bienestar, contribuyendo con el cuidado de su salud. Finalizamos un año con un balance general positivo marcado por la transformación, la expansión hacia nuevos rubros y la concreción de objetivos trazados, claro está, atravesados por un contexto nacional que nos exigió previsibilidad y cautela. En este sentido fuimos adaptándonos a la situación real del momento, analizando cuidadosamente procesos y decisiones empresariales, convirtiendo las amenazas en oportunidades, reviendo y ajustando tiempos, pero siempre guiados por la claridad de nuestras metas, manteniendo el espíritu proactivo que nos caracteriza. Así logramos crecer comercial y empresarialmente, posicionándonos en el mercado.

Resulta claro que, en el escenario actual, se presentan dificultades a la hora de diseñar y ejecutar desarrollos comerciales, sobre todo en el sector de salud donde hay un incremento de los costos, insumos médicos dolarizados, significativa carga impositiva que, inevitablemente, se traslada en aumentos que impactan directamente en las personas. En el transcurso del 2019, el valor de las prepagas tuvo una inflación de más del 60% generando alertas o complicaciones para el 70% de los argentinos que se atienden en el sector privado de salud. De hecho, los números lo demuestran por sí mismos: en el último año se redujo el porcentaje de la población con cobertura privada de salud, los ingresos al sistema cayeron entre un 10% y un 15%, como así también hubo más migración de planes altos a más accesibles.

Ante una situación económica-social de poca certidumbre y estabilidad, nos sentimos responsables como Grupo Empresario de acompañar a los ciudadanos buscando e ideando caminos alternativos y respuestas óptimas que contengan y tranquilicen. Para ello, nos adelantamos al contexto nacional diseñando propuestas prestacionales flexibles que van desde coberturas con prestaciones esenciales, hasta reconocimientos altamente calificados, generando opciones de coberturas médicas de calidad adaptadas a cada necesidad. Nuestra intención: llegar a todos los argentinos. En este sentido y con el fin de proporcionar salidas constructivas y ciertas, tenemos a disposición de nuestros asociados una amplitud de planes otorgándoles la posibilidad de moverse de un plan a otro de acuerdo con sus posibilidades y requerimientos. Reitero, nuestra intención es llegar a toda la gente y hacer lo más democrático posible el acceso a la salud. Particularmente, ante la realidad que nos atraviesa, y por esta misma razón que se

aproximaba, lanzamos tiempo atrás una nueva alternativa de medicina privada, **Staff Médico**, ideada para brindar cobertura de nivel con un nuevo esquema de accesibilidad, abriéndonos a otros segmentos de trabajadores. Queremos desterrar que tener una prepaga de calidad es para unos pocos, puede ser para todos.

En esta búsqueda de adaptación y accesibilidad nos encontramos trabajando. Deseamos asegurar la sostenibilidad, ajustándonos a los avances de la medicina y al aporte que proporcionan estos descubrimientos. La concepción de salud se amplió, en la actualidad vislumbramos un concepto integral: salud física, emocional-espiritual y psíquica que, junto a las técnicas de avanzada (biomedicina, farmacología y laboratorios, avance científico y tecnológico de la biología molecular, la física y la química aplicada) e innovación nos posibilitan ajustarnos con nuevas formas de pensar y accionar. El fin: darle calidad de vida a los ciudadanos y, principalmente, tiempo para disfrutarla.

Como compañía que brinda servicios de salud pretendemos que todas las personas vivamos cada vez más conscientes de nuestro bienestar integral, conscientes y saludables. Para ello trabajamos y apostamos a nuestra perfección y permanente crecimiento, enfocándonos en renovarnos constantemente, ideando nuevas estrategias, generando actividades productivas, actualizándonos a las demandas de la sociedad. Con el propósito de ir por más, apostamos a la transformación incorporando a nuestros servicios inteligencia artificial y tecnologías de vanguardia.

Nos espera un año desafiante, un tiempo de recuperación y adaptabilidad, un nuevo año en el que apostaremos al país con las fuerzas centradas en el progreso y la consolidación de las unidades de negocio, cada una con sus objetivos estratégicos: apertura de sucursales; lanzamiento de nuevos productos; innovación en nuestros productos y servicios, así como también en los procesos internos; generación de nuevos puestos de trabajo; desarrollo y concreción de prácticas sustentables.

Y abriendo más la mirada, claro está que necesitamos llevar adelante un trabajo de construcción en equipo por parte de todos los protagonistas (entes públicos y privados) para otorgarle sustentabilidad al sistema de salud. Para ello resulta fundamental el diálogo, la definición de tácticas y objetivos, y el compromiso para asegurarnos una perdurabilidad saludable a este sistema que está debilitado, y hacer más democrático su acceso.

Desde nuestro Grupo de Medicina Privada vamos a transitar el año 2020 con una estrategia integral sólida que tenga como eje central el bienestar y el derecho al acceso de salud, potenciando nuestra presencia a lo largo y ancho del país, sosteniendo el constante desarrollo alcanzado y, por supuesto, diversificándonos para estar cada vez más cerca. □



health
management
skills

Soluciones Tecnológicas para la
operación de organizaciones
públicas privadas que financian
y gestionan la salud.



Transformación
digital de los
financiadores de la
salud



Optimización
del gasto
prestacional



Acompañamiento
integral de la
jornada del
beneficiario



Optimización de los
procesos de
relación con los
prestadores

hms-tech.com/

“Era por abajo, Palacio”



Por el Lic. Julio Diez – Director – Dirección Comercial Corporativa Swiss Medical Group

Que paradoja. El Gobierno que se fue nos otorgó el mayor aumento de precios en términos reales nunca visto. Y las empresas que financian el sistema de salud a pesar del incremento atraviesan uno de sus peores años, sino el peor de los últimos 25.

Desde hace 30 años tenemos los mismos problemas, y terminamos buscando desesperadamente las mismas soluciones. Y por los mismos lugares: **Aumento de precios.**

Acá es donde entra la famosa frase: “Era por abajo, Palacio” por la oportunidad perdida en la definición contra Alemania por la final del mundial en Brasil.

¿Cuándo vamos a plantear las soluciones de fondo? ¿Cuándo vamos a dejar de usar la frase de “tenemos que replantear el sistema de salud en la Argentina”, para hacerlo de una vez por todas? **Yo casi perdí la esperanza.**

Primero hay que entender que, analizando el tema desde la Medicina Privada, hoy somos el tercer subsistema de salud en la Argentina. Pero estamos regulados como si fuéramos el sistema primario y básico. El corazón del sistema de salud.

Viéndome desde afuera en una sesión de terapia, me escucho nombrando los mismos problemas una y otra vez desde hace años. Me canso de sólo oírme, aunque la solución es tan pero tan clara la Argentina es rara.

En economía, donde todos somos profesores, es muy claro que en este país las cosas no funcionan como en otros lados del mundo. Acá no es como dicen los libros. En otros países, vos te levantas a la mañana, preguntás a cuanto está el dólar y te contestan siempre lo mismo. Acá no.

En la Argentina han fracasado todas las grandes teorías económicas mundiales. Se llevó puesto los técnicos más calificados. Hemos dormido a todos los economistas que trataron de ordenar nuestros números. Arruinamos todas las teorías económicas. Somos únicos.

¿Por qué en salud debiéramos ser distintos?

Voy a nombrar cinco problemas endémicos del sistema de salud que venimos viendo desde hace años y no se le puede encontrar una solución:

1. La regulación del precio sobre el tercer subsistema de salud (¿No somos el Business de un avión?).
2. La imposibilidad de hacer una selección de riesgo como en cualquier sistema de seguros (y si no la tengo, dame el reaseguro del Estado).
3. La incorporación de prestaciones médicas al PMO sin financiamiento.

4. Los nuevos medicamentos y tecnologías imposibles de ser financiadas por el sistema.
5. Los fallos y amparos de los juzgados sin conocimiento de la problemática de la salud ni la ley del PMO.

Estos grandes temas han destrozado el sistema de la medicina privada en su conjunto. No hablo de SMG, sino de la totalidad del sistema. Incluyendo las Obras Sociales y los Prestadores Médicos.

Estamos en el peor de los mundos: **precios regulados y costos liberados.**

La suba del costo médico de este año fue nunca vista. Una mezcla de sobreprestaciones “full” y aumentos de precios por encima de la inflación. Y eso que la inflación de este año vino con todo.

Una pérdida de margen de más del 5% en casi todas las empresas del sector. Y esto es trabajar con márgenes negativos. Con pérdida directa.

Voy a volver a ser repetitivo con algunos puntos que considero debieran ser parte de la solución del sistema:

1. Generar una revisión de la ley que tome en cuenta la selección de riesgo o el mecanismo desde el gobierno para generar su reaseguro.
2. Dejar de incorporar prestaciones al PMO sin su financiamiento.
3. Que los jueces dejen de fallar sin entender la problemática del sistema y sin comprender los límites de la cobertura del Plan Médico.
4. Incorporar los coseguros dentro de los Planes Médicos a fin de controlar el gasto médico directamente desde el afiliado.
5. Crear el organismo que limite el acceso de la tecnología al sistema en la medida que no sea financiable.
6. Sin asimetrías en la fórmula de la estructura de costos: precios y costos regulados, o precios y costos liberados.

Está comenzando una nueva etapa con este nuevo Gobierno. Como Ministro de Salud viene un hombre que conoce como pocos la problemática del sector. Que entiende todo.

Ojalá que tenga ganas de encontrar la solución de fondo para el sistema.

Claramente, es por abajo. No es nada más que el aumento de precios. □



**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

Innovar es el camino



Por el Lic. Sebastián Fiks – Gerente Comercial Omint y Omint Assistance

El sector de la salud atraviesa una situación compleja. Los costos para las empresas de la Industria continúan incrementándose, como consecuencia de la inflación médica, la incorporación de prácticas y nuevas tecnologías, el impacto de la devaluación del dólar en los medicamentos, las prótesis e insumos importados y el incremento en los casos de discapacidad; si a todo este contexto le sumamos la situación económica del país, podemos decir que ha sido otro año difícil de afrontar.

Desde Grupo Omint decidimos hacer frente a este escenario complejo, apostando a la innovación, un camino que comenzamos a transitar hace algunos años atrás, y que nos lleva a la mejora y diferenciación continua del servicio que brindamos desde hace más de 50 años.

A partir de 2017, el Grupo Omint tomó el desafío de la transformación digital, entendiendo a la tecnología como una aliada indispensable. La implementación de aplicaciones móviles, consultas médicas por video llamadas, la credencial digital, el desarrollo de un sistema para agilizar los tiempos de espera en las guardias de las clínicas propias del Grupo y el uso de los canales digitales son algunos de los servicios que ofrecemos a nuestros socios, con el compromiso de brindar un servicio y accesibilidad más rápida, efectiva y directa.

Uno de nuestros principales objetivos, que venimos trabajando junto con las distintas áreas de la compañía, es el desarrollo de la versión renovada de nuestra app, una interfaz amigable para que los socios puedan tener fácil acceso a todas las gestiones administrativas.

A través de sus dispositivos móviles, pueden realizar autorizaciones, consultas sobre cartilla, ver las farmacias más cercanas e incluso pedir un turno con un médico de las clínicas del Grupo Omint.

Continuando en este proceso de transformación, uno de los grandes lanzamientos que tuvimos este año, fue Omint Digital: una plataforma pensada y diseñada para cotizar y comprar de manera online planes de salud. Esta novedad para el mercado plantea el beneficio del acceso inmediato al plan, sin tener que realizar trámites de manera presencial.

La propuesta se extiende a nivel nacional a todas las personas de entre 18 y 49 años, con o sin hijos, que se encuentren trabajando en relación de dependencia o en forma particular. Desde su implementación, ya llevamos más de cinco mil ventas a través de la plataforma.

A mediados de 2019, decidimos ampliarnos y sumamos los seguros de vida individual para dar a conocer también la apertura de la nueva unidad de negocios del Grupo, Omint Seguros.

Omint Digital permitió ampliar la forma de asociarse e informarse, y se transformó en una herramienta más de comercialización para todos nuestros canales de venta.

En lo que respecta a los avances en materia de canales de contacto, implementamos Mint, un chatbot con inteligencia artificial que responde consultas simples de socios las 24 horas.

El chatbot fue un desarrollo propio del Grupo Omint, que se realizó en algunos aspectos de manera colaborativa, incentivando la participación de los socios en diferentes aspectos del desarrollo.

Por último, el lanzamiento de la plataforma Bienestar Online tiene una relevancia importante para los médicos de Omint. La toma de conciencia y los cuidados sobre la salud son fundamentales para la prevención de enfermedades sumamente complejas, que podrían evitarse con un cambio en el estilo de vida.

Omint sigue trabajando en la prevención, comparando información relevante sobre patologías y sobre cómo mejorar la calidad de vida, a través de la incorporación de hábitos saludables.

Con esta nueva plataforma ampliamos exponencialmente la cantidad de socios que pueden acceder a programas de prevención, ya que los talleres se realizan de manera virtual y abarcan diversas temáticas.

Hoy brindamos a nuestros socios de manera gratuita acceso a talleres sobre nutrición, tabaquismo, mindfulness, manejo del estrés y claves para dormir mejor.

Estamos convencidos que la incorporación de tecnología en el diseño de nuestros procesos contribuye a mejorar las experiencias y accesibilidad de nuestros socios, como así también el soporte a la tarea de nuestros profesionales.

Desde el Grupo Omint continuamos en el camino de la transformación para seguir consolidando y generando el crecimiento necesario en el sistema de salud en la Argentina.

Con nuevas noticias y transformaciones despedimos el año. ¡Un excelente 2020! □



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

Es imperioso contar con un contexto de mayor previsibilidad



Por Juan E. Funes – Director Comercial de GALENO

Termina el 2019, un año especial en varios aspectos, pero sobre todas las cosas un año que no sólo sorprendió a nuestro sector, sino que lo hizo con todas las industrias generando una enorme incertidumbre.

El mayor problema que persiste es la falta de previsibilidad y un horizonte claro hacia dónde va el sistema, a fin de ir llevando cada uno la gestión empresarial con la mayor claridad posible asumiendo los riesgos empresarios dentro de parámetros de lógica.

Si me hubieran dicho al final del 2018 que íbamos a tener la inflación que tuvimos, el deslizamiento cambiario que tuvimos, la falta de crecimiento de la economía, la vuelta al cepo cambiario, el reperfilamiento de los bonos en pesos, no lo hubiera creído. Pero todo esto pasó y formó parte de nuestra realidad en el 2019, una etapa para reflexionar y para preguntarnos cómo sigue el sistema.

Cuando hablamos de previsibilidad entendemos que no es bueno aplicar ocho tramos de aumentos en un año, pero dado el nivel de crisis que vive el sector, fue sumamente necesario hacerlo. Las Empresas y los afiliados se preguntan si con el aumento del 12% de diciembre ¿La situación ya queda equilibrada o todavía faltaría compensar los aumentos de costos? Y ¿Cuánto más faltaría aumentar?

Es cierto que el aumento del 12% de diciembre reduce el desvío que se produciría en el año 2020 a raíz de la devaluación sufrida durante el año 2019, la cual impacta en un 100% los costos en el próximo año, pero aún persiste un desfase del 10/12% aproximadamente.

Adicionalmente se sigue incurriendo en la incorporación de medicamentos de alto costo y baja incidencia en el PMO (Plan Médico Obligatorio) sin recibir el financiamiento correspondiente para cubrir dichas prestaciones, ya sea por el Gobierno Nacional o autorizaciones para actualización de cuota.

Otro punto que impacta en los costos de las Empresas de Medicina Prepaga es la inflación médica, algo de lo cual ya se habló en varias oportunidades y esta inflación médica es un ítem que se produce a nivel mundial y la Argentina no está exenta de ello.

Dicha inflación ronda entre el 7/8% anual adicional al IPC. Por último, el incremento de la industria farmacéutica del año 2019 alcanzará el 90% de incremento, siendo este porcentaje ampliamente superior al IPC o a la devaluación del peso argentino.

Unos de los puntos destacados del año fue la expectativa que generó la venta de los planes parciales en el sector. Desde GALENO decidimos, por el momento, no avanzar en esa línea, debido a que los mismos no terminan siendo un producto que logre resolver el problema de fondo de la salud. Si bien el mercado ofrece este tipo de productos, desde GALENO entendemos que nuestra oferta de planes de salud debe resolver íntegramente las necesidades médicas.

Tenemos una clara dirección desde la compañía, en seguir ofreciendo planes de una cobertura de excelencia (Plan 220-330-440-550) y alcance a nivel nacional. Entendemos que el comprador de medicina prepaga busca abaratar costos, pero al momento de tener que utilizar el servicio es muy exigente, y los planes de bajo costo terminan no cumpliendo con esa expectativa.

