

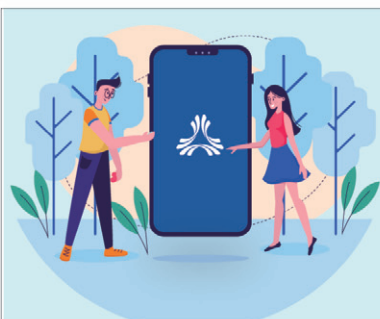
Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

ANUARIO
2021

Tendencias
2022



GALENO

EN GALENO INNOVAMOS PARA CUIDAR TU SALUD
HACIENDO TODO MÁS FÁCIL, ÁGIL Y SEGURO.

• DESCARGATE NUESTRA APP.

Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222 SALUD (72583)
WWW.SSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.



*Impactando la gestión de la salud
a través de la tecnología*



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

Los beneficios de **operar** en **red**



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

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

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados
Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

ACTUALIDAD

OSPAT presentó *Hola Doctor! Estación Diagnóstica*

6

OBRAS SOCIALES

Una mirada desde las Obras Sociales Nacionales

Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento - Programas y Desarrollo de OSUTHGRA 8

Situación actual y expectativas 2022

Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud

10

A la altura de las circunstancias: seguridad social argentina

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT

12

Nuevos desafíos, notables respuestas

Por el Dr. Miguel A. Troisi - Presidente de FAOSDIR

14

MEDICINA PREPAGA

Se viene la nueva temporada de "La salud privada en estado terminal"

Por el Lic. Julio Díez - Director Comercial Corporativo de Swiss Medical Group

16

SanCor Salud, bienestar en salud y en gestión

Por el Dr. Fernando Werlen - Director General - Grupo SanCor Salud

18

La salud es nuestro compromiso y la tecnología nuestra aliada para brindar el mejor servicio - Grupo Omint

20

CEMPRA

Desafíos de la postpandemia

22

CADEID

El desafío de consolidar alianzas

Por Héctor Osvaldo Apogliessi - Presidente de CADEID

24

CA.DI.ME

¿Por qué el mercado de la salud requiere regulación?

26

PRESTADORES

La crisis de los prestadores médicos privados en la Argentina

Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA

28

VOCES

El barril sin Fondo Solidario de Redistribución (o, dicho de otro modo, el Fondo toca fondo)

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

30

OPINIÓN

Satisfechos y comprometidos

Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA

31

EMPRESAS

Financiadores de la salud, transformación digital más allá de la pandemia

Por el Lic. Ariel Camporeale - Gerente General - Health Management Solutions (HMS) 32

COLUMNA

Sin optimismo, pero con esperanza

Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Entidades de Medicina Prepaga

34

DEBATE

Sinfonía del nuevo mundo

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica Sanitarista - Epidemióloga

36

COLUMNA

La salud entre la crítica y la crisis: de la indefensión sanitaria a la integración responsable

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA

38

COLUMNA

Nuestra seguridad social está conceptualmente atrasada

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista. Miembro del Grupo PAIS

40

COLUMNA

El largo camino hacia la construcción del Grupo PAIS

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Especialista en economía y gestión de la salud

42

DEBATE

Oncología y nuevas terapéuticas - Entre el precio y el valor

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD

44

COLUMNA

Dos años de Ministerio de Salud - Balance de medio término

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública

46

COLUMNA

Una institución en crecimiento, que piensa en el hospital del futuro

Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

48

OPINIÓN

La verdadera inversión en salud

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES

50

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.

**TODO PARA
CUIDARTE
A VOS Y A MÁS
DE 600.000
PERSONAS**



LA SALUD ES TODO



Medicina Privada

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscrita en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el número 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar

OSPAT presentó Hola Doctor! Estación Diagnóstica

En un encuentro que contó con las disertaciones de la periodista científica Nora Bar y del médico especializado en *medtech*, Dr. Diego Pereyra, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf (OSPAT), presentó su nuevo servicio Estación Diagnóstica. Una experiencia que ya tiene lugar en Europa y Estados Unidos y es la primera en Latinoamérica.

La **Estación diagnóstica Hola Doctor!** propone una cabina de 2,19 m x 2,26 m x 1,52 m dotada de alta tecnología que permite al paciente realizar autochequeos asistidos por voz e imagen, utilizando un conjunto de dispositivos que proveen información diagnóstica e interactuando con un médico en videoconsulta.

La central de control de la **Estación** es el propio smartphone del paciente, que mediante la App comanda el recorrido médico dentro de la cabina. Los resultados que se obtienen de la interacción con la cabina y sus dispositivos se archivan en la aplicación móvil del paciente, mientras que el profesional médico puede recibirlos en tiempo real.



¿QUÉ TIPOS DE CHEQUEOS SE REALIZAN?

Se pueden realizar exámenes de piel, tanto con un dermatoscopio como con una cámara HD (lunares, verrugas, lesión solar, manchas en la piel,



alergias, erupciones, enrojecimiento, etc.). También exámenes de garganta por video; de oído, por cámara otoscópica; de pulmón, con estetoscopio; medición de saturación de oxígeno y de ritmo cardíaco. Además, es posible medir peso y altura del paciente (realiza cálculo de IMC), medición de presión y de temperatura.

Dispositivos: Termómetro; Dermatoscopio; Tensiómetro; Sensor de altura; Balanza; Estetoscopio; Pulsioxímetro; Otoscopio; Electrocardiógrafo; Cámara HD.

La **Estación diagnóstica Hola Doctor!** cuenta con puertos de carga para smartphones y puede proveer wifi al usuario en caso de que lo requiera, resolviendo una de las barreras más frecuentes de la salud digital.

Fue desarrollada íntegramente en nuestro país por Emprendedores Tecnológicos Argentinos. Está diseñada para ser utilizada en espacios públicos o privados de uso público: centros comerciales, terminales de ómnibus y trenes, hospitales y clínicas, clubes, aeropuertos, edificios públicos y universidades tanto públicas como privadas. También en fábricas o ambientes industriales.

UN PROYECTO DE SALUD DIGITAL

El presidente de la Obra Social, Carlos Felice, expresó durante la presentación que "Nuestra estrategia de salud digital está alineada con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Es decir, no estamos proponiendo resolver problemas de salud complejos, sino los problemas más simples que necesitan contención diaria. Nosotros lo pensamos como CAP

ONLINE, centros de atención primaria on line, que ahora toman forma de **Estaciones Diagnósticas** que se ensamban con telemedicina".

En 2019 la obra social OSPAT dio un paso categórico en la historia de sus servicios. Dispuso un servicio de consultas médicas por videollamada **Hola Doctor!**, una estrategia para ampliar accesibilidad y cobertura a su población afiliada, agregar valor y explorar la posibilidad de racionalizar el gasto sanitario. Luego, frente a la pandemia por Covid-19 el servicio se volvió central en el protocolo frente a la pandemia.

"¿Qué sigue en salud digital? OSPAT está haciendo un enorme trabajo para digitalizar sus propios procesos internos para ofrecer servicios ágiles a los afiliados. Porque el acceso no se trata sólo de prestaciones médicas. Nosotros nos proponemos derribar las barreras invisibles vinculadas a cierta cultura de la burocracia para reemplazarla por servicios racionales y de alto valor que contribuyan a la eficiencia del gasto en salud" agregó Felice.



La obra social estará localizando varias **Estaciones Diagnósticas** en diferentes puntos del país e, incluso, pueden ser itinerantes. En la actualidad una de las **Estaciones** se encuentra instalada y disponible para su utilización en la Estación Terminal Once de trenes, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. □

GALENO

**EN GALENO INNOVAMOS
PARA CUIDAR TU SALUD
HACIENDO TODO MÁS FÁCIL,
ÁGIL Y SEGURO.**



+100.000
VIDEO CONSULTAS
MÉDICAS
POR MES

+200.000
GESTIONES ADMINISTRATIVAS
ONLINE
POR MES

+200.000
TURNOS MÉDICOS
POR MES

• DESCARGATE NUESTRA APP.
Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583)
WWW.SSSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.

Una mirada desde las Obras Sociales Nacionales

Por el Dr. Benjamín Surace - Gerente de Planeamiento Programas y Desarrollo de OSUTHGRA (*)



LA PANDEMIA FUE EL DESAFÍO MÁS MOVILIZADOR DE LO QUE VA DEL SIGLO XXI

Desde su inicio y viendo lo que había ocurrido en Bérgamo y en otras ciudades desde donde llegaban las imágenes que mostraban el colapso de los sistemas sanitarios, motivaron urgentes reuniones de representantes de las Obras Sociales Nacionales con las autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud y del Ministerio de Salud de Nación.

De allí surgieron medidas rápidas para evitar ese colapso. Se amplió la cobertura en todo el país, con tráileres para atención de pacientes febriles anexos a hospitales y clínicas, carpas sanitarias para hisopados de pacientes. La Seguridad Social, por medio de las organizaciones sindicales ofreció sus hoteles de turismo en una primera etapa para efectuar cuarentena y controles a quienes regresaban al país. Después algunos de esos hoteles se acondicionaron para internaciones de baja complejidad.

Las Obras Sociales participaron también en llegar a los afiliados para tener activos canales de comunicación, orientación y capacitación con la situación que se vivía.

Cuando arribaron las vacunas también se comprometieron las instituciones de la Seguridad Social en las campañas de vacunación Covid-19, tanto del personal de salud en los servicios propios, como también facilitando la información a las jurisdicciones, de los grupos etarios con factores de riesgo.

Los sanatorios propios de la Seguridad Social dentro de las posibilidades aumentaron el número de camas con aislamiento y con la ayuda del gobierno ampliaron el número de respiradores y de camas en la terapia intensiva.

En algunos casos hasta se cambiaron los tanques de oxígeno por otros de mayor volumen para evitar otro factor de colapso. La posible causa hubiera sido no de producción sino de la red de abastecimiento al incrementarse sustantivamente las recargas.

El otro desarrollo que llegó con la pandemia fue el proveniente de la inteligencia artificial: se multiplico por 1.000 y llegó para quedarse en la gestión sanitaria: Telemedicina, teleconsultas, digitalización de recetas, autorizaciones de prescripciones de estudios, turnos para consultas presenciales y no presenciales. Seguimientos de enfermos primero Covid-19 y ahora también no Covid. Esto también fortaleció el empoderamiento de los pacientes.

Otro avance en la digitalización son los protocolos de seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, iniciado con pacientes diabéticos. El formulario digital registra complicaciones, informes de laboratorio, y medicación con actualizaciones periódicas. Todo esto genera adherencia del paciente crónico a controles de calidad en enfermedades con alto impacto en la salud.

PROMEDIANDO EL AÑO SE COMENZÓ A HABLAR DE UNA REFORMA DE SALUD

Desde algunos sectores políticos se habla de la necesidad de una reforma de salud en la Argentina, señalando la fragmentación como la responsable de las falencias.

Creemos que cualquier reforma debería estar basada en la cobertura universal. El subsistema de salud de la Seguridad Social puede y debe ser tomado como modelo a transitar hacia la cobertura universal. Tiene la población empadronada en el ANSES, los ingresos de la recaudación en la AFIP, un organismo de control y fiscalización en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Las Obras Sociales Nacionales, sumados a los beneficiarios del PAMI y a las Obras Sociales Provinciales suman 26 millones de ciudadanos con cobertura explícita de salud. Es decir que los 16 millones de personas que hoy no tienen coberturas nominadas, ni una empresa de Medicina Prepaga deberían ser registradas e incorporadas a Redes Públicas (Nacionales, Provinciales y/o Municipales) financieras y brindarles las

mismas prestaciones que hoy reciben los beneficiarios de la Seguridad Social.

Los planes de salud y programas priorizados, con las variantes regionales en función a los factores epidemiológicos deberían ser los mismos para todos los ciudadanos.

En los últimos días de noviembre 2021 se reunieron representantes de la CGT con la ministra de Salud "En ese sentido, según informaron desde la cartera sanitaria los representantes gremiales expresaron su apoyo para fortalecer un esquema de salud articulado. Y ambos sectores coincidieron en la necesidad de establecer una mesa de trabajo coordinada entre el Ministerio de Salud, la CGT y la Superintendencia de Servicios de Salud. La misma tendrá como prioridad tres ejes:

1. Una mayor integración y articulación de los tres subsectores del sistema de salud.
2. Potenciar las líneas de cuidado priorizadas en salud mental, abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, tratamiento del cáncer, y mayor alcance de vacunación de calendario en todas las etapas de la vida.
3. El abordaje de la política de medicamentos de alto precio.

Desde los medicamentos monoclonales de comienzo del siglo XXI, a la terapia génica de la década que ya comenzó, y los dispositivos para reestablecer funciones vitales en todos los aparatos del cuerpo humano requieren evaluaciones exhaustivas y acuerdos de precios imprescindibles que necesariamente deberían pasar por la autoridad gubernamental y posiblemente en acuerdos para la región. □

(*) Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.



FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
POSGRADOS

POSGRADOS 2022

Doctorado en Ciencias de la Salud
Dict. CONEAU N° 437/16

Maestría en Salud Pública
Dict. CONEAU N° 517/19

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica
Res. CONEAU N° 111/18

Maestría en Gerontología Clínica
Sede Buenos Aires: Res. CONEAU N° 123/14
Sede La Rioja: Dic. CONEAU N° 388/13

Especialización en Medicina Legal
Res. CONEAU N° 19/18

Especialización en Nutrición
Res. CONEAU N° 614/17

**Consultá también por
Diplomaturas y Cursos de Posgrado.**

Seguí capacitándote en Fundación Barceló.

informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar



Situación actual y expectativas 2022

Por el Dr. Carlos A. Espelt
Director Médico - Construir Salud (*)



En esta misma columna, en 2021, se comentaban aspectos nucleares del devenir de las OOSS en general y de las Sindicales en particular. Financiamiento, demanda y nuevas prestaciones, conformaban un eje temático tradicional pero esta vez con el matiz agregado de la pandemia de Covid-19.

Otros aspectos enumerados y comentados entonces han variado muy poco y otros en demasía. Veamos:

- A lo largo de 2021, especialmente en el segundo semestre, hay una reactivación lenta pero sostenida de la actividad productiva y de servicios, con moderado incremento de la tasa de ocupación formal (de 34% a esta fecha de 2020 a 41% a octubre 2021) y por ende de la población beneficiaria de las OOSS. Esto supone más aportantes y también mayor demanda, pero ¿cómo establecer un punto de equilibrio recaudación-servicios, debido las innumerables obligaciones de nuestro subsistema más su imposibilidad fáctica de priorizar daciones?
- El valor estimado del PMO per cápita a octubre es de \$ 4.382 pero fluctúa según el contexto de los modelos de financiamiento. Como tienden a predominar las contrataciones de riesgo (cápita, cartera fija, etc.) se presume razonablemente que el valor citado es una estimación de máxima. Además, hay que ponderar coseguros, copagos y aportes del FSR.
- Aún con esta construcción teórica, entre ENE-OCT 2021 el valor del PMO creció casi 43%, acompañando a una inflación de la que se acusa a cualquiera menos a los responsables.
- El abatimiento de la demanda de servicios generales de salud observada al comienzo de la pandemia, en la actualidad se ha revertido en buena medida, tendiendo a superar las tasas de uso habituales o, en casos, a superarlas.
- La pandemia ha sido razonablemente controlada, siendo esta una de las causas coadyuvantes de las reactivaciones mencionadas al principio. Pero por diversas razones -no todas de orden epidemiológico- pareciera que no estamos cercanos a verla reducida a una endemia y mucho menos a que desaparezca.

En el resto del escenario de las OOSS se observa la continuidad de ciertas características crónicas, más algunas circunstancias nuevas o modificadas de las anteriores. Veamos.

- El aporte de los Monotributistas se ubica en el orden de los \$ 1.409 (aproximadamente un 32% del valor estimado del PMO) y es un fijo independiente del ingreso real del aportante cuando debería ser proporcional a este, tal como lo es el salario. O bien equipararlo a la media del aporte de los trabajadores en relación de dependencia.
- La Educación Especial de personas que tienen Certificado Único de Discapacidad (CUD) sigue estando a cargo de las OOSS en todo el país, cuando debería (casi por razones de simple sentido común) ser gestionada y cubierta por el Ministerio de Educación de la Nación o los Ministerios de Educación de las respectivas provincias y de la CABA.
- Lo mismo sucede con el sistema de transporte para personas con Discapacidad, que debe ser gestionado y financiado por las OOSS cuando (lo mismo, con relación al mero sentido común) debería serlo por los organismos oficiales responsables de esa actividad.
- Estas dos sencillas medidas aliviarían sobremanera las finanzas de las OOSS permitiéndoles cumplir con las abrumadoras obligaciones prestacionales que tienen y que en un extremo de simplificación se pueden reducir a dos enormes grupos: satisfacer la totalidad de la demanda prestacional de sus afiliados y al mismo tiempo, y sin posibilidad de priorizar prestaciones, desarrollar programas de prevención o diagnóstico precoz de enfermedades crónicas prevalentes. Capítulo aparte merecen las leyes de beneficios especiales incorporadas en los últimos años, que, como expresiones de derechos humanos, no son cuestionables, pero que en ningún caso contemplaron sumar fuentes de financiamiento que no provinieran exclusivamente del salario, ya sea por pago directo de la OS o por intermedio del FSR.
- La posible articulación de los subsistemas de salud: en los últimos 50 años se intentaron desarrollar varios Sistemas de Salud Integrados (desde el SNIS de 1973 hasta el Seguro Público de Salud entre 1999-2001). No se sabe de

nadie que se hubiera opuesto formalmente a ello, ni siquiera durante la dictadura; pero a la hora del desarrollo todos fracasaron.

- Existen unas 400 OOSS (entre Sindicales, Provinciales, Universitarias, etc.) y más del doble de Empresas de Medicina Prepaga. Añádase el subsistema público y se compondrá un sistema de salud mastodóntico, que pudo ser eficaz pero que nadie podría decir que es eficiente, un sistema con una hiperestructura singular y una burocrática imponente. Un sistema en el cual la gente aún debe hacer colas desde la cuatro de la madrugada para conseguir un turno médico a las 11 o donde la interconsulta con un especialista puede tardar meses, -a veces incluso en los propios sistemas de prepago.

A todas luces algo está fallando en este sistema y no solo es su financiamiento. La articulación de los tres subsistemas de salud argentinos (cuatro si se considera al PAMI como subsistema) suena como un buen remedio y seguramente lo sea, pero también suena a panacea y no parece posible en el mediano plazo y resulta difícil de avizorarlo en el tiempo. Quizás nunca sea posible, pero nadie puede decir que plantearlo es irrazonable.

A pesar de todo, en las OOSS Sindicales, podemos permitirnos una modesta dosis de optimismo para 2022 a condición que la externalidad negativa (la pandemia) no desborde, que a los responsables de provocar la inflación pueda imponérseles algo de mesura, que las actividades prosigan su crecimiento aunque sea lento, que se modifiquen esos pocos aspectos de la gestión (aportes de los monotributistas, gestión de la educación y transporte de personas con discapacidad por parte de los ministerios específicos y no de Salud) y que los medicamentos de última generación para Enfermedades Poco Frecuentes se financien desde un Fondo Unificado al que tengan acceso igualitario todas las personas con independencia de sus coberturas. No parecen condiciones extravagantes ni inalcanzables. □

(*) Obra Social del Personal de la Construcción - OSPeCon



No dejes
para mañana
**lo que
podés
consultar
hoy.**

Lanzamos el nuevo servicio de
videoconsulta programada.

Este nuevo servicio está diseñado para que puedas atender por video llamada, desde tu casa o donde quieras.

Ya se encuentra disponible para Clínica del Sol, Centro Médico Bazterrica y próximamente en Clínica Bazterrica y Clínica Santa Isabel.

Para más información contactate con **videoconsultas@bazterrica.com.ar**

MIPORTALCLINICAS.COM.AR

A la altura de las circunstancias: seguridad social argentina

Por el Dr. Carlos Felice
Presidente de OSPAT (*)



El final del año 2021 sorprende en sus últimos días con una nueva ola mundial de Covid-19 a cargo de la variante Ómicron.

De alguna manera, sin embargo, como sociedad y como organización somos y nos sentimos más fuertes.

En lo que concierne a OSPAT, puedo decir que no perdimos tiempo. Generamos protocolos que articulan las singularidades provinciales, las de nuestras redes prestacionales y las de la dirección médica en el nivel central de la obra social.

También ampliamos el dispositivo de contención de telemedicina lanzado en 2019, pero ya en 2021 logramos complejizarlo y llevarlo muchísimo más lejos. Desde la App de videoconsultas médicas nos extendimos a las **Estaciones Diagnósticas Hola Doctor!**, recién lanzadas hace pocas semanas y que en plena pandemia pondrán a prueba todo su potencial.

