

SEGURIDAD SOCIAL – OBRAS SOCIALES – PREPAGAS – PRESTADORES
REGULACIÓN – COBERTURAS – FINANCIACIÓN – COSTOS – PROPUESTAS

EDICIÓN
ESPECIAL

Mé[•]dicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XV. N° 78. Enero 2014

A N U A R I O

2013

“LOS PROTAGONISTAS DEL SECTOR ANALIZAN
LA ACTUALIDAD Y LOS DESAFÍOS QUE VENDRÁN”

30
años



GALENO

siempre
pensando
en vos
www.e-galeno.com.ar

DEPENDENCIA DE DEPARTAMENTO DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 8000-225-SALUD-270003 WWW.SOSALUD.GOV.AR Ley 16.182, Bóveda Hemisférica 14, 1025. Dirección editorial: galeno@salud.gov.ar





SENTÍ EL ORGULLO DE AYUDAR.



ASISTENCIA AL VIAJERO

Cuando elegís nuestra asistencia al viajero estás integrando las acciones sociales de las fundaciones Leo Messi y Universal Assistance en favor de los niños.



asistencia al viajero
CALIDAD ISO 9001
universal-assistance.com





La **red** de emergencias médicas
más grande del país
— 1993 · 2013 —

A los prestadores en todo el territorio que se sumaron para ser hoy
la RED más GRANDE...

A nuestros clientes que creen y nos llevan a ser
la RED más CONFIABLE...

A nuestros empleados que asumiendo el reto conforman
la RED más EFICIENTE...

A todos...
¡Gracias por estos 20 años!

Llegamos
donde estés



LA
CONFIANZA
SE TRANSMITE
de persona a persona



LA IMAGEN DE LA PIEL HUMANA HA SIDO RETOCADA O MODIFICADA DIGITALMENTE.

EXISTEN PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL. INFORMESE DE LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET: WWW.BUENOSAIRES.GOV.AR. LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD OFRECE, GRATUITO, UN SERVICIO TELEFÓNICO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES DE LA OPERADORA DE TRASPASES. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17 HS. LLAMANDO AL: 0800-222 SALUD (72563) - WWW.SALUD.GOV.AR - R.N.D.S. 4-0080-D. R.N.E.M.P. (PROV) 1408.



**USTED
Y NOSOTROS.
UNA SOCIEDAD
SALUDABLE
PARA ELLOS.**



▶ Usted

mejora su propuesta de servicio, ofreciendo al afiliado asistencia al viajero y acceso a la mejor atención de salud en todo el mundo.

▶ Nosotros

ofrecemos el respaldo y la experiencia de la empresa líder mundial en asistencia al viajero, con especial foco en salud privada y en la seguridad social.

▶ Ellos

sus afiliados, disfrutan de la tranquilidad de viajar protegidos por una SOCIEDAD SALUDABLE.

Llame hoy al



0800 122 2774
y contacte a su ejecutivo ASSIST CARD

**DIVISIÓN
SA+UD**
ASSIST CARD.

ASSIST CARD.
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON

www.assist-card.com

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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