Es por eso que desde GALENO nos esforzamos día a día en sostener el standar de calidad que nuestros asociados merecen y esperan. Es por esto que, en este punto, nos parece mejor, un seguro de salud que un plan parcial que donde incluso no puede usar el aporte de ley para el pago del mismo.

Por otra parte, el segundo semestre del 2019 estuvo constantemente manejando variables de cómo afectaría a nuestro sector el próximo período presidencial. Es muy apresurado poder sacar perspectivas del nuevo Gobierno. Somos conscientes de la crisis económica

que estamos atravesando, y que entendemos continuará al menos por los próximos 12 meses, afectando a todos los sectores del mercado.

Desde GALENO estamos en condiciones de trabajar con el Gobierno y todos los actores que conformamos el sistema de salud, para encontrar un sistema que nos permita revertir el déficit e intentar lograr algunos puntos de rentabilidad.

En definitiva, para cualquier Gobierno es indispensable que las empresas logren volver a

El mayor problema que persiste es la falta de previsibilidad y un horizonte claro hacia dónde va el sistema, a fin de ir llevando cada uno la gestión empresarial con la mayor claridad posible asumiendo los riesgos empresarios dentro de parámetros de lógica.

tener rentabilidad, para poder reinvertir y generar más puestos de trabajo. GALENO hace 35 años fue creciendo bajo ese horizonte claro, trabajando para brindar más y mejores beneficios y reinvertir a fin de generar más puestos de trabajo y servicios de calidad.

El gran desafío para el 2020 es trabajar eficientemente para sostener un sistema de salud que los últimos años fue perdiendo rentabilidad, hasta llegar hoy a un punto de no tenerla. Venimos de años donde las paritarias del sector no podían ser trasladadas a precio, ni en porcentajes (%), ni en vigencias, generándonos un atraso de precios que aún hoy lo vemos reflejado en nuestras cuotas, como exprese anteriormente.

Por otra parte, continuaremos con la transformación digital trazada en la organización, a través de nuestro proyecto "GALENO SOLUTIONS", que traerá beneficios en el corto y mediano plazo a nuestros clientes y socios estratégicos. Desde nuestras Apps y Webs pueden acceder a funcionalidades más ágiles en la gestión de servicios, mejorando notablemente las interacciones y experiencias con procesos más ágiles, flexibles y confiables.

Podemos destacar la Credencial Virtual; Llamando al Doctor (un médico estés donde estés); Gestión de trámites; Cartilla Médica, Turnos on line en Sanatorios y Centros Médicos Propios; Receta Digital 24 horas, todos los días; turnos en guardia médica, sin esperas; Asistente Virtual; consulta de resultados, entre otros.

No podemos dejar de mencionar la preocupación del sector en la reducción en la cantidad de nuevas afiliaciones por un lado y por otro la cantidad de afiliados que pidieron pasar a planes más económicos o directamente darse de baja, producto de la crisis.

En el año pudimos observar, no solo una disminución de nuevas afiliaciones, sino también una disminución en la compra de planes Premium, concentrándose más en planes de cobertura a un costo menor.

En cuanto a la caída de planes es algo que se da en épocas de crisis, y este año se pudo observar en forma más expuesta. Esto fue debido a que los aumentos de cuota fueron aplicándose a lo largo de todo el año, por la continua inflación en la que hemos incurrido. Este impacto inflacionario deterioró el poder adquisitivo de los salarios y como consecuencia llevó a las familias y empresas a revisar sus economías, y la salud no estuvo exenta de ello.

Desde GALENO queremos brindar medicina de primer nivel a la mayor cantidad de población posible, pero en un contexto donde exista una mayor previsibilidad de los factores que impactan en el costo, y una libertad para fijar precios. En toda nuestra trayectoria, siempre hemos direccionado nuestras inversiones a dar más y mejores servicios.

Necesitamos trabajar en forma conjunta con el Gobierno, para que pueda dimensionar la crisis que vive el sector, colaborar para que pueda tomar las medidas necesarias que nos permitan continuar aportando lo mejor de nosotros al sistema de salud de la Argentina, generando valor agregado a la sociedad. □



¡Conocé todos nuestros productos!

 **DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS**

 www.dsalud.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 Proyecto.

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

¿Es posible reconstruir el sistema sanitario argentino?



Por el Farm. Ricardo Lilloy - Presidente de CEMRA (*)

La nueva conducción de CEMPRa inició su mandato poco antes de la devaluación del mes de agosto que terminó de desequilibrar el sistema de salud. A pesar de las febriles negociaciones con el Gobierno intentando buscar medidas que contribuyeran a paliar la crisis provocada por los costos dolarizados en el marco de una inflación galopante, la carga de la judicialización y las prestaciones extra sanitarias que afronta el sistema privado, no se lograron avances. El fracaso del diálogo llevó al aumento de cuotas, un remiendo volátil, que se traduce en la migración de afiliados hacia planes más económicos o hacia otros sistemas.

Cuando hablamos de reconstruir es porque el sistema está dañado en grado extremo y nadie quiere asumirlo. La negación de los hechos es quizás la parte más agobiante pero también quizás lo más grave. Hoy la salud no es sustentable y de eso debemos hacernos cargo. Los gastos son mayores que los ingresos. Todos los componentes del sistema sanitario están desfinanciados y la calidad de cobertura y atención está deteriorándose rápidamente. Los pacientes sienten las consecuencias del desfinanciamiento en las listas de espera de cirugía, restricciones en estudios y medicamentos, demoras en los turnos, aumento de los copagos, nuevos planes más caros y de menor cobertura, etc.

Este escenario es aún más grave para las empresas pequeñas y medianas, muchas de las cuales ya están contra las cuerdas. Hoy el Estado, tanto el Ejecutivo como el Poder Legislativo y el Judicial, está atacando al núcleo de valor de la asociatividad de la sociedad, estableciendo medidas que la desorganizan y debilitan. Un ejemplo de ello es que los sistemas deben atender las demandas de personas que están afuera de estos sistemas, con la eliminación de tiempos de carencia y regímenes de preexistencias. El Gobierno, que sabe que estas son las consecuencias de políticas irresponsables del Estado, en vez de atacar el problema, meramente mira sus consecuencias, como es el caso, de la Resolución 1904 dictada por la Superintendencia de Servicios de Salud, que advierte el problema, pero no plantea una solución estructural.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS GRAVES Y URGENTES POR RESOLVER?

Mientras el sector privado pone el foco hoy en su propia supervivencia, se plantean desafíos inéditos, como, por ejemplo, cómo hacer frente sin recursos al envejecimiento de la población y sus consecuencias sanitarias: enfermedades crónicas, discapacidad, medicamentos de costos millonarios y creciente demanda de cuidado especiales.

Es necesario innovar en la búsqueda de soluciones.

El sistema sanitario es uno solo y lo que se debe encontrar es un equilibrio que optimice su funcionamiento y cobertura y efficiencie la sostenibilidad del conjunto.

Un concepto comparable sería el de la educación. No podría hoy pensarse el sistema educativo en el país sólo con escuelas públicas o con institutos totalmente privados, porque las escuelas públicas estarían colapsadas y las privadas serían sólo accesibles a un minúsculo grupo de élite.

Como ocurre en la educación, el Estado, a través de la disminución de la carga impositiva, puede contribuir a que las cuotas sean accesibles para un mayor número de usuarios, descomprimiendo el sistema público, y focalizando sus recursos en la atención de las poblaciones más vulnerables.

Otra medida para reconstituir el equilibrio es la reformulación de la atención de la discapacidad y las enfermedades que requieren tratamientos de alto costo (y dolarizado). Debería canalizarse toda la cobertura de estos pacientes a través de un organismo único, de financiamiento mixto, que sea especializado, que cuente con la última tecnología, que pueda realizar compras centralizadas, planificadas en base a estadísticas y trabaje con protocolos internacionales y validados de atención.

Una experiencia exitosa en ese sentido fue la compra conjunta de Factor VIII de coagulación para pacientes hemofílicos. Se unieron por primera vez el Ministerio de Salud, el PAMI, IOMA y otras Obras Sociales y lograron reducir un 80% el costo en la primera licitación. Un ahorro de 1.500 millones de pesos por año.

Hay que encontrar soluciones sin recortar derechos. Y hay ciertos aprendizajes que podemos tomar de otros países que aplicaron políticas sanitarias exitosas: poner un poco de racionalidad en la utilización de los recursos de salud (la desmedicalización de la sociedad, la desjudicialización de la salud, utilizar protocolos basados en la evidencia y evaluación de las tecnologías por su costo-efectividad, entre otros); generar las condiciones para prever, para planificar. Y, sobre todo, se necesita la integración de todos los sectores para generar una red sanitaria fuerte que pueda prever y afrontar el costo creciente de las prestaciones de salud. El cambio de gobierno permite la oportunidad única de analizar en conjunto todo el sistema sanitario, reordenarlo, llegar a consensos para corregir sus distorsiones y lograr políticas superadoras. □

(*) Cámara de Entidades de Medicina Privada de la República Argentina.

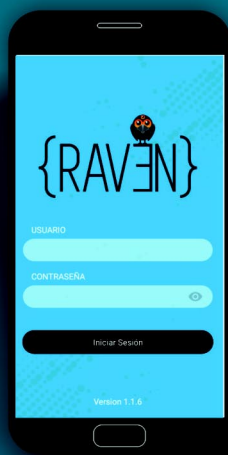
Internación Domiciliaria ahora también en Buenos Aires

Proyectar
Internación Domiciliaria

SRSalud
Planes de Salud

CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR
NACQUA

A diario más de **1500 pacientes** reciben prestaciones domiciliarias a través de más de **1000 profesionales** de la Salud.



Exclusivo y único
Sistema Online de
Monitoreo de Prestaciones.
Aplicación móvil propia
para garantizar la calidad de
nuestros servicios domiciliarios.



Sucursal CABA

Lavalle 391 - 6° A
(+54911) 43138284
43129034

Casa Central Córdoba

Av. San Martín 58 - Villa C. Paz
(+543541) 431984 - 433898
Sucursal La Falda
San Lorenzo 80 - Loc. 6

Sucursal Mendoza

Serú 165, Mendoza
Olague Feliu 840
San Rafael

Sucursal La Rioja

San Nicolás de Bari 110
Ciudad de La Rioja

www.gproyectar.com

Desafíos 2020 para un sector asfixiado



Por el Cp. Jorge Cherro – Presidente de Adecrea (*)

La medicina privada, además de ser una actividad sanitaria de alto valor social, por atender las necesidades médicas de la población (seis de cada diez argentinos utilizan el sistema privado), es un importante polo de la economía que contribuye al crecimiento del empleo de calidad y al desarrollo de la industria nacional.

Según datos del Ministerio de Producción y Trabajo, entre 2015 y 2019 el empleo asalariado registrado en el sector de la salud privada creció un 6% cuando en el resto de la economía bajó un 7,5%. Vemos así que, incluso en un contexto de crisis económica sostenida, el sector de la salud privada sigue siendo uno de los principales sectores que genera puestos de trabajo registrado y de calidad, aún habiéndose observado, en ese crecimiento, una fuerte desaceleración de las contrataciones de personal durante los últimos años.

La conjunción de ser una actividad económica de alto y sostenido crecimiento, con uso intensivo de mano de obra de alta calificación y mucha ingeniería en aparatología e insumos especializados, hace que la salud privada sea uno de los motores más importantes de creación de empleo asalariado formal y de demanda interna de productos a la industria nacional.

Ahora bien, como sabemos, el panorama de los prestadores dentro de la salud privada es extremadamente crítico. Somos la parte más débil de la cadena de valor de la salud. El formato ya instalado en cuanto a los plazos de pago de los financiadores a los prestadores médicos, sumado a los altos índices de inflación de los últimos años, no son sustentables. A su vez, la Superintendencia de Servicios de Salud le regula el precio a los prepagos, pero éstos no trasladan todo el aumento a los prestadores. En paralelo, los prestadores tienen al costo laboral como su principal erogación, donde el aumento de paritarias influye notoriamente en la cadena de valor, pero el problema es que los ingresos de los prestadores van por detrás de la inflación. Estos factores hacen que, mientras más se acelere la inflación, peor sea nuestra situación.

El año pasado fue muy difícil por la crisis financiera. Este año, más aún, por la enorme distorsión entre los retrasados aranceles médicos y el crecimiento de los costos de atención médica. El año próximo seguirá siendo muy difícil también, ya que una crisis económica tan profunda no puede solucionarse de un día para otro, por lo cual no estamos pensando en grandes inversiones; más bien, en hacer inversión de mantenimiento de recursos humanos, de equipamiento e infraestructura para mantener la calidad médica, y esperar a ver cómo sigue la economía antes de apostar por expansiones.

Cabe destacar que el Gobierno que se ha ido nos ha otorgado recientemente la posibilidad de tomar la

totalidad del mínimo no imponible a las cargas sociales, como lo hizo con otros sectores en crisis –las economías regionales–, y esto es un buen paliativo. Sin embargo, ahora hay que seguir trabajando en un plan más integral que elimine las muchas distorsiones impositivas que nos ahogan, como la no devolución del IVA por las exenciones otorgadas a obras sociales y prepagas; la equiparación de la alícuota del Impuesto al Débito y Crédito bancario, a la que le han estipulado a las obras sociales establecer una moratoria fiscal amplia para el sector; las altas tasas de impuesto a los ingresos brutos de las provincias, las tasas de industria y comercio de los municipios, entre otros temas. Se estaba hablando de estos temas con las autoridades salientes pero la crisis del dólar y la inflación hicieron que lo urgente desplace lo importante.

Con las nuevas autoridades se tratará de retomar el tema de la necesaria reforma impositiva estructural. De nuestra parte, estaremos dispuestos a reunirnos, como lo hemos hecho con el Gobierno de Mauricio Macri, y compartir detalladamente el gravísimo cuadro de situación para acordar soluciones conjuntas al corto y mediano plazo.

Y si pensamos en vías de solución para todo el arco de la medicina privada de cara a 2020, en primer lugar, habría que perfeccionar la equidad del financiamiento, lo que implica mejorar la equidad distributiva en el uso del Fondo Solidario de Redistribución. La idea sería aumentar los recursos per cápita de los trabajadores asalariados registrados de menores ingresos. En segundo lugar, hay que tender a darle consistencia actuarial a los planes de salud de los grupos sub-financiados (monotributistas y servicio doméstico) de la seguridad social en función de sus reducidos aportes. Finalmente, hay que prever que la población está envejeciendo y, por lo tanto, en el futuro va a necesitar no sólo más recursos per cápita para los mayores de 60 años sino también una adaptación en el perfil de los prestadores médicos, matizando su organización interna hacia entornos y métodos de cuidados más amigables con poblaciones de edades avanzadas. Para torcer la tendencia de la medicina privada hacia una crisis de financiamiento hay que mejorar la consistencia actuarial del sistema de salud argentino.

Los desafíos a partir de 2020 son complejos y ambiciosos, pero profundamente necesarios para este sector en Emergencia, que sigue batallando y no abandona las esperanzas de mejora. □

(*) Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina. www.adecrea.org.ar



Adecra+Cedim

80 AÑOS

UNA CÁMARA PIONERA
QUE PROTEGE Y JERARQUIZA A LOS
PRESTADORES MÉDICOS PRIVADOS
DE TODO EL PAÍS

www.adecra.org.ar



Sector privado y APS

Desde CA.DI.ME venimos bregando desde hace muchos años por políticas públicas a favor de la regulación del sector, y la integración de recursos públicos y privados para el mejor cuidado de la salud de los argentinos.



Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

Desde 1978 venimos escuchando, y hablando, de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). Desde entonces han corrido ríos de tinta (y megabytes en las redes...) abundando en las discusiones y formulaciones sobre aspectos conceptuales, metodológicos e instrumentales de la misma. Los más viejos, por ejemplo, recordamos acaloradas discusiones sobre "primaria, primitiva o esencial", "estrategia o programa" y "atención primaria o primer nivel de atención". Hemos leído también en estos años sobre varias reinterpretaciones, propuestas y adecuaciones de aquella primera declaración, incluyendo el debate sobre la traducción más adecuada del término en los múltiples idiomas en que debió formularse.

En cualquier caso, e independientemente de su reiteración en el discurso político sectorial a lo largo de los años, la implementación efectiva y generalizada de la estrategia sigue siendo entre nosotros una promesa incumplida.