Cabinas que funcionan como un "CAP Online" para autochequeos. Centros de Atención Primaria On Line o, también, consultorios digitales. No estamos proponiendo resolver la alta complejidad con estos dispositivos, sino los problemas más simples que necesitan contención sanitaria a diario y cuya asistencia inmediata prolonga el estado de salud de las personas. Esa es la verdadera revolución del sistema de salud.

EL FUTURO QUE IMAGINAMOS

En cuanto a la accesibilidad nos llevamos de la pandemia una lección aprendida: está claro que no se trata sólo de prestaciones médicas.

Ya aumentamos y expandimos los dispositivos de respuesta no-médicos. Lo más desesperante es no contar con información, no saber a qué atenderse, adónde acudir, a quién consul-

tar. Ese aspecto lo aumentamos y lo reconvertimos fuertemente.

Hoy OSPAT trabaja para dar respuestas oportunas a los beneficiarios desde una plataforma digital centralizada, ágil y que multiplicó cantidad y calidad de la comunicación de sus agentes de atención al público.

Nosotros nos propusimos derribar las barreras invisibles vinculadas a cierta cultura de la burocracia para reemplazarla por servicios racionales y de alto valor que contribuyan a la eficiencia del gasto en salud.

Y cuando se trata de cultura se trata de mentalidades y de tiempo. Algo para lo que esta pandemia no deja mucho margen. Pero trabajamos en eso. Es, de hecho, en lo que más hemos trabajado en estos dos últimos años.

Todo en un entorno inestable y turbulento, con dificultades en el control del gasto sanitario (claro que agravado en una pandemia) y con aumento dramático del desempleo. Sin embargo, lo hicimos. Lo hacemos.

Con relación a la telemedicina sumada a la tecnología diagnóstica nuestra intención es poder ensamblar los proyectos de salud digital para seguir dando pasos en la prescripción digital de medicamentos, a las historias clínicas en la nube, a la inclusión de la población mayor.

Nos propusimos armar un proyecto de SALUD DIGITAL y estamos recorriéndolo con valentía. Sabemos que hay aún un largo recorrido por delante. Lo conseguiremos en coordinación con las redes prestacionales, cuando todos comprendamos la necesidad de transformarnos.

OTRA PANDEMIA

¿Qué significará el año 2022 para el sistema de salud? ¿Cómo se pueden anclar estas acciones y estos valores incorporados?

De cara al 2022, planteo aplicar nuestra experiencia global para revertir el devastador efecto de siglos de desprecio por nuestro planeta. Es inmensa la tarea de detener el daño climático. La esperanza está en las nuevas generaciones que comprenden mucho mejor que nosotros lo trascendente de este dilema, de esta otra pandemia que se superpone en sus dramáticas consecuencias con las de la pandemia por Covid-19.

Desde el sistema de salud argentino también tenemos asignaturas pendientes frente a la cuestión del ambiente: representa una amenaza de salud pública en la Argentina y debe revisarse urgente cuál será nuestra respuesta frente a las enfermedades producto de inundaciones, incendios, aumento de la exposición a la radiación ultravioleta o enfermedades vectoriales.

Pero también cuál será nuestra acción para lograr conductas preventivas en nuestra población a cargo.

En 2021 OSPAT ha demostrado desde la seguridad social un constante esfuerzo de superación, una capacidad de dar y de ser más de lo que nunca creímos posible. Desafiando las probabilidades, estableciendo un nuevo estándar y dando un paso adelante para crear el futuro que deseamos e imaginamos.

Hoy somos distintos. Como personas, como sociedad, como organización de salud.

En 2022, lo haremos otra vez y mejor. □

(*) Obra Social del Personal de la Actividad del Turf. Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines (UTTA). Abogado. Especialista en Sistemas de Salud.

ESTAMOS

**Más de 26.250.000 consultas médicas
virtuales** realizadas durante la pandemia.

www.osde.com.ar



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

Nuevos desafíos, notables respuestas

Por el Dr. Miguel A. Troisi
Presidente de FAOSDIR (*)



A partir de la aparición de la **Pandemia**, que hoy nos agobia y preocupa; un sinfín de palabras ingresaron a nuestro vocabulario diario, marcando como hitos nuestras vivencias en los dos últimos años, únicos, por cierto.

Lejanía, tal vez la primera, dado que la ciudad de Wuhan, que muchos de nosotros no sólo no conocíamos, sino incluso ignorábamos su existencia, se convirtió rápidamente en el centro de las miradas del mundo. Y ese lugar tan remoto, en un mundo globalizado e interconectado a través de millones de turistas, casi de forma mágica estuvo muy cerca de todas las ciudades, de todas las latitudes.

Un virus desconocido que fue bautizado Sars-Cov-2, recorría velozmente el planeta enfermando a miles y miles de personas, y diseminando muerte a su paso.

Ya no era sólo China; el Covid-19, como llamamos a la enfermedad, se extendía por Estados Unidos y casi toda Europa, colapsando centros asistenciales, y obligando a todas las autoridades sanitarias a combatir una patología desconocida, sin un arsenal terapéutico apropiado para poder hacerlo.

Y como era de esperar, un día tuvimos en la Argentina nuestro primer caso, y la **incertidumbre**, se apropió de nuestras vidas. Difícil, por no decir imposible, saber qué hacer ante algo totalmente desconocido y amenazante. Ese el primer caso se transformó en decenas, las decenas en centenas, las centenas en miles, y el **temor**, la **preocupación** y la **intranquilidad**, comenzaron a pesar en nuestro sentir por aquellos días, no solo por nuestra suerte sino, tal vez con mayor intensidad, por la de nuestros seres queridos.

Inmediatamente los equipos médicos, con su conformación multidisciplinaria, comenzaron heroicamente a dar batalla. A ellos les estaremos eternamente **agradecidos** por su esfuerzo incommensurable.

Desde nuestras organizaciones, reafirmando el motivo de nuestra existencia, sin pérdida de tiempo y adecuándonos a lo que las circunstancias nos requerían, nos adaptamos para **dar respuestas** a nuestros afiliados.

Ampliamos la oferta asistencial, ge-

neramos nuevas líneas y modalidades de comunicación, incrementamos y dotamos de mayor accesibilidad a los servicios de teleconsulta; habilitamos hoteles para poder aislar a los pacientes que cursaban la enfermedad de forma leve, intentando evitar de esta forma que la capacidad hospitalaria y sanatorial se saturara.

Generamos infinidad de campañas para promover y promocionar las mejores prácticas de cuidado con respecto al Covid-19, como así también para que los usuarios no abandonaran el tratamiento de otras patologías de diversas naturalezas, y múltiples medidas para, desde nuestro lugar, convertirnos también en protagonistas en la lucha contra esta enfermedad.

Tal vez una sucesión de palabras se ordena en esta etapa, **responsabilidad, acción, trabajo, comunicación, integración**, y podríamos seguir, pero a esta altura es imprescindible hacer un alto y agradecer a todo nuestro personal, por su **compromiso, talento y entrega** para poder sobrellevar esta durísima tarea.

Sin saber aún si hemos superado el peor momento, o es solo un transitorio alivio, continuamos trabajando en igual sentido y con la misma responsabilidad, convencidos de que hemos hecho todo, absolutamente todo lo que ha estado al alcance de nuestras organizaciones, y continuaremos haciéndolo, sintiendo el **orgullo** de haber dado respuesta, de haber estado a la altura de nuestra responsabilidad, colaborando para la cura y el restablecimiento de cientos de miles afiliados que contrajeron la enfermedad, y solventando sus tratamientos.

En un contexto donde la propia Organización Mundial de la Salud advierte acerca de la posibilidad de futuras amenazas mundiales por la propagación, mutaciones del virus, la aparición de nuevos y el avance de la resistencia a los antimicrobianos. Desconociendo cómo continuará el desarrollo de la pandemia a la luz de las **vacunas** y la llegada de nuevos fármacos y tratamientos, pero también con la aparición de nuevas variantes, nuestra tarea diaria debe continuar.

Nuestros beneficiarios, esperan de nuestras organizaciones una respuesta propicia para la satisfacción de sus necesidades relacionadas con el cuidado integral y restablecimiento de algo tan precia-

do como su salud, y lograr una respuesta adecuada es nuestro mayor objetivo. Para ello, es imprescindible alcanzar la mayor eficiencia, en el marco de una realidad cada vez más compleja.

Y para, concluir otra palabra se reitera, ella es **nuevamente**, resultando tal vez tediosos, dado los calificados lectores de la **Revista Médicos**, pormenorizar una vez más, los múltiples escollos que se presentan y debemos sortear, en forma permanente, para alcanzar la viabilidad económica financiera y de esa forma llegar a cumplir nuestro objetivo.

Nos permitiremos resaltar, a modo de simple ejemplo, la aparición de nuevos fármacos, que posibilitan recuperar o mejorar la salud de las personas. Destacables, desde las posibilidades que les brindan a las ciencias médicas, pero que paradójicamente están amenazando a los sistemas sanitarios de todo el mundo. El tratamiento de estos temas, ya está en las agendas de gobierno de numerosos estados. Los gobiernos debaten sobre cómo sostener su financiamiento ante una escalada significativa de los costos.

Ante este panorama altamente demandante debemos buscar soluciones conjuntas e innovadoras, entre las autoridades y todos los actores de la Salud.

Más que nunca debemos sostener y fortalecer a nuestras organizaciones, para hacer frente a nuevos desafíos, en una actualidad donde el avance de la prevalencia de las enfermedades crónicas, el mayor protagonismo de patologías incapacitantes; la creciente demanda de atención por el propio envejecimiento de la población; y la necesidad de sostener y solventar la cobertura de las enfermedades catastróficas, demanda un esfuerzo continuo y sostenido.

Contamos con un grupo humano de excelencia, que nos permite vislumbrar, que una vez más lograremos encaminar a nuestras Instituciones por un sendero de fortalecimiento. Que posibilitará, sin lugar a dudas, consolidar a nuestra Obras Sociales en la permanente entrega de las mejores y más oportunas respuestas para nuestros beneficiarios. □

(*) Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección.



PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION

*Feliz
Navidad
y 2022*

LA CALIDAD ES RENTABLE

Cuéntenos como su aliado en Calidad, con una amplia experiencia de 18 sanatorios y clínicas acreditadas, ProSanitas BSC es su garantía para hacer una buena 1ra Acreditación y luego crecer en la Cultura de la Calidad, la Gestión de Riesgos, la Experiencia de los Pacientes, el Compromiso con la Comunidad y el Desarrollo de sus Equipos de Salud.

Gestión de la Calidad Total

Gestión de la Estrategia



SA Performance Manager proporciona una mayor eficacia y sistematización en el proceso de planificación estratégica y operacional de su empresa.

Gestión de Documentos



SA Document Manager garantiza el más avanzado manejo electrónico de documentos y la valorización de la información corporativa.

Gestión de Riesgos



Con SA Risk Manager es posible definir prácticas de control para mitigar los riesgos de los procesos y controlar sus niveles a través de auditorías y planes de contingencia.

Gestión de Auditorías



SA Audit Manager permite planificar y administrar auditorías, tornando la gestión más segura, transparente y competitiva con las buenas prácticas del mercado.

Gestión de Ocurrencias



SA Occurrence Manager es un gestor de ocurrencias que permite el registro de identificación de incidentes transformándolos en oportunidades de mejoras.



PROSANITAS
INTELIGENCIA EN GESTION



11.4183.3942

prosanitas.com.ar

Av. del Libertador
6285 3º P.

info@prosanitas.com.ar

@ProSanitasBSC

ProSanitas BSC

Se viene la nueva temporada de “La salud privada en estado terminal”

Por el Lic. Julio Diez - Director Comercial Corporativo de Swiss Medical Group



No quiero repetirme, pero no hay caso. Uno puede ser creativo en las alegorías que va incorporando o en las metáforas que va utilizando, pero la historia siempre es la misma.

No quiero ni imaginarme a los guionistas de cine o televisión.

Es como la decimonovena temporada de... (acá poner la serie de Netflix que Uds. consideren). Ya sabemos lo que va a pasar. Podemos spoilearla tranquilos.

Ya conocemos que el actor/actriz/acter -¿se dice así?- siempre triunfa al final. Tiene que pasar por no sé cuántas penurias y situaciones límites que logra sortear. Se queda siempre con la pareja más bonita/bonito/bonite quien lo observa con grandes gestos de admiración. Y todos felices.

Igualmente, el final siempre queda abierto para una nueva temporada más.

A pesar de todo esto, estamos felices de que aparezca una nueva temporada y corremos a ver el primer nuevo capítulo.

Así está el sistema de salud privada y la medicina prepaga en particular.

La única diferencia en esta temporada es que por primera vez: FINANCIADORES y PRESTADORES, los dos grandes actores de la trama (volviendo al rubro de contenido cinematográfico) están en una situación de crisis absoluta.

Hoy TODOS tenemos el peor de los panoramas y TODOS pensamos que no pasamos el 2022.

En el 2020 los financiadores tuvimos un año relativamente bueno para los escenarios con los que arrancamos. Entre las “ayudas” del Gobierno a las empresas por Covid-19 y crisis, y la baja del consumo normal y habitual que se dio muy fuertemente, los resultados fueron buenos y sorprendieron a quienes pensábamos en CRISIS ABSOLUTA.

Resultados buenos, pero con “AYUDIN”. Y la realidad es que no estamos acos-

tumbrados a trabajar con AYUDIN. Como que a uno le sienta incómodo.

Este 2021 por otra parte, y yo estoy hace 28 años en el sector, nunca hemos tenido resultados económicos tan malos. Pésimos. Inimaginables. Pero lo absolutamente NUEVO en la industria son los “DEFICITS GEMELOS” (perdemos prestadores y financiadores). Un año que nunca podremos olvidar.

El cóctel es fácil de describir:

- Aumento del consumo muy fuerte que había bajado en la pandemia (demanda contenida). De manual.
- Falta de precio con atrasos de más del 30% producto de la regulación del sector. También de manual.
- Seguimos con el Covid-19 como “trending topic” a lo largo de todo el año.
- Los infaltables “clásicos de siempre” del sector: discapacidad, medicamentos importados ACB1, judicialidad y amparos. Otra vez mismo manual.

Y el 2022, realmente proyecta PEOR. ¡No nos animamos a presupuestarlo! No hay ni siquiera una luz al fondo del camino.

Por primera vez en la historia, a través de la UAS se ha consolidado el sector en su conjunto donde están participando todos los subsectores: Prestadores y Financiadores. Privados y de la Seguridad Social.

Estamos todos con el mismo MANTRA. Al final del 2022 no vamos a llegar todos. ¿Quién llegará? Nos miramos entre todos y susurramos por lo bajo si no sabiendo quien no va a estar en la próxima reunión.

La realidad es que, si los financiadores del sistema no cuentan en sus precios con este 30% mínimo de retraso, es imposible que pueda llegar a los prestadores. Y si estas actualizaciones no llegan a los prestadores, éstos no pueden sobrevivir.

Y ni hablar de la utopía de que con la estatización se va a resolver este problema. Nunca llegué a entender cómo se iba a hacer para que parte del sistema que nunca se adhirió a las leyes 23.660 y 23.661 quiera incorporarse ahora. ¿Las obras sociales iban a estar incluidas? Como diría Darío Barassi de 100 ARGENTINOS DICEN: **¿RARO NO?**

No quiero imaginarme al nuevo sistema público (llámese PAMI, por ejemplo) pagándole los aranceles que le pida cualquiera de los principales sanatorios privados del país. Y pago a 30 días. No puede durar un mes sin que el servicio se deteriore un 100%.

No vemos muchas salidas diferentes de las que venimos trabajando conjuntamente:

- Traspaso de gastos “sociales” dentro de DISCAPACIDAD y que salgan de la prestación médica (PMO).
- Actualización de precios.
- Beneficios impositivos al sector para acompañar el NO traslado del total del atraso a precios.
- Agencia de Tecnología que frene la judicialidad.
- Medicamentos importados IMPOSIBLES de costear a cargo del Estado.
- Reaseguro de la SSSALUD para los socios DIRECTOS al igual que a la Seguridad Social.

Si me preguntan cómo va a ser la “NUEVA TEMPORADA”, creo que como siempre, vamos a terminar con el aumento de precios, pero tarde. O sea, llevando al sector hasta lo último de lo último. Casi ahorcándolo. Sin sentido, y más cuando ha quedado comprobado su trascendental importancia durante la pandemia.

Seguiremos viendo una temporada más de la misma serie.

No demos de baja el abono de Netflix. □



25 años de calidad médica *en todo el país.*

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



ospesalud.com.ar
GESTIONES ONLINE



0800 444 0206
URGENCIAS Y EMERGENCIAS



0800 444 6773
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

SanCor Salud, bienestar en salud y en gestión

Por el Dr. Fernando Werlen
Director General - Grupo SanCor Salud



A fin de acompañar y contener a los ciudadanos en todos los momentos de su vida, aún más en un contexto que puso en el centro a la salud, como empresa de medicina privada continuamos abocados a nuestra prioridad, el cuidado de la salud integral de los individuos y las empresas argentinas.

En un año muy particular, signado por la desestabilidad social y económica producto del escenario de pandemia que transitamos hace tiempo, llevamos tranquilidad a los más de 650.000 asociados con una amplitud de coberturas adaptadas a sus necesidades y requerimientos. Sumado a ello y para que el aporte de bienestar a la sociedad sea total, potenciamos la calidad de atención a través de la innovación de nuestros servicios, aportando practicidad y transparencia en la gestión.

A fin de perfeccionar nuestras unidades comerciales de forma sostenida, nos alineamos a las tendencias tecnológicas, un aspecto central para la evolución y el progreso de nuestra compañía. Estar a la vanguardia nos posibilita reconfigurar procedimientos y operaciones, mejorar la experiencia de los afiliados y la accesibilidad en nuestra cartera de productos.

En este camino, fortalecimos la autogestión y extendimos la posibilidad de operatividad por parte de los ciudadanos. Sumamos nuevas especialidades con turnos programados al servicio de telemedicina, el cual hace tiempo está disponible para toda nuestra cartera de asociados. En cuanto a la atención, implementamos la virtualidad desde algunos de nuestros Centros de Atención Regionales, un proyecto en auge que continuaremos extendiendo a más localidades del país.

Con más de 48 años de trayectoria y presencia a lo largo y ancho de todo el territorio nacional, obtuvimos un significativo crecimiento que nos posiciona hoy entre las prepagas líderes, más elegidas de la Argentina. A fin de seguir cerca de nuestros afiliados con soluciones de valor y guiados por una

clara visión estratégica, logramos diversificarnos y extender nuestras propuestas comerciales a nuevos rubros que van más allá de la medicina privada.

A la consolidación y avances del Grupo, se destaca la gestión sustentable que acompaña y reafirma nuestra estrategia empresarial, una gestión ideada para contribuir a la conformación de comunidades más saludables, más igualitarias y sostenibles. Somos responsables de instituir transformaciones que impacten positivamente en los ciudadanos, somos protagonistas e impulsores del cambio a través de proyectos planificados para alcanzar el bien común. Tal es así que hace tiempo fortalecimos el trabajo social, económico y ambiental de la empresa, siempre alineados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos en la Agenda 2030 por la Asamblea de Naciones Unidas.

El compromiso con los derechos humanos está en el centro de nuestro accionar. En consonancia, desde SanCor Salud desarrollamos iniciativas que promueven la inclusión y el respeto, anexando a cada propuesta la perspectiva de género. En este sentido, nos sumamos al Programa **"Ganar - Ganar, la igualdad de género es un buen negocio"** de ONU Mujeres mediante el cual planificamos acciones transversales destinadas a potenciar la participación y el empoderamiento de las mujeres dentro y fuera de la organización.

Desde nuestra Fundación generamos contribuciones en materia de salud y educación, aportando directamente al bienestar integral de niños, niñas, y adolescentes. Con este fin, apadrinamos a cuatro escuelas rurales del país acompañando a más de 350 alumnos y alumnas en su trayecto escolar, acercándoles recursos para mejorar su calidad de vida.

Año tras año y de forma sostenida, trabajamos en forma conjunta con organismos nacionales como UNICEF Argentina que impulsan la continuidad educativa, garantizando la igualdad de

oportunidades y aportando herramientas para un futuro mejor.

Porque el cuidado de la salud es prioridad en nuestro Grupo, llevamos adelante campañas de impacto nacional para llegar a la sociedad con mensajes que informen, que concienticen a la población sobre diversas temáticas. Un ejemplo, nuestra campaña en el mes de la sensibilización del Cáncer de Mama, para concientizar sobre la importancia del autoexamen mamario y los chequeos periódicos.

El cuidado del planeta para las futuras generaciones también es uno de los ejes de nuestra gestión sustentable. Tal es así que conseguimos digitalizar al 100% nuestros procesos logrando un impacto sumamente positivo no sólo en el uso de los servicios por parte de los usuarios sino también en la mitigación del cambio climático. Los números así lo expresan: logramos ahorrar 18 toneladas de papel con el alta virtual de asociados, reciclamos más de 400 kilos de papel, 92% menos de consumo de combustible, 42% menos de consumo de electricidad y una reducción de 54% en el consumo de gas.