INNOVACION

ESTRATEGIA

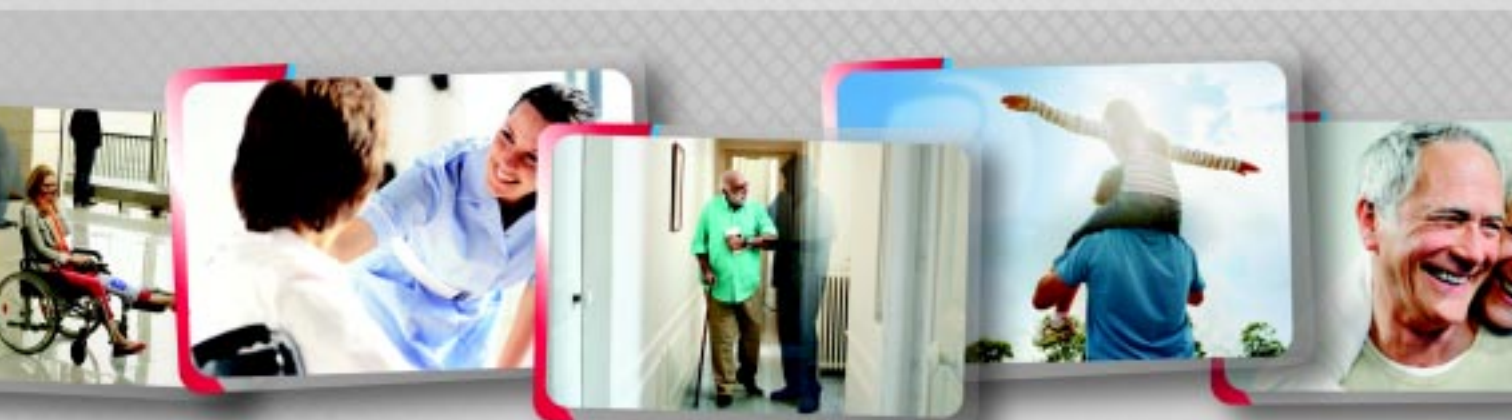
COMPROMISO

- | | |
|---|--|
| ✦ Administración de redes farmacéuticas | ✦ Management farmacéutico |
| ✦ Informes estadísticos y de consumo | ✦ Uso racional de medicamentos |
| ✦ Auditoría y validación on-line de recetas | ✦ Estudios de farmacoeconomía |
| ✦ Centro de patologías crónicas | ✦ Venta y distribución de medicamentos |
| ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión | |



50 años

Asistencia al viajero,
nuestra especialidad, en **Salud.**



Contáctenos las 24hs, los 365 días del año

0800-333-4490 / division.salud@europ-assistance.com.ar

www.europ-assistance.com.ar

andar

Su salud, nuestro compromiso.

Planes de salud para cada necesidad.



Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-andar (26327)

www.andar.org.ar



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL
PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNATORIO**

✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**



✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**

✓ **MEDICINA DEL VIAJERO**

✓ **DIVISIÓN EMPRESAS**



✓ **ACCIDENTES
CORTO-PUNZANTES**

✓ **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

**PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL
ÁREA DE SALUD POR GS1 EN ARGENTINA**



Casa Central: Perú 1511/15 |Bs As| Tel: (011) 4363-7400/7499
Suc.: L.M.Campos 1385 2º |Bs As| (011) 4363-7400/7499
(Próximamente nos mudamos a Sucre y Libertador)

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS
www.heliossalud.com.ar

Seguinos en Facebook:  / HeliosSalud

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**



Somos un equipo multidisciplinario orientado a brindar asesoramiento profesional en la organización política y estratégica de centros de salud, servicios sociales, clínicas, sanatorios, hospitales y toda otra institución del área de la salud.

- consultoría
- gestión de salud
- gestión de calidad
- capacitación



- gestión de sistemas de salud
- médicos auditores
- especialistas en software
- recursos humanos
- marketing, imagen empresarial
- asesoría legal, legislación vigente



La Pampa 1517 · 2º piso C · CABA

Tel: 11.4783.8197 · 11.4896.2614

e-mail: info@prosanity.com.ar

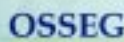
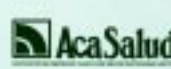
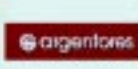
www.prosanity.com.ar



Sistema de Gestión Integral de Salud.
Para que su organización crezca.

HEALTHIMIS
management solutions

Sistemas para Obras Sociales y Medicina Prepaga, Gestión Hospitalaria y Consultorios Médicos.