Seguramente ha sido un obstáculo -y seguramente no el único- el hecho de que la inversión requerida para concretar seriamente la APS no es menor, y no parece políticamente rentable en el corto plazo, ya que se trata de motorizar procesos e importantes transformaciones culturales en la concepción, organización y gestión de los servicios de salud; por otra parte la implementación de APS implica una fuerte reorientación de los valores y contenidos que orientan la motivación y la formación del personal de salud, y particularmente en el caso argentino, una política de reformulación estructural del sistema de servicios de salud en términos de sus modalidades de financiamiento y prestación, por lo menos; y un fuerte compromiso efectivo de los gobiernos en la articulación y coordinación intersectoriales.

Convencidos de la centralidad que la APS debiera ocupar, el concepto de Salud Universal promovido en nuestra Región desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define con claridad unos objetivos para los países conocido como "Pacto 30.30.30"

cuyo objetivo es reafirmar que la salud es un derecho, y que *universal* significa que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras.

Esos objetivos se orientan a lograr los Objetivos de Desarrollo Sustentable en 2030 (ODS), y son: transformar los sistemas de salud de la Región para eliminar las barreras de acceso en un porcentaje cercano al 30%, y conseguir que al menos el 30% del gasto público en Salud, que no debiera ser menor al 6% del PBI, se destine al primer nivel de atención -compone de la APS-.

En nuestro país, un reciente trabajo de la Secretaría de Salud ubica al gasto público en salud en el orden del 2,7% del PBI. Y no es posible saber cuánto de ese monto se destina a la atención primaria.

De manera que el esfuerzo pendiente para hacer realidad una transformación real de los servicios de salud con base en APS es muy grande.

A lo largo de estas décadas hemos venido escuchando de la atención primaria vinculada exclusivamente a políticas y programas del ámbito de los servicios de salud estatales.

Dicho esto, la cuestión que nos planteamos es: ¿se puede pensar en un sistema de salud integrado, eficiente, equitativo y de calidad, que proteja a las personas y sus familias independientemente de la disponibilidad de recursos financieros, sin que se involucre al conjunto de los recursos con que cuenta nuestro sistema?

Es un hecho que el Sector privado en la Argentina cuenta con una extensa red asistencial, con gran accesibilidad geográfica y cultural, integrada por gran cantidad de empresas pequeñas y medianas, y creemos que esos recursos sociales deben aportar activamente a la construcción de un modelo de cuidado de la salud fundamentado en la estrategia de APS.

Veamos algunos números, focalizando en el subsector de diagnóstico y tratamiento ambulatorio: según in-

forma el propio Ministerio de Salud de la Nación, de los 22.751 establecimientos de ese tipo registrados, el 48% (10.968) son de propiedad privada, y están distribuidos en todo el país. Y ello en un contexto de aseguramiento en el que algo más de la mitad de la población argentina recibe servicios de salud en efectores privados, sea con financiamiento a través de la seguridad social o la medicina prepaga.

Desde CA.DI.ME venimos bregando desde hace muchos años por políticas públicas a favor de la regulación del sector, y la integración de recursos públicos y privados para el mejor cuidado de la salud de los argentinos.

Pero además estamos fuertemente comprometidos con los objetivos de Salud Universal y ODS; y en virtud de ellos hemos logrado nuestra incorporación como Miembros con Estatuto Consultivo Especial en el Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC).

Ello porque entendemos que la defensa de los intereses sectoriales de las pequeñas y medianas empresas prestadoras de servicios ambulatorios, no puede limitarse solamente a la puja arancelaria, y es necesario avanzar hacia un mejor sistema de salud para los argentinos.

En mayo de 2020 realizaremos nuestra *Segunda Jornada sobre la Articulación entre el Estado y los Privados y la Atención Primaria de la Salud*, en la que contaremos con la presencia de organizaciones y referentes del sector político, de gobierno, prestadores, financiadores y especialmente de la sociedad civil; con el objetivo de motivar y fortalecer la voluntad y las capacidades para seguir avanzando juntamente con el Estado en la construcción de un sistema de salud eficiente, de calidad, accesible y equitativo. □

Médico, Máster en Economía y Ciencias Políticas. Gerente del Área Técnica de CA.DI.ME.



No hay mejor medicina que
el afecto y dedicación de
quien lo da todo por el otro.

Medifé
está conmigo

medife.com.ar / [f](#) [t](#) [i](#) [s](#)

Vigésimo aniversario de CADEID



Por la Lic. Adriana Figueras – Presidente de CADEID (*)

CADEID ha cumplido sus primeros 20 años de trabajo por la difusión y promoción de la asistencia domiciliar y el apoyo permanente a las empresas del segmento. Nació en 1999 cuando la actividad tenía varios años en el país, pero sólo se consolidaba en Buenos Aires y otras grandes ciudades.

Desde el comienzo **CADEID asumió un rol institucional**, entendiendo que su tarea era propiciar el marco regulatorio y profesional adecuado para que la actividad se desarrolle por mérito propio. Así llegó la resolución 704 del Ministerio de Salud de la Nación que todavía rige la actividad y fue inspiración para la mayoría de las normativas provinciales; y en los últimos años ha hecho foco en la **normalización del sector, la especialización de los prestadores y el desarrollo de estándares de calidad de los servicios**.

Pero resulta inevitable hablar de la Institución sin referirse a la actividad. La asistencia domiciliar es una modalidad de atención de la salud que combina diferentes recursos del sistema, integrándolos a la vida familiar de un paciente y asegurando las condiciones más favorables para su recuperación, sin modificar la efectividad de los tratamientos.

Se ha difundido notablemente en los últimos años tanto en el país como en el exterior y es considerada una alternativa asistencial con importantes perspectivas de desarrollo, porque **combina eficacia en los tratamientos, racionalidad en el gasto y satisfacción en el sistema paciente-familia**, disminuyendo el riesgo infeccioso y otros eventos adversos asociados a la hospitalización. Sin embargo, **la asistencia domiciliar no compete con la institucional, sino que la complementa**, proporcionando al sistema de salud una herramienta flexible y efectiva.

Durante 2018 y 2019 CADEID encaró un trabajo regional y provincial importante, entendiendo la diversidad de situaciones que afrontan diariamente las empresas asociadas, por cuestiones socio sanitarias, disponibilidad de recursos, capacitación profesional y la interrelación con otros niveles asistenciales que cada provincia ofrece.

Ha sido fundamental la opinión, participación y compromiso de nuestros socios en este proyecto de descentralización de la gestión, aportando diferentes miradas del servicio.

En este marco, **CADEID abrió tres sedes en el interior del país: Sede Provincia de Buenos Aires, Sede Nordeste** con asiento en la ciudad de Resistencia y **Sede Regional Centro** radicada en la ciudad de Córdoba, y planea la inauguración de otras cuatro delegaciones durante el próximo año.

Este proceso apunta a generar un intercambio fluido y virtuoso con los organismos rectores de la salud en todo el país.

Propiciamos que nuestra actividad sea considerada con la jerarquía de un **nivel asistencial integrado al sistema nacional de salud** y pedimos a las autoridades sanitarias que eleven las barreras de ingreso a la actividad, impulsando a las empresas a trabajar en capacitación y especialización crecientes.

Nuestras empresas también necesitan de los financiadores, de su crítica y exigencia. Que nos den trabajo demandando la mayor calidad de los servicios. Que nos impulsen a mejorar la salud domiciliar.

CADEID trabaja para ser una herramienta de calidad para los financiadores; para que encuentren en nosotros el marco institucional propicio y con llegada directa a los efectores, para colaborar en la capacitación y formación de los recursos profesionales, en la auditoría y seguimiento de los servicios, y en la búsqueda de soluciones más generales. Poder escuchar sus necesidades y colaborar en el diseño del servicio que necesiten valiéndose de la plasticidad de los cuidados domiciliarios que permiten hacer de cada servicio, ese traje a la medida del paciente.

En cuanto a los socios, CADEID representa la posibilidad de la gestión sectorial y conjunta. Permite abordar temas de la actividad que aún no se han resuelto, como la escasez de recursos adecuados, el marco de contratación precario, la inadecuada capacitación de los profesionales para la soledad de la tarea domiciliar, desafíos vinculados a las tecnologías, seguros y otros productos acordes con las atipicidades de esta actividad y otras funciones que

desde lo corporativo se hacen más factibles para prestadores pequeños y medianos. **Somos un sector PYME**, asistimos a más de 120 mil pacientes diariamente en todo el país y ocupamos a unos 100 mil profesionales. Necesitamos integrarnos.

Los últimos años han sido de trabajo intenso y fecundo para nuestra asociación. Crecimos en cantidad de asociados nucleando hoy, a más de ochenta empresas de todo el país, entre las que se encuentran las pioneras y más grandes del sector.

Trabajamos en la capacitación de los recursos profesionales, e incorporamos programas de formación para los empresarios, dueños y directivos de las empresas.

Se están celebrando acuerdos con CENAS, Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud, con el objetivo de desarrollar programas de acreditación y certificación específicos para nuestra actividad y patrocinar la incorporación de nuestros socios en estos procesos por la mejora y profesionalización del sector.

Destaco además la contratación de especialistas realizada hacia fines de 2019, para llevar a cabo un desarrollo estadístico sobre atención e internación domiciliar, que permitirá contar con información cuantitativa y cualitativa de la actividad, sobre una muestra a nivel nacional superior a cincuenta mil pacientes.

Con la claridad de los objetivos fundacionales y un compromiso muy firme con nuestros socios y la comunidad, **CADEID potencia en el 20 aniversario, su esfuerzo en favor de la salud**. Nuestras empresas son las que prestan el servicio "en terreno"; las que atienden a pacientes e interactúan con familiares día tras día; nuestros profesionales son quienes llegan a sus casas en cualquier punto del país y con cualquier condición climática, con la potencialidad de transformarse en **el servicio más humano que el sistema de salud ofrece a sus pacientes**. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliar.



 **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

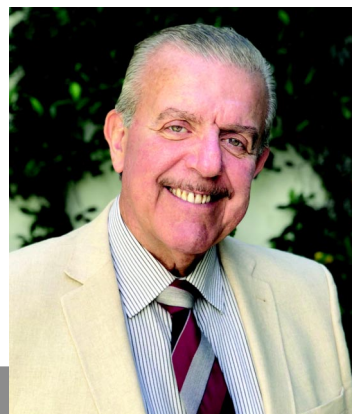
20% INTEGRAL DE COMERCIO (RUBRO MÉDICO)

15% SEGURO DE AUTO

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

Información y toma de decisiones en salud pública

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



A mediados de noviembre participé en una reunión académica internacional, con visitantes del Reino Unido, sobre “la brecha entre el conocimiento y la toma de decisiones en salud pública”. Para un modelo de organización como el del *National Health Service* (NHS) británico, las limitaciones de información que tienen en la Argentina las autoridades sanitarias para tomar decisiones, resultan incomprensibles. Lo mismo ocurriría con otro modelo de organización, como la Seguridad Social (SeS) alemana.

El NHS surgió por una decisión nacional al término de la Segunda Guerra Mundial, con el fin de *socializar* todos los recursos de salud —hospitales públicos y privados, consultorios médicos, servicios especiales— en una única organización piramidal, financiada con los impuestos generales de los habitantes. Luego se fue descentralizando su administración a unidades territoriales reducidas, de modo que actualmente el equilibrio entre ingresos y gastos se debe lograr a nivel de redes locales de servicios, denominadas *trusts*. El NHS asigna un monto por la cantidad y el riesgo de la población cubierta, que se regula según la producción del ejercicio anterior, aranceles modulares (*diagnosis related groups*, DRG) o los resultados en la salud de los usuarios (*pay for performance*, P4P). A lo largo de los años, se fue transfiriendo el riesgo financiero desde la gestión central, hacia áreas cada vez más circunscriptas, con el fin de garantizar el equilibrio general del sistema. Pero la fuente de fondos y la recopilación de información estadística, se mantuvieron centralizadas.

Un modelo anterior, el del Imperio Prusiano, se fue consolidando paralelamente en los países europeos entre ambas guerras mundiales, en base a tributos de trabajadores, empleadores y subsidios estatales, modulados por alícuotas del salario. Esta modalidad de financiamiento —genéricamente identificada como SeS— puede tener unidades administrativas fragmentadas, pero mantienen la unidad de recaudación y de información estadística. En Alemania la SeS es administrada por unas 300 *cajas de enfermedad*, alimentadas con fondos *por capitación* del ente recaudador central, que fija las normas, evalúa el desempeño y aplica un régimen de *premios y castigos*.

En la Argentina desde principios del Siglo XX coexistieron dos subsistemas: hospitales públicos —administrados por organizaciones benéficas— y asociaciones mutuales de trabajadores, organizadas inicialmente por los inmigrantes. Desde mediados del siglo, los hospitales públicos se multiplicaron (inspirados por el NHS), fueron administrados por el Estado y —a lo largo de un proceso de 40 años— transferidos a las provincias; las primitivas mutuales constituyeron como Obras Sociales (OS's) la unidad funcional de un régimen inspirado en la SeS, pero administradas por el respectivo sindicato de cada rama de producción. Como disponen de una cobertura que financian con parte de sus salarios, los trabajadores aspiran a ser atendidos en servicios privados, con mayor dignidad que la que les brinda el hospital público. Más aún, los que tienen mayores ingresos, admiten pagar cuotas adicionales para ser asistidos por *empresas de medicina prepaga* (EMP). De este modo, la estructura de alrededor de 300

OS's, tercerizó en EMP's la atención de sus afiliados más pudientes, con lo que triplicó la cartera de estas empresas. Aunque todas estas entidades son *reguladas* por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD), por tratarse de contrataciones privadas eluden proporcionar estadísticas de rendimiento, y mucho menos de resultados.

Es curioso, visto desde otros países, que pese a que la recaudación de las OS's es centralizada y fiscalizada por la AFIP, el ente recaudador no establece normas de gestión, evaluación de resultados y envío de fondos según población cubierta y riesgos, como ocurre en Inglaterra y Alemania. Además, los empleados públicos de las provincias y sus familias tienen coberturas regidas por leyes locales, por lo que deben agregarse 24 OS's provinciales que, amparadas en el federalismo y en que la recaudación es local, tampoco rinden estadísticas al nivel central. En resumen, estos componentes del sistema de salud, no tienen una supervisión efectiva sobre su desempeño y cuentan con el peso de la legislación pública para recaudar, sin rendir cuentas de la eficacia de sus gastos. Tampoco están compelidos a rendir estadísticas de su funcionamiento, por lo que la fragmentación institucional del sistema, queda resguardada por la falta de control de las autoridades sanitarias.

Por consiguiente, cuando hablamos de estadísticas de *morbilidad* en la Argentina, sólo contamos con los registros de establecimientos públicos (hospitales y centros de salud), que son los que alimentan el Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Los datos de *estadísticas vitales* (nacimientos, defunciones) son relevados por agencias no sanitarias (Registro Nacional de las Personas), y las causas del deceso suelen tener un texto rutinario, para responder a requisitos administrativos, es decir, sin valor técnico. Cuantitativamente, entonces, los datos de morbilidad —provenientes de efectores públicos— sólo representan menos de la mitad de lo que ocurre en el Sistema de Salud, ya que la mayor parte de la atención la presta el sector privado.

Frecuentemente se habla de fortalecer la *rectoría* del Sistema por parte de la autoridad sanitaria nacional, aunque es improbable que esto ocurra, si se tiene en cuenta que la información de que dispone para tomar decisiones es menos de la mitad de la existente y que, considerando el gasto global de todo el Sector Salud, ejecuta en forma directa menos del 5% de ese gasto. Independientemente del modelo organizativo que cada país adopte para los servicios de salud, la *clave* de una adecuada *conducción*, es que el ente recaudador determine las normas de la distribución de los recursos y que, la información estadística para tomar decisiones, represente la totalidad de los que ocurre en el conjunto del Sistema. Sin información y sin ejecutar recursos significativos es difícil conducir. □

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



Algunas señales alentadoras en materia de salud



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

Todo cambio de gobierno trae aparejado un período de expectativas e incertidumbre acerca de lo que vendrá.

En materia de salud, existen varios indicios que avizoran avances por la buena senda.

En primer término, la designación como ministro de un viejo conocido por todos nosotros, hace que aparezcan de antemano algunas certezas que seguramente no son tan visibles en otras áreas de gobierno.