Y en ese camino seguiremos transitando el año que se avecina, con las expectativas puestas en la superación y el avance continuo de nuestra compañía, siendo lo que somos, un Grupo empresario de capital nacional que prioriza el bienestar integral de los ciudadanos. Una compañía sólida que lleva a lo más alto el valor de cercanía, que apuesta siempre a la innovación siendo líder en el rubro.

Como director general del Grupo SanCor Salud, quiero manifestar nuestro compromiso de continuar trabajando por y para la conformación de una sociedad mejor, una sociedad más justa con igualdad de oportunidades, contribuyendo además a la mitigación del cambio climático. Seguiremos abocados en el hacer, en concretar acciones que, como fin primero, busquen el bienestar integral de todos los argentinos y todas las argentinas. □



también en verano
tengo Cam Doctor

Medifé
está conmigo

La salud es nuestro compromiso y la tecnología nuestra aliada para brindar el mejor servicio

El 2020 y el 2021 fueron años desafiantes que nos permitieron ver, en medio de uno de los hitos sanitarios más importantes a nivel mundial y local, el profesionalismo y compromiso de todos los que conformamos el Grupo Omint: nuestro equipo médico, administrativo y técnico.

Unidos a ellos, a cada uno de nuestros afiliados que comprendieron y se adaptaron al modelo de Telemedicina, implementado antes de la pandemia y que nos permitió hacer la transición a la atención a distancia sin mayores inconvenientes.

Yendo a cifras concretas, en la prepaga y en las clínicas adoptamos una estructura funcional con óptimos resultados: logramos atender a más de 35.000 pacientes con Covid-19 con una tasa de letalidad del 0.9%.

Por otro lado, incrementamos vertiginosamente las consultas médicas virtuales gracias a una amplia variedad de especialidades médicas disponibles, llegando así a más de 10.000 teleconsultas mensuales. Actualmente, bajo el lema: "Vení seguro. Vení tranquilo", fomentamos la vuelta a las consultas médicas en pos de la prevención, y los cuidados necesarios de los pacientes.

Cumpliendo con nuestro compromiso de brindar las mejores alternativas de planes de salud a medida para nuestros afiliados, lanzamos Omint MIDOC, un nuevo plan que combina la clásica figura del médico personal con la mejor versión de la telemedicina y la digitalización, asegurando así la integración de una historia clínica digitalizada para el paciente.

No sólo a nivel nacional, este plan



también fue lanzado por Omint Brasil, donde el Grupo está presente hace más de 40 años y -al igual que en la Argentina- está integrado con su compañía de seguros.

Otro gran reto fue sobrellevar el atraso de precios del sector, el cual requiere una solución a corto plazo. La tasa de incremento del costo médico actualmente se encuentra por encima de la correspondiente a la inflación en todo el mundo.

La Argentina es un país que posee una lista de cobertura médica muy extensa, es por ello que debemos resolver este desequilibrio; una forma para lograrlo es a través de un modelo coparticipable con el usuario. También es necesario seguir trabajando para integrar los sistemas de información y promover la portabilidad de la data médica del paciente a partir de la historia clínica electrónica.

Nuestro objetivo durante el año ha sido siempre claro: garantizar las prestaciones médicas para nuestros socios, en el marco de la pandemia que aún nos aqueja.

Conforme a ello, nuestras mayores prioridades se han enfocado en darle continuidad a la cobertura, adaptándonos funcionalmente a cada una de las necesidades diarias e innovando para que la experiencia de cada uno de los pacientes siempre sea favorable y acorde a sus expectativas.

En ese sentido, decidimos ampliar nuestro staff de profesionales, incorporamos nuevo equipamiento médico, camas de terapia intensiva en las clínicas asociadas e incentivamos constantemente a la utilización de la tecnología puesta al servicio de la salud, el gran bastión que venimos construyendo y que es una de nuestras grandes propuestas para 2022.

Consideramos también que, como actores claves en la industria, nuestra responsabilidad reside en llevar a cabo una buena gestión, garantizando siempre la seguridad y la atención adecuada a nuestros socios y cuidando y apoyando de cada uno de nuestros colaboradores que han estado haciéndole frente a las consultas habituales en el medio de la pandemia que ha incrementado considerablemente las tasas de consultas e internaciones.

A futuro, en lo que refiere al año 2022, seguiremos apostando a continuar con el impulso de la tecnología en pos de mejorar la salud y la atención médica para cada uno de nuestros pacientes y socios.

El futuro de la medicina y los servicios de la salud es desafiante y por ello estamos seguros que la transformación tecnológica es el camino para seguir. Es por eso que debemos acompañar el crecimiento e innovación de la misma y en paralelo, orientar a los pacientes para que continúen en ese proceso de adaptación a las nuevas formas de atención médica que existen en la actualidad y a las que están por llegar. □

Grupo Omint

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



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



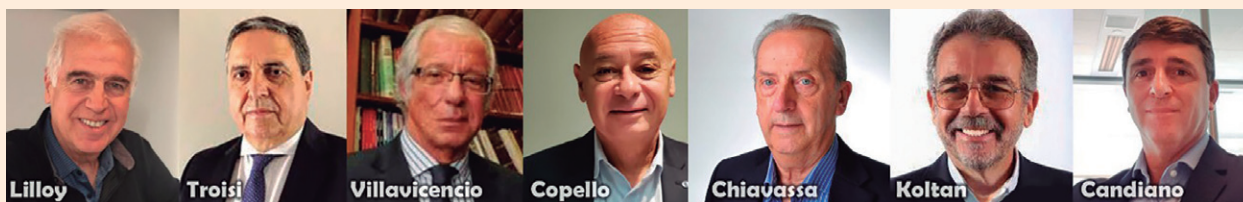
0810 - 345 - 0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800.222.SALUD(72583) - www.sssalud.gob.ar - RNOS 1-2210-4 RNMP 1252



Desafíos de la postpandemia



Seis referentes de empresas integrantes de la **Cámara de Entidades de Medicina Privada (CEMPRA)** comparten su visión sobre los desafíos que plantea la postpandemia al sector y analizan las reformas necesarias al sistema de salud.

Miguel Ángel Troisi (Medifé/Finnochietto), sostiene que en 2022 "seguiremos conviviendo con la pandemia. Se estima que en otra escala, con menor grado de hospitalización; la aparición de fármacos para tratar la enfermedad; una población mucho más inmunizada. Pero todavía queda una incógnita que es la eventualidad de la aparición de nuevas cepas".

Coinciden con esta visión **Roberto Villavicencio y Guillermo Copello (Medicina Esencial)** que consideran que "en el año 2022 -siempre en caso de no producirse una 3ª ola- se retomaría la normalidad previa a la pandemia. Con esto podemos prever internaciones de menor cantidad y complejidad, con disminución de casos en UTI y con un cuadro de enfermedades más leves".

REFORMAS NECESARIAS

Ante la evidencia del deterioro del sistema de salud luego de la tensión extrema por la alta demanda generada durante la pandemia, surgieron diversas voces reclamando reformas, algunos con visiones extremas y otros propiciando políticas de consenso para alcanzar nuevamente un equilibrio entre los subsectores.

Ricardo Lilloy (Medimás), presidente de CEMPR, plantea que "los sistemas de salud, para recuperar estabilidad necesitan que se cumplan las leyes y los principios que rigen los sistemas de aseguramiento de cualquier naturaleza, no sólo de salud.

Entre otras distorsiones a corregir, se necesita reformular regulaciones, restableciendo, por ejemplo, las preexistencias; es decir, la no obligación de hacerse cargo de coberturas de personas que aún no han aportado al sistema solidariamente.

Por otra parte, los sistemas de aseguramiento deben procurarse mayor masa crítica para sustentar el alto costo, y hay que depurar del sistema todas las prestaciones que se han incorporado sin planificar su financiamiento, que han

destruido la capacidad de control de riesgos dejándolas al borde de la quiebra. La sociedad necesita del sistema de obras sociales y prepagas para cuidar su salud.

En este sentido, es fundamental sostener el sistema federal y de pequeñas y medianas empresas de salud que hasta ahora han contribuido, incluso en los momentos más difíciles de la pandemia, a brindar atención en forma coordinada y eficiente, siendo, además, las pymes uno de los sectores que más fuerza laboral aporta".

Por su parte **Mario Koltan (Bo-real)**, afirma que **para la futura sostenibilidad del sistema de salud es necesario establecer:**

- **Precios referenciales únicos para medicamentos de alto precio** acordados entre el MSN, el PAMI, la SSSALUD y la UAS acordes a políticas de medicamentos preestablecidas.
- Ante la creciente participación de **trabajadores Monotributistas**, modificar los aportes a la Seguridad Social, **según sus ingresos y no por monto fijo.**
- **Debe establecerse un acuerdo de partes entre Prestadores y Financiadores** en materia de precios con reajustes previsible semestrales, con una base de ajuste consensuada, ejemplo **RIFTE**.
- Regionalizar la atención de afiliados de las obras sociales, evitando los gastos de intermediación en la administración del sistema y los gastos de estructuras.
- Ajustar los subsidios de SUMAY SANO en la SSSALUD que hoy tiene un aplicativo regresivo.
- Ajustar la tasa de impuestos de la actividad de salud privada, igualarlo a la educación privada.

Carlos Candiano (Obra Social YPF) opina que "el escenario 2022 en primer lugar nos interpela a pensar sobre lo que hemos aprendido en esta situación de pandemia. Primero, debemos tener una mirada de largo plazo. Segundo, la definición de políticas de Estado respecto del rol del sistema de salud dentro de nuestro país. Su grado de intervención, con qué modalidad, con qué estrategia y oportunidad.

Pienso un Estado subsidiario fomentando y complementando la iniciativa privada, que ha desempeñado en las últimas décadas un rol fundamental en la accesibilidad al sistema de salud en nuestra población. Y ha fomentado también un gran desarrollo del recurso humano tanto en capacitación como en el acceso y disposición de las nuevas terapias y tecnologías para la población.

Creo que el sector privado junto con el Estado puede lograr esa homogeneidad necesaria como para que realmente el sistema sanitario permita una mejor accesibilidad. Es fundamental el rol de la telemedicina y todas las herramientas de tecnología aplicadas a la salud para facilitar accesibilidad y garantizar la atención en lugares donde hoy no tenemos acceso. La tecnología permite mejorar la atención de salud y gestionar de una manera más eficiente el gasto en salud.

El sector público y privado deben trabajar internamente los problemas de fragmentación que tienen dentro de sus espacios. Se debería comenzar por la fragmentación que hoy manifiesta el sector público para después sentarnos a una mesa multidisciplinaria para generar desde una política de Estado una estrategia coherente que haga a la sostenibilidad del sistema.

Es fundamental, además, una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con capacidad de respuesta, con opinión vinculante, que no sólo considere la racionalidad, sino también la equidad al momento de la incorporación de una nueva tecnología a la cobertura de salud. No debería autorizarse ningún tratamiento que no fuera accesible a todos y que no tenga aprobación de costo-efectividad.

Una nueva tecnología debería tener como objetivo la eficientización de un proceso y la disminución del costo operativo. No sucede así en el sistema de salud y tampoco sucede que esas nuevas tecnologías tengan la contrapartida de financiamiento adecuada".

Jorge Chiavassa (Mutual Médica Río Cuarto) afirma que "ha llegado el momento de sentarnos en la gran mesa a trabajar todos juntos. Hay material humano para ponernos a trabajar. No hace falta inventar nada. Lo que está creado en otros países y funciona bien hay que tomarlo e implementarlo. Basta de palabras, hay que ir a la acción". □

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**

El desafío de consolidar alianzas

Por Héctor Osvaldo Apogliessi
Presidente de CADEID (*)



Desde hace más de 20 años, la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID), trabaja en la concreción de alianzas, primero entre nosotros, llegando a más de 75 empresas asociadas, luego con FATSA firmando el CCT 743/16, y después con las distintas cámaras empresarias, participando en actividades tales como congresos y reuniones intercámaras.

Hemos profundizado la difusión y la promoción de la asistencia domiciliaria, brindando apoyo a las empresas que componen el sector. Nuestra presencia fue creciendo en todo el país, federalizando las demandas y fomentando la participación de los socios. Esto nos llevó, en 2019, a inaugurar tres nuevas sedes: Provincia de Buenos Aires, Nordeste y Regional Centro. Este proceso busca generar un intercambio fluido y virtuoso con los organismos de las distintas regiones, siempre teniendo en cuenta la particularidad de cada lugar.

Actualmente las empresas asociadas a CADEID formamos parte de una actividad que asiste a 120 mil personas en toda la Argentina. Desde nuestro espacio insistimos en que la internación domiciliaria debe ser reconocida formalmente con la jerarquía de un nivel asistencial más, integrado al sistema nacional de salud.

La continuidad de la pandemia de Covid-19 ha dejado en evidencia que desde nuestras pymes hemos cumplido con los principales objetivos fijados en el 2020: mantener la atención de nuestros pacientes, reforzando los cuidados para evitar contagios, monitoreando a ellos y a sus familias, y desarrollando módulos especiales para la atención de pacientes leves y moderados. Sin embargo, todavía seguimos desempeñándonos bajo el paraguas de un marco regulatorio precario y un imperfecto sistema de contratación de nuestros recursos humanos.

En nuestro país, la internación domiciliaria se afianzó durante la dé-

cada del 90, bajo el signo económico de la Ley de Convertibilidad. En ese contexto, nuestro sector tuvo un importante desarrollo. Los servicios crecieron, se complejizaron y se integraron como un eslabón más del sistema de salud. Gran cantidad de los recursos humanos fueron incorporándose a la actividad como una alternativa complementaria al trabajo en clínicas, sanatorios y hospitales; convirtiéndose luego en la principal salida laboral de vastos sectores del personal de salud.

Las sucesivas crisis económicas acrecentaron esta tendencia y en la actualidad la internación domiciliaria cuenta aproximadamente con 80 mil agentes de salud, que forman parte de los equipos de nuestras pymes. Aquellos precios que en los noventa habían sido determinados por el mercado, fueron deteriorándose a partir de la salida de la Ley de Convertibilidad y, en el marco de una economía cada vez más inflacionaria, los financiadores redujeron progresivamente los costos, desgastando nuestro producto. Nuestro sector no es formador de precios, pero éste no es sólo un problema de la internación domiciliaria.

En 2021 asumimos una estrategia de alianzas institucionales con el resto de los actores que componen el sistema de salud, siendo uno de nuestros principales objetivos la incorporación a iniciativas como la de la Federación Argentina de Prestadores de Salud (FAPS); promoviendo el trabajo con distintas Federaciones y Cámaras del sector, como por ejemplo la FEM, la CONFELISA, ADECRA+CEDIM, AAEG, AISAME; sólo por mencionar algunas.

La calidad de nuestros recursos humanos y servicios es otro de los objetivos prioritarios de nuestra agenda. Asumimos el compromiso de continuar con la capacitación de los profesionales que asisten al domicilio; brindar herramientas de gestión a empresarios, gerentes y directivos de las empresas; y participar activamente en programas de acreditación y certi-

ficación de calidad específicos para la actividad. Sabemos que, en gran medida, el éxito de nuestras pymes depende de la formación y la optimización de las condiciones laborales de los equipos de profesionales.

En el plano internacional CADEID continúa expandiéndose y en noviembre de 2021 participó del Congreso Internacional de Internación Domiciliaria organizado por la Asociación Colombiana de instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD). Durante el mismo se firmó el acta de creación de la Sociedad Iberoamericana de Atención Domiciliaria, de la que somos socios fundadores, y que también incorpora a instituciones de España y Portugal. Esta idea, surgida en el congreso realizado por nuestra institución en 2005 y concretada en la actualidad, es una iniciativa que nos permitirá tener una mirada más amplia de nuestra actividad.

Los cambios demográficos globales demuestran que las personas tienen mayor expectativa y esperanza de vida, con necesidades de asistencia asociadas al crecimiento etario y a la atención de patologías crónicas, que nos obligan a repensar los regímenes sanitarios. El rol de la internación domiciliaria se presenta fundamental para mejorar la oferta de servicios de salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familias, siendo una herramienta indispensable para descomprimir las demandas del sistema de salud en su dinámica tradicional.

Como institución, el 2022 nos encuentra unidos y fortalecidos. Agradecemos el esfuerzo, la dedicación y el profesionalismo de la gestión anterior, que logró la expansión territorial y la jerarquización de nuestra Cámara, y compartimos la convicción de cumplir con los objetivos trazados: afianzar el crecimiento de nuestras empresas para brindar el mejor servicio de atención de la salud en cada domicilio. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



SMG COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. CUIT 30-50003196-0. AV. CORRIENTES 1865 PLANTA BAJA (C1045AAA) BUENOS AIRES, ARGENTINA

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



¿Por qué el mercado de la salud requiere regulación?

CA.DI.ME SOLICITO A LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVOCATORIA URGENTE AL CONSEJO DE CONCERTACION PREVISTO EN LAS LEYES 26.682 Y 23.661.

Las empresas prestadoras que representa CA.DI.ME ⁽¹⁾ se debaten en un mercado desregulado, o con regulaciones y controles inefectivos o inaplicados, cuya dinámica pone en peligro su supervivencia. Las pymes sufren especialmente los vaivenes económicos de nuestro país: aranceles depreciados, incumplimiento del traslado de los mayores fondos recibidos por los financiadores, intermediación, plazos de pago que pueden superar los 120 días, presión tributaria, inflación, volatilidad del tipo de cambio y la imposibilidad de acceso al crédito son de las mayores preocupaciones que afrontan cotidianamente, y que ponen en riesgo su continuidad.

La agrupación del poder de compra y la imposición de condiciones de contratación y pago por cada vez un menor grupo de financiadores implica la paulatina destrucción del sector de las pymes de salud, con las previsibles consecuencias económicas y sociales en términos de empleo, innovación y generación de capital humano.

En un mercado desregulado, o con regulaciones no aplicadas, como es el caso argentino, esta situación no solo no garantiza mayor eficiencia del sistema, de hecho, no reduce los costos, y aniquila las posibilidades de elección de las personas.

El resultado: la expulsión de la actividad de cientos de prestadores de salud pequeños y medianos que constituyen un sector dinámico de la economía nacional, limitación del acceso y la libertad de elección de los usuarios del sistema, y la consiguiente sobrecarga de la demanda sobre el subsector público.

Los prestadores pyme de la salud han visto incrementados sus costos, pero no han recibido *pari passu*, un aumento en sus aranceles. Lógicamente esto pone en jaque a los prestadores, porque en general, además, en la gran mayoría son empresas de mano de obra intensiva, y los costos laborales también han tenido un aumento significativo.

Se suma el impacto en la puja distributiva hacia el interior del sector salud, donde la industria farmacéutica ha logrado sostener sus ingresos y aumentarlos en términos reales, con crecimiento de sus precios por encima de la inflación.

Las prestaciones diagnósticas y terapéuticas de baja y mediana complejidad han ido perdiendo participación relativa en la asignación de los recursos sanitarios, en comparación con el aumento de los gastos destinados a medicamentos y prestaciones de alto costo.

“En un escenario de extrema gravedad como el actual, CA.DI.ME considera fundamental el rol del Estado para corregir asimetrías y mejorar la estructura de incentivos a lo largo de la cadena de valor”.

Entre 2010-2020 aumentó la participación de las prestaciones de alta complejidad (incluidos los medicamentos de alto precio) de 13 a 29%, en detrimento de prestaciones en ambulatorio (que cayeron del 45 al 38%), y de prestaciones en internación (cayeron del 34 al 24%), mientras los programas preventivos mantuvieron cierta estabilidad (7,3 y 8,2%).

Cuando se analiza la evolución de un conjunto de variables económicas de los actores del sector en una serie histórica (2010-2021), se verifica en líneas generales que los aumentos de aranceles han estado permanentemente por debajo del ritmo del crecimiento de las otras variables, lo que redundará en una situación crítica por parte de los prestadores de servicios de Diagnóstico Médico y Laboratorios de Análisis Clínicos.

Los costos aumentaron casi el doble que los aranceles. Es importante destacar que en el caso de los aranceles se usó como referencia el

aumento del valor de los recursos de las EMPP y del sistema de OS, cuando estos no han sido transferidos íntegramente en la mayoría de los casos. Según un relevamiento nacional efectuado por CA.DI.ME solo un 30% de los prestadores ambulatorios –mayoritariamente pymes– recibieron los aumentos dispuestos por la Resolución 2125/21.

En un escenario de extrema gravedad como el actual, CA.DI.ME considera fundamental el rol del Estado para corregir asimetrías y mejorar la estructura de incentivos a lo largo de la cadena de valor.

Por ello presentó un nuevo recurso a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, solicitando la convocatoria urgente del Consejo de Concertación previsto en las leyes 26.682 y 23.661.