Junto a ustedes y gracias a ustedes



0800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar

Casa Central
Av. L Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Superintendencia de Servicios de Salud
0800-222-SALUD (72583)

OSPe

**Obra Social
de Petroleros**

**Comprometidos
con la salud
y el bienestar**



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:

Ricardo Llosay Yamila Bégné
(Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)
Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas
E-mail: info@sfanet.com.ar
www.sfanet.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 N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 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. Preimpresión e impresión: Solprint S.A., Araoz de Lamadrid 1920, Cap. Fed. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS	16
SEGURIDAD SOCIAL	22
<i>De cara al futuro</i>	
OBRAS SOCIALES	26
<i>Actualidad, desafíos y oportunidades del sector</i>	
CGT Y SUPERINTENDENCIA	32
<i>El camino del diálogo</i>	
PRESTADORES	34
<i>"Es urgente la necesidad de ajustes automáticos en los aranceles médicos"</i> <i>Por el Cdr. Jorge Cherro, Presidente de ADECRA</i>	
OBRAS SOCIALES DE DIRECCIÓN	36
<i>Historia y actualidad</i> <i>Por el Dr. Miguel Ángel Troisi, Presidente de FAOSDIR</i>	
PREPAGAS	38
<i>"Debemos lograr una mejor comunicación con la sociedad"</i> <i>Por Juan Funes, Director Comercial de Galeno</i>	
<i>La actualidad del Sector y sus perspectivas para 2014</i> <i>Por el Lic. Horacio Raiman, Director Ejecutivo - Medifé AC</i>	39
<i>Hacia un nuevo diálogo que contemple las diferencias a nivel federal</i> <i>Por el Dr. Juan Gabriel Seleme, Presidente de CEMPRA</i>	40
INFORME ESPECIAL	42
<i>El Seguro Social de Salud en Argentina ¿Más solidaridad o más inequidad?</i> <i>Por los Dres. Ernesto van der Kooy y Héctor Pezzella</i>	
DESAFÍOS	46
<i>Financiación de Enfermedades Catastróficas</i>	
GRUPO PAIS - INFORME ESPECIAL	48
<i>El Debate está abierto</i> <i>Por el Dr. Federico Tobar</i>	
<i>Límites a una reforma en salud en la Argentina</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León</i>	50
<i>¿Es posible un sistema integrado en una estructura federal?</i> <i>Por el Dr. Hugo E. Arce</i>	52
<i>Los caminos de la universalización de la salud en América latina</i> <i>Por el Lic. Carlos Vassallo</i>	54
<i>¿Qué recursos humanos debemos formar para el nuevo escenario sanitario?</i> <i>Por la Profesora Emérita, Noemi Bordoni</i>	56
LIBROS	58
<i>Claves para la Gestión en Salud</i> <i>El nuevo libro del Doctor Ignacio Katz</i>	

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.



Más que una prepaga,
un completo
Sistema de Salud.

0800 333 2700 / medife.com.ar



ASSIST CARD INTERNACIONAL

Con mucha alegría compartimos con todos ustedes que el pasado 28 de octubre en Ciudad Bolívar, un barrio marginal de Bogotá, Colombia hemos construido 5 casas para familias muy especiales. Tenemos presente que nuestro deber como Ciudadanos responsables, miembros de ASSIST CARD, es contribuir a erradicar la extrema pobreza en Latinoamérica. La alianza con UNTECHO PARA MI PAÍS sigue intacta, como nuestra PASIÓN por ayudar a aquellos que precisan de nuestra ayuda, ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON.



Tenemos el orgullo de compartir con ustedes el lanzamiento de una aplicación Mobile desarrollada por ASSIST CARD y especialmente diseñada con información de interés para todos los viajeros. Entre los servicios que ofrece se encuentra un traductor, conversor de divisas, información climática, acceso a mapas y geolocalización, servicio concierge a través del exclusivo chat Any Reason 24/7. Con esta aplicación estaremos a un simple click de alcance y cada vez más cerca que nunca.