Además, el retorno a la categoría de Ministerio constituye una novedad más que elogiada. No es un tema menor el rango que se le otorga a esta dependencia de la Administración. El hecho de colocarlo en el nivel de un Departamento de Estado, Dirección Nacional, Subsecretaría, Secretaría o Ministerio refleja de modo directo la importancia que le otorga el gobierno a la salud. Todavía emociona el recibimiento que tuvo el actual ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, en la presentación de su equipo, al grito repetido de los asistentes de "Salud es Ministerio". Cuestiones vinculadas con restricciones presupuestarias o búsquedas de disminución del déficit fiscal, no nos parecen argumentos suficientes como para justificar la disminución a la categoría de Secretaría. Más aun cuando, en el caso, observamos que algunos Ministerios continuaron manteniendo ese grado, más por el poder político circunstancial de quienes ocupaban determinadas carteras de gobierno, que por verdaderas razones de Estado.

Por otra parte, unos días antes de asumir como ministro, Ginés González García, con respecto a las nuevas prestaciones que se fueron incor-

porando al PMO durante el mes de noviembre pasado, por parte del gobierno anterior, textualmente dijo: *"Nadie puede estar en desacuerdo con la incorporación de nuevas prestaciones. El problema de este gobierno es que hizo un desastre de la economía argentina, por lo cual el sistema de obras sociales y el PAMI están desfinanciados. No pueden pagar hoy lo que deben pagar y están acumulando deudas graves. Después de no haber hecho nada y no haber cumplido con cosas tan esenciales como las vacunas, se les ocurre dinamitar el PMO agregando en los últimos 15 días una cantidad de prestaciones que no tienen asegurado el financiamiento. Porque ya lo que tiene que dar el sistema no tiene cómo pagarlo. Con lo cual, si no es mala intención o no es entorpecer el futuro, es irresponsabilidad absoluta de los gobernantes"*.

De esta afirmación se desprenden diversas cuestiones, entre ellas, la introducción referida a que seguramente todos los argentinos estamos contentos en la inclusión de nuevas prestaciones de salud, pero no de modo irracional. Más adelante, el actual ministro señaló, en otras palabras, que no se puede agregar cobertura sin el reflejo del financiamiento necesario para ello. Estamos convencidos que una deuda pendiente que tenemos, no solamente el sector vinculado con la salud; sino toda la sociedad argentina, es el discutir de modo maduro y serio, cómo se financian las prestaciones que deben dar tanto las obras sociales, como las empresas de medicina prepaga. Oímos y reiteramos de modo permanente, en distintos foros, la irresponsabilidad que significa dictar cualquier tipo de norma -ley, decre-

to, resolución-, agregando coberturas al PMO, sin ningún tipo de análisis relacionado con la forma en que serán financiadas. Todos queremos tener la mayor cantidad de cobertura posible, pero ni aquí ni en ningún país del mundo ello se produce de modo infinito porque, precisamente, los recursos para afrontarla no lo son.

Como lo dijimos en otras oportunidades en esta revista, la suma de los aportes de los trabajadores, más las contribuciones de los patrones, los recursos del Fondo Solidario de Redistribución y los subsidios recibidos por las obras sociales SANO, SUMA 65, SUMA, SUMARTE, hoy resultan insuficientes para poder enfrentar los costos crecientes de la inflación en materia de Salud -aun superior al costo de vida-, de los nuevos medicamentos, de tratamientos especiales, etc.

Toda esta situación nos obliga a aguzar el ingenio para mejorar el financiamiento. Resulta inequívoco que, si el propio gobierno tiene como política asociar la cobertura con la prestación, el camino es el deseado.

Seguramente, cuando se haya editado esta revista, también estará aprobada la emergencia sanitaria que, entre otros temas, faculta al Ministerio de Salud a restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas, garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social y el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas, y a considerar de modo especial la situación de crisis por la que están atravesando numerosas obras sociales, muchas de las cuales no por mala administración; sino por la significativa baja de trabajadores aportantes en los últimos años, el alto costo de la salud y la falta de relación -como dijimos- entre cobertura y financiamiento y, en ese sentido, suspender la incorporación de nuevas prestaciones, medicamentos, procedimientos terapéuticos y diagnósticos y tecnologías médicas al PMO, con excepción de aquellas que resulten de extrema e impostergable necesidad sanitaria y contribuyan a disminuir los costos de la salud.

Esperemos que estas señales sean la antesala de políticas permanentes en materia de salud por el camino correcto. □

PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRÁXIS MÉDICA

LA PÓLIZA ESTÁ DIRIGIDA A

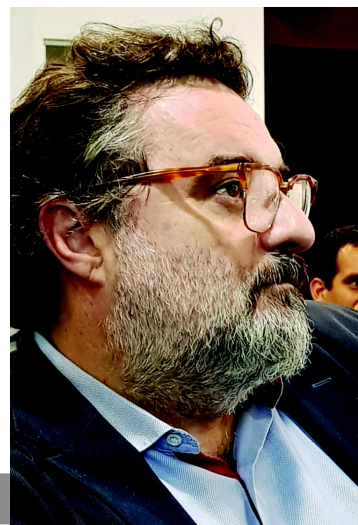
Todos los sectores intervinientes en el sector de la salud:

- 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

Amnesia provincial sobre la función salud



Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

vassalloc@gmail.com

Sr. Gobernador:

Tiene que hacerse cargo usted de una Provincia con una cargada agenda de problemas a resolver. Afortunadamente no tendrá que preocuparse por los temas de deuda externa, reformas fiscales y previsionales. El manejo de la defensa y de las relaciones internacionales, así como de la ciencia y la tecnología no le compete de manera directa y la seguridad tendrá una dedicación parcial considerando que sigue existiendo una fuerza federal que se encarga de los delitos más graves y complejos.

Seguramente tendrá que ocupar una parte de su tiempo en generar una economía provincial productiva y también a la administración tan importante en la relación nación – provincias. La población que lo votó espera que dedique su esfuerzo a atraer inversiones a la provincia para generar empleo y ya sabemos que el trabajo desencadena un ciclo virtuoso a favor de toda la economía.

Sin embargo, el futuro del país depende de lo que Ud. haga en su provincia para promover y eficientizar el desarrollo humano de las generaciones futuras. La salud, la educación y el desarrollo social están bajo su órbita.

Aquí se juega el futuro de las nuevas generaciones de argentinos que tienen que estar bien alimentados, educados y cuidados en materia de salud. Alimentación y educación tienen una presencia importante en los medios y han logrado despertar la atención de los gobernantes no pasa lo mismo con salud.

Recordemos que las provincias argentinas tienen en promedio un 50% de población que sólo cuentan con cobertura pública exclusiva y esa gente espera de Ud. y de su ministro dedicación, financiamiento, coordinación y articulación de la salud provincial para responder en tiempo y forma a las necesidades.

Entiendo que su formación no sea sanitaria pero dada la importancia que tiene la salud en su provincia sería recomendable que nombrara a un ministro o ministra que supiera de política sanitaria en primer lugar y que se viera acompañado en la tarea de organizar y gestionar el sistema por un presidente del Instituto u Obra Social Provincial que lo acompañara y que ambos compartieran una misma visión acerca de lo que es necesario hacer en la provincia para conducirla por los mejores caminos. La cooperación y no la competencia entre estos dos grandes actores es altamente recomendable.

No obstante que haga esto Sr. Gobernador se tendrá que involucrar en algunas de las grandes decisiones que en las provincias sólo usted puede liderar y por supuesto ser acompañado por ejecutores claves como los dos cargos antes mencionados.

Sin embargo, la transformación no se agota con un gobernador involucrado y con dos funcionarios que trabajen en el tema, el liderazgo se debe extender en las organizaciones hospitalarias y en los centros de salud que administran recursos. La mejor política macro no puede convivir con directores de hospitales que desconocen la gestión y que no tienen idea del presupuesto, del tablero de mandos o de una planificación estratégica.

La gestión de la salud es muy compleja e importante para dejarla en manos de un especialista médico o alguien que estudió

anatomía, pero desconoce lo difícil de gestionar recursos humanos con diferentes percepciones para que cumplan objetivos comunes. Algo hay que saber de incentivos y de conducción para poder guiar, además de un sistema de información para la toma de decisiones. No tengo que explicarle Sr. Gobernador lo difícil que es manejar la macro si la micro no está alineada detrás de los objetivos.

Es cierto que la gente no saldrá a la calle para quemar gomas o derrocar un gobierno por los problemas de acceso o calidad de los servicios de salud, pero las dificultades en el acceso, el diagnóstico y el tratamiento terminarán resintiéndose y dejando en el camino a personas que podrían ser claves para el futuro de la provincia.

Nadie sabe dónde se esconden los genios. Sólo demos una mirada a la situación de algún futbolista como Messi o chicos que tienen promedios excelentes en la escuela viviendo en condiciones de marginalidad absoluta y son verdaderos resilientes de la vida.

Hoy la salud es una responsabilidad fundamental de las provincias y las autoridades políticas se siguen desentendiendo del tema. Siguen reclamando mayor acción de la Nación que tiene un presupuesto misérrimo y ya no tiene efectores. La Nación debe y puede ayudar a fortalecer, pero la dirección y el rumbo estratégico de la salud en la provincia es responsabilidad del Gobernador y de los intendentes que deben asumir esa responsabilidad ante los ciudadanos que viven en sus territorios y dar respuestas.

En salud hay que empezar por lo primero. Los determinantes. Agua corriente y cloacas para todos es fundamental y luego comenzar a subir. Atención primaria accesible y de calidad para que todos tengan su médico de cabecera donde consultar y guiarse en el sistema y después sí pensemos en estructuras más complejas como el hospital u otras especialidades.

Es una vergüenza que se tenga que llamar a rifas para un trasplante, o para determinada cirugía se convoque a bailando por un sueño para recaudar recursos. ¿Qué pasa si una persona tiene la desgracia de nacer en una provincia que no financia tratamientos de alto costo y baja incidencia, tampoco cuenta con una cobertura de salud que se pueda hacer cargo de este problema que en los países desarrollados son resueltos con un agrupamiento del riesgo de tal manera que la mayoría de sanos financie a la minoría de enfermos por estas patologías de baja incidencia?

La atención de la salud es un bien meritorio porque así lo consagra la Constitución Nacional y debe ser financiado por un Estado inteligente que defina prioridades de qué se financia y cómo. El malgasto es tan malo como la ausencia de financiamiento.

Gobernadores estamos ingresando en tiempos de big data, de inteligencia artificial, de innovaciones que alargan y mejoran la calidad de vida, pero la política todavía no ha podido resolver la organización y gestión de un sistema integrado de salud que brinde acceso y calidad en el diagnóstico y tratamiento de 18 millones de argentinos. Es hora de poner manos a las obras. □

(*) Profesor Salud Pública - FCM UNL.



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

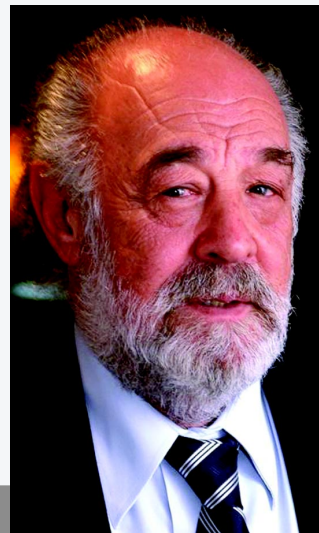
Buscanos en    
TPC Seguros

¿Qué gobierno para qué salud?: federalismo, coordinación y equidad

"No podemos esperar que el viento sople sobre nuestras velas, queremos y debemos orientar las velas hacia donde sopla el viento".

Antonio Machado

Por el Dr. Ignacio Katz



Entre los distintos desafíos que deberá afrontar el nuevo gobierno para mejorar la gobernanza y gestión sanitaria, se encuentra una dimensión fundamental y transversal al área, así como a muchas otras. Se trata de la dimensión territorial que en nuestro país presenta una heterogeneidad, extensión y -hay que decirlo- desigualdad pronunciadas.

La llave estrella, aunque de ninguna manera mágica ni exclusiva, para abordar esta dimensión es el **federalismo**, concepto que el Presidente electo ha ponderado públicamente en más de una oportunidad. Un verdadero principio federal como rector de la gobernanza sanitaria es la condición para concretar una gestión coordinada, con regionalización y articulación en red.

Se entiende que un gobierno genuinamente federal es la única forma de reforzar un Estado nacional que alcance el conocimiento de todo el territorio, de toda la población, y del campo sanitario en particular, a fin de brindar las herramientas para garantizar una cobertura universal con las particularidades de cada lugar, de cada sistema, de cada especialidad y, en definitiva, de cada persona.

El mundo actual nos brinda nuevas herramientas, nuevas tecnologías como la digitalización, la inteligencia artificial usando la Big Data, y demás cuestiones. Pero debemos partir de la decisión política de aplicarlo y de hacerlo bien. En un momento que requiere de la *transformación del sistema*, con un Estado en un mundo en transformación, una brújula debe indicar la dirección. Esa guía es el uso adecuado de la tecnología actual que debe incorporar aspectos ineludibles como la telemedicina (de manera complementaria y no supletoria del examen presencial), acompañados de la infraestructura necesaria.

Nos referimos a aspectos que, para bien o mal, hacen ya a la salud en el siglo XXI, y que debemos tener en cuenta para la capacitación del personal y para la *relación médico paciente*. Claro que debemos procurar que el conocimiento no se pierda entre los datos. Recordemos la concatenación que debe unir, paso a paso, datos con información, conocimientos con comprensión, discernimiento con decisión, y finalmente, ya en la gestión, asignación con monitoreo.

Partimos de una distribución social territorial de necesidades varias sin compensación suficiente de políticas públicas. Necesidades que responden a una biodiversidad, tecnodiversidad, y diversidad cultural,

referenciadas a territorios disímiles e identidades distintas (georreferencial) que conforman una configuración social por demás fragmentada en un contexto epocal de crisis crónica con extremos de anomia.

De aquí surge la necesidad de construir un Sistema Federal Integrado de Salud bajo un gobierno federal que sostenga una sanidad universal bien gestionada a partir de una *planificación estratégica idónea*. En definitiva, un proyecto compartido de Nación.

Salud para todos no puede significar un paquete cerrado y homogéneo para todos por igual, sino el trabajo de producir *asistencia médica* oportuna, eficiente y equitativa para cada uno de los habitantes del país. Implica políticas y programas sectorizados por región, edad, vulnerabilidad, etc. Para ello, se necesita conocer el territorio (que no es lo mismo que el mapa), lo que sólo es posible a partir del conocimiento directo de los actores y pobladores involucrados.

Un gobierno federal no es ni debería ser, aunque en la realidad actual se parezca, una *autonomización* provincial. La descentralización neoliberal de los años 90, se sabe, delegó en las provincias las competencias de gestión, pero no las partidas presupuestarias con monitoreo de gestión. El resultado ha sido pronunciar las desigualdades. El grado de autonomía puede variar según modelos prestacionales, pero siempre resulta fundamental la coordinación y control del máximo órgano responsable que es el Estado Nacional, garante último de la salud y seguridad de los ciudadanos.

La participación activa y responsable de cada provincia es el elemento primero, pero que debe incluir la participación y colaboración *interprovincial* y finalmente hacia el gobierno nacional, pues de ello depende precisamente su fortaleza. La directriz nacional resulta indispensable, pero su potencial no puede surgir sino de cada provincia. Y esto responde a principios del federalismo, pero sobre todo a la imposición de la realidad. Debemos admitir que el Estado Nacional no cuenta con instrumentos ni conocimientos indispensables para comenzar a trazar políticas públicas sanitarias con el detalle necesario. Un Observatorio Nacional de Salud y un mapa sanitario, entre otros, son insumos básicos que hoy no tenemos, y que sólo podremos construir con la activa participación de cada jurisdicción y también de prestadores privados, colegios médicos, universidades y otros actores con una relación, aunque sea indirecta con la salud (empresas, sindicatos, escuelas, etc.).

Esto, además, se vincula con la *regionalización*, que implica la creación de un instrumento único de información georreferencial, que permita la gestión eficiente de recursos para la satisfacción de las necesidades propias de cada espacio socio territorial, mediante la organización en red de los componentes (*bajo claros criterios de economía de escala*) y la fusión de fines a cumplimentar para concretar el derecho a la atención de salud. Esto quiere decir que no es necesario ni deseable que Jujuy, Salta y Tucumán, por caso, tengan separados y aislados parques tecnológicos, profesionales y técnicos de todas las especialidades, sino que trabajen en una red coordinada con una lógica en parte ambulante.