Esto en función de la sentencia de la Sala IV de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, de fecha 20/02/2018, que le impuso la obligación de dictar el reglamento de funcionamiento del Consejo Permanente de Concertación previsto en el artículo 27 de la ley 26.682 y adoptar las medidas necesarias para implementar y concretar su puesta en funcionamiento, con términos claros, concretos y concisos.

Puntualmente, la función primordial del Consejo de Concertación es la fijación de los aranceles mínimos y obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores. (Ley 26.682 -artículo 18-, decreto 1993/2011 -artículos 18 y 27- y resolución 127/2019 -artículo 1 Inciso e) y por el artículo 35 de la ley 23.661).

Las posibilidades de continuar con las actividades afines al cuidado de la salud por parte de estas empresas han llegado económicamente a una situación límite, no teniendo ninguna relación con el encarecimiento del “costo de la salud” a la población. □

1) Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo 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 Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

PRUDENCIA
Seguros



www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

La crisis de los prestadores médicos privados en la Argentina



Por el Cp. Jorge Cherro
Presidente de ADECRA (*)

Los prestadores médicos privados tienen históricamente dos precios rectores en su actividad. Uno es el salario de convenio que debe pagar como mínimo a sus trabajadores y el otro es el arancel que cobra por los servicios médicos que otorga.

El salario es un precio central porque la actividad de producir atención médica es altamente demandante del factor humano que, además, es muy calificado. En la estructura de costos de los centros sin internación el 55% corresponde a las remuneraciones de los recursos y en las clínicas y sanatorios este porcentaje asciende al 74%. ⁽¹⁾

Asimismo, la calidad del servicio médico depende fuertemente de la motivación que tengan los médicos, las enfermeras y el personal de apoyo. Es muy difícil dar calidad médica con el personal desmotivado y en este sentido la remuneración es un factor, no el único, pero sí decisivo.

El otro precio central es el valor que se cobra por los servicios médicos brindados. A diferencia de otros mercados, en la atención médica en general al precio no lo paga el consumidor (paciente) sino que hay un tercer pagador, que puede ser una obra social o una prepaga. Esto hace que los pacientes desconozcan totalmente las condiciones en las que los prestadores médicos tienen que lidiar con sus pagadores.

La otra particularidad de la medicina privada es que, tanto el salario como el arancel, se determinan en mercados que operan en regímenes muy limitados de competencia, mientras que los prestadores médicos sí operan en ámbitos de mucha competencia. Esto hace que los prestadores médicos tengan muy poco poder de negociación en la determinación de los salarios y los aranceles. De esta inte-

rrelación surge que los prestadores médicos son tomadores de precios en sus precios rectores: los salarios y los aranceles.

En este marco, cuando sobreviene una crisis, los prestadores médicos son los que sufren la presión al alza de los salarios que pagan y a la baja de los aranceles que reciben. Esto es lo que está colocando en un creciente estrés financiero a las instituciones médicas privadas de la salud.

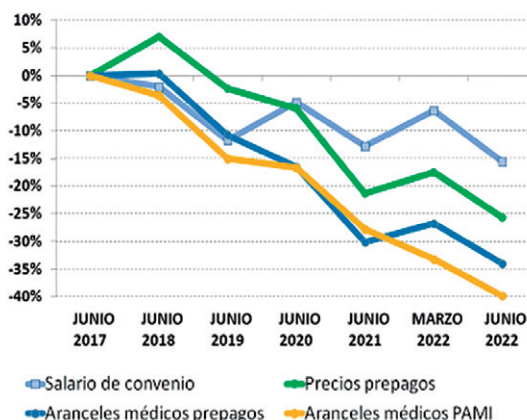
Observando el gráfico 1 se concluye que todos los actores del sector privado de la salud están perdiendo contra la inflación. ⁽²⁾ El salario de convenio, por su parte, es el ingreso que menos cae en términos reales. Muestra un comportamiento de serrucho producto de que en un momento del año (marzo) se actualiza con las cláusulas de revisión, aunque de manera insuficiente, por eso su tendencia es a la caída. Esta tendencia es producto de la aceleración inflacionaria y

del hecho de que los otros ingresos (cuotas de prepagas y aranceles médicos) caen todavía mucho más que lo que cae el salario de convenio.

Lo otro que se observa es que el ingreso más castigado es el arancel médico. Esto responde, en parte, a la aceleración inflacionaria y, por otra parte, a la puja distributiva con los financiadores en donde el prestador siempre lleva las de perder. Como se comentó anteriormente, los financiadores y el sindicato tienen posiciones monopólicas (un sindicato, un PAMI, seis grandes prepagas) y los prestadores son una gran cantidad con competencia entre ellos. Por esta imperfección de los mercados, se necesita una intervención del Estado para proteger a la parte más débil que son los que están en competencia a los fines de evitar su depredación.

En 2019, debido al atraso de aranceles, el anterior gobierno decidió en agosto de ese año establecer para la

Gráfico 1
Evolución de los principales precios del sector privado de la salud con respecto a la inflación
Respecto a junio 2017



Fuente: elaboración propia en base a INDEC, CCT y Resoluciones SSSALUD y PAMI

Impacto de los auxilios para todos los prestadores con internación

Cuadro 1

	Salario testigo del Convenio de Sanidad	Costo laboral PLENO	Impacto MNI \$17.500		Impacto Dec. 300		Impacto CCT no contributivo		COSTO LABORAL EFECTIVO respecto al PLENO	
			Pesos	% costo laboral	Pesos	% costo laboral	Pesos	% costo laboral	Pesos	% costo laboral
dic-19	\$ 34.762	\$ 45.677	\$ 3.572	-8%	\$ 0	0%	\$ 1.636	-3%	\$ 40.468	89%
dic-20	\$ 48.126	\$ 63.237	\$ 3.572	-6%	\$ 2.770	-4%	\$ 3.445	-5%	\$ 53.450	85%
dic-21	\$ 78.361	\$ 105.317	\$ 3.572	-3%	\$ 4.750	-5%	\$ 5.531	-5%	\$ 91.463	87%

Impacto de los ATP/REPRO para algunos prestadores

Cuadro 2

	ATP / REPRO		TOTAL ASISTENCIA (% costo laboral)	
	Pesos	% costo laboral	Sin REPRO	Con REPRO
dic-19	\$ 0	0%	11%	11%
dic-20	\$ 28.350	-45%	15%	60%
dic-21	\$ 22.000	-21%	13%	34%

Fuente: elaboración propia en base a normativa vigente

medicina privada un mínimo no imponible para las contribuciones patronales de \$ 17.500. Asimismo, cuando comenzó el confinamiento por la pandemia se dio un segundo auxilio financiero: el decreto 300, que implica una exención a las contribuciones patronales con destino al sistema previsional. El tercer auxilio se corresponde con la no remuneratividad de los aumentos de convenio desde la paritaria de junio 2019.

Por último, se encuentran los subsidios al salario que nacieron con el confinamiento 2020, bajo el nombre de ATP y se extendieron durante el 2021 con el nombre de REPRO. Este auxilio consiste en el subsidio de una parte del salario, pero no a todos los prestadores

sino a un conjunto reducido de aquellos que no aumentan su facturación por encima de la inflación (48% de los asociados de ADECRACEDIM).

Los impactos que estos auxilios tienen en el costo laboral de los prestadores con internación se presentan en los cuadros 1 y 2.

En el 2020, los ATP llegaron a representar una reducción del costo laboral del 45%. Sumado al 15% de los tres auxilios sectoriales, los que recibieron ATP en el 2020 tuvieron un alivio del 60% del costo laboral.

En el 2021, con el REPRO este porcentaje de ayuda disminuye ⁽³⁾, con lo cual el nuevo impacto es una reducción del 21% del costo laboral. Sumado al 13% de los auxilios sectoriales, los

que están recibiendo REPRO tienen un alivio del 34% del costo laboral.

A pesar de todas estas restricciones presupuestarias, el esfuerzo por parte de los prestadores médicos en brindar atención médica de calidad fue en aumento. Según las Encuestas de Satisfacción del Paciente de Adecrac+CEDIM llevadas adelante desde 2015 y dirigidas a pacientes internados (excluye obstetricia y cirugías ambulatorias) la valoración de los pacientes por los servicios recibidos durante la internación es, en general, elevada. □

REFERENCIAS

- 1) La pandemia modificó los precios relativos y las cantidades consumidas de muchos de los demás componentes de la canasta que compone al costo operativo total. Este tema es abordado en profundidad en el Informe 18 de Adecrac+CEDIM.
- 2) El análisis exhaustivo de este gráfico puede encontrarse en el Informe 18 de Adecrac+CEDIM.
- 3) Es necesario recordar que el programa Repro baja su peso en el total del costo laboral, ya que, además de tratarse de una suma fija, el tope de salario bruto a partir del cual no corresponde el beneficio no se actualiza desde octubre de 2020 (tomándose el monto nominal del antiguo ATP).

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

**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.



El barril sin Fondo Solidario de Redistribución (o, dicho de otro modo, el Fondo toca fondo)



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

El financiamiento de la salud dentro del esquema de la seguridad social hace tiempo que viene siendo deficitario. Hemos expuesto en otros artículos la realidad de la recaudación en materia de aportes y contribuciones ⁽¹⁾ y, fundamentalmente, los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. No vamos a reiterar aquí los mecanismos de recaudación que tiene el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En la nota citada al pie explicamos cómo se distribuyeron los recursos de ese Fondo durante el 2020 y afirmamos, sin ponernos colorados, que SE ACABAN LAS JOYAS DE LA ABUELA. QUE YA NO HAY MÁS EN LA LATA. La caída de recaudación producto de la baja de la actividad durante la pandemia fue cubierta por el Fondo Solidario de Redistribución y no por el Tesoro Nacional. Dicho de otro modo, con recursos propios del Sistema Nacional del Seguro de Salud sin que las “rentas generales” atendieran esa baja.

Por otro lado, la pandemia ha puesto en boca de toda la población algo que ya, quienes presumimos de formar parte de este sistema, sabemos desde hace tiempo: la vinculación que existe entre salud y economía. Y como parte de ello, la importancia de los precios de insumos y medicamentos. En el 2021 las condiciones no variaron para mejor. Al contrario. Se han activado todas las alarmas en cuanto a los costos y los aumentos de insumos y medicamentos que, huelga aclarar, no siguen la línea de la inflación. ⁽²⁾

Es válido aclarar que, en este ejercicio, a diferencia del anterior, el Presupuesto Nacional ha hecho su aporte.

Puntualmente para paliar (en parte) el déficit, producto de la cobertura del Sistema Integración que brinda prestaciones a las personas con discapacidad financiadas exclusivamente por el Fondo Solidario de Redistribución. ⁽³⁾ Mediante una decisión Administrativa de la Jefatura de Gabinete de Ministros, se destinaron aproximadamente once mil millones de pesos (\$11.000.000.000) para ese Fondo y con el objetivo de reducir el quebranto producido (entre otros costos) por la cobertura de las personas con discapacidad. Desde hace un tiempo (varios años) la cobertura de las prestaciones por discapacidad presenta la utilización de aproximadamente el cincuenta por ciento (50%) de la recaudación mensual del FSR, producida por catorce millones de afiliados, para atender a aproximadamente noventa mil personas con discapacidad. Es importante aclarar que, hasta el momento, sólo se ha aportado aproximadamente el 50% del monto comprometido.

En este artículo queremos hacer hincapié en un nuevo destino que ha adquirido el Fondo Solidario de Redistribución en este tiempo. Y es el referido a las **condenas judiciales**. En estos últimos meses se han reiterado amparos (reclamos judiciales de cobertura en general) que han sido promovidos contra la obra social y contra el Fondo para que ambos, de manera solidaria o concurrente, se hagan cargo del costo de determinada prestación generalmente muy costosa.

Es importante señalar aquí que también hay extensiones de condena contra el Ministerio de Salud. En estos casos, la fuente de financiamiento es

distinta porque allí sí se afectan los recursos del Tesoro Nacional o las “rentas generales”. Por la información con la que contamos, existe una marcada paridad entre quienes accionan solidariamente contra el Ministerio de Salud y quienes lo hacen contra el Fondo Solidario de Redistribución.

En ambos casos, ya se trate de la solidaridad del Ministerio de Salud o de la Superintendencia de Servicios de Salud como titular del FSR, la decisión judicial está basada en argumentos que exceden el marco del derecho a la salud. Pareciera que a la justicia (o a nuestros jueces) les basta con encontrar fuentes de financiamiento antes que discernir el derecho a las prestaciones.

Es mejor pensar en quién lo va a pagar que discurrir sobre la procedencia (o no) de una determinada cobertura. Ya hemos expresado en otros artículos que la generalidad de fundamentos en las que se sostienen las condenas o las cautelares acerca de los tratados internacionales suscriptos por la Nación Argentina en materia de salud, pueden servir de base para el otorgamiento de prestaciones determinadas, sin que pueda discurrirse - sobre todo si se trata cautelarmente, como ocurre en la mayoría de los casos - si correspondía o no esa determinada cobertura.

Se ha transformado en una “moda” en estos últimos tiempos la extensión de la cautelar o de la condena. En cualquier caso, no quedarán ni las joyas de la abuela. La recaudación sigue en baja y los costos en alza. El resultado de esa ecuación es fácilmente deducible. Es una ficción para el sistema creer que porque la obra social no se hará cargo de la condena el sistema va a seguir funcionando.

El Fondo Solidario de Redistribución somos todos. El Fondo toca fondo. No es (solamente) un juego de palabras. □

REFERENCIAS

- 1) Revista Médicos, edición 120, enero 2021 “El Futuro del Fondo Solidario de Redistribución. ¿Garantía o Hipoteca?”
- 2) <https://www.infobae.com/economia/2021/11/04/precios-de-los-medicamentos-cuales-fueron-los-que-mas-aumentaron-en-lo-que-va-del-ano/>
- 3) Decreto 904/2016.

Satisfechos y comprometidos

Por el Farm. Damián C. Sudano
Presidente de FEFARA (*)



Como suele ocurrir cada año, estamos en la época en la cual parece inevitable (pero también saludable) realizar un repaso de lo acontecido durante el año que está finalizando. Contrastando lo que nos habíamos propuesto versus los resultados efectivamente logrados, surge ante nosotros más de un motivo de satisfacción por las metas alcanzadas, como también la necesidad de revisar todo aquello que nos ha quedado en la carpeta de pendientes.

La pandemia nos ha dejado múltiples enseñanzas, de las cuales elijo destacar de manera especial el reconocimiento del profesional farmacéutico en todos los ámbitos de incumbencia profesional.

Considerando que la capacitación continua es una herramienta central para lograr la excelencia profesional y el correspondiente reconocimiento social, en el transcurso del presente año hemos puesto a disposición de los profesionales farmacéuticos diversas opciones de capacitación, con notable aceptación por parte de ellos.

En tal sentido, durante el 2021 la **Comisión de Actualización Farmacéutica** hizo hincapié en la avidez de conocimiento respecto a temas específicos y de suma actualidad para el ejercicio de la profesión, de los cuales conviene destacar:

"Cannabis medicinal. Actualización integral", en la cual se abordaron las áreas de interés para la profesión como ser farmacobotánica, farmacodinamia, usos habituales, legislación, formulaciones e historia del cannabis. Disertaron referentes de renombre nacional e internacional en cada uno de los temas.

En conjunto con la Comisión de Redes se organizó: Red Especializada, "Especialización en Inmunización" 1º Cohorte. Dictado en setiembre y octubre de 2021.

En conjunto con el Departamento de Hospitalarios se realizaron las siguientes actividades:

- "Farmacia Hospitalaria Clínica", a cargo de la Dra. Ana Fajreldines.
- "Evaluaciones Económicas en Salud", a cargo del Dr. Rodolfo Quiroz (Bolivia) y Ana Ortega Azlava (España).

En la modalidad a distancia mediante la plataforma FEFARA CAPACITA, están disponibles los cursos: Actualización en Vacunas. Parte I y II; Plantas medicinales y productos de origen vegetal que se utilizan para las afecciones más frecuentes. Una propuesta para farmacéuticos. Ciclos I y II, Gestión Empresarial, Covid-19, a lo cual debemos sumar el llamado a Certificación y Recertificación Profesional 2021.

Por su parte, desde el **Departamento de Hospitalarios** continuamos dando respuestas a las necesidades detectadas, con la finalidad de contribuir al crecimiento y fortalecimiento del Farmacéutico Hospitalario, en su rol de profesional sanitario, que genera un importante valor agregado en las Instituciones de Salud.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Basadas en las necesidades generadas en la pandemia, con el fin de abordar de manera integral los procesos críticos planteados en la práctica diaria. En estas actividades hemos superado la cantidad de 1.000 colegas farmacéuticos y profesionales de la salud de todo el país.

- Hospital seguro para el paciente y el personal.
- Abordaje terapéutico en el paciente Covid-19.
- Monitoreo y mejora de los nuevos procesos implementados ante la pandemia.
- Conversatorio Covid-19: Abordaje interdisciplinario. Tratamientos y resistencia antimicrobiana.
- Capacitación en Fármaco - Clínica aplicada en el contexto de una pandemia.

- Capacitación en evaluaciones económicas en salud.
- Programa de capacitación para Técnicos Auxiliares en servicios de farmacia, logística y abastecimiento.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

En un entorno de pandemia, consideramos de vital importancia garantizar la seguridad de los pacientes, por lo que desde la Unidad de Investigación FEFARA-IECS, a partir del informe técnico realizado en 2019, emitimos recomendaciones basadas en estándares internacionales como herramientas estratificadas con la finalidad de que se pudieran implementar acciones por niveles, a nivel federal, en todas las instituciones de salud.

- ✓ Actividades académicas intersociedades.
- ✓ Proyecto IMPACTAR.
- ✓ Intervención multimodal para controlar las infecciones asociadas a dispositivos en unidades de cuidados intensivos de adultos en Argentina.
- ✓ Congreso SADI 2021- Taller Farmacéuticos: La lucha contra la resistencia antimicrobiana - El rol del farmacéutico. Documento intersocietario sobre disposición de antimicrobianos vencidos.

Por su parte, nuestro **Instituto de Formación en Gestión** en colaboración con la Escuela Argentina de Negocios, ha dictado una Diplomatura en Gestión de la Salud, la cual se desarrolló en forma virtual durante diecisiete jornadas, con una clase final presencial en nuestra sede social. De la misma han participado veinticinco profesionales que, al momento de escribir esta columna, se encuentran en proceso de presentación de sus trabajos finales.

A esa enorme tarea formativa hasta aquí descripta, debemos sumarle nuestra diaria gestión institucional en procura de una mejor realidad para cada uno de los integrantes de nuestra red nacional de farmacias y la constante apertura en procura de lograr acuerdos con diversos actores del mercado, para trabajar en temas de común interés.

En este sentido, por una parte, hemos logrado iniciar y mejorar nuestro vínculo con diversos actores de la Seguridad Social, haciendo nuestro aporte para facilitar un más racional uso de medicamentos y de recursos cada vez más escasos, y por otro lado consolidando lazos de amistad y colaboración con otras instituciones del sector, mediante la suscripción de Convenios Marcos de Colaboración.

En tales Convenios Marco, conservando la individualidad y autonomía de sus respectivas estructuras técnicas y administrativas, las instituciones se proponen trabajar en conjunto, potenciando así sus posibilidades de alcanzar los objetivos institucionales; una mejor respuesta a las necesidades de las farmacias que integran sus redes nacionales; y avances en todas aquellas cuestiones vinculadas con un mejor y más democrático acceso al medicamento por parte de la población.

Por todo lo hasta aquí expuesto quiero reiterar en el final el concepto y la sensación que nos genera este breve repaso de lo realizado: el fin de año nos encuentra satisfechos por lo que fuimos capaces de concretar, y comprometidos en tomar acción para atender cada uno de los temas que aún carecen de una situación aceptable para nuestra Institución y sus integrantes.

Hasta la próxima y... ¡Feliz Año para todos!!! ☐

(*) Federación Farmacéutica de la República Argentina.

Financiadores de la salud, transformación digital más allá de la pandemia

Por el Lic. Ariel Camporeale
Gerente General de HMS (*)



LA CHISPA ESTABA PRESENTE

En los últimos años, la industria de los financiadores de la salud se ha visto beneficiada e impactada positivamente por el uso de tecnologías. Afortunadamente para las organizaciones de la industria de la salud, el uso de tecnología para lograr eficiencia de costos y permitir una mayor inclusión en sus servicios ya no es propiedad sólo de la banca y de las telecomunicaciones.

Adicionalmente, las innovaciones tecnológicas en el ámbito de la salud ya no están circunscriptas a nuevos tratamientos o equipos para la alta complejidad médica. Los financiadores de la salud se han instalado como consumidores de las nuevas tecnologías y están explotando sus virtudes. Y este posicionamiento, vino de la mano de un giro en las necesidades de las áreas de negocio.