Dentro de la agresiva expansión Comercial World Wide nos complace anunciar que hemos cerrado contrato de exclusividad con El Banco Comercial de Uruguay quien concentra el 80% de las tarjetas de crédito del país, esta alianza permite un salto cualitativo y cuantitativo de excelencia para ASSIST CARD Uruguay.

Por otro lado ASSIST CARD Corea del Sur ha firmado un contrato de exclusividad RÉCORD con la compañía multinacional HYUNDAI, para la firma del contrato nos pusieron a prueba generando un simulacro de evacuación aérea y fue un éxito gracias a nuestra estructura física, tecnológica y por sobre todo, un equipo de personas altamente profesionales. ■



ASSIST CARD ARGENTINA – DIVISIÓN SALUD

Nos complace anunciar que la OBRA SOCIAL DE YACIMIENTOS CARBÓNFEROS, a partir del 1 de diciembre incorporó los servicios de asistencia al viajero Nacional y Regional a su plan médico de más de 5.000 socios. Le damos la cordial bienvenida a la División Salud.

También tenemos el agrado de anunciar que la MUTUAL PERKINS incorporó los servicios de asistencia al viajero Nacional e Internacional a sus más de 10.000 socios.

Agradecemos a ambas instituciones por confiar en la compañía líder del mercado y saludamos afectuosamente a las más de 60 instituciones que nos acompañan día a día. ■



ACUDIR SIGUE APOSTANDO A LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN

Con el propósito de atender la demanda creciente de traslados en alta complejidad de pacientes neonatológicos, la Empresa incorporó recientemente su segunda Unidad de alta complejidad para este tipo de cobertura.

El desarrollo de la misma fue realizado por la Dirección Médica de Acudir en forma mancomunada con prestigiosos profesionales de reconocimiento nacional e internacional en el área de Pediatría y Neonatología.

Para continuar asegurando el nivel de calidad en la atención de los niños, Acudir incluyó en su staff profesional a 25 nuevos especialistas que se suman al equipo de Neonatología y Pediatría de la Empresa.

Con esta inversión en recursos humanos y tecnología ACUDIR se ha constituido en el sistema privado referencial en la cobertura de traslados en alta complejidad de pacientes pediátricos y neonatales. ■



MASTERSOFT, 20 AÑOS BRINDANDO SOLUCIONES ERP

MasterSoft cumplió 20 años de vida. Desde su nacimiento en 1993, la compañía que brinda soluciones ERP para el sector Pyme y soluciones de gestión para el sector de la salud, renueva año tras año su fuerte vocación por generar las mejores soluciones, productos y servicios.

"Así como certificar todos nuestros procesos bajo normas ISO 9001, en el año 2007, fue un cambio organizacional clave para nuestro crecimiento actual, el año 2012 marcó un punto de inflexión gracias al lanzamiento de Sperta, nuestra nueva plataforma tecnológica", afirmó Marcelo Di Chena, CEO de MasterSoft.

Sperta fue muy bien recibida por los clientes de MasterSoft y ha ido expandiéndose a nuevas organizaciones. En la actualidad, MasterSoft cuenta con el aval de más de 350 implementaciones y proyectos que se encuentran activos en la Argentina, Uruguay, Chile, Perú, Colombia y México.

"Nuestro compromiso es con la mejora continua de nuestros productos y el aporte que ellos realizan a nuestra sociedad".

En cuanto a las alianzas y participación de la empresa en el mercado de IT, MasterSoft es Gold Partner de Microsoft, forma parte de la CESSI y de la Comisión directiva del Polo IT de Buenos Aires, habiendo generado acuerdos con diferentes Universidades y Entidades para acompañar desde la academia su crecimiento continuo.

MasterSoft cuenta con oficinas propias en el barrio porteño de Monserrat, donde un nutrido plantel de profesionales acompaña el sólido crecimiento de la compañía.