Hoy por hoy, no poseemos registros fehacientes que vayan desde la cantidad de médicos, especialistas, técnicos y demás profesionales que existen en cada provincia, hasta cuántas instituciones de salud y de qué tipo operan en cada lugar. Tampoco sabemos qué clase de parque tecnológico poseemos ni en qué condiciones. Mediante una red informativa eficiente y bajo la coordinación de las autoridades, en el marco de un gran **Acuerdo Sanitario**, pueden optimizarse los registros de pacientes, qué enfermedades prevalecen, cuántos son los tiempos de internación para cada dolencia y cómo son las listas de espera para las prácticas quirúrgicas. La ausencia de lo antedicho hace que los planes de salud se conviertan en deseos abstractos sin llegar a una planificación estratégica, a fin de lograr una programación concatenada, lógica, mediante una agenda precisa.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) así como el Consejo Regional de Salud (CORESA) y las Unidades Ejecutoras Provinciales son los instrumentos específicos ya existentes que deben revitalizarse para concretar el federalismo sanitario. Las provincias no deben ver al Estado Nacional como un actor externo, sino *sentirse y ser parte del mismo*.

Una vez más, un primer paso para avanzar en la construcción de un Sistema Federal Integrado de Salud debe empezar por fortalecer un gobierno nacional federal, que no puede comenzar sino por articular las competencias provinciales. Ambos polos, Nación y Provincias, deben reforzarse y constituirse mutuamente para que de la unión salga la fuerza y para que la fuerza nos una como país, diverso pero igualitario, con sus particularidades regionales, locales, culturales y económicas, pero con la misma dignidad humana y los mismos derechos ciudadanos. □

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). "Claves para la gestión en salud" - Editorial UNICEN (2019). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018). "La Fórmula Sanitaria" - Eudeba (2003).



EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Mitos y realidades de los planes parciales



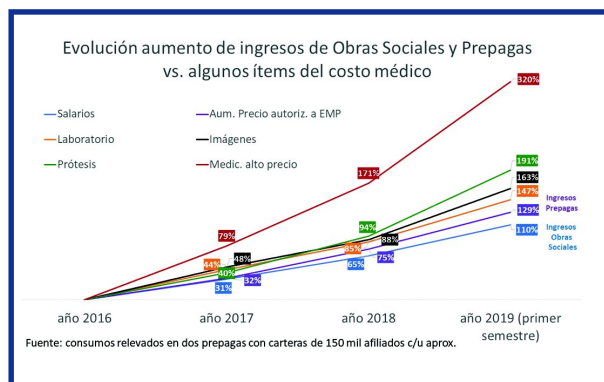
Por el Lic. Patricio Pasman (*)

Estamos finalizando un año de cambios en nuestra querida Argentina y como es habitual comienzan tiempos de balances. Celebremos el fin del mandato del gobierno anterior y la pacífica alternancia. Parece conformarse con poco, pero en nuestra adolescencia institucional es un logro.

La situación social y económica es muy compleja. La incertidumbre sobre el futuro nos desvela. Nada nuevo bajo el sol.

El sector de la medicina privada no es ajeno a esta realidad nacional, con algunos agravantes, como por ejemplo los **medicamentos de alto precio**. A mi juicio, el mayor desafío que debe afrontar la actividad. Varios especialistas vienen advirtiendo hace mucho tiempo de este monstruo que se venía acercando. El monstruo ya está entre nosotros. Y crece.

Veamos algunos datos:



Tomando el 2016 como base cero, mientras los ingresos de las Obras Sociales crecieron un 110% y el de las Prepagas un 129%, el gasto de los medicamentos de alto precio creció un 320%!!!

Vale aclarar que la suba del ingreso de las prepagas está calculada en forma teórica, calculando el total de los incrementos que autorizó el Gobierno. En la práctica el incremento suele ser menor. Por un lado, muchos asociados se bajan del plan, y por el otro, en el segmento corporativo donde los precios no están regulados, fue muy difícil transferir los mismos incrementos.

Esta dificultad no sólo afecta a los pagadores, ya sean Estados, Seguros Médicos, Prepagas, Obras Sociales, Mutuales, etc. Este problema termina también afectando a los profesionales de la salud, que se encuentran hace ya varios años, en un círculo vicioso muy difícil de frenar.

No solo en nuestro país. El proceso que se retroalimenta sería más o menos el siguiente:



- El paciente con mayor conocimiento e información ejerce presión para recetas y prescripciones.
- El médico cada vez tiene menos tiempo de revisión y conversación, y entonces aumenta el pedido de estudios.
- La tecnología médica avanza cada vez más rápido.
- La industria realiza efectivamente su trabajo de marketing y ventas con los médicos.
- Cada vez aumenta más el gasto de medicamentos, laboratorio y estudios de diagnóstico.
- A los Pagadores (estados, seguros, mutuales, obras sociales, prepagas, etc.) no les alcanza el dinero. Frente a esta situación necesitan incrementar los ingresos o ajustar gastos. Frente a la dificultad de negociar con la industria, la variable de ajuste suele estar en los honorarios de los profesionales.
- El médico necesita atender más pacientes para mantener o mejorar nivel de vida.

...y vuelve a comenzar la rueda...

Enormes desafíos nos esperan para intentar modificar esta rueda tan difícil de detener. Concientizar a médicos y pacientes de la situación, es lo primero que debemos hacer para encontrar caminos más virtuosos.

Los medicamentos de alto precio, como en otros países de la región, deben dejar de ser cubiertos por las Obras Sociales y EMP (Entidades de Medicina Prepaga) y quedar a cargo del Estado.

Es necesario que frente a medicamentos de alto precio comercializados por un solo laboratorio que lo provee o por unos pocos, es imprescindible dejar atrás el actual modelo de compra atomizada en cientos de entidades.

Ya fue probada de manera muy exitosa, la experiencia de compra conjunta de PAMI, IOMA y la Superintendencia de Servicios de Salud, en medicamentos para la hemofilia y la hepatitis C. Hay que profundizar ese camino.

PLANES PARCIALES

Una de las novedades del 2019 fue la posibilidad de comercializar planes parciales por las EMP.

Comienzo contando una experiencia.

Hace unos meses, me contrató una empresa de un país vecino, ya que estaban interesados en lanzar planes de medicina prepaga. Al no haber un gran desarrollo de la actividad en ese país, les interesaba la experiencia de un mercado maduro como el de la Argentina.

Como parte del trabajo de consultoría, realizamos con la jefa de marketing lo que se llama un “mystery shopping”, es decir ir de incógnito a averiguar los planes de las empresas existentes.

Llegamos al principal sanatorio de la ciudad que tenía su prepaga propia.

Una vendedora linda y muy amable comenzó a mostrarnos las opciones de planes a la venta. Me hacía muchas preguntas y las respuestas las anotaba en su computadora.

Preguntas “rarísimas”, como, por ejemplo: *¿qué cobertura quiere tener en internación, 70, 80 o 90%? ¿La cobertura en farmacia la quiere al 10, 40 o 70%? ¿Cuándo*

va al médico, quiere un plan que tenga no que pagar nada, pagar u\$s 10 o u\$s 20? ¿Quiere que la cobertura de maternidad este incluida? ¿Cuál es el límite anual de gastos que elige, u\$s 10.000, 30.000 o 100.000? (no existía la opción de “sin límite” ...).

Con las elecciones que fui haciendo y los datos de nuestras edades, imprimió un papel y me dio la cotización.

Como estábamos analizando planes para un segmento de clase media y media baja, elegí algo bien básico. Acceso a través de médico de cabecera, farmacia sólo al 10%, sin odontología (era cara y muy limitada) y con el límite anual de cobertura más bajo de u\$s 10 mil (unos pocos días de terapia y rápidamente se terminaría la cobertura). Matrimonio con un hijo el costo era de u\$s 130 por todo el grupo familiar.

Luego averiguamos para un plan de maternidad y también comenzaron las preguntas. La mayoría similares a la anterior agregando una que me llamó mucho la atención, si queríamos pagar el plan de parto natural o el plan de cesárea...

Continué con el análisis del mercado y ante la alternativa de lanzar planes muy limitados, pregunté si no tendrían inconvenientes con la justicia cuando la gente reclamara mayor cobertura que la contratada. Se miraron sin entender porque preguntaba eso y me dijeron que no. Si el contrato tiene un límite acordado, los jueces no fallan en contra de la empresa y a la gente tampoco se le ocurre reclamar. Sana envidia.

Empujado por los principales referentes del sector durante muchos años, finalmente el gobierno argentino autorizó la comercialización de planes parciales. Algunos lo consideraron un hito en la historia de la Medicina Prepaga y una gran oportunidad.



www.sanidad.org.ar

A partir de la resolución, comenzaron muchas horas de debate en las distintas empresas del sector con opiniones muy diversas al respecto. Mientras algunos creían que se abrían nuevos mercados, otros pensaban que no había una demanda al respecto. En mi caso, coincidía con el grupo más pesimista.

Los planes parciales, que las EMP lanzaron, en líneas generales básicamente eran de dos tipos:

- 1) Plan solo cobertura ambulatoria con o sin copagos
- 2) Plan solo con cobertura de Internación

Los precios de venta eran aproximadamente entre un 40 y un 60% menos que un plan PMO completo.

Veamos los distintos segmentos para entender dónde puede haber algún mercado posible:



- 1) Población que tiene una **EMP a través de una obra social nacional**, es decir que utilizan sus aportes y contribuciones como pago total o parcial de un plan. Aquí hay aproximadamente **5,3 millones de beneficiarios**. Este grupo ya tiene un plan PMO completo con una EMP. Claramente no es un segmento posible de vender un plan parcial.
- 2) Población de **Obras Sociales Nacionales** que no tienen una EMP. Es un segmento grande con **10,4 millones de beneficiarios**. Sólo es posible venderle a este grupo en forma directa. No puede utilizar sus aportes y contribuciones para la compra del plan parcial. Los aportes deben seguir yendo a su obra social obligada de cubrir todo el PMO. El mercado a mi entender es casi inexistente para este tipo de planes. Antes de pagar por afuera de sus aportes y contribuciones el 40% de un plan completo, cambia de obra social y compra un plan PMO completo.

3) Población del **INSSJP (PAMI)**. Con **5 millones de beneficiarios** es un segmento donde es posible encontrar gente interesada por no estar satisfecha con la cobertura. Sin embargo, salvo para algunas EMP especializadas en atender población mayor, este segmento no suele ser el que mayoritariamente buscan captar las EMP.

4) Población de **Obras Sociales Provinciales**. Con **7 millones de beneficiarios** en este segmento también es posible encontrar gente interesada, especialmente en aquellas provincias donde exista insatisfacción con la cobertura. Vale recordar que esta población está cautiva y que no puede realizar una opción de cambio de obra social. Los sueldos estatales no son muy altos, pero se podría estimar que entre un 10 y un 20% de este grupo es potencial comprador de planes de EMP. Igualmente, vale reiterar que el interés va a ser muy distinto por provincia y que a diferencia de Capital y GBA, estos afiliados acceden en la mayoría del interior del país, a los mismos Clínicas y Sanatorios que los beneficiarios de las EMP.

- 5) Población que tiene sólo la **cobertura universal pública**. Son más de **15 millones de beneficiarios**. Es un segmento con ingresos bajos. Muy pocos podrían comprar un plan con un precio de un 40% de un plan PMO tradicional de una EMP. En este segmento tienen un alto grado de penetración planes mucho más económicos. Por ejemplo, los planes que comercializan las empresas de emergencias médicas o planes de algunos centros odontológicos privados que se instalan en barrios periféricos. Por otro lado, muchas EMP manifestaron no estar interesadas en comercializar en este segmento por el riesgo de judicialización. Lamentablemente, muchos jueces, tienden a fallar a favor de los beneficiarios, aunque no tengan contratada la cobertura solicitada.
- 6) Población que tiene **cobertura directa de una EMP**. Son hoy seguramente un poco menos de **2 millones de beneficiarios**. Es la población tradicional de las prepagas. También aquí está el riesgo de la judicialización. Podría haber algún grupo interesado en adquirir estos planes, pero es el segmento de mercado más pequeño de todos. Quizás, la oportunidad sea el de utilizar estos planes como contención de las bajas de las carteras existentes.

En resumen, concluyo que el mercado posible de captar con planes parciales en esos valores es muy pequeño. □

(*) Consultor de Entidades de Medicina Prepaga.



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

www.cempra.org.ar

administracion@cempra.org.ar

LIMA 355 4J CABA (5411) 15 4472 3423



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020



Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Arenales 2777/2751
Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678
Rossi laboratorio también en: Consultorios San Martín de Tours - Castex 3293

Crónica de una muerte anunciada

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



LA NOTICIA

“Los Laboratorios reclaman una pesada herencia de 15.000 millones de pesos”, es el título de un artículo que el sitio Pharmabaires publicó el pasado lunes 4 de noviembre.

En el desarrollo del mismo, se menciona que esta cifra es producto de la relación contractual que la industria viene manteniendo con las obras sociales provinciales de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza, a lo cual debe sumarse un saldo impago generado por el convenio que tuvieron con PAMI hasta el mes de octubre de 2018.

UN COMÚN DENOMINADOR

El artículo describe un estado de situación que parece ser terminal y, por lo tanto, insostenible.

Veamos algunos párrafos:

“La conducción de IOMA no sólo no puede responder a los laboratorios por la deuda acumulada, sino que además vive al borde de la suspensión de las prestaciones de los farmacéuticos bonaerenses”.

“La Obra Social de los Empleados Públicos (OSEP) de Mendoza tampoco abona la provisión de medicamentos oncológicos desde hace ocho meses y no es la primera vez que cae en una aguda morosidad”.

“APROSS, obra social de los empleados públicos cordobeses, en realidad viene superando atrasos en el pago de las prestaciones que comenzaron en 2011 a causa de la estrechez financiera”.

En el caso de PAMI, *“... La deuda se remontaba a octubre de 2018 y correspondía al anterior convenio entre PAMI y los laboratorios farmacéuticos”.*

LO VENÍAMOS ANUNCIANDO...

Durante todos estos años hemos sido insistentes, advirtiendo sobre la imposibilidad de mantener un modus operandi que tiende fatalmente hacia la quiebra del sistema. Sólo por mencionar algunos aspectos de nuestra prédica, señalemos que considerábamos que en el sector había una insuficiente respuesta a la demanda a causa de:

- Deterioro de los ingresos medios de la población.
- Disminución de ingresos e incremento de costos en salud para financiadores.

- Mal uso o despilfarro de recursos, sea por ineptitud o lisa y llanamente por corrupción.
- Problemas económicos crecientes para financiadores, tanto públicos como privados, para atender las mínimas prestaciones que deben garantizar.

Por otra parte, dentro del mercado del medicamento destacábamos también la existencia de:

- Fuerte presión de marketing, especialmente centrada en la prescripción.
- Judicialización creciente en productos de alto costo.
- Falta de transparencia y control en el circuito de provisión de medicamentos.

Ante una realidad como ésta, parecía claro que no existía margen para mantener en el tiempo el sistema que la oferta diseñó e impuso en nuestro mercado durante las últimas décadas:

- Ya no se puede engañar a nadie poniendo en aparente vigencia vademécums ilimitados, sin controles ni autorizaciones.
- Resulta imperioso aplicar nuevos mecanismos en la provisión de medicamentos, tanto para ambulatorios como para tratamientos especiales, lo cual incluye una negociación de precios aún en los casos donde haya pocos oferentes.
- Esta realidad es el común denominador de todos los financiadores, sean estos gubernamentales, sindicales o privados.

Resumiendo, el modelo entró en su crisis terminal. Ya no sólo es injusto sino también inviable, sostener un sistema carente de límites y transparencia por total ausencia de controles donde:

- El gerenciamiento queda en manos de las mandatarias de la oferta y el financiador debe dar por buena la liquidación que le presentan.
- No se prioriza el uso racional del medicamento, ni se garantiza el acceso a la gente.
- Las farmacias no sólo soportan dificultades financieras crecientes por atrasos e incobrabilidades, sino que ponen en riesgo su sustentabilidad por caída de calidad y cantidad en la demanda.
- La propia industria soporta crecientes dificultades, tanto para colocar unidades como para poder cobrarlas.

LA SOLUCIÓN: UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN

Volviendo al texto del artículo que dio lugar al presente y tomando por caso la realidad de PAMI, analicemos las consecuencias derivadas de su decisión de intervenir con firmeza en la gestión de este contrato.

Queda claro que el cambio de modelo de gestión implementado en octubre de 2018, mediante el cual el financiador tomó a su cargo el rol de administrador y único gestor ante la producción, la distribución y la dispensa, estableciendo precios, plazos y condiciones con cada uno de los actores intervinientes, ha dado por resultado una eficiente cobertura de las necesidades de sus afiliados... sin generar deudas con los prestadores, lo cual es realmente novedoso ante su propio historial de estos últimos veinte años, en los cuales los déficits e incumplimientos fueron un sello distintivo.