En lo que va del siglo, los requerimientos han dado un giro, y en el estadio actual es muy relevante la consecución de sistemas que permitan la **racionalización del gasto**.

Desde HMS (Health Management Solutions) entendemos este proceso como la **búsqueda constante de mejoras que impacten positivamente la salud del colectivo de beneficiarios, que mejoren la atención sanitaria, con una buena economía para los prestadores, sin impactar la economía de los financiadores y que permita eliminar barreras de acceso al sistema sanitario**.

Y, en el mismo período, no sólo hubo cambios en las necesidades de las áreas de negocio, sino que también cambiaron las necesidades y comportamientos de los usuarios del sistema de salud. Hace no mucho, un beneficiario se sentía bien atendido si le realizaban variados estudios, hoy lo que busca un beneficiario es poder dar con un diagnóstico preciso con el menor insumo de tiempo posible.

PERO LA PANDEMIA ACELERÓ EL PROCESO

Y en este discurrir evolutivo nos encontrábamos a un ritmo acelerado para lo que había sido la historia de la industria. A inicios del año pasado, el mundo inició un escenario sin precedentes producto de la pandemia provocada por el Covid-19, la cual modificó en cuestión de semanas nuestra vida cotidiana forzando masivamente algunas prácticas, como la distancia social, la extrema higiene, el e-commerce, las reuniones virtuales y el trabajo remoto, entre otras cosas.

Muchas organizaciones que habían postergado los planes de transformación digital en sus empresas, por distintos motivos, -por ejemplo: por una baja vinculación tecnológica con su operación, la falta de tiempo o que existían otras necesidades prioritarias- tuvieron que abrazar este cambio y cambiar su lista de prioridades, y en un año avanzamos 5 años en implementación de innovaciones.

En este contexto incierto y cambiante, las distintas organizaciones que conforman el sistema de salud se encontraron inicialmente resolviendo urgencias, y llevando adelante la implementación de nuevas herramientas y procesos. El primer foco de las áreas de tecnología y sistemas fue el mantener las operaciones y proveer a todos los colaboradores de capacidades para el trabajo remoto.

Por otro lado, los usuarios -ya sean prestadores o beneficiarios- debieron adoptar estos cambios. Algunas transformaciones ya se habían comenzado a realizar siguiendo los tiempos de cada institución, pero este nuevo escenario llevó a una rauda implementación. Las evoluciones más destacadas fueron: credenciales digitales, telemedicina y prescripciones digitales o electrónicas, que ya existían antes de la pandemia y que ahora siguen existiendo, pero que han sido potenciadas por la coyuntura imperante en los momentos más duros del #quedateen casa.

Si bien tienen distintas complejidades tecnológicas y efectos diversos en los procesos, las credenciales digitales, las soluciones de telemedicina y las prescripciones digitales han sido fundamentales para poder lidiar con los cambios de comportamiento que debieron implementarse desde marzo del año pasado. Y en este proceso todos hemos comprobado que la mejor herramienta para potenciar cambios radicales es la necesidad. Sin otra posibilidad que realizar consultas virtuales, tanto beneficiarios como prestadores hemos adoptado esta modalidad, y para algunas especialidades o consultas de seguimiento ya no hay vuelta atrás con la presencialidad. Lo mismo ocurre con el uso de las credenciales digitales.

Lamentablemente los temas relacionados a las prescripciones, aún tienen ciertos grises. Por un lado, seguimos en modalidad "emergencia Covid-19" y por otro estamos tratando de implementar estándares para poder interconectarnos. En este ámbito las soluciones adoptadas por la industria varían mucho dependiendo de si el financiador posee "prestadores propios" o no.

Y AHORA DEBEMOS SOSTENERLO

Desde nuestra experiencia, el gran desafío para el año que viene, está dado por la consolidación de la estrategia mobile de los financiadores. En muchos casos, la situación imperante obligó a realizar soluciones rápidas para resolver problemas, y se fueron poblando los app stores y los dispositivos de prestadores y beneficiarios con múltiples soluciones independientes entre sí, cada cual para resolver una necesidad diferente.

Es ahora el momento de consolidar estas aplicaciones en canales de servicios, completar las funcionalidades hoy provistas de acuerdo a las necesidades y los planes ya trazados y por sobre todo comenzar un camino en el cual potenciemos estos mecanismos.

Hasta el momento, gran parte de las soluciones (si no la mayoría) estuvieron enfocadas en reemplazar experiencias físicas por experiencias digitales, pero poco se ha promovido en el ámbito de incorporar cambios en los procesos que permitan nuevos escenarios de uso potenciados por la existencia de estas tecnologías y la democratización de la conectividad. Es allí, hacia donde estaremos apuntando ya transcurridos los primeros meses del año que viene.

Con este contexto y con lo urgente resuelto, en HMS diseñamos la evolución de nuestra plataforma SaludSoft® con foco en:

- Seguir evolucionando las herramientas de autogestión de los prestadores, y afiliados.
- Eliminar de forma definitiva las barreras de ingreso que los esquemas de conectividad basados en carrier imponían a los prestadores y a los financiadores.
- Seguir acercando el mundo físico al digital, mejorando experiencias y ampliando los escenarios de uso de las nuevas soluciones.
- Estar preparados para las nuevas legislaciones.
- Incorporar de forma definitiva los estándares de interoperabilidad que se están desplegando en la industria.
- Revisar y repensar procesos, para no seguir haciendo lo mismo, pero con herramientas, sino evolucionar el negocio.
- Dar herramientas a los financiadores para hacer más asertiva y efectiva su comunicación con afiliados y prestadores.

Y como no todo es mobile, este escenario postpandemia nos debe permitir impulsar cambios sobre los procesos de negocios y tecnologías que permitan encaminarnos hacia la deseada racionalización de los costos.

Es tiempo ya de activar comercialmente las posibilidades que nos brindan los sistemas de tener planes de cobertura ajustados a las necesidades de cada grupo familiar.

Es momento ya de salirnos finalmente del esquema de conexión mediante carriers para aprovechar la expansión de las comunicaciones y disminuir las barreras de entrada para prestadores y obstáculos en la cobertura geográfica para los financiadores.

Hay que consolidar el uso de los estándares de la industria para poder tener mayor y mejor información que proveer a nuestros beneficiarios sobre su historia clínica.

Y es una posibilidad única para, en un contexto restrictivo desde lo económico, aplicar con inteligencia análisis de la información existente que nos permitan seleccionar mejores tratamientos y consolidar mejoras en los costos de la salud.

A esto estamos invitados, como HMS con nuestra plataforma SaludSoft ya estamos en camino. □

(*) Health Management Solutions (HMS)

NUESTRO 2021

FEFARA
AVANZA 


350

Asistentes a las Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos


1332

Farmaceúticos en Campañas Nacionales de Cáncer de Colon y de Mama


64

Participantes en el Certamen FEFARA Innova


382

Asistentes al Conversatorio interdisciplinar en vivo. Covid 19: Tratamientos y resistencia antimicrobiana


8

Cursos Superiores de Formación Profesional


27

Efemérides de Salud

Por un nuevo año de oportunidades y desafíos, asumidos con compromiso y convicción.

Sin optimismo, pero con esperanza

Por el Lic. Patricio Pasman
Consultor de Entidades de Medicina Prepaga



La ciencia médica ha avanzado tanto, que ya casi no queda nadie completamente sano”, decía el escritor y filósofo británico Aldous Huxley (1894-1963).

Si el brillante escritor de “Un mundo feliz” viviera en el siglo XXI, creo que sería más categórico aún con esta idea.

Y no quiero imaginar que diría si viviera en nuestro país y conociera el funcionamiento del sistema de Entidades de Medicina Prepaga argentino con redes de prestadores excesivamente amplias, libre acceso a todas las especialidades, prestaciones mayormente sin cargo por parte del usuario y coberturas prácticamente ilimitadas, ya sea porque así están definidas por el PMO (Programa Médico Obligatorio) o porque deben otorgarse mediante instancias judiciales, a través de la vulgarmente llamada “medicina basada en la sentencia”.

El año 2021 finaliza con una crisis de tal magnitud como no recuerdo en mis casi 30 años trabajando en el sector. El gasto médico ha subido de manera exponencial, producto del rebote por la merma causada por la pandemia del año 2020 y por un consumo que crece año a año. Definitivamente como decía Huxley, no queda gente sana...

Los precios de los planes no han acompañado este crecimiento del gasto. Por consiguiente, los precios que se pagan a las instituciones que prestan los servicios tampoco subieron lo requerido. A excepción por supuesto de los medicamentos, que como es habitual, se incrementan por encima de los ingresos de prepagas y obras sociales.

Financiadores y prestadores cierran sus ejercicios con resultados negativos. En algunos casos con pérdidas muy significativas. Hemos atravesado años donde a unos les fue bien y a los otros mal, pero no recuerdo esta situación de “déficits gemelos”, como lo denomina el presidente de una de las cámaras del sector.

Esta falta de recursos en “ambos lados del mostrador”, genera una puja distributiva que tensa día a día las relaciones entre los diferentes actores. Las distintas cámaras intentan llegar a acuerdos, pero es muy complejo cuando la brecha entre lo disponible y lo necesario es tan grande. El “sálvese quien pueda” podría ser lamentablemente lo que atravesemos en la industria si esto no tiene una inyección de recursos de magnitud o un cambio estructural en algunas de sus variables.

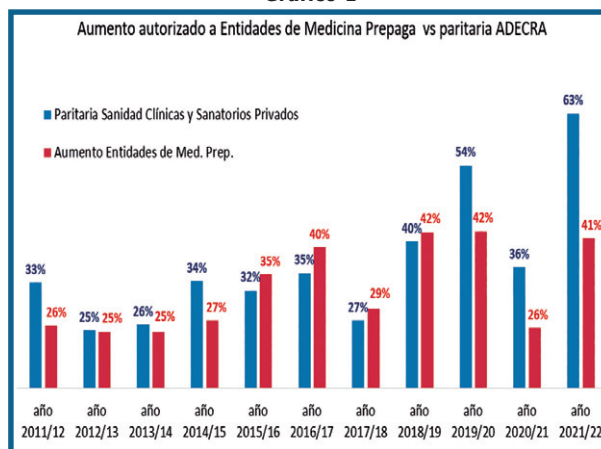
Si comparamos con los deportes de equipo, es habitual que cuando se gana los protagonistas suelen hablar de la “gran unión que tiene el plantel”. Parece que

es sencillo estar unidos cuando se gana. Lo difícil es estar unidos cuando se pierde. Aquí es cuando los títulos de los medios deportivos suelen hablar de las peleas entre jugadores, técnicos y dirigentes, que los vestuarios se parecen a un cabaret y de jugadores que “echan a los técnicos”. En el sector están todos perdiendo.

Es cierto que a veces a las empresas “no las une el amor sino el espanto”, pero cuando es tan grande la necesidad de recursos es esperable, aunque no deseable, que cada uno intente salvar a la institución que representa como pueda. Esperemos que el sector se mantenga lo más unido posible para solucionar los problemas de fondo que afectan a todos.

Veamos algunos números que reflejan la magnitud del problema. En el Gráfico 1 podemos ver desde el 2011 (cuando se reguló la actividad y comenzó el control de precios) la relación entre la suba de sueldos de la paritaria de ADECRA, que refleja una parte importante del aumento de costos de los prestadores, versus el aumento autorizado de las cuotas de las EMP (Entidades de Medicina Prepaga).

Gráfico 1



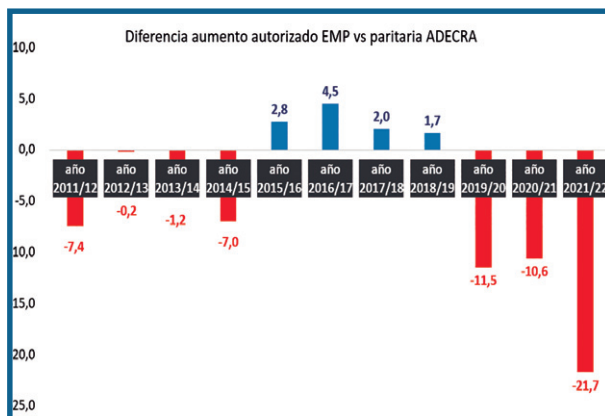
En los últimos 3 períodos el incremento acumulado de la paritaria fue del 241%, mientras que a las prepagas se les autorizó aumentar sólo un 152%.

Nunca hubo una brecha de semejante magnitud. Insostenible. Demás está aclarar que nadie pone en cuestionamiento, por ejemplo, lo que gana una enfermera, que hoy cobra aproximadamente \$ 80 mil por mes y debiera ganar aún mucho más. El retraso está en el valor

de las cuotas, que no ha acompañado este crecimiento y, por ende, no han podido otorgar a los prestadores los aumentos necesarios para pagar esos incrementos.

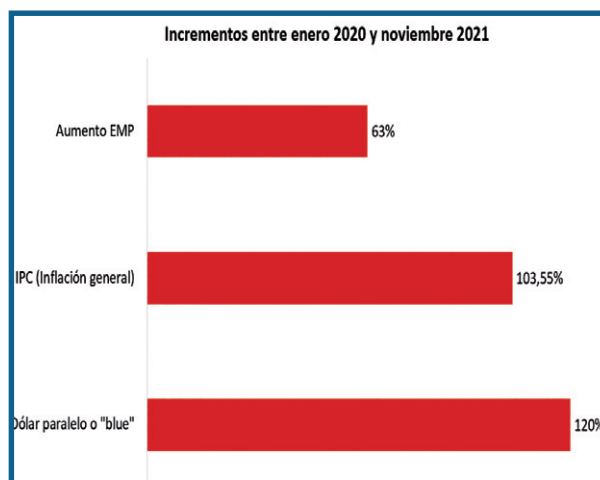
En el Gráfico 2 podemos visualizar la diferencia entre los puntos porcentuales de aumento de prepagas y el de la paritaria. El rojo de los últimos tres periodos es muy llamativo. No creo en las conspiraciones y suelo pensar que es más común la torpeza que los planes secretos de destrucción, sin embargo, estos datos alimentan las sospechas.

Gráfico 2



En el Gráfico 3, podemos apreciar los incrementos otorgados a las EMP con la inflación y el valor de dólar "blue". El dólar paralelo y la inflación prácticamente duplicaron los aumentos autorizados entre enero 2020 y noviembre 2021. Esta situación no tuvo consecuencias en el año 2020. La estricta cuarentena y el temor de los asociados en concurrir a los centros asistenciales hicie-

Gráfico 3



ron caer de manera significativa la utilización de los servicios médicos. Era evidente el posterior "rebote" y que los aumentos reprimidos iban a complicar seriamente a la actividad.

Podríamos compararlo, considerando las diferencias, con los aumentos de tarifas de luz, gas y agua. Estos "aumentos reprimidos" tarde o temprano ya sabemos que traen consecuencias. Si quien paga la diferencia de tarifa es el Estado, tenemos mayor déficit fiscal que se paga con endeudamiento, inflación y/o mayores impuestos a la actividad privada (que redundan en menos inversión, menor generación de empleo y mayor recepción). Si el Estado no paga la diferencia necesaria, al cabo del tiempo indefectiblemente afectará la calidad de los servicios. Las empresas proveedoras dejan de inver-

Tenemos experiencia

**En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.**



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

Tel: 4308-4532
info@cidpen.com.ar
www.cidpen.com.ar

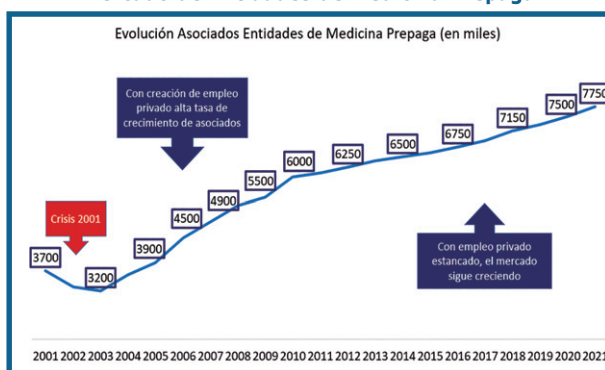
tir, tenemos caída de oferta, cortes de luz, restricciones de gas a las empresas, etc.

En salud pasa lo mismo. Sin embargo, a veces no percibimos esa disminución en la calidad. Como el viejo cuento de la rana en la olla de agua que va calentándose de poco. No nos damos cuenta. El mejor ejemplo es el tiempo que dura una consulta médica. Hace años solían ser de 20 o 30 minutos y hoy probablemente entre 5 y 10 minutos.

La situación es muy compleja y seguramente crezcan los conflictos y las tensiones entre los prestadores con las prepagas y obras sociales. Esto mismo sucedió entre los años 2011 y 2015, pero como podemos apreciar en los gráficos, la situación actual es mucho más delicada. Pese a esto, el sector sigue creciendo en cantidad de asociados. Evidentemente es un servicio aspiracional para aquellos que pueden acceder al sistema, ya sea pagando la cuota de manera directa, a través de planes superadores de obras sociales o vía derivación de aportes.

Se puede apreciar que la tasa de crecimiento era mayor entre los años 2003 y 2011 cuando crecía el empleo privado en la Argentina. Sin embargo, el sector sigue creciendo pese a que el empleo privado está estancado hace 10 años.

Mercado de Entidades de Medicina Prepaga



El crecimiento del sector últimamente no proviene de un incremento en las ventas. Están disminuyendo la cantidad de bajas. **Los usuarios de EMP cada vez realizan mayores esfuerzos económicos para mantenerse dentro del sistema.**

Debido a la crisis, hay más usuarios que eligen pasar a planes más económicos ya sea dentro de su prepaga o cambiando a otra. Esto genera que las EMP que comercializan planes de precios altos y medio altos, mantengan sus carteras y crecen aquellas con planes de precio medio. Esta grave crisis del sector es una oportunidad para resolver temas estructurales y cambios de fondo.

Recordemos por ejemplo que en la crisis del año 2002 se subió el coseguro en farmacia un 10%, adecuan-

do la cobertura al 40% de descuento como dice el PMO.

Hay un relativo consenso en la mayoría de los actores y especialistas del sector sobre los siguientes cambios que en este escenario se podrían realizar:

- * Extender los planes con copagos y coseguros que harían más racional el uso de los servicios médicos.
- * Creación de un fondo nacional de cobertura para prestaciones de alto precio y baja incidencia, especialmente en medicamentos.
- * Eliminar la obligatoriedad a prepagas y obras sociales a cubrir discapacidad social, como por ejemplo transporte y educación.
- * Fomentar el acceso al sistema a través de médicos de atención primaria.
- * Creación por ley de una Agencia de Evaluación de Tecnologías, que apruebe sólo aquellos nuevos medicamentos y prestaciones que puedan adaptarse a los recursos disponibles y la mejora de los procesos.

¿Podemos ser optimistas en el corto plazo? Creo que no.

Vienen meses muy difíciles. Las tensiones y las dificultades serán muy desafiantes. Cerrando este artículo a mediados de diciembre de 2021, ya pueden verse claramente nubarrones que serán difíciles de atravesar.

Tiempo atrás leí un artículo de Sergio Sinay sobre un ensayo titulado **"Esperanza sin optimismo"** escrito por un crítico cultural británico llamado Terry Eagleton.

El ensayo hacía una interesante diferencia entre el optimista "por naturaleza" y quien tiene esperanza. **El optimista "por naturaleza"** cree que todo irá bien, tiene una fe innata, es un creyente que no necesita fundamentarse más que en su creencia. Cuestión de fe.

El **esperanzado**, en cambio, reconoce el dolor, el sufrimiento, el malestar de una circunstancia presente, quiere salir de ella, tiene una visión de la situación a la que aspira (puede llamársela utopía si se desea), pero sabe que ésta no advendrá porque sí, mágicamente. Quien tiene esperanza, dice, anhela que lo próximo sea mejor, pero no lo aguarda de manera pasiva. Está dispuesto a trabajar o a luchar por ese anhelo sin pedir garantías de realización ni contar con alguna seguridad de éxito.

Mientras el optimista "por naturaleza" espera que la realidad encaje en su expectativa, el esperanzado trabaja para que su esperanza, convertida en acciones, pueda encajar en la realidad para transformarla. Está dispuesto a hacer lo que sea necesario hacer, aun cuando nada le asegure el resultado. Porque su acento no está puesto en el resultado sino en la acción.

La esperanza no es cuestión de fe, sino de compromiso, es **"hacer lo que hay que hacer"**.

No perdamos la esperanza. □

www.revistamedicos.com.ar

Médicos

LA revista de salud y calidad de vida

GALENO

Sinfonía del nuevo mundo

"Cuando la Aurora despeja, es que ha pasado un cruce entre la Luz del Sol y la Tierra"

Susana Milderman



Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica Sanitarista
Epidemióloga - dralchertkoff@gmail.com

En Siracusa, Magna Grecia en el año 287 A.C., nace el hijo del astrónomo Fidas, Arquímedes, una de las mentes más brillantes de la antigüedad.