"Estos 20 años nos encuentran trabajando con la misma pasión e ideales de siempre, apostando al país, invirtiendo en el desarrollo de nuevos productos y en la formación de nuestros recursos humanos especializados. Y por sobre todas las cosas, escuchando a nuestros clientes para seguir siendo sus socios tecnológicos y proveedores de confianza", concluyó Marcelo Di Chena. ■





SWISS MEDICAL
G R O U P

Sabemos cuáles son tus prioridades,
la nuestra es

cuidarte
siempre

SMG LIFE
SOCIETY OF MANAGEMENT GROWTH LEADERSSMG
ART

ECCO
Engineering & Construction



SWISS MEDICAL



SWISS MEDICAL
CENTER

Instituto



SANATORIO
AGOTA

 CLÍNICA
OLIVOS

de los Arcos



CLÍNICA MATERNA Y NEONATAL
SURCO ARGENTINO



BlueCross & BlueShield
de Louisiane

www.swissmedical.com.ar



El Hospital Alemán eligió a Europ Assistance

Europ Assistance División Salud Argentina, incorporó a su cartera de clientes una de las más importantes instituciones de salud en el país, el Plan Médico del Hospital Alemán.

Desde el pasado mes de diciembre, el Plan Médico, incluye los productos de Asistencia al Viajero de Europ Assistance. La compañía creadora del servicio de Asistencia, ofrecerá mayores montos de asistencia médica y productos especialmente diseñados para los adherentes del Plan Médico, en el resto del mundo.

El beneficio para los adherentes será, la cobertura Nacional y Regional (países limítrofes) de asistencia al viajero. Además, tendrán la posibilidad de ampliar o extender dicho servicio de inclusión, ya que de lunes a viernes de 9 a 18 hs. dispondrán de una Ejecutiva de Cuentas exclusiva para resolver todas sus consultas y adquirir servicios adicionales a nivel mundial, cumpliendo con todos los requisitos internacionales vigentes (visado Schengen).

Así, una de las instituciones más importantes del país con más de 140 años en el mercado de la salud, y su Plan Médico con sus más de 50.000 socios adheridos, inicia una nueva etapa junto a Europ Assistance cumpliendo sus 50 años de trayectoria en el mundo y 16 en la Argentina. ■

Acerca de Europ Assistance

Europ Assistance es una compañía de asistencia integral que brinda alternativas de asistencia en más de 40 filiales alrededor del mundo. Cuenta en su historial con más de 11 millones de asistencias en el mundo, 3.1 millones de asistencias mecánicas, 2 llamadas atendidas por segundo, presencia en 208 países y más de 420.000 proveedores de servicios.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN TPC: "LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA EN EE.UU."

El pasado viernes 6 de diciembre, el Presidente de la Asociación de Aseguradoras de Praxis Profesional Médica de Estados Unidos (PIAA), Dr. Ted J. Clarke, que a su vez es el CEO de Copic Insurance Company -una de las compañías más importantes del sector en aquel país-, disertó en TPC Compañía de Seguros en el marco de su visita a la Argentina.

Invitado por el Presidente de TPC y miembro internacional de PIAA, Dr. Fernando Gómez, Ted Clarke dió una conferencia para los médicos y entidades de la salud asegurados por TPC y para los Productores Asesores de Seguros que operan con la compañía. ■



GALENO: "30 Años cuidando lo más valioso, la vida"

En el mes de diciembre, GALENO celebró en el marco del día del médico sus 30 años de trayectoria con un coctel en el Hotel Four Seasons, al que asistió una numerosa concurrencia así como los principales representantes del sector.



Dr. Julio Fraomeni, presidente de Galeno

GALENO en sus 30 años logró consolidarse como una compañía que brinda cobertura a nivel nacional con una amplia red prestacional y el respaldo de los Sanatorios de la Trinidad. Comprometida en mantener la calidad de servicio de excelencia, con prevención y la mejor asistencia médica, para mejorar la calidad de vida de la gente.

Durante el 2013, los seis Sanatorios de la Trinidad desarrollaron 150.000 internaciones y atendieron en sus consultorios externos a más de 5 millones de personas.