Pero éste no fue el único avance logrado. Con este cambio de modelo, también las farmacias se vieron favorecidas en el plano económico-financiero y sus instituciones representativas en lo político: después de mucho tiempo, han tenido la oportunidad de acordar un vínculo directamente con el PAMI.

Estamos convencidos que aun con deficiencias y aspectos por mejorar, este es el camino que deberemos recorrer. También tenemos claro que trabajando en solitario jamás alcanzaremos las metas que nos planteamos para la profesión en su conjunto. Por ello, siempre estaremos invitando a todas las instituciones del sector a compartir espacios y propuestas, con acuerdos y disensos.

Asumamos esta realidad: el presente y los próximos años prometen lucha. Y mucha. Porque como vamos no podemos seguir, y porque sin lucha nada va a cambiar.

Creemos que desde el Gobierno se debe avanzar con firmeza en la implementación de políticas y estrategias que permitan regular el mercado del medicamento para optimizar las prestaciones, brindar servicios de calidad sin incrementar los costos y propiciar el acceso a prestaciones basadas en criterios científicos, epidemiológicos y de evaluación económica para toda la población.

En este sentido resulta auspicioso escuchar que las nuevas autoridades nacionales, desde Presidencia de la Nación hasta el reestablecido Ministerio de Salud, manifiestan la necesidad imperiosa y su firme voluntad política de trabajar para hacer efectivo el goce del derecho a la salud que constitucionalmente les corresponde a todos los habitantes del país, poniendo énfasis y prioridad en los más postergados.

La opción de hierro es: regular en serio o sentarse a esperar la debacle total del sector.

El medio no es una opción, porque allí perdemos todos. El medio sólo será la expresión de una nueva oportunidad perdida y el camino sin regreso hacia una realidad que ya sufren varios países de la región.

Estamos ante la puerta de entrada de una nueva realidad. Entremos de una vez. □



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 incrementos de la salud corporativa en 2020: una ecuación compleja

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



Ésta es sin dudas la gran incógnita para las compañías y uno de los temas de consulta permanente que recibimos por parte de las empresas en los últimos meses.

Para las compañías no es un tema sencillo. Por un lado, la brecha entre los costos de los planes médicos que contratan y los aportes y contribuciones que generan la nómina de empleados, ha ido creciendo año tras año, por lo tanto, la diferencia del dinero que tienen que financiar ha crecido año tras año. Por el otro, la perspectiva no parece que fuera a mejorar.

En el caso de las empresas internacionales que operan en el país, el director de RR.HH. encuentra que esa brecha creciente es muy difícil de explicar a su casa matriz y, en muchos casos, inclusive al CEO local. De tal forma, empiezan a verse replanteos de la cobertura médica que no eran comunes de ver en el mercado algunos años atrás.

Es un tema complejo porque como todos sabemos, luego del salario, la cobertura médica es el beneficio más valorado por el personal. Y en esa dirección el área de RR.HH. se enfrenta muchas veces a la disyuntiva de reducir la brecha para contribuir al presupuesto anual o bien a tener que reducir el beneficio.

Naturalmente, el tema también tiene aristas legales, ya que la reducción del beneficio -además de los conflictos que se pueden generar- tampoco está permitido en las normas legales vigentes.

Por otra parte, a lo largo de los años, también hemos visto gerentes de RR.HH. salir de las compañías por las malas decisiones tomadas en la materia. También, desregulación mediante, hemos observado como el personal cuyos aportes y contribuciones se lo permitía, quedarse con el prestador que su empresa estaba cambiando.

Dije que era un tema complejo... me rectifico: es muy complejo.

Del otro lado de la ecuación, nos encontramos con los prestadores de la cobertura médica: empresas prepagas y obras sociales que han venido impulsando los aumentos, ya que refieren que sus costos "no cierran".

Muchas de ellas han perdido cartera en este proceso de incrementos de cuotas. Fuentes del sector ubican esa pérdida en el orden del 0,5% al 5% de sus afiliados, dependiendo naturalmente de la composición de dichas carteras.

Obviamente, quienes tienen mayor cantidad de socios individuales que corporativos han "sufrido" el incremento del 60% en el precio autorizado por el Gobierno. Si le sumamos que muchas de esas personas han tenido un menor poder adquisitivo para afrontarlo...

"No nos gusta perder ningún socio, pero si tenemos que elegir, preferimos tener menos socios a un precio más contributivo" me explicó el gerente comercial de una de esas entidades.

Claro que, en materia de autorizaciones gubernamentales, el panorama del año 2020 se presenta mucho más "mezquino". Difícilmente el Gobierno autorice ni con la periodicidad, ni con los porcentuales de incrementos de precios con que el mercado se manejó en los últimos años. Por otra parte, un tema no menor para las prepagas: ya no tendrán una contribución financiera al negocio fruto de las altas tasas de interés que recibían.

Dicho esto, probablemente se "reflote" el tema de los copagos en el sistema. De hecho, muchas obras sociales sindicales han impuesto los copagos como parte natural del servicio. Claro que comercialmente no es fácil de instrumentar.

Por eso la máxima autoridad de una de las obras sociales más importantes del mercado me explicaba que "esto tiene que salir por una ley del Congreso, de otra forma, nos van a inundar de amparos". Coincidió. Lamentablemente la cultura imperante es que todo debe ser cubierto por el sistema.

Claudio Belocopitt, presidente de la empresa prepaga más importante del mercado señalaba semanas atrás que era "un auténtico disparate la solicitud de cobertura, en el marco del Programa Médico Obligatorio, de los protectores solares". Coincidió también.

Vea amigo lector, hace 40 años atrás era muy común que la gente fuera a comer un asado, se tomara cinco vasos de vino y luego volviera manejando a su casa. De hecho, yo todavía conservo la costumbre de evitar regresar demasiado tarde para las fiestas de fin de año por la cantidad de accidentes -y de muertos por esos accidentes- que había. Como dije, era la cultura imperante. Si usted mataba a alguien, simplemente era considerado un "accidente". Hoy si usted maneja alcoholizado y atropella y mata a alguien, lo juzgan por asesinato y va preso 30 años. Así de simple.

¿Qué pasó en el medio? Información, información y más información. Una campaña tras otra para concientizar.

Lo mismo pasa con los amparos. El problema no sólo es de la gente -que los presenta convencido de sus derechos-, sino también de los jueces que en "trámite express" les dan curso.

Un familiar mío, cuya madre ya había cumplido 92 años, consiguió el correspondiente Certificado de Discapacidad y fue directamente a la obra social a pedir que le cubrieran el geriátrico. Salí indignado cuando le explicaron que no le cubrirían el geriátrico elegido.

Y no hubo razones para que entendiera. Me decía: "Claro! ¡Vos los defendés a ellos!". Resultado: Amparo y cobertura del 100%. Y recalco, no lo hizo para aprovecharse de la situación, no lo hizo de "pícaro", lo hizo indignado porque no se respetaban sus derechos. Digamos, obviamente, que el buen señor que pide por la protección solar piensa lo mismo.

Lo mismo que comenté sobre el alcohol y los accidentes se podría aplicar al hábito de fumar. Recuerdo cuando el Dr. Carlos Álvarez Herrera, una figura emblemática en el tema, inició en el año 1978 la primera campaña para lograr nuevas generaciones de no fumadores. Nació el Programa LALCEC 83 ...en fin, historia de los cambios.

En nuestro caso nos falta informar a usuarios y jueces y así modificar la cultura de la misma forma que se hizo con tantas cosas en la Argentina.

Volviendo al eje del tema, digamos que tenemos limitaciones de precios en un lado de la ecuación y cobertura creciente en la otra parte de dicha ecuación.

Usted se preguntará ¿Cómo se está resolviendo el tema? Simple, hasta aquí los precios subían y con una excelente contribución financiera más la traslación a los médicos y prestadores de incrementos exiguos de aranceles, esto cerraba (Y cuando digo exiguos, créame, amigo lector, exiguos, estamos hablando en muchos casos del traslado de sólo la mitad de los incrementos recibidos). Pero estas ecuaciones inequitativas no duran para siempre.

En el momento en que estamos escribiendo estas líneas, estamos cerrando una encuesta de percepción de calidad del sector corporativo. Impresiona ver las opiniones reclamando por la pérdida de profesionales en las cartillas. De hecho, un usuario llegó a proponer como mejora, la elaboración de una cartilla "propia" de la empresa, pero "integrada por profesionales de prestigio".

Julio Diez, director comercial de Swiss Medical y Patricio Pasman, como consultor de primera línea, han escrito desde estas mismas páginas que el sistema, así como está, es inviable a futuro.

Veremos si se transforma... o si sigue cuesta abajo. Sin dudas un gran desafío para Ginés González García, nuestro nuevo Ministro de Salud. □

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



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



Umbrales y valores en evaluación de tecnologías sanitarias

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



Cada vez con mayor frecuencia, un número calificado de países del mundo utiliza el análisis de costo-efectividad y/o de costo-utilidad para decidir respecto de la incorporación o rechazo de nuevas tecnologías sanitarias, al igual que para definir mecanismos de reembolso y mantener negociaciones de precios bajo evidencia de resultados con la industria.

Esta técnica se llama cuarta garantía o barrera, y se suma a la evaluación de la seguridad, eficacia y calidad del producto bajo estudio. Así, para que un nuevo medicamento o tecnología se incluya en una canasta de cobertura tiene que superar, además de las tres tradicionales, la cuarta de costo-efectividad.

Para evaluar cualquier nueva tecnología innovadora o disruptiva (por ejemplo, un dispositivo médico o un medicamento), el análisis de costo-efectividad permite compararla contra un tratamiento estándar, calculando un número llamado Ratio de Coste Efectividad Incremental (RCEI). Este es la representatividad económica y de bienestar del nuevo fármaco. Señala cuánto más cuesta ganar una unidad de salud (por ejemplo, un año de vida ajustado por calidad, AVAC) con el nuevo tratamiento, cuando se lo compara con el que se viene utilizando en la práctica clínica habitual.

Por ejemplo, con la excepción de los procedimientos invasivos (para los que sólo se valora su eficacia y seguridad) y del programa de evaluación de tecnologías médicas (dirigido a priori a tecnologías neutrales o ahorradoras de costes) en el Reino Unido su regulador de decisiones NICE siempre tiene que considerar si la intervención evaluada es coste-efectiva (si vale lo que cuesta) antes de recomendar su uso.

En el fondo de la discusión, se trata de valores. El despilfarro de recursos escasos en salud es éticamente deplorable y la eficiencia (costo-efectividad) además de ser un acto de estricta justicia social, pasa a representar un valor sobre el cual terminan estableciéndose consensos de aceptación o rechazo.

Por ejemplo, si resulta posible tratar a un paciente con buenos resultados por u\$s 3.500, pagar u\$s 5.000 no sólo resulta ineficiente, sino que también se transforma en injusto e inhumano porque se termina perdiendo la posibilidad de gastar los u\$s 2.000 excedentes en ganar unidades de salud en otros pacientes (el costo de oportunidad).

Por lo tanto, para completar el proceso de evaluación necesitamos definir un umbral para el RCEI, es decir cuál

es la cantidad máxima de dinero que el país (o la sociedad) estarían dispuestos a pagar por ganar una unidad de salud (un AVAC). Y luego comparar la RCEI del medicamento que se está evaluando con tal umbral. Si la RCEI del nuevo fármaco resulta inferior al mismo, podría concluirse con que el nuevo tratamiento resulta coste – efectivo y ha superado la cuarta garantía. En tal caso, surgiría la recomendación técnica de incorporarlo a la cobertura. De lo contrario surgiría el rechazo a su financiamiento.

El planteo parece sencillo. Pero las decisiones en salud no suelen basarse únicamente en cuestiones técnicas, es decir en valores sociales para tener en cuenta, sino también en factores de tipo éticos y políticos. Por ejemplo, la equidad, la valoración extra de salud ganada por quien tiene una enfermedad rara u oncológica, o la propia complejidad del dilema económico y sanitario de la regla de rescate.

Contar con un umbral de decisión hace que las reglas del juego sean más claras y a la vez permite transformar las decisiones en transparentes y objetivas. En momentos donde se asiste a una creciente judicialización de la salud por tratamientos cada vez más costosos, muchos pacientes recurren a la autoridad judicial para dirimir sus conflictos con los financiadores, muchas veces inducidos.

Y son los jueces quienes en definitiva terminan arbitrando particularmente sobre la asignación de los recursos u obligando al Estado a otorgar cobertura con determinados tratamientos de costos exorbitantes y resultados no garantizados en pacientes que muchas veces ignoran estas variables.

Quizás la ayuda de una Agencia de Evaluación de Tecnologías imparcial, éticamente intachable y científicamente sólida pueda llegar a determinar la lógica de aplicar la costo / utilidad, ayudar a la justicia a establecer asignaciones racionales de recursos en los casos ética y sanitariamente necesarios, y definir ese umbral capaz de resguardar al sistema de salud contra tales inclemencias.

El riesgo que se corre es que todos los nuevos tratamientos, condicionados por los altos precios que se les han fijado, terminen situándose justo por encima de tal umbral. Es decir, precios tan elevados que hagan que el RCEI lo iguale o supere ampliamente. En muchos casos, dichos precios a pagar por medicamentos o dispositivos médicos resultan superiores a los que los financiadores estarían dispuestos a aceptar pagar.

Y así, en tanto la sociedad y el sistema de salud pierden recursos, la industria dueña de la tecnología y del peso de su marketing sobre los prescriptores termina apropiándose de esas rentas extraordinarias que el sistema potencialmente hubiera podido ahorrar.

Cuando una nueva tecnología innovadora entra al mercado, hay otra que debiera salir. Y la inversión sobre la primera debería compensar - en términos de salud ganada con calidad - a la que se pierde con la desinversión que resulta de la tecnología desplazada. En términos más sencillos, el RCEI de la que entra - en lo posible - debería ser menor que la que sale, cuestión últimamente poco frecuente.

¿Tiene cada país que definir un umbral o un intervalo? Si fuera el último caso, toda nueva tecnología que posea un RCEI menor que el límite inferior de tal intervalo podría ingresar al mercado sanitario sin ningún cuestionamiento. Y si está por encima del límite superior, entonces quedaría automáticamente excluida del mismo.

En caso de situarse entre ambos valores, deberían entrar en consideración otras cuestiones de peso, como el grado de innovación logrado o que la enfermedad que se resuelve con tal tecnología tenga una mayor incidencia en grupos vulnerables.

La OMS ha sugerido que el intervalo/umbral se puede definir entre una y tres veces el PIB per cápita del país. Pero desde asociaciones de pacientes se ha solicitado que el umbral sea mayor para Enfermedades Poco Frecuentes, tratamientos al final de la vida y patologías oncológicas. Ya el tema deja de ser técnico, para transformarse en político. Porque está de por medio el valor social, y es precisamente una cuestión de valores.

Esto lleva a la pregunta del millón. ¿Cómo se puede entonces establecer el valor del umbral? Una de las posibilidades reside en medir el RCEI de tecnologías innovadoras que ya han ingresado al mercado, para determinar cuál sería el umbral implícito en términos de la economía de la salud. Por ejemplo, fijando un valor equivalente a 1.5 veces el PIB per cápita del país. O, algo más complejo, definiendo un umbral que sea estimado y propuesto por consenso social, calculándolo mediante encuestas a la población utilizando herramientas especializadas para evitar sesgos.

Para utilizarlo en nuestro país, se necesitaría medir cuanto produce o gana el sistema de salud argentino en años de vida equivalentes a perfecta salud, para luego poder llegar a fijar lo más adecuadamente posible el umbral económico necesario requerido. La Argentina tiene un PBI cuya la característica es la de poseer ciclos de contracción y expansión muy rápidos, y a veces con pendientes negativas profundas.

Quizás fijar un umbral de dos veces el PBI/cápita podría ser un buen arranque. No será un número mágico que alineará consensos y disensos, pero sí un punto de partida para tomar decisiones técnicamente correctas de asignación de recursos. Después... Después queda la política. □

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



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

Final de ciclo: balance de estos cuatro años en salud

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



El inicio del período de gobierno que recientemente finalizó había sido esperanzador respecto al sector salud. En principio se daba un hecho inédito en el país, en el cual las tres jurisdicciones que tenían responsabilidades administrativas sobre el Área Metropolitana – AMBA – (una de las regiones de mayores desigualdades en salud) Nación, la provincia y la Ciudad de Buenos Aires, pertenecían no sólo a un mismo espacio político, sino que además sus gobernantes provenían del mismo partido político y habían conformado un equipo exitoso en la administración de la Ciudad de Buenos Aires. Esto suponía a priori una mayor coordinación de las políticas en esta área y una coherencia en la aplicación de políticas de salud.