Sus descubrimientos nos iluminan hasta el día de hoy. Físico, matemático, ingeniero, describió el valor de la *palanca*.

"Denme un punto de apoyo y moveré el Mundo".

El genio de Siracusa legó a la humanidad una puerta hacia infinitas oportunidades, entre las que encontramos que **"El punto de Apoyo son las Ideas"**.

Aristarco de Samos alrededor del año 340 A.C., desarrolla por primera vez la teoría heliocéntrica. Los escritos de este sabio quizás se perdieron entre los varios incendios de la antigua Biblioteca de Alejandría.

Recordemos que en esta notable biblioteca se conjugaban los documentos de todo el conocimiento de la época (Siglo III A.C.). Espacio donde confluían innumerables eruditos. Se traían los originales escritos en todo el mundo conocido, se copiaban y se devolvían a sus dueños.

17 siglos más tarde, Nicolas Copérnico, astrónomo, matemático, físico, publica en el último año de su vida en 1543 D.C. la teoría **Heliocéntrica**.

Recordemos que la revolución Copernicana marca un hito en la ciencia y comprensión del Universo, porque demuestra que la tierra no es el centro donde gira todo el Cosmos...

¿Por qué entonces actuamos aun como geocéntricos?... Giramos en falso sobre nosotros mismos y nuestras cotidianas preocupaciones, sin lograr elevar nuestra mirada más allá del horizonte.

Estas referencias bibliográficas son un eje para comprender la realidad actual y transitar junto a otros, en la búsqueda de respuestas y acciones prácticas.

LA LUZ DEL CONOCIMIENTO ES UNA FUERZA EMANCIPADORA

Somos muchísimos profesionales que, con vocación de servicio, venimos trabajando en equipo hace décadas, en la prevención, en la medicina asistencial, en la gestión en salud, la docencia y capacitación y la divulgación. Construyendo una trama social integrada por mujeres y hombres que trabajan día a día, a lo largo y lo ancho de nuestro país, de América del Sur y de otros territorios.

Son infinidad de corazones aunados en este sentimiento.

Somos testigos a nivel planetario del comienzo de una era nueva, inédita, desafiante, también llena de recursos en los pliegues de la realidad para los inquietos, los curiosos, y los creativos, que pueden descubrir estas oportunidades.

Con la pandemia surgió la posibilidad de desarrollar vacunas con celeridad, se aceleraron las comunicaciones para activar alarmas y estrategias de protección.

Más allá de todo el mal que conocemos, se crean nuevas posibilidades.

Se evidenció, la herida de la **injusticia** en la distribución de vacunas en los países más pobres... **los brotes revelan que acaparar no resuelve nada.**

Es inquestionable que la Salud no debe ser un comercio, ni la Vida una mercancía negociable.

Hablemos de nuestro Sistema de Salud y de la esperanza que representa un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estamos fragmentados, enfrentados y geocéntricos, sin embargo, es posible tejer nuevas tramas de cooperación, coordina-

ción y sinergia, comenzando por el diálogo y la comunicación, desde dentro de cada espacio de trabajo.

Aceptemos las contradicciones y encontremos **"los puntos de apoyo para mover el mundo"**.

Una enorme cantidad de dinero, esfuerzos y recursos se pierden en cada lugar de los subsectores, por falta de ideas sobre integración. Comencemos por descubrir los **algoritmos** que necesitamos.

Se desconoce que no se enferma una persona, se enferma la familia, la comunidad.

La situación Eco-Ambiental, es imprescindible estudiarla y abordarla con honestidad.

Hablemos de tóxicos y de nutrición...

También del equipo de salud con pluriempleo y mal pago.

Pensar en la prevención y la promoción de la salud como indispensable.

La Historia Clínica Universal es una necesidad en todo el territorio nacional.

Normatizar y compartir, imprescindible para un lenguaje común.

Consensuemos los ejes de políticas de Estado que no se deben modificar con los cambios de gobierno, aseguremos equidad en las prestaciones de salud y accesibilidad en los puntos más remotos de nuestra geografía.

Las universidades necesitan actualizarse, están antiguas. Tenemos el deber de asegurar un ingreso a la universidad pública accesible a todos los estratos de la población.

¡Ya es tiempo de amanecer!

El Profesor Dr. Joan Carles March dice **"Un equipo funciona bien cuando existe buena relación entre los profesionales, hay un proyecto del que se sienten partícipes y cada una de las personas siente reconocimiento de su trabajo y aportación en el equipo: humanidad, huella y hueco con comunicación y liderazgo que escucha"**.

Las sinfonías son una composición musical de cuatro o más movimientos, cada uno con momentos y estructuras diferentes. Escritas para orquestas de numerosos instrumentos y cada instrumento tiene una partitura diferente.

Los músicos orquestales tocan con partes que contienen sólo la música escrita para su propio instrumento.

El resultado es sublime al escucharlos al unísono...

¿Qué sucedería si lográramos ser partes de la Sinfonía del Nuevo Mundo? ☐

Bibliografía

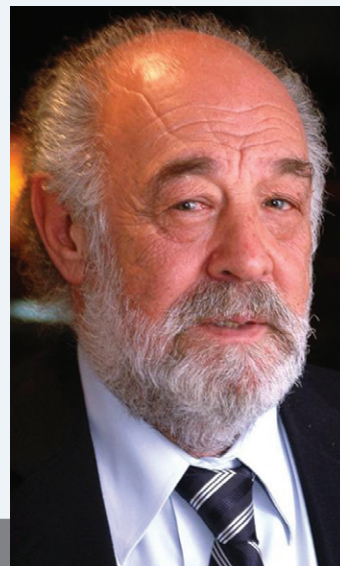
- 1) Dr. Joan Carles March art. Mover el mundo (granadadigital.es)
- 2) Susana Milderman "Hacia el equilibrio entre la Ética y la Estética" - Edición de Autor / Córdoba / Argentina.
- 3) Flavia Cena/ Seminarios / Córdoba.
- 4) Thomas Piketty / La Economía de las Desigualdades / Ed. Anagrama.
- 5) Karen Armstrong / "La Gran Transformación" / Ed. Paidós.
- 6) Samuel Huntington / "El Choque de Civilizaciones" / Ed. Paidós.
- 7) La Biblioteca de Alejandría, el fabuloso centro de difusión del conocimiento. Eva Tobalina. <https://youtu.be/WGTDqqrHWW8>
- 8) Antonín Dvořák Sinfonía N° 9 / Sinfonía del Nuevo Mundo.
- 9) Paul Dukas / Poema Sinfónico "El Aprendiz de Hechicero".
- 10) Marie Louise von Franz / "EL PUER AETERNUS" / Ed. Kairos.
- 11) Emilio Tanti Fanfani / "La escuela Vacía" / Ed. UNICEF-LOSADA.
- 12) Paul Del / "El Simbolismo en la Mitología Griega" / Ed. Labor.
- 13) Ilya Prigogine / "El Nacimiento del Tiempo" / Ed. Matemáticas.
- 14) Bruce Roseblum y Fred Kuttner / "El Enigma Cuántico" / Ed. Fábula Tusquets.

La salud entre la crítica y la crisis: de la indefensión sanitaria a la integración responsable

"Todo retroceso es enojoso, pero algunos suelen ser no sólo provechosos sino incluso indispensables".

Maurice Merleau Ponty

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



La tendencia a efectuar algún tipo de balance a esta altura del año, nos obliga a reconocer que más que "aprender las lecciones de la pandemia", lo que urge es una profunda *crítica* de lo realizado y no realizado a los efectos de reconocer la extensión de la *crisis sanitaria* que precede y excede a la pandemia, y que debería ser el *portal* hacia una reestructuración de la salud en nuestro país.

El historiador alemán Reinhart Koselleck señaló la imbricación de ambos conceptos como procesos histórico-sociales en su libro de 1959 *Crítica y crisis*. La conjunción de ambos términos puede condensarse en la expresión de *situación crítica*, que asume un diagnóstico (crisis) como resultado de un examen (crítica).

Recordemos, además, que el antecedente de la acepción moderna del término *crisis* se da en la medicina griega. Efectivamente, *crisis* significaba en general discriminación, decisión o interpretación, pero para la medicina hipocrática el vocablo denotaba un cambio sufrido en el estado de un enfermo. En su tratado *Acerca de las enfermedades*, Tucídides afirmaba que "una crisis en las enfermedades es una exacerbación, un debilitamiento, una metaptosis en otra dolencia, o el fin".

La precisión conceptual amerita, ya que en la Argentina no han faltado quienes se preguntan si padecemos una crisis de larga duración o una sostenida decadencia. La *clave* pasa por un pensamiento crítico que indague sobre el nudo que genera los atolladeros que reverberan en múltiples males, para entonces pasar a una propuesta política transformadora que signifique, recién entonces, la dichosa oportunidad.

Para graficarlo en lenguaje médico: pasar de los síntomas a la enfermedad, y de ahí a la cura. Padecemos una crisis sanitaria desde hace décadas, porque los cuatro componentes: proveedor, financiador, prestador y usuario no son conducidos por un ente coordinador, con una gestión responsable. La pandemia en parte ha puesto esto al descubierto, pero se lo pretende ocultar de nuevo, aduciendo la dudosa ausencia del colapso. Si no colapsó, entendido como el desborde desmedido en la atención de casos por Covid-19, podemos afirmar que la atención médica ha implosionado inadvertidamente. Basta reparar en la cantidad oficial de fallecidos por (o con) Covid-19 sumados a la incierta cantidad que padecieron y padecerán aún por la falta de atención por otras patologías.

Recordemos, de paso, que cuando el propio oficialismo (o una de sus fracciones) agitó tímidamente una propuesta de reforma sanitaria que apuntaba a la integración de sus tres subsistemas, el debate franco brilló por su ausencia

ante el ataque corporativo, la falta de cohesión del propio Gobierno, la ausencia de interés de la oposición, la indiferencia de las instituciones médicas y el desconocimiento de la población.

Desde luego que sería óptimo un gran acuerdo entre todos los sectores y actores, pero aun presuponiendo la dificultad de ese encuentro, la pregunta persiste: ¿un acuerdo acerca de qué? Todos reconocemos problemas puntuales, aunque amplios, como la fragmentación, la inequidad y la ineficiencia. La cuestión pasa por efectuar *la crítica y la autocrítica* acerca del funcionamiento que produce esos problemas y no acerca del señalamiento de lo penoso de sus efectos.

Algunas diferenciaciones conceptuales pueden resultar útiles para precisar el rumbo. Por caso, consensuar no es consentir, discutir no es dialogar, y mucho menos implica un *metálogo*, donde todas las voces puedan expresar su punto de vista, no de manera catártica ni aislada, sino en una conversación estructurada sobre un tema pertinente y con el objeto de extraer ideas superadoras para el conjunto.

Por otro lado, se requiere de comprender la particular *configuración social pospandémica* que arrastra transformaciones ya estructurales previas que aún no han sido satisfactoriamente digeridas por la dirigencia política. Así, por caso, resulta claro reconocer, aunque no siempre esté aclarado, que "el virus se suma a patologías preexistentes, más prevalentes y graves para los socialmente peor situados, y en este proceso, las interacciones biológicas y sociales juegan un papel central", como se concluye en un estudio reciente. ⁽¹⁾

Es en este sentido que decimos que en lugar de pandemia se debería hablar de *sindemia*, porque ello obliga a reconocer la complejidad que significa un fenómeno económico y cultural además de médico, en un marco (nacional y global) de agudización de la desigualdad social. Lo cual no quita, desde luego, que el *conocimiento epidemiológico* deba ocupar un primer lugar, junto a saberes de múltiples disciplinas.

Entre los distintos aspectos que deben considerarse, mencionemos apenas la distinción entre *comunidad* y *sociedad*. Retomado una conceptualización originaria de la naciente sociología hacia fines del siglo XIX, la comunidad es entendida como organismo viviente, como vínculo que sentimos y nos une, inmanente a toda agrupación humana; mientras que la sociedad sugiere un agregado mecánico, mediaciones de intercambio, interacción y contrato, propias de la modernidad capitalista. Abarcar ambas, pero sin confundirlas, resulta clave para aprovechar, por caso, las

herramientas de la Inteligencia Artificial, sin resignar la dimensión singular y valorativa que acontece desde la asistencia médica personalizada hasta la proyección de superación nacional.

La fragmentación como resultante de la dilución de responsabilidades debería subsanarse mediante una eficiente coordinación entre los cuatro componentes ya mencionados (proveedor, financiador, prestador y usuario) en una **Red Sanitaria de Utilización Pública** sin distinción de titularidad jurídica. Pero merece aclarar que la coordinación indispensable para optimizar los recursos múltiples (de formación profesional, infraestructura, insumos, etc.) dispersos en inconexas a la vez que superpuestas jurisdicciones políticas, regiones territoriales y niveles de cobertura, requiere una necesaria *integración*, pero que no implica *fusión*. La unidad público-privada significa *interacción*, es decir, complementariedad, intercambio, transparencia, regulación, pero no dilución de las titularidades ni prerrogativas básicas de cada sector.

Otro punto nodal esencial lo constituye la interacción entre *contenidos* (conocimientos validados, pericia en su empleo, normas y procedimientos) y *estructuras* (gobernanza, responsabilidad, idoneidad) para conformar un **Gabinete Estratégico de Gestión Operacional** (es decir, un tablero de comando, interdisciplinario y responsable), que dependa de una Agencia Nacional de Políticas Sanitarias en particular y Públicas en general, que garanticen la información confiable y la comunicación adecuada, y cuenten con una Gerencia Pública Contable que transparente las partidas presupuestarias. Además de un registro de fallas y aciertos que posibiliten la evaluación y consiguiente evolución del tratamiento médico y de gestión.

Claro que, para alcanzar todo este nivel de transformación institucional, debe realizarse al mismo tiempo un proceso de modificación de pautas culturales de trabajo, incentivos profesionales, reformas educativas (sobre todo universitarias) y una interpelación cívica o ciudadana que no sólo acompañe, sino que impulse el cambio estructural. Y, desde luego, una conducción político estratégica firme a la vez que flexible. Esta sinergia es posible si se encauza con un acuerdo abierto (y no un pacto cerrado), que acompañe y dé forma a la transición.

El prerrequisito para empezar con semejante cambio, consiste en superar los obstáculos negacionistas, nihilistas, conformistas o egoístas que en la práctica reproducen el *statu quo*, porque no ven o no quieren ver la realidad de manera amplia. O que incluso cuando pretenden cambiar algo, pecan de *desviacionismo*, o *distorsión cognitiva*, apuntando a expresiones parciales de una totalidad más vasta y compleja.

Es hora, pues, de retornar al pensamiento crítico. □

REFERENCIA

1 "Políticas más adecuadas para reducir desigualdades", Vicente Ortún y Rosa Urbanos en Fundación La Caixa, octubre 2021

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). *Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud"; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020). Autor de "La Salud que no tenemos" (2019); "Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (2018); "Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" - (2012) "En búsqueda de la salud perdida" (2009); "La Fórmula Sanitaria" (2003).*



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Nuestra seguridad social está conceptualmente atrasada

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)
Miembro del Grupo PAIS



Cuando el Canciller Otón Bismarck estableció la Seguridad Social (SeS) en el imperio prusiano de 1883, procuró instalar un régimen obligatorio estatal, que superara a las entidades mutuales voluntarias, existentes entre los trabajadores industriales.

Esa decisión no era ajena a la preocupación por el creciente movimiento comunista, que se extendía por Europa, donde los países más industrializados -Inglaterra y Alemania- constituían el objetivo prioritario para iniciar la *dictadura del proletariado*, en lugar de una extensa monarquía agraria, como la rusa.

Asignar un modelo universal y compulsivo de protección social, implicaba un gran desafío para la estabilidad de la incipiente revolución industrial. Bismarck cuidó ciertos factores de equilibrio: limitar la cobertura a los riesgos del trabajo, así como prever aportes de los trabajadores, de los empleadores y eventual apoyo del Estado, a fin de dotarlo de estabilidad actuarial.

En su evolución posterior, el sistema se extendería a una completa universalidad, incorporando a los familiares, a los trabajadores sin relación de dependencia y a todos los riesgos de enfermar, no sólo a los derivados de la actividad laboral. Pero en su formulación inicial ya se consideraba la *sustentabilidad* financiera del régimen.

La historia del modelo argentino fue muy diferente. Comenzó con organizaciones solidarias no estatales, de carácter mutual voluntario para los trabajadores inmigrantes, agrupados por nacionalidad de origen.

Al calor de la industrialización (décadas del 20, 30 y 40), se fueron reagrupando por rama de la producción, lideradas por los obreros más activos -principalmente socialistas y anarquistas-, con el propósito de brindar una atención más digna a sus camaradas, que la proporcionada por los hospitales públicos, administrados por entidades benéficas. Estos dirigentes sindicales con vocación mutual fueron los que desde 1943 adhirieron a la gestión del coronel Perón, en la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Perón impulsó una modalidad de negociación directa entre trabajadores y empresarios, tutelada por el Estado, a efectos de evitar la judicialización de los conflictos

laborales, a través de los Convenios Colectivos de Trabajo de la ley 14.250. Pero además incorporó a esos convenios la administración formal de las mutuales por los respectivos sindicatos, con lo que dejaron de ser voluntarias para adquirir carácter obligatorio.

Desde 1970, estas organizaciones fueron obligatorias para todos los trabajadores en relación de dependencia, y pasaron a denominarse *obras sociales* (OS's), constituyendo así un modelo de SeS fragmentado, de origen no estatal, que alcanzó a proteger casi las 3/4 partes de la población.

Desde el comienzo, las mutuales buscaron reemplazar al Estado en la protección de sus afiliados, por lo que sus propósitos -sin considerar su viabilidad financiera- aspiraban a brindar una cobertura integral, incluyendo beneficios sociales (colonias de vacaciones, proveedurías, clubes deportivos).

De manera que los principios que las guiaban eran de naturaleza *asistencial y solidaria*. Este modelo -con serias dificultades- se mantuvo hasta principios de la década del 90, en que fue configurándose como un *seguro de distribución de riesgos sanitarios*.

En esta condición, se acortaron sus diferencias con las *empresas de medicina prepaga* (EMP's), que proveían cobertura casi integral -con servicios y hotelería de alta gama-

y venían creciendo desde fines de la década del 60. Tal panorama permitió que el FMI, preocupado por la magnitud del gasto social, propusiera que las EMP's se integraran a la SeS en forma competitiva, en un proceso que se calificó como *desregulación de OS's*. Al mismo tiempo el Estado obligó a las EMP's a que cubrieran el Programa Médico Obligatorio (PMO), como ya lo hacían las OS's.

El impulso de esta decisión generó diversos conflictos y contramarchas, pero desembocó en que una gran parte de las OS's, *tercerizaran* a través de EMP's, la atención de sus beneficiarios de mayor poder adquisitivo.

Las OS's resignaron así sus principios solidarios, los dirigentes sindicales se involucraron más estrechamente en instituciones gerenciales de la medicina privada y, el componente privado del sistema de salud pasó a ocupar en conjunto el 60% del total.

“La dispersión de fuentes de financiamiento y de contralor, la combinación de las funciones de cobertura y de prestación de servicios, en la que se empeñan todos los actores del sistema, contribuyen a favorecer la corrupción y las dificultades para conducirlo. Ninguno de los protagonistas tiene poder suficiente para introducir reformas trascendentes”.

Actualmente recaudan, administran la red de servicios, invierten en servicios propios y no cumplen con la separación legal entre sindicato, obra social y servicios propios, como establece la ley.

Por otro lado, los gobiernos provinciales administran los servicios públicos con escasos recursos *presupuestarios*, bajo rendimiento, funcionando a pleno media jornada, y con fuerte influencia de los gremios del sector.

Los gobernadores no han mostrado en general capacidad de gestión, para reconvertir los servicios públicos en empresas de servicios más eficientes, que se incorporen al régimen de SeS para acceder a otras fuentes de financiamiento. Los dirigentes electivos de cada jurisdicción (gobernadores, e incluso el Presidente), se esmeraron en reservarse el control de la OS provincial y del PAMI, respectivamente.

Con el enorme crecimiento de los empleos estatales y la incorporación de beneficiarios no contributivos al sistema previsional, esas OS's extendieron la cobertura a más del 25% de la población. Los fondos que ahora financian el sistema, con los mismos rasgos, los integran los recursos de las OS's sindicales, las EMP's, las OS's provinciales, el PAMI y los presupuestos asignados a los servicios públicos.

La dispersión de fuentes de financiamiento y de contralor, la combinación de las funciones de cobertura y de prestación de servicios, en la que se empeñan todos los actores del sistema, contribuyen a favorecer la corrupción y las dificultades para conducirlo. Ninguno de los protagonistas tiene poder suficiente para introducir reformas trascendentes.

Por el contrario, un factor esencial que ha permitido la mayor eficiencia de los modelos sanitarios más equitativos es la clara separación entre las actividades de financiamiento y de prestación de servicios.