Galeno hoy se encuentra entre las 3 primeras empresas de medicina prepaga y los Sanatorios de la Trinidad son líderes indiscutidos en prestaciones médicas.

"Hicimos muchas cosas en estos 30 años, fundamentalmente armar un grupo humano primero con personas "de primer nivel" y después profesionalmente el orgullo de haber aglutinado a los mejores, tener un equipo de enfermería universitaria único en el país, y seguimos apostando a eso que es la esencia y el alma de todo Galeno", comentó su presidente, el Dr. Julio Fraomeni.

Con visible emoción por el 30° aniversario, Fraomeni agregó que "elegir el día del médico no fue casualidad, Galeno quiere decir médico, y en nuestro nombre simbolizamos toda nuestra vida, la vocación de servir, la vocación de hacer el bien sin mirar a quién, quizás no esperando nada, solamente sentirse bien con hacerlo".

"Ya comenzamos la obra del Trinidad Ramos Mejía, un sanatorio de 44.000 metros cuadrados, 100 metros de frente y 200 cocheras que se inaugurará en julio del 2015, una obra emblemática para acercar la medicina del primer mundo a la zona oeste".

"Hoy después de 30 años logramos tener casi 670.000 socios y lo más probable es que con la dinámica responsable que tenemos a fines de 2014 lleguemos a 700.000 personas que confíen en nosotros", afirmó para concluir Fraomeni. ■



El numeroso público siguió con atención el evento que se realizó en el salón Felix del Hotel Four Seasons.



COMPAÑIA DE SEGUROS

Trabajando en equipo,

sumamos oportunidades para nuestros Asegurados

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones a las empresas y los profesionales de la salud.



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



www.ssn.gob.ar
0800-666-8400

N° de inscripción SSN: 0741

Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

NUEVOS CLIENTES: UNIVERSAL ASSISTANCE

Universal Assistance les da la bienvenida a dos grandes e importantes clientes en la Argentina. La empresa de asistencia al viajero, agradece la confianza del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires y de Medifé en conferir la salud de sus afiliados en viaje.



En agosto de 2013, Universal Assistance tuvo el honor de sellar un acuerdo con el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires para, a partir del día 1 de dicho mes, brindar asistencia en viaje a la totalidad de sus socios, con un área de cobertura nacional y beneficios exclusivos para la compra de coberturas para viajes internacionales.

Siguiendo esta línea, a partir de enero del 2014, Universal Assistance se enorgullece en brindar sus servicios asistenciales e internacionales a los afiliados del plan PLATINUM, ORO y PLATA de Medifé.



De esta manera, la compañía ratifica y fortalece su liderazgo a la hora de brindar servicios de asistencia integral al viajero a instituciones de salud en la Argentina y Latinoamérica. En la actualidad, cuenta con más de 300 convenios y un grupo de ejecutivos, expertos en diseñar propuestas comerciales acorde a las necesidades del mercado y de cada cliente.

Con más de 30 años de trayectoria, Universal Assistance es uno de los principales proveedores de servicios de asistencia integral al viajero, operando las 24 hs. del día, los 365 días del año, alrededor del mundo entero, con un equipo de profesionales altamente calificados y entrenados con el fin de fortalecer una red de servicios que posibilite a sus clientes solucionar cualquier imprevisto. Sus centrales operativas propias, su red de prestadores mundial y su calidad certificada bajo normas ISO, convierten a Universal Assistance en la más confiable empresa de asistencia al viajero en América latina. ■

SANOFI PASTEUR CON NUEVA VACUNA

Sanofi Pasteur, la división de vacunas de Sanofi (EURONEXT, SAN y NYSE; SNY), anunció que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó el registro de una nueva vacuna hexavalente cuyo lanzamiento en la Argentina está previsto para marzo de 2014.



Recientemente, Sanofi Pasteur anunció una inversión de 1,3 millones