Un segundo aspecto importante fue la sanción del decreto 908 de agosto de 2016 en donde se aprobaba la estrategia para la Cobertura Universal de Salud y se destinaba un fondo inicial para financiarla.

Finalmente, el tercer hecho auspicioso lo constituyeron una serie de anuncios respecto a la política de medicamentos que por ese entonces se intentaba esbozar y que consistían entre otras en el envío al Congreso de un proyecto de ley para la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y en la voluntad de disminuir los costos en la compra de medicamentos por parte del Estado a través de la estrategia de compras conjuntas.

Podemos afirmar entonces que éstos han sido básicamente los tres ejes estratégicos trazados al inicio de la gestión pasada complementadas luego con algunas otras iniciativas.

LAS POLÍTICAS DE SALUD SOBRE EL ÁREA METROPOLITANA

En esta área es donde quizá mayores avances concretos se observaron en el territorio a partir de dos iniciativas principales: El AMBA salud y la extensión del SAME que en la práctica significaron una apuesta a mejorar el primer nivel de atención público y la emergencia en el conurbano bonaerense.

El AMBA Salud es un programa de fortalecimiento del primer nivel de atención compuesto básicamente por cuatro grandes capítulos: mejora de la Infraestructura, implementación de un sistema de información, gestión de recursos humanos y reforma del modelo de atención.

En el tema de Infraestructura estaba prevista la puesta a punto de 309 centros de atención primaria de la salud (CAPS) y de los 45 centros de salud y atención comunitaria (CESAC) porteños y la construcción de otros 54 en el conurbano. En este aspecto se ven realmente grandes avances y se considera el programa de infraestructura provincial para el primer nivel de atención más importante desde hace muchas décadas.

El Plan, que se encuentra en un estado muy avanzado, contempla también la conectividad de los CAPS, la compra de computadoras, y programas informáticos como turnos on line y la Historia Clínica digital, la presencia de equipos profesionales con responsabilidad nominada de unas 700 familias por equipo. La inversión calculada al 2020 fue estimada en un total de 1.500 millones.

La extensión del SAME implicó no sólo la gestión de la emergencia en la vía pública a través de la incorporación masiva de ambulancias y de la creación de centros de emergencias municipales, sino también una política de infraestructura hospitalaria centrada en la remodelación de las guardias y otros servicios relacionados.

En la columna del haber podemos además mencionar en la provincia de Buenos Aires al aumento de la cobertura de medicamentos oncológicos para personas con cobertura exclusiva por parte del Estado, a las políticas materno-infantiles con baja en la mortalidad materna y la continuación descendente de la infantil, al programa de residencias médicas y el estímulo a la radicación de médicos en el interior de la provincia y a la transparencia en la gestión.

Dentro de la columna del debe podemos mencionar entre otras falencias las políticas para con los recursos humanos, la ausencia de un modelo nuevo de gestión hospitalaria, la ausencia de gobernanza sobre el sector privado (fue mala la última etapa en la gestión del IOMA, por ejemplo) y fundamentalmente no haber podido cambiar los incentivos perversos que tiene la coparticipación provincial en salud.

LA ESTRATEGIA DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Lo que surgió con mucha fuerza y expectativa se fue diluyendo con el correr de la gestión y nunca alcanzó a tener el estatus de política pública. Comenzó con un anuncio que apareció en las primeras planas de los matutinos de la época y la sanción del decreto 908/16 y una asignación de 8.000 millones de pesos.

En la edición 94 de setiembre de 2016 de esta misma revista decía que era auspicioso el anuncio pero que debía precisarse el modelo a seguir de 3 posibles (o variantes de estos) que de mayor a menor viabilidad podríamos sintetizar en: un modelo de sistema de salud similar al actual pero con un gran fortalecimiento del sector público, un modelo asegurador con cobertura explícita de la totalidad de la población a través de seguros públicos o incorporando población con cobertura exclusiva del Estado a los sistemas de seguros en vigencia o, tercera opción, un modelo del tipo sistema único de salud.

Con el transcurrir del tiempo este auspicioso anuncio fue transformándose en un tímido intento de ir hacia un modelo de fortalecimiento del sector público, pero

en realidad no concretó ningún cambio importante en el sistema de salud que intentase superar la fragmentación y segmentación y más importante aún, disminuir la inequidad en el acceso. Esta estrategia fue diluyéndose y desgastándose como tantas otras iniciativas a lo largo de muchos años hasta transformarse lamentablemente en un fracaso. Simplemente se puede rescatar algún avance en algunas cuestiones de la agenda digital en algunas provincias como el registro de identidad unívoca (estimado en menos del 5% de la población), algunas historias clínicas electrónicas y un avance hacia la receta electrónica. Muy poco.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

El mercado de medicamentos presentaba al inicio de la gestión anterior una serie de características que fueron objeto de intervenciones con distintos resultados finales. Estas características destacadas tenían que ver básicamente con una gran fragmentación y segmentación del sistema de salud en donde existen innumerables compradores de medicamentos que negociaban separadamente y debilitan la demanda, una oferta que desarrollaba políticas y estrategias en bloque agrupándose los laboratorios principalmente en tres cámaras que negociaban en forma conjunta (Farmalink con el PAMI por ej.) lo cual les permitía un mayor poder de negociación y fijar el precio, una función de evaluación de tecnología fragmentada y extremadamente débil, una gran judicialización existente en este campo que impacta fuertemente en el gasto de los financiadores y dificulta también el establecimiento de una política de medicamentos, y un gasto de bolsillo muy alto producto del copago, los medicamentos de venta libre OTC, y la gran medicalización existente (prescripción médica y automedicación).

El gobierno planteó entonces diferentes estrategias que básicamente consistieron en: superar la fragmentación de la demanda a través de realizar compras centralizadas para bajar los precios de medicamentos provistos por el Estado y de entrega gratuita a pacientes, cambios en el principal contrato del Estado con la industria (INSSJP), creación de la AGNET (Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología Médica) y fortalecimiento de un Observatorio de Precios de medicamentos de la Seguridad Social.

Los resultados de estas estrategias muestran varios claroscuros. Respecto a las compras centralizadas existieron dos experiencias exitosas lideradas siempre por el PAMI. La primera experiencia tuvo que ver con la compra conjunta de hemoderivados (Factor 8) por parte de los principales compradores de este producto (Ministerio de Salud de la Nación, PAMI, IOMA, Superintendencia de Servicios de Salud) a través de una licitación pública internacional en donde se presentaron 7 oferentes, lográndose un ahorro de más de 70 millones de dólares sólo en ese producto. Una segunda experiencia tuvo que ver con drogas oncológicas previniéndose un ahorro tres veces superior. Esta estrategia positiva podría ser el embrión para lograr mejores compras en un futuro y crear en el mediano plazo un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas que centralice la compra de medicamentos de alto precio y otros insumos.

Respecto al principal contrato entre el Estado y la industria, el PAMI modificó un contrato con la industria de más de 25 años de antigüedad por otro que estableció una rebaja del 5% en mostrador, un descuento de 46%, 63% y 70% según el caso en los medicamentos oncológicos y tratamientos especiales que compra el PAMI. Estableció también que el precio de venta al público de cada producto vendido vía PAMI se actualizará trimestralmente, con un aumento máximo de un 70% de la variación del índice de precios al consumidor para el

trimestre anterior publicado por el INDEC. Se crearon los “precios PAMI” para las compras del organismo, que serían definidos a partir de una unidad de medida independiente de las distintas presentaciones y cantidad de unidades de un determinado medicamento.

Como contracara de estas estrategias de disminución de costos en la compra de medicamentos por parte del Estado debemos decir aquí que uno de los principales fracasos en esta área fue la política de precios de los medicamentos en farmacia en donde se verificaron aumentos por encima de la inflación con el enorme impacto negativo que esto presupone en los ingresos de las familias.

Por otra parte, la Agencia Nacional de Tecnologías Sanitarias no se concretó. El PEN envió un proyecto de ley al congreso que naufragó sin ver la luz. En su lugar se creó por resolución 623/2018, la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud en el ámbito del Ministerio de Salud, la cual emitió algunos informes de ciertos medicamentos, pero sin el impacto necesario.

Finalmente debemos señalar como hecho positivo el gran impulso que le dio el gobierno a la producción pública de medicamentos dotando de funcionalidad y presupuesto a la ANLAP que transfirió en tres años \$ 136.613.090 destinados a 37 proyectos presentados por 20 laboratorios públicos.

CONCLUSIONES

Estos cuatro años no cambiaron la morfología del sistema de salud ni existieron reformas importantes para mejorar la equidad, la eficiencia o la calidad en la atención. Se intentaron algunas estrategias para mejorar ciertas deficiencias del sector con diferentes grados de éxito, pero no lograron constituir ni plantear una reforma profunda.

Quedan algunas experiencias interesantes y positivas que fueron iniciadas y requerirán ahora de un nivel de consolidación importante como por ejemplo el programa del AMBA salud, la estrategia de compras conjuntas o la agenda digital en salud planteada.

Un párrafo final para la unificación de los Ministerios de Salud y Desarrollo Humano. Una estrategia de este tipo requiere una planificación mayor y un sentido sanitario de la iniciativa. Un ministerio liderado por una concepción claramente sanitaria, un gabinete del PEN cohesionado detrás de una estrategia de “Salud en todas las Políticas” y un equipo que lidere ese ministerio con una visión amplia de salud basada en los determinantes sociales puede ser una estrategia positiva. Claramente esto no fue lo que sucedió.

En el municipio de Tres de Febrero al inicio de la gestión reformamos el organigrama creando la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano con tres subsecretarías, la de salud, la de desarrollo y la de determinantes de la salud. Se logró una gran coordinación y una retroalimentación positiva en todos los aspectos además de ampliar las acciones a otras áreas del gabinete que antes parecía imposible. Fue una medida muy acertada en ese entonces y exitosa. Es cierto que es una escala diferente y en el nivel local este tipo de estrategias pueden ser muy positivas. Más allá de esto es claro que la medida del gobierno nacional no fue en esa dirección y resultó finalmente en un debilitamiento del área y un mensaje negativo a la sociedad. La nueva separación de los ministerios con la creación nuevamente del Ministerio de Salud Nacional de este gobierno que inicia es un hecho positivo y auspicioso en este contexto. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.

Protagonismo para la defensa de la salud pública y sus residentes

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



El 2019 va quedando atrás y mirando en perspectiva ha sido un año difícil en todos los ámbitos y abre un interrogante de cara al futuro con un nuevo Gobierno a nivel nacional y recambios en el gabinete porteño.

Para la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires fue un año de muchos desafíos hacia afuera y adentro y hemos crecido en todos los sentidos; todos y cada uno de quienes forman parte de la Institución deben sentirse muy satisfechos de formar parte de ésta porque hemos sido protagonistas en temas centrales que hacen a la defensa de la salud pública.

El año cerró con la polémica y no consensuada la ley de Residencias y Concurrencias que presentó el Gobierno porteño a través del Ministerio de Salud, que tuvo como agravante la represión a los médicos que ejercieron el derecho a protestar y poner sobre el tapete lo inadecuado de la ley de modo tal que la sociedad pudo conocer la raíz de la problemática; a eso se sumó el accionar institucional de la AMM acompañando a los residentes y actuando en las negociaciones colectivas sectoriales y en la misma legislatura, con esa fuerza se logró derogar el proyecto de ley presentado.

De este modo, los médicos comienzan a ver sus condiciones de trabajo de una manera diferente. Es responsabilidad del Estado brindarles seguridad, somos los primeros que debemos cuidarnos para poder cuidar. Trabajar en esto es concientizar.

Fue la misma AMM la que en este año en un contexto de plena defensa del sistema de salud mental firmó, junto con el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, un acta acuerdo para impedir el cierre de los hospitales neuropsiquiátricos en el 2020 y lograr, de esta manera, su refuncionalización.

Fue un momento histórico para la salud pública. La firma de esta acta acuerdo ratifica lo que siempre sostiene Médicos Municipales: la defensa irrestricta de la salud pública, de los médicos municipales y de los pacientes y compromete a las partes a velar para que el acuerdo se cumpla a rajatabla y en su totalidad. Por eso siempre decimos y hoy reafirmamos que mientras haya un solo guardapolvo blanco en los hospitales de la ciudad, esta Asociación no va a permitir que se cierre ningún hospital de salud mental.

Con todo, durante el 2019 hubo otro momento muy importante para la defensa del sistema y fue cuando logramos que la decisión del Gobierno de

colocar “directores administrativos” en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires pasara al archivo, atenuando la idea inicial ya que estarán un escalón por debajo de los directores médicos tradicionales de cada hospital y no por encima como estaba previsto originalmente.

Se trató de un error muy grosero y lo demostramos, era una equivocación grosera ya que era ilógico que aparte del director médico existiera un director administrativo cuyas funciones iban a estar por encima del director médico, que es quien marca las políticas sanitarias de salud en cada hospital.

Eso lo peleamos a muerte siempre. Porque poner un director administrativo que marque las políticas del hospital es un error conceptual de lo que hace la salud pública. Por lo tanto, nosotros defendimos en ese momento fuertemente, e incluso sacamos una solicitada en los diarios responsabilizando a la ministra de Salud por esta situación, porque marcaba un cambio en lo que era la política sanitaria de funcionamiento en el nosocomio. Tanto es así que el Gobierno tuvo que dar marcha atrás.



CRECIMIENTO INSTITUCIONAL

La AMM creció de manera vertiginosa durante este año en distintas áreas tanto como de manera institucional, gremial y política.

Los jubilados ocupan un lugar muy importante en la vida de la Institución, hoy tienen un espacio que es la Casa del Jubilado donde pueden encontrarse, transmitir su experiencia a los más jóvenes y sentirse respetados. Son los que hicieron grande la Institución y los que soñaron con el presente que hoy tenemos, muchos de ellos han colocado las piedras fundacionales para lo que hoy representa la AMM no sólo en el mundo de la salud sino como una marca que la sociedad reconoce.

La Casa del Jubilado es 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. 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.

Este año también se presentó el Observatorio de Salud Pública y Bioderecho, una piedra angular en nuestra vida institucional, que será un espacio multidisciplinario de estudio e investigación que generará conocimientos e inteligencia sanitaria que aportará al estado y desarrollo de la salud pública en nuestro país.

También hemos sido distinguidos por el Honorable Senado de la Nación por la defensa de la salud pública, la Casa del Jubilado, entre otras menciones. 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.

Fue un año vertiginoso pero enriquecedor porque una vez más demostramos que somos los que nos ponemos al frente de la defensa de quienes asisten y del sistema de salud que atiende a miles de personas que a diario transitan por los hospitales porteños. Este año hemos logrado además que haya una cláusula gatillo que automáticamente va a compensar el desfase del sueldo con la inflación anual, es un hecho muy importante en un contexto difícil que vive el país.

Se viene un año con grandes desafíos y nuevas autoridades a las que les damos la bienvenida y con las que esperamos trabajar en conjunto para un mejor sistema de salud, un respeto al médico, al guardapolvo blanco, a los residentes, a los jóvenes, a las mujeres y a todos los que soñamos con un sistema de salud digno para todos. □



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

EL VALOR DE LAS ENCUESTAS DE SALUD

“Qué piensan los argentinos sobre la salud” (2019)

Prosanity Consulting - Poliarquía Consultores

Las encuestas de salud o estudios de prevalencia de problemas socio sanitarios, son herramientas esenciales para la Planificación Sanitaria (sea a nivel Nacional, Regional, Municipal, etc., tanto del sector público como de la Seguridad Social y el Sector Privado).

La información que surge de ellas permite planear, tomar decisiones y también evaluar las políticas de salud que se aplican en los diferentes ámbitos. Conocer lo que las personas autoperceben en relación a su estado de salud, a la calidad de los servicios sanitarios, sus hábitos de vida, creencias, conductas, opiniones, entre otros, permite a quien planifica, a partir de ese conocimiento, orientar en forma adecuada los programas y las acciones en función de la información recibida. También los estudios de opinión pública permiten monitorear los programas de salud definidos desde la Autoridad Sanitaria o desde quienes, en la actividad privada o de la seguridad social, desean acreditar los desenlaces clínicos de los diversos procedimientos terapéuticos, preventivos o promocionales de las intervenciones ejecutadas.

Habitualmente y desde los diferentes subsistemas del sector de la Salud, se accede a múltiples informaciones sobre morbilidad, mortalidad, patologías prevalentes, tasas de uso de las diferentes prestaciones, etc., pero es escasa y muchas veces nula, la información que tenemos de la opinión sobre la salud, la enfermedad, el proceso asistencial, las creencias y la actitud, proveniente de los ciudadanos.