Unos se tienen que ocupar del equilibrio actuarial de la cobertura; los otros de racionalizar la organización asistencial, mejorando su calidad y la seguridad de los pacientes. Estamos muy lejos de esa preocupación: unos y otros procuran equilibrar los negocios internos de sus entidades, y aprovechar las oportunidades en beneficio individual.

En síntesis, el enfoque general del sistema partió de una visión *asistencialista*: hospitales públicos administrados por entidades benéficas, organizaciones solidarias de trabajadores y empresas privadas proveedoras de seguros médicos, con atención más personalizada.

A lo largo del Siglo XX, se fue configurando un modelo de *aseguramiento de riesgos*, sin que el Estado tuviera una línea directriz que orientara esa evolución. Sin admitir que la SeS es una modalidad particular de *aseguramiento*, distinta de los seguros de bienes materiales, porque no sólo asegura los riesgos de la salud, sino también provee la red de servicios que podrán resolverlos. Pero para financiar los daños, deben definirse claramente los *riesgos* que habrá que distribuir, la tasa de *siniestralidad* previsible y las fuentes de *financiamiento* que habrán de cubrir los beneficios comprometidos, con el fin de lograr el equilibrio *actuarial* del sistema. □

(*) Médico sanitarista. Autor de "Un sistema de salud de más calidad" (Prometeo, 2020). Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló.



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

El largo camino hacia la construcción del Grupo PAIS

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



Diez años han pasado del primer encuentro del Grupo PAIS (Pacto Argentino por la Inclusión en Salud) donde nos reunimos a instancias del CIPPEC para intercambiar opiniones sobre la necesidad o no de una ley de Salud y luego de varias reuniones se terminó decidiendo que para la adecuada instrumentación de una ley que considere el tan reclamado pero incumplido federalismo, el país necesita primero un **Pacto de Salud** que establezca las atribuciones y responsabilidades de la Nación y de las Provincias respecto de las funciones esenciales de salud pública (FESP).

Como bien mencionó el Dr. Jorge Mera en esas reuniones "Nuestro país reconoció, en el preámbulo de la Constitución, el valor de los pactos preexistentes; hoy el tema sería establecer un pacto prospectivo referido a las cuestiones sanitarias, no determinadas explícitamente hasta el presente. A posteriori, el Congreso podrá sancionar la ley que mejor contemple las prescripciones de ese pacto".

Había que romper con el aislamiento de cada uno de nosotros para pensar en consensos amplios que pudieran ayudar a construir coincidencias y brindar elementos para ese Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. La redacción del documento inicial nos permitió comenzar con esa gimnasia del diálogo que llevamos a diferentes ámbitos de encuentro como fueron las reuniones en la Academia Nacional de Medicina o la Biblioteca Nacional ampliando el documento a otras expresiones intelectuales y académicas que se acercaron a discutir.

Luego de 4 años y llegado el 2015 y con un funcionamiento de "subsistencia" del Grupo dado que ya no estábamos dentro del CIPPEC, sino que nos movíamos de manera independiente, muy esporádicamente y con la decisión de no crear una asociación civil porque no se querían crear estructuras sin tener los objetivos más claros. Seguimos avanzando con nuestro pedido de consensos y del Pacto modernizando el documento que acercamos a los candidatos presidenciales del año 2015.

El período 2015-2019 nos encontró un poco más activos en la tarea de organizar actividades y encuentros sobre Recursos Humanos en Salud, sobre gestión hospitalaria (el plan CACAO) pero todavía sin poder despegar en cuanto a participación y apertura.

En junio de 2017 y gracias al apoyo de la Fundación FEMEBA sacamos el primer libro, ¿Podremos tener una política de salud equitativa? Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. El camino de los consensos básicos.

Nuestro querido Aldo Neri, en el prólogo del libro nos aporta conceptos fundamentales acerca de algunas certezas que tenemos "Estamos convencidos de que la accesibilidad y la calidad de los servicios deben ser universales e igualitarias, en lo que inciden también muchos factores extra sectoriales sobre los que hay que actuar; estamos convencidos de que la complejidad no es siempre un buen sinónimo de calidad y que hay que luchar contra esa convicción enraizada en múltiples intereses, estamos convencidos que la estructura federal del Estado requiere de un pacto nacional que delimite responsabilidades de cada jurisdicción, nuestra

convicción es que los estamentos del Estado, las obras sociales, el sector privado deben complementarse y no competir, ni mercantilizarse, porque el libre mercado no es la solución a la salud, sino que empeora la desigualdad, lo cual obliga a una regulación inteligente y finalmente estamos convencidos de que el sector salud aporta mucho al ideal de una democracia social".

Hasta que llegó marzo 2020 ... y nos reunimos el 4 de marzo en la Universidad de Bologna para una charla que le pedimos especialmente a la Dra. Silvia González de Ayala sobre la amenaza del dengue, sarampión y coronavirus (Covid-19). Finalmente, esta última amenaza epidemiológica iba a entrar en nuestras vidas de manera abrupta cambiándonos y dando un vuelco fundamental a la actividad del Grupo PAIS.

William H. Welch, primer decano de la entonces Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, quien dijo que, en una epidemia, más importante que conocer la enfermedad es conocer la sociedad que la padece. Desde marzo de 2020 hasta ahora hemos aprendido mucho de pandemias y mucho de nosotros. Y lo hemos hecho a costa de muchas pérdidas.

Muy rápidamente comenzamos a generar reuniones de intercambio y presentaciones a través de zoom que nos permitieron primero aprender, conocer, analizar y debatir sobre los distintos aspectos de la pandemia y al final del viaje nos permitió concretar la publicación del segundo libro del Grupo "Una vuelta a la pandemia en 12 semanas". El libro recoge la intensidad y profundidad de los zooms que hicimos el año pasado desde mayo hasta julio tratando la pandemia desde diferentes ópticas y recibiendo múltiples aportes interdisciplinarios y en un clima pluralista y respetuoso de las opiniones y puntos de vistas.

Pero la intensidad de esos encuentros facilitó el hecho de conocernos y comenzar a pensar en mejorar y promover relaciones e intercambios más estrechos y duraderos. Avanzamos con el desarrollo de la web, se terminó de concretar la organización para realizar la votación por el premio al mérito sanitario 2020 (nuestro Premio Abraam Sonis).

Conformamos un espacio para aportar información sobre el impacto de la pandemia en las provincias y se fue convirtiendo en una fuente clave de seguimiento y monitoreo a nivel federal. Se logró por primera vez organizar una red federal que nos permitirá de ahora en más abordar diferentes temáticas para lo cual hemos conformado un Observatorio Federal del Grupo PAIS y comenzaremos a definir objetivos de estudio, observación y análisis en los próximos meses. Un agradecimiento especial a Fernando Alesso y todo el grupo de Covid-19 que hizo un trabajo magnífico.

Hoy pasado diez años llegó el momento de organizar el Grupo PAIS como asociación civil y es por ello que presentamos los documentos necesarios para crearla y se votó la primera comisión directiva. Tengo el honor de ser el primer presidente del Grupo PAIS, junto como Zulma Ortiz (vicepresidenta), Adolfo Sánchez de León (Secretario), Verónica Schiavina (Secretaria de Actas); Jaqueline Rocovich (Tesorera), Guillermo Oggier (Protesorero) y como vocales (Ricardo Otero, Ana Pereiro y Daniel Manoukian).

Durante este año que se está yendo no dejamos de plantear posiciones y promover encuentros de intercambio sobre diferentes temas de actualidad para la salud pública:

1. Apoyo a la ley de etiquetado frontal.
2. Notas sobre la pandemia y manejo de la información.
3. Preguntas referidas a la vacunación y la incertidumbre respecto de la misma.
4. La cuestión del cambio climático y su impacto sobre la salud.
5. La resistencia bacteriana (medicalización de la sociedad) y publicidad indiscriminada.

En el transcurso de este viaje del Grupo PAIS no quiero dejar de recordar a quienes ya no nos acompañan pero que fueron guías en este viaje, en particular al querido Profesor Abraam Sonis, también a Néstor Perrone y Elsa Moreno que nos acompañaron en la firma del documento inicial, sin olvidarme de Gustavo Mammoni y de nuestra pérdida más reciente Carlos Laguía, que desde el ejercicio privado de la medicina nunca dejaron de pensar en la calidad y la cobertura universal como norte para cualquier proyecto de reforma del sistema.

En particular Carlos tuvo la decisión y la vocación de ser el primero que iba a recibir al Grupo PAIS después de la pandemia y su vida soportó para que hiciéramos esa jornada maravillosa sobre salud pública durante el mes de octubre de este año en su querida ciudad de Pergamino donde nos recibió y nos brindó toda su muestra de cariño y sabiduría de las personas que se estaban preparando para despedirse de la vida y sin embargo luchan y trabajan hasta el último día como si fuera el primero. Es un ejemplo de vida para todos nosotros en el Grupo PAIS.

Hoy somos un grupo de 100 sanitaristas que intentan pasar de la aptitud a la actitud y romper la inercia del sistema sanitario argentino que ya arrastra 30 años sin discutir en términos sistémicos y pensando en el acceso, la calidad y eficiencia de servicios de salud para todos los ciudadanos con independencia de su situación económica y social.

Siguiendo al maestro Abraam Sonis, algunos estudios recientes demuestran que la falta de equidad ejerce una fuerte influencia

en la salud de una población, independientemente del grado de pobreza. Así, destacados economistas de la salud afirman que la inequidad ejerce tanta influencia en las condiciones de salud como el nivel de ingreso. Quizá debamos aceptar, sin embargo, que nuestro papel como trabajadores del campo de la salud se asemeja mucho al de los astrónomos: podemos estudiar y predecir los fenómenos, pero carecemos del poder para alterar su curso.

Aunque las situaciones no son del todo equiparables, el ejemplo ilustra nuestra capacidad para influir con nuestras acciones médicas y sanitarias en la corrección de la inequidad global que aqueja a nuestras sociedades. No obstante, esta aceptación de la realidad no nos deprime ni nos conduce a la resignación. Más bien, debemos proseguir incansablemente en nuestra determinación de propiciar una sociedad más justa y de convertirnos en agentes de este cambio, siguiendo la tradición de los grandes pioneros de la salud pública.

Y tenemos, por otro lado, un frente de batalla que sí es nuestra responsabilidad y que podríamos denominar la equidad en el nivel "microscópico", es decir, el de la inequidad en la atención de la salud, ya que somos conscientes de que en nuestro propio territorio se producen y hasta se agravan muchas de las inequidades generadas por los factores que condicionan la salud. Y esto sí es responsabilidad del sector, como se observa a diario en los servicios de atención preventivos, asistenciales y de rehabilitación.

Los países necesitan en la construcción de la democracia de los aportes de la sociedad civil, de las universidades y de los intelectuales para que juntos con la política poder enhebrar consensos básicos institucionales y nuestra responsabilidad ciudadana es trabajar con ese rumbo y con ese destino de alcanzar la universalización del acceso a la salud, con equidad y con justicia y con sustentabilidad. □

(*) Profesor titular Salud Pública (Universidad Nacional del Litoral). Asesor Parlamentario en temas de economía pública y presupuesto. Director e investigador IdEB (Instituto de Economía del Bienestar). Presidente de Grupo PAIS.



www.sanidad.org.ar

Oncología y nuevas terapéuticas

Entre el precio y el valor

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



Pueden nuestros financiadores de la salud seguir desafiando los altos precios que imponen en forma cada vez más frecuente las *BigPharma* a las moléculas monoclonales innovadoras y futuras terapias génicas en el campo de la terapia oncológica? Una pregunta que surge de reconocer que mientras el gasto promedio per cápita público en salud en la mayoría de los 36 países que forman la OCDE está por encima de los u\$s 4.000, en América latina resulta sólo de unos u\$s 1.000, con un fuerte componente de bolsillo.

De allí que el dilema que pasan a enfrentar es que, frente al imperativo bioético de "salvar vidas" o "dar todas las batallas al cáncer" y al estar vinculados profesionales e industria, el tema se transforma en una cuestión de tal profundidad de debate que llega a superar la simple cuestión respecto de si los medicamentos elegidos son realmente efectivos y aportan la suficiente mejora en la calidad de vida como valor (utilidad) para aceptarlos sin cuestionamientos. Este *gap* frencional, que a veces incluye aspectos más emocionales que bioéticos y más económicos que sanitarios, resulta un complejo desafío para quienes tienen que tomar decisiones de financiamiento entre recursos que se tornan escasos y demandas que se elevan. Con el costo de oportunidad que esto implica.

En la mayoría de los mercados, oferta y demanda, competencia y opciones de los consumidores reducen las fluctuaciones arbitrarias que se aplican a los precios si se tiene en cuenta el valor real (cuestión de utilidad ya mencionada). Pero en el contexto del opaco mercado de medicamentos -especialmente en la banda oncológica a la que se suma la de las enfermedades poco frecuentes, el poder de las moléculas innovadoras no sigue este patrón-.

Porque los precios de las drogas ya existentes en el mercado pueden aumentar drásticamente más de un 30% en un año sin que existan razones claras y validadas para ello. Y mucho más si se trata de las llamadas innovadoras disruptivas que recién ingresan al mercado, con todo el poder que les otorgan las patentes. Esto sucede más allá que los supuestos costos de investigación y desarrollo se hayan amortizado, especialmente después que la molécula adquirió la categoría de *blockbuster*. Pretender demostrar que se trata de aumentos del lado de la demanda, cuando ésta no tiene capacidad de decisión, sino que la misma surge de los profesionales intervinientes, no puede explicar por sí sola tales variaciones.

¿Dónde reside entonces este particular comportamiento del mercado de medicamentos oncológicos? La presión tecnológica no es simplemente un reto más. Es un reto tan importante que puede poner sobre la cuerda floja la sostenibilidad de cualquier sistema de salud. Si se lo analiza a nivel mundial, es posible considerar tres instancias:

En primer lugar, los gobiernos de los países centrales vienen generando sistemas regulatorios contradictorios sobre estas moléculas, entre quienes desafían los estándares "aceptados" de valor y aquellos que restringen la potencial capacidad de los pagadores de aceptar ciertas moléculas y negociar los precios. Por ejemplo, mientras el Reino Unido dispone de un Fondo de Medicamentos contra el Cáncer y los financia en base a evidencias incontestables de valor, la legislación en Estados Unidos limita la capacidad de Medicare -el seguro médico estatal para adultos mayores de 65 años- de negociar los precios de los medicamentos. Además, obliga al financiador a pagar por las moléculas oncológicas consideradas "indicación médicamente aceptada" y le impide establecer mecanismos de intercambiabilidad.

Es decir que -a contramano de las ventajas de un Fondo-Medicare no puede considerar si un medicamento realmente vale en términos terapéuticos su precio de venta, ni negociar precios en función de otros más económicos y disponibles en el mercado. De aquí que, si otros países están pagando altos precios por tales medicamentos, le resulte más fácil a la industria justificarlos incluso frente a mercados emergentes. Es lo que sucede en América latina, y especialmente en la Argentina, que posee precios de monoclonales incluso más altos que en sus países de origen. Sin dejar de tener en cuenta que algunos medicamentos brindan sólo pequeños beneficios, como prolongar la vida en pocos días o semanas quizás con una calidad de vida disminuida. Esos medicamentos no tienen un buen valor.

En segundo término, existe una falta de competencia significativa para muchas moléculas oncológicas. La insuficiencia de tecnología disponible impide a muchos países -como el caso de América latina- desarrollar biosimilares que permitan reducir mínimamente un 20% el precio de la molécula original. Esta suerte de "dependencia tecnológica" es favorecida por la propia industria dominante, y su "ruptura" no parece ser advertida como ventaja competitiva en el componente industrial por parte de los países con economías en desarrollo. La falta de competencia en el mercado de medicamentos oncológicos se ve agravada por la frecuente irrupción de nuevas moléculas biotecnológicas de efectividad no bien contrastada, siempre más difíciles de replicar que los medicamentos químicos de molécula pequeña.

Finalmente, el mercado de medicamentos oncológicos de alto precio aparece fuertemente influenciado y condicionado por consideraciones de tipo existencial y moral, específicamente el miedo a la muerte y la discapacidad y el deseo de una mayor cantidad y calidad de vida. Los pacientes con cáncer, sus familiares y los oncólogos tratantes a menudo están predispuestos a probar y aceptar nuevos medicamentos con la esperanza que resulten ciertamente efectivos,

independientemente de su precio o de la perspectiva de beneficio real que puedan aportar como valor. Con frecuencia bastante limitado.

Mientras haya quien pueda financiarlos, o quien pueda lograr por la instancia judicial la aceptabilidad de su uso, no habrá razones valederas para que la industria considere reducir sus precios astronómicos. La esperanza, el miedo y la desesperación de los pacientes y sus familias frente a una enfermedad tan devastadora en su evolución, junto a las características únicas del mercado de los medicamentos oncológicos, establecen las condiciones para crear una "tormenta perfecta" sobre los financiadores, al no poder ponerse freno al incremento de los costos de tratamiento a partir de sus precios. A menos que sea posible introducir incentivos regulatorios que permitan recompensar la innovación genuina que efectivamente agrega valor a la vida del paciente, y a la vez asegurarles a los financiadores que recibirán un valor de oportunidad suficiente por el dinero que deben erogar para cubrirla.

Algunos medicamentos oncológicos resultan muy eficaces pero muy costosos, y al tener un buen valor debieran estar disponibles para todos los pacientes que pudieran beneficiarse de su uso. Con otros no ocurre lo mismo. Y como frente a la innovación tecnológica en el tema de los medicamentos oncológicos los recursos financieros son locales mientras que el conocimiento sobre las opciones terapéuticas resulta universal, surge como estratégico desde la política sanitaria -a partir del conocimiento que provee la economía de la salud encontrar mecanismos regulatorios para aquellas moléculas que en forma comparada a nivel internacional- exceden sus precios respecto del valor o utilidad comprobada.

En forma concurrente, la propia sociedad también debería exigir el acceso a los medicamentos que necesita, pero a un precio y un valor terapéutico que el sistema de salud

financiado con fondos públicos o de los seguros sociales pueda efectivamente pagar. De lo contrario, estas terapias quedarán disponibles sólo para aquellos que puedan encontrar como financiarlas, en un sendero de limitaciones bioéticas basadas en tomar decisiones sobre quién vivirá y quién morirá.

De allí que futuras inversiones en ciencia y tecnología resulten estratégicamente necesarias para respaldar una sólida industria regional y local que promueva competencia sana, por ejemplo, en el campo de los biosimilares. La investigación biomédica y el apoyo a la ciencia, más una mejor infraestructura regulatoria son esenciales para garantizar que los medicamentos se evalúen y utilicen de manera eficiente y eficaz.

Para lograrlo, en América latina existe con diverso grado de desarrollo un complejo fármaco-industrial y recursos humanos calificados aptos para profundizar esfuerzos de colaboración entre sus países, oportunamente evidenciado a partir que dos de ellos -Brasil y la Argentina- han sido elegidos por la OPS para recibir tecnología destinada a desarrollar plataformas ARNm.

Esta transferencia de tecnología -que resulta en un formal reconocimiento a la capacidad científica- más una cooperación estrecha y esfuerzos de inversión de los gobiernos destinados a ofrecer un avance estratégico en el campo de los biosimilares, sería un estímulo adecuado para garantizarles valor en el tratamiento contra el cáncer. Suficiente para establecer mejor comunicación respecto de opciones terapéuticas y costos y favorecer que los financiadores puedan acercarse y hacer sustentable el objetivo del acceso asequible a medicamentos oncológicos de alto valor para todos los pacientes que los necesiten. □

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



En tiempos de pandemia...
**Cuidamos
la salud**

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Organismo de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar / R.N.O.S. 40120/9 - R.N.E.M.P. 611716

Dos años de Ministerio de Salud

Balance de medio término

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



El Ministerio de Salud de la Nación ha sufrido diferentes procesos a lo largo de nuestra historia. En ese transcurrir, la cuestión de unificar y separar los Ministerios de Salud y Desarrollo Social tuvo varias idas y venidas. Sintéticamente enumeraremos algunas de ellas. Como sabemos el Ministerio de Salud de la Nación fue creado en el gobierno de Perón con Carrillo como su primer ministro.

En el golpe de Estado del 55, bajo la Presidencia de facto de Eduardo Lonardi, fue disuelto y subsumido por el Ministerio de Asistencia Social y posteriormente fue disuelto por Aramburu. Durante el gobierno de Arturo Frondizi se crea el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, denominación que tuvo hasta el golpe de Estado del 66, tras el cual fue renombrado como Ministerio de Bienestar Social.

En 1981, el presidente de facto, Roberto Viola lo dividió en dos, el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente y el Ministerio de Acción Social. Ya con la recuperación de la democracia en 1983 se fusionaron nuevamente en el Ministerio de Salud y Acción Social. El 10 de diciembre de 1999, el presidente Fernando de la Rúa volvió a separar los ministerios creando el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social.

En septiembre de 2018, el presidente Mauricio Macri unificó nuevamente ambos ministerios nombrándolo Ministerio de Salud y Desarrollo Social y en diciembre de 2019 el nuevo gobierno los volvió a separar.

En esta misma revista, en mi columna habitual escribía en aquel entonces: *"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... 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"*.

Dos años han pasado del nuevo Ministerio y el impacto no ha sido positivo. Es cierto que estos dos años estuvieron atravesados por la pandemia, pero el Ministerio no estuvo a la altura de las circunstancias en su manejo. Tampoco se aprovechó para fortalecer al Ministerio en sus funciones básicas ni para ir estableciendo los cimientos para una posible reforma del sector.

Uno de los objetivos de tener un Ministerio de Salud de la Nación es el de ejercer una rectoría sobre un sistema altamente fragmentado, segmentado y federal. Por otro lado, y en paralelo con esto un Ministerio de Salud debe generar una buena gobernanza definida como *"... a un conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad"*.

Finalmente, una de las expectativas generadas con el nuevo ministerio, fue pensar en la posibilidad de una reforma

del sector para disminuir la fragmentación y la segmentación y mejorar la equidad al acceso. Nada de esto ocurrió hasta ahora.

LA FALTA DE RECTORÍA

La falta de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación es crónica. La expectativa al recrear el Ministerio y en el contexto justamente de esta crisis era incrementarla. No fue así. La mayoría de las decisiones sobre la pandemia tuvieron un carácter netamente político, no sanitario. Se tomaron las decisiones mirando análisis de encuestas y Big Data sobre el humor de la población y la variación en la imagen positiva del gobierno y sus funcionarios.

Así paso con el cierre de las escuelas, con el decreto del confinamiento social obligatorio en tiempos tan tempranos y con la posterior flexibilización de la misma del 18 de julio de 2020, al pasar de fase 1 a fase 3 en el AMBA, en una etapa clara de aumento de la pendiente de la curva (o sea, en el peor momento que se podría haber elegido para adoptar esta medida de relajación).

Esto estuvo influenciado por la caída de la imagen del gobierno y el aumento del descontento social con el manejo de la pandemia. El propio presidente en conferencia de prensa y con anuncios de flexibilidad admitió que la decisión de estas aperturas era política, no epidemiológica. La imagen negativa del gobierno y sus dirigentes superaban ampliamente a la positiva. Poco influyó la opinión del Ministerio y sus expertos.

LOS PROBLEMAS DE GOBERNANZA

No hubo, en este tiempo, transparencia, integridad, rendición de cuentas ni capacidad política, atributos esenciales de la gobernanza.

Desde el inicio mismo de la pandemia se observaron innumerables hechos que mostraban la baja gobernanza. Ejemplos de ello fueron: la elección y compra de los kits diagnósticos, el manejo de la información epidemiológica, el manejo del plan de vacunación comenzando por la elección de la vacuna a aplicar en desmedro de otra y pasando por el vacunatorio VIP y el manejo político de la campaña de vacunación.

Todo esto trajo aparejado una crisis de gobernanza, producto de la falta de transparencia, de rendición de cuentas y de buenas prácticas de gobierno. Se ha perdido la confianza hacia el gobierno por parte de la mayoría de la población y esto afecta tremendamente el accionar futuro y las medidas a tomar en una pandemia que continua.

AUSENCIA DE PROPUESTAS DE CAMBIO

El modelo de atención y financiación requiere evidentemente de un proceso de reforma. Los procesos de reforma en muchos países se dieron luego de profundas crisis. En nuestro país estamos en crisis desde hace mucho tiempo. Este podía ser un momento viable para pensar cambios en el modelo de salud. Era una oportunidad para introducir reformas al sector.

No se aprovechó esta crisis para plantear una agenda de reformas al modelo de financiamiento ni de atención del sistema, toda vez que la salud (o mejor dicho la enfermedad) escaló al primer lugar de preocupación de la población. Pasada

esta pandemia el sistema se encontrará, no solo más débil y peor que cuando esto comenzó, sino que no existirá ninguna perspectiva de mejora.

FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO

Una cuestión implícita en la creación de un ministerio es fortalecer las acciones que debe llevar adelante y en este caso además fortalecer al sistema en sus funciones básicas. Pero no se aprovechó para mejorar áreas fundamentales que cualquier ministerio debe fortalecer. En un artículo anterior, había señalado solo dos áreas a modo de ejemplo: el sistema de información en general y de vigilancia epidemiológica en particular y salud de fronteras.

Ninguna de estas dos áreas fue fortalecida y hace poco tiempo la debilidad manifiesta del área de salud de fronteras hizo que un barco proveniente de África probablemente haya abierto el ingreso de la cepa Ómicron a nuestro país. Tampoco se fortaleció el sistema de salud. Sólo estuvo enfocado en aumentar camas de cuidados intensivos y respiradores. Esta estrategia tenía un límite muy concreto, la cantidad y calidad de los recursos humanos. Lamentablemente aún hoy no existe una política para incrementar este recurso humano crítico y superar una deficiencia crónica.

Por otro lado, no se fortaleció al primer nivel de atención en esta pandemia. Por el contrario, disminuyó ostensiblemente el trabajo en este nivel cuando era dable suponer un incremento de su actividad durante la crisis. Ante una nueva ola nuevamente este debilitado nivel no tendrá tarea específica asignada ni capacidad de respuesta.

EL INCREMENTO DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

El ministerio también fue incapaz de disminuir el impacto de los precios de los medicamentos. Estos precios registraron incrementos superiores al alza de la inflación en 2020 según un

informe del Observatorio de precios de costos de la salud de la Unión Argentina de Salud (UAS).

Hubo un intento de regularlo a partir de la resolución conjunta 1/2020, emitida en noviembre 2020, que establecía por 150 días corridos precios máximos de venta institucional a los organismos de salud de los subsistemas público, privado y de la seguridad social de todo el país para los medicamentos de terapia intensiva. Pero una vez finalizado este acuerdo, en el segundo trimestre de este año, los precios volvieron a dispararse con un aumento promedio de estos insumos del 18%, es decir, 10 puntos porcentuales más que el período anterior.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

La separación de los ministerios no produjo el impacto esperado ni cumplió con las expectativas generadas. Existió un manejo muy deficiente de la pandemia. No se fortaleció el Ministerio en sus funciones básicas. La crisis de gobernanza creada por la falta de transparencia, de rendición de cuentas y de buenas prácticas de gobierno trajo aparejado una pérdida de la confianza de la población para con el gobierno.

No existió, ni existe actualmente una propuesta de reforma del sistema de salud. Tampoco fue eficaz a la hora de regular el precio de los medicamentos en especial aquellos utilizados para el Covid-19.

En estos momentos probablemente estemos a las puertas de una nueva ola de la pandemia. El Ministerio de Salud creado y anunciado pomposamente no cumplió las expectativas ni está preparado para enfrentar esta nueva ola. Lamentablemente debemos concluir que se trata de otra oportunidad perdida. □

(*) **Médico Especialista en Salud Pública - Secretario General del Grupo PAIS.**



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



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

www.prosanity.com.ar

Una institución en crecimiento, que piensa en el hospital del futuro

Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



Dolor, angustia, pandemia, Covid-19, encierro, son algunas de las palabras que calaron en lo más profundo de todos desde el 19 de marzo del 2020 hasta el día de la fecha; ni más ni menos que más de 600 días donde pasaron miles de situaciones para todos, los que estamos dentro del hospital y para la sociedad en particular.

Hoy nos empezamos a mirar a los ojos lentamente, con aforos reducidos; algunos no están porque se fueron en medio de esta enfermedad tan cruel que hizo estragos en todo el mundo y llegó para quedarse. Por eso una mención para dos colegas que recordaremos siempre: el doctor Alejandro Hakim que falleció en medio de una marcha hacia la sede del Gobierno porteño en reclamo de mejoras en las condiciones de trabajo y también para el amigo y secretario gremial de la AMM, Alejandro Jorge.

En ese escenario también aparecieron las unidades febriles, los centros de testeos, el personal del SAME y su nuevo uniforme blanco entrando y saliendo de lugares de traslados de pacientes como muchos de los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires.

En el camino también hubo falta de comprensión, ausencia de licencias, destrato y una parte de la sociedad que rápidamente cambió los aplausos de las 21 por el escrache a quienes simplemente vivíamos o teníamos nuestro consultorio en algún edificio. Nos dejaron de cuidar.

En estos más de 600 días el mundo cambió y desde la AMM nos pusimos al frente de los reclamos diarios para que los colegas pudieran hacer frente al trabajo diario porque las condiciones no eran las mejores.

Desde lo gremial nos tocó conducir la entidad en la crisis sanitaria más importante de la historia y que atravesó a todos los países del globo, ante un virus desconocido que recién empezó a ser domado con las vacunas, aunque en la actualidad está demostrado que hace mucha falta de madurez social para que la situación no empeore. Y lo hicimos, lo estamos haciendo y trazamos las bases para lo que viene, porque todos sabemos que el futuro será otro, la dinámica gremial y laboral también.

La pandemia dejó al descubierto que no es-

tábamos preparados. No había elementos de protección personal por la sencilla razón que no había y allí salimos a buscar los elementos para los que trabajan a diario en los hospitales y para que nuestros colegas los tuvieran a su disposición para estar en el frente de batalla. Mejoramos las condiciones laborales y rápidamente nos pusimos a trabajar en la otra faceta, en la económica.

Mientras nuestra voz en reclamo de mejoras se multiplicaba, nos encargamos de nuestros colegas: dispusimos de subsidios para quienes se contagiaron de Covid-19: 40 mil pesos que fueron destinados a 2.000 colegas, una cifra que salió de nuestra entidad y que en alguna medida colaboró con la economía doméstica de las familias que tuvieron que atravesar este momento.

También 40 mil pesos para los nacimientos, uno de los reclamos más escuchados y en la mayoría de los casos provenientes del sector más joven de la institución, además dispusimos un descuento del 60 por ciento al seguro de mala praxis, que tuvo una gratuidad para los residentes del primer y segundo año. Esto se hizo porque tenemos una administración ordenada, sin deudas, que le devuelve a cada uno de los médicos todo el esfuerzo que realizan a diario, es ahí donde la entidad tiene que estar presente.

Con todo, hubo hechos que no tuvieron trascendencia hacia afuera pero fue muy importante hacia adentro y tiene que ver con el programa de protección de salud para todos los médicos y médicas, que fue tratado con reserva pero es importante destacar que el mismo englobó a la línea telefónica para asistencia de los profesionales de salud y de sus familias, la asistencia terapéutica y postraumática, la contención y el seguimiento psicológico del personal en todo este tiempo donde el estrés fue el denominador común en cada hospital,

no fue fácil convivir con el dolor, la angustia y la toma de decisiones donde estaba en juego nada más y nada menos que la vida humana. Por este programa pasaron alrededor de 800 colegas y sigue abierto y a disposición de todos porque la pandemia continúa.

Levantamos la voz y nos escucharon, se alcanzan la cifra de 580 puestos nuevos para la carrera, la misma ca-



rrera que nos da la seguridad laboral de todos los días. Esto es muy importante porque estamos hablando de los peores momentos donde la estabilidad laboral estaba en juego, nosotros dijimos acá estamos y acá está la carrera de profesionales de la AMM y de la Federación de Profesionales.

Hicimos mucho, nombramientos, guardias pagas a los residentes, los concurrentes en las plantas transitorias, hubo una lucha que encabezamos por las licencias ordinarias y por estrés, la misma que hicimos por el MIA, programa que no criticamos pero que sí cuestionamos la forma en que se estaba aplicando y que dificultaba el cobro a muchos de nuestros colegas que estaban enfermos.

Nos escucharon y nos vieron en los medios nacionales. Después de 30 días de aplausos, de carriles exclusivos en las autopistas, de un idilio breve, comenzó el destrato, el abandono y la falta de respeto que nos obligó a salir a la calle y hacer un paro para que nos valoren, queremos hacer hincapié en que este Comité tiene el apoyo total de cada uno de los médicos de la Ciudad de Buenos Aires.

En esa mirada hacia adelante queremos decir que la AMM no quiere discutir más porcentajes ni tampoco tablas que contemplen fórmulas para establecer si nuestro salario quedó por debajo o no de la inflación; queremos que sea la sociedad la que se manifieste y que exprese cuánto tienen que ganar sus médicos.

Vamos a luchar para que haya un salario para la salud, así como lo debe haber para la seguridad y la educación, los tres pilares de todo conjunto de personas que sueñen en vivir en sociedad. Parece una utopía, pero es lo que corresponde porque las autoridades no deben decir que no hay plata para los que formamos parte del sistema de salud y que lo demostramos dando la vida en lo peor de la pandemia y lo seguiremos haciendo.

La agenda de lo que viene tiene que comenzar por un salario digno y el respeto de las CyMAT, esto es mejoras en las condiciones laborales, de seguridad, edilicias y hasta la comida, la movilidad, el descanso y el día a día de la vida de los médicos y médicas argentinos, también la mejora para nuestros jubilados y por el blanqueo de los no remunerativos, esta lucha es innegociable, como también lo es nuestro reclamo por el injusto impuesto al trabajo que castiga con la deducción de una quinta guardia en beneficio del fisco nacional.

En la misma línea está la pelea por las mejoras de las condiciones de trabajo, el armado de grupos de trabajo, el alcance de todos a las nuevas tecnologías porque de eso se trata, no sólo de enfrentar las nuevas variantes que nos presenta el Covid-19, sino aggionarnos y pensar en el hospital que viene.

La AMM ya firmó convenios de capacitación para que nuestros médicos lo puedan hacer desde nuestros simuladores, siendo de este modo los primeros en Latinoamérica en hacer este movimiento que nos dejará mejor parados ante la tecnología del futuro. Ni hablar de las mejoras edilicias, ésas que hablamos siempre y que hoy nos dan la razón, casi que fuimos unos adelantados en hacer estas observaciones.

Mirando hacia atrás, hoy hemos crecido como entidad. Tenemos una incipiente comisión de género de la cual estamos muy orgullosos porque no debemos permitir el maltrato hacia nuestras médicas y médicos. Mucho menos la violencia dentro y fuera de los hospitales.

En él mientras tanto seguimos siendo los mismos dentro de nuestros guardapolvos blancos, ésos que dan la vida por el otro, anónimos pero consustanciales con la única causa que es poner al hospital público de pie y al servicio de la sociedad. Es nuestra obligación y estamos orgullosos de hacerlo. Sólo pedimos que nos cuiden. □

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



La verdadera inversión en salud



Por el Lic. Ariel Goldman
Presidente de AES (*)

Hace mucho tiempo que insistimos que la salud no es un gasto sino una inversión, que como tal genera un beneficio para la sociedad en su conjunto. Es una inversión cuyo rendimiento se mide en términos económicos y sociales. Sin embargo, la realidad nos muestra que no todos los esfuerzos económicos que se hacen en el sector salud son verdaderas inversiones, sino que son gastos que no se traducen como beneficios en la salud poblacional. En otras palabras, invertir en salud no es lo mismo que gastar en el sistema de salud.

El mejor ejemplo que podemos encontrar son las vacunas. Estas han permitido combatir las enfermedades y disminuir la mortalidad como ninguna otra tecnología sanitaria, incluso logrando erradicar la viruela, enfermedad que se había convertido en una grave epidemia en varios continentes. Otra enfermedad como la poliomielitis fue eliminada en varias regiones del mundo, notificándose el último caso, en la República Argentina, en 1984. Millones de vidas en el mundo se salvan actualmente gracias a Jenner, Salk, Sabin, Pasteur y muchos otros científicos que dedicaron (y dedican) gran parte de su vida a la investigación, en pos de un mundo más saludable.

Bajo esta misma línea de pensamiento, y ya con resultados concretos, encontramos las vacunas contra el Covid-19. Europa padeció, durante el último trimestre del año, un gran incremento de contagios y muertes, pero con el “desacople” de las internaciones y muertes. También se visualizó una diferencia importante entre los países con mayores niveles de vacunación que aquellos que no habían logrado vacunar masivamente.

Tomando el caso de la Argentina, luego de una gran segunda ola de contagios y muertes, con la vacunación hemos logrado “normalizar” la situación. A pesar del crecimiento reciente de casos, no se han disparado las internaciones ni las muertes. A mediados de diciembre 2020, se informaban un promedio de 3.500 internados en terapia intensiva y 200 muertes diarias, mientras que actualmente (15 de diciembre 2021) se reportaron 742 internados y 31 fallecidos.

Además, en 2020 aún no todas las actividades estaban regularizadas, como ser los colegios, donde en algunos casos se volvía a la presencialidad reducida o en otros no se volvería hasta marzo 2021. El costo económico y social que se pagó por la llegada de un nuevo virus, para el cual no había vacunas ni cura, fue catastrófica. Las vacunas fueron, son y serán la mejor inversión en salud.

MÁS INVERSIÓN

Más allá de las vacunas, la pandemia nos ha demostrado la necesidad de invertir en salud para lograr tener un sistema prestacional preparado y fuerte. Hoy contamos con una gran cantidad de camas de terapia intensiva y tecnología adecuada para enfrentar futuros aumentos de internaciones. De todos modos, hospitales y centros médicos requieren grandes inversiones para incorporar nuevas tecnologías o reemplazar las existentes. Sin embargo, esta no es la única inversión necesaria, incluso, no es la principal.

La otra gran inversión necesaria es en la Atención Primaria de la Salud. Lo he escrito con mayúsculas porque me refiero a

desarrollar una estrategia que rompa con las barreras culturales, administrativas, legales, económicas y de toda índole, y no solamente a invertir en centros de salud que se dediquen a la cura de enfermedades.

En estos dos años, donde el sistema se llevó al límite para enfrentarse al Covid-19, se han postergado la atención de enfermedades, especialmente de aquellas silenciosas. Existe una gran demanda contenida y oculta. Debemos coordinar los sistemas públicos, el nacional, los provinciales y los municipales con los sistemas de obras sociales y el sistema privado. A la vez, debemos articular los tres niveles de atención para atender adecuadamente a toda la población.

El verdadero desafío será desarrollar una verdadera estrategia de detección y priorización de pacientes, para trabajar primero con aquellas enfermedades que causen la mayor cantidad de muerte e invalidez. En definitiva, se deben poner a disposición todos los recursos para trabajar con los Big Killers de las sociedades modernas: enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y cáncer. En cuanto a invalidez, la inversión debe ir hacia la salud mental, un gran problema mundial que se ha potenciado con la pandemia.

Será fundamental trabajar con campañas masivas de prevención de enfermedades y promoción de la salud como así también será necesario complementar con campañas sobre la población objetivo. Además, hay que preparar al sistema para detectar pacientes que han cortado sus tratamientos o directamente no han sido atendidos. El mismo debe funcionar activamente incorporando a la población y no esperando pasivamente en los hospitales y centros médicos. La prevención primaria, secundaria y terciaria debe ser el eje estratégico fundamental que sustente el accionar del sistema.

MÁS PLATA PARA SALUD

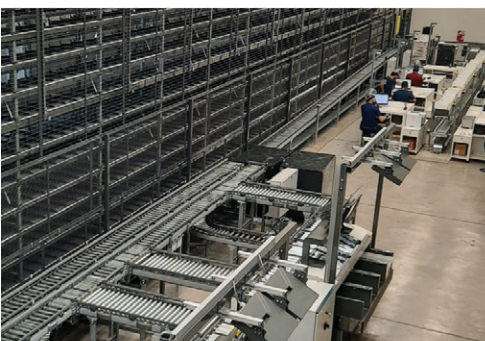
Este es el momento ideal para lograr una verdadera inversión en salud. Aún en pandemia, con argumentos sólidos y resultados tangibles, es el momento de convencer a la población y los políticos de nuestras necesidades como sistema. Será una tarea dificultosa, nada fácil, especialmente en nuestro contexto económico, pero factible.

Sin embargo, requiere un verdadero compromiso nuestro de trabajar para transformar el sistema. Debemos estar dispuestos a trabajar en la Atención Primaria de la Salud. Debemos trabajar mancomunadamente entre el Estado y los privados. Es necesario un plan integral de salud pública que integre a los tres subsectores, donde se definan las obligaciones de cada sector y que rol deben cumplir cada una de las instituciones.

Se debe invertir en salud y no, simplemente seguir gastando plata. En definitiva, si gastamos más y los resultados son mejores, habremos logrado grandes beneficios para nuestra sociedad. No hay que olvidarse que el sistema de salud es un gran motor de desarrollo económico de un país. Es una inversión con una gran recompensa. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.

*"Hace 20 años imaginamos
la empresa que somos.
Hoy ya trabajamos en la
empresa que vamos a ser"*



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.

Una búsqueda constante por superarnos.

Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001



2021



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

Gracias a todos los equipos médicos
que siguen reafirmando su vocación,
cuidando la salud de todos.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar



LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.