Sólo preguntando a la población, quiénes son los actores centrales de los esfuerzos sanitarios, sobre determinadas cuestiones, llegaremos a percibir e informarnos cuáles son los ámbitos de actuación a seleccionar para mejorar la calidad de la atención y actuar sobre la Promoción y Prevención de la salud así como sobre la Atención Sanitaria, identificando grupos de riesgo,

anomalías de equidad, de accesibilidad, estilos de vida, factores predisponentes clínicos y sobre los determinantes sociales de la salud.

La realización en algún tema en particular de estas encuestas en forma seriada sirve además para analizar la evolución de determinadas variables en la población, como hacemos periódicamente con el índice de Stress (IME) y/o monitorear los resultados frente a determinadas acciones puestas en marcha.

García Ferrando define a una encuesta como “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”.

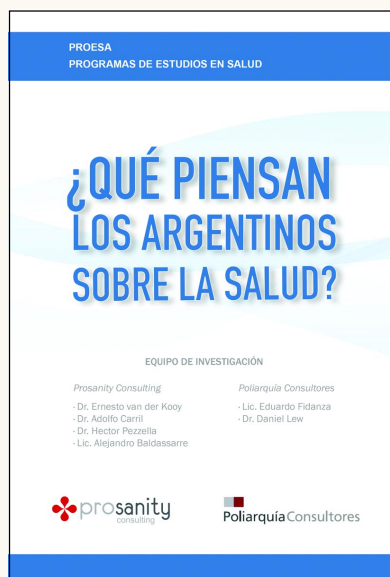
Para Sierra Bravo, la observación por encuesta, consiste igualmente en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad, “es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado”, teniendo entre sus características, que la información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos,

a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, que permite aplicaciones masivas que, mediante técnicas de muestreo adecuadas, pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras, permitiendo la obtención de datos sobre una gran variedad de temas, y que la información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que permite realizar comparaciones intra-grupales.

La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. En el ámbito sanitario son de mucho interés las investigaciones realizadas utilizando esta técnica, sean encuestas de salud general, sobre temas específicos de salud, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, consumo de fármacos, hábitos higiénicos, hábitos alimentarios, actitudes frente a la vacunación y satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios, entre tantas otras de similar importancia. También esta metodología permite determinar las prevalencias de condiciones clínicas que dependen de un “constructo social del discurso médico”, como la depresión, los trastornos por ansiedad, trastornos del sueño, migraña, fibromialgia, colon irritable, entre tantas otras.

Cada una de ellas posee una forma estandarizada y validada para definir la existencia de la condición, por lo que estas herramientas se transforman en vitales a fin de conocer la carga de enfermedad a nivel social y los subgrupos más afectados.

Diversos Institutos a nivel internacional como el HINTS (Health Information National Trends Survey), que monitorea los cambios que se producen en el escenario tan acelerado de las formas de comunicación en salud. Los datos de encuestas se utilizan para comprender cómo los adultos usan los cana-



les de comunicación para acceder a información documentada y creíble para sí mismos o para aquellos que tienen a su cuidado; esta información vital puede a su vez facilitar el trabajo de médicos y educadores para crear estrategias de comunicación en salud más efectivas.

También el Canadian Community Health Survey es un gigantesco emprendimiento que provee de estudios de corte seccional con estimaciones de factores relacionados al estatus de salud, utilización de servicios sanitarios y determinantes sociales de toda la población canadiense. Uno de los componentes centrales de esta iniciativa, es el Canadian Health Measures Survey que recolecta información sobre la salud de los habitantes de todo Canadá. A través de entrevistas personales y la recolección de medidas físicas, se proveen de datos basales sobre indicadores de exposición ambiental, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, entrenamiento y prácticas deportivas, estatus nutricional, así como de factores de riesgo y característi-

cas de protección en todas estas áreas. Dentro de las medidas físicas incluyen la altura, peso, presión sanguínea, medidas de función pulmonar, frecuencia de entrenamiento entre muchas otras.

El European Health Survey, es también un emprendimiento dividido en cuatro módulos que intenta describir el estatus de salud de la población, el uso de los servicios de salud, los determinantes sociales de la salud y las variables socio-económicas que sostienen a estos datos. Estos cuatro módulos cubren los siguientes tópicos:

- Variables demográficas, estatus socio-económico como sexo, edad, educación, estatus laboral.
- Estatus de salud como salud auto-percibida, morbilidad específica por condición clínica, limitaciones funcionales físicas y sensoriales.
- Uso de servicios de salud como hospitalizaciones, consultas, necesidades no cubiertas (unmet needs), uso de medicamentos y acciones preventivas.

- Determinantes de la salud como altura, peso, consumo de frutas y vegetales, consumo de tabaco, alcohol, etc.

Poliarquía Consultores y Prosanity Consulting desde el año 2016 y a través de un convenio de colaboración institucional (PROESA - Programa de Estudios en Salud) han realizado investigaciones a nivel nacional sobre temas de salud, con encuestas de frecuencia mensual sobre las 40 principales ciudades del país. Hemos abordado una agenda de temas sanitarios prioritarios, de amplio impacto e interés de la población, donde se pone de manifiesto que han versado sobre determinantes de salud, como factores de riesgo y estilos de vida, opiniones y creencias sobre situaciones relacionadas con la salud, uso de los servicios sanitarios, etc.

Desde la perspectiva del mundo académico, cabe destacarse la enorme presencia de producción científica sobre estos temas que son abordados por publicaciones médicas clásicas como el JAMA, The Lancet,

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



BMJ y de revistas especializadas como el Journal of Health and Social Behavior, el American Journal of Health Promotion, American Journal of Lifestyle, American Journal of Medical Quality, entre tantos otros.

Esta producción académica tiene la potencia transformadora a partir de las preguntas que se realizan los investigadores y que intentan responder construyendo una base de conocimientos que luego tienen el potencial de transformar políticas de salud o cosmovisiones paradigmáticas sobre las que opera el sistema de salud como un todo.

Son aspectos bastante descuidados y poco estudiados en nuestro medio, el de la sociología y la antropología médica.

En el primer caso, es el análisis de las organizaciones e instituciones médicas, las acciones e interacciones de los profesionales de la salud y los efectos sociales y culturales de las prácticas médicas. Este es un campo que interacciona comúnmente con la sociología del conocimiento y los estudios de la tecnología sanitaria y la epistemología social. Investigadores como Vilfredo Pareto, Talcott Parsons, Eduardo Menéndez, Bryan Turner han puesto interés sobre las experiencias cuanti-cualitativas de los pacientes entre los límites imprecisos de la salud pública, el trabajo social, la demografía y la teoría sociológica.

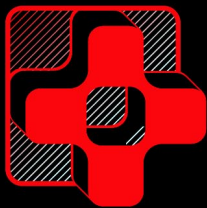
En el segundo caso, el de la antropología médica, que se encarga de la salud humana, los sistemas de atención y la adaptación biocultural, permite ingresar al universo de las prácticas populares y creencias que practican las poblaciones más allá del sistema médico hegemónico, así como a las investigaciones de los problemas creados por aquél en los últimos 40 años y que recientemente ha tomado dimensión como la problemática del sobre diagnóstico y sobre tratamiento en la producción de nueva patología o en la generación de patología biológica existente, pero que no tendrá manifestación clínica a lo largo de una vida o de la vida de las poblaciones.

En este año y medio de trabajo, hemos realizado encuestas de corte seccional de tipo telefónico de manera que el ciudadano sólo debe contestar a preguntas estandarizadas

leídas por el encuestador. Sus ventajas son el ser más económicas, acortar el tiempo de realización del trabajo de campo, permitir acceder a zonas muy dispersas, llegar a grupos menos accesibles, etc. Hemos trabajado siempre sobre la base de una identificación clara y precisa del objeto de interés a investigar, definiendo los objetivos generales perseguidos, y revisándose las diversas aportaciones teóricas que ya existen sobre el tema en nuestro país y en el extranjero. Los cuestionarios, base de este tipo de investigación, se han hecho en base a preguntas cerradas de respuesta biopcional o con varias opciones de respuesta en las que se incluyen las distintas alternativas consideradas relevantes, iguales para todos los encuestados. Se realizan preguntas de identificación anónimas (sexo, edad, nivel de estudios, cobertura de salud, e indagando sobre los determinantes sociales) colocadas al comienzo del cuestionario. Las preguntas del cuestionario pueden versar sobre cuestiones concretas o hechos objetivos, sobre intenciones, opiniones, nivel de información, actividades, aspiraciones, motivos y razones que han sido agrupados en unidades temáticas. El número de preguntas que soporta el formato de investigación telefónica oscila entre la cantidad de 10 a 20, dependiendo de la profundidad y extensión de las mismas. Son encuestas realizadas a población mayor a 18 años, de tipo telefónica (IVR), con las características de ser estratificadas, polietápicas y aleatorias. También por cuotas de edad y por sexo para la selección del entrevistado. Los tamaños de las muestras han oscilado entre 1226 y 2260 casos. Los errores estadísticos entre 2,64 y 2,78% para un nivel de confianza del 95%. Esta precisión de los métodos estadísticos para las ciencias sociales nos brinda la seguridad y robustez que requieren la metodología contemporánea.

En el mundo actual la necesidad de uso y comprensión de estadísticas es esencial en múltiples profesiones y especialmente en el sector salud. Los médicos se han acostumbrado al uso de estadísticas a partir del movimiento llamado "Evidence Based Medicine" que podría-

mos decir que dio inicio en el año 1992 a partir de una editorial del JAMA. Pero en el campo de la investigación social y en salud pública, el uso de las estadísticas ha predominado desde el comienzo de los tiempos de estas ciencias. La necesidad de definir con rigurosidad la pregunta central a investigar, el diseño, planificación, la estadística descriptiva y las inferencias que se desprenden de los números, representa todo un campo específico del conocimiento que requiere del expertise y el compromiso de todo un staff al servicio de la obtención de esa valorada y muchas veces, esquiva verdad social. Los científicos sociales utilizan las estadísticas descriptivas e inferenciales para responder a los fenómenos sociales; por ejemplo: ¿los jóvenes menores de 30 años tienen un consumo de alcohol y tabaco en las que se muestren diferencias en los niveles educativos o regiones geográficas? ¿Cómo acceden a los servicios de salud las mujeres de los conurbos que utilizan el servicio público? ¿Qué demoras hay en la actualidad para obtener turnos quirúrgicos entre los múltiples sectores y prestadores del sistema de salud? A fin de ganar precisión y evitar sesgos de selección, de perfil poblacional o geográfico o de hacer inferencias imprecisas, es necesaria la aplicación de los métodos correctos que permitan una confianza sostenida y persistente en el método de investigación. El uso de la estadística inferencial en la selección de muestras por los distintos estratos, permite determinar con cierta precisión, cómo la pregunta de investigación afecta al conjunto de la población a partir de tamaños muestrales relativamente pequeños; este salvoconducto estadístico es lo que facilita la aproximación a problemas de gran magnitud en las que de otras formas se necesitaría de grandes tamaños muestrales y prolongados períodos de investigación de campo empleando ingentes recursos a fin de poder responder la misma pregunta. Está en nuestra expectativa, entregar un material novedoso en nuestro medio y que permite abrir y estimular al amplio abanico de preguntas y problemas del campo socio-sanitario argentino y de la región. □



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



expomedical

www.expomedical.com.ar

No todo es lavarse las manos



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

Para desarrollar una cultura de gestión de los riesgos dentro de un establecimiento médico, conviene disociar las nociones de falta y de error. No podemos dejar de considerar, que, en el campo jurídico, también se analiza el comportamiento humano que lleva a la producción de hechos por error.

Los errores en medicina son precisamente el riesgo inseparable del servicio del cuidado de la salud, y no siempre podrán ser considerados como culpa.

En el cuidado de la salud, los actores de primera línea - médicos a cargo del tratamiento del paciente - serán responsables en razón de su culpa, en caso de que se cometa un error objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En el campo del derecho se los denomina errores inexcusables.

Pero, la enfermedad es un riesgo **propio** del paciente, nada más que por haber nacido y/o estar en este mundo, por el cual el médico no deberá responder, pero si decide darle tratamiento al paciente con una terapia más riesgosa que la enfermedad, o se equivoca culposamente en el balance de la ecuación riesgo/beneficio, deberá responder.

El error humano siempre se presentó como una falla culpable ligada a la inconstancia del ser humano, capaz de lo mejor y de lo peor. Es a la vez un obstáculo para la obtención de una performance regular y repetitiva, y la fuente de fallas más graves que ponen en peligro la permanencia segura del sistema, y que ocurran los accidentes, que algunas veces son previsible y evitables, otras son imprevisibles, otras son inevitables, y en todos los casos podrán producir un daño.

Lo que el médico debe poder probar es que hizo todo lo posible para tratar de evitar la producción del daño, en caso de que sea evitable. Para evitar el daño, hay que conocer el riesgo.

Para desarrollar una cultura de Gestión de los Riesgos, y desarrollar una acción para tratar de disminuir el riesgo del error médico y evitar o reducir el daño que ha de sufrir el paciente, el error debe ser examinado independientemente de la responsabilidad del actor de primera línea.

Se tratará de determinar las causas y el contexto del error. Esto supone liberarse de la búsqueda de un responsable para echarle la culpa, y evaluar porqué de repente no estamos hablando con un paciente, sino con una víctima, o con alguien de su familia.

Los establecimientos médicos, que es el lugar donde trabajan los médicos, deberían tener un Sistema de Trabajo. Y saber que todo Sistema lleva en sí mismo condiciones que favorecen el error: defectos de concepción, defectos de reglamentación, inexistencia de controles, carencias de *management*. Se trata de errores latentes.

El operador de primera línea - el médico - pone de manifiesto esos errores **latentes** mediante la concreción de errores **patentes** con motivo de circunstancias particulares, del médico, del paciente, del equipo del cuidado de la salud, de la gestión institucional.

El análisis de los accidentes ya no debe estar centrado únicamente en los errores de los operadores. También lo debe estar en la búsqueda de las insuficiencias en las defensas del Sistema, en la inexistencia de barreras que permitieron que el error del operador, los errores el Sistema o una combinación de ambos, degeneraran en un accidente, que producirá un daño y que el paciente se transforme en víctima.

Para hacer progresar la *seguridad del paciente*, conviene considerar que el accidente no está ligado únicamente al error del médico. El accidente está más bien ligado a las situaciones en las cuales un error humano ha podido ocurrir, y, mediante una "cadena de circunstancias", se pueda llegar al accidente por falta de protección del Sistema Interinstitucional.

El "accidente" no es más que el revelador de una o varias defensas defectuosas del Sistema en su conjunto. Un sistema seguro debe permitir resistir a los errores y a las fallas, y protegerse contra sus consecuencias: se trata del enfoque sistémico de la gestión de riesgos.

Sin embargo, en ciertos casos, el error humano será considerado como una falta susceptible de comprometer una responsabilidad. La ley y la jurisprudencia definen el régimen de la responsabilidad aplicable a esas situaciones.

Si los médicos que trabajan dentro de las instituciones - con o sin relación de dependencia - no son capacitados, educados y controlados para tratar de evitar que se produzcan errores, será muy difícil alcanzar el objetivo de la mentada *seguridad del paciente*. □

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

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

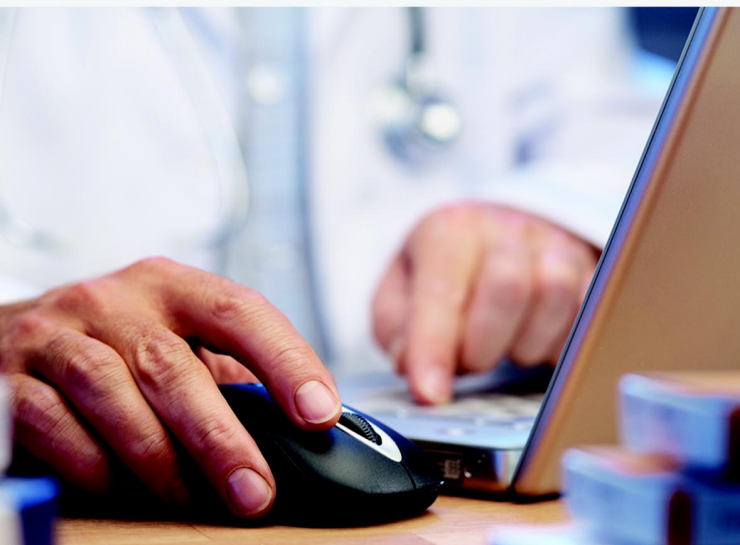
La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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



**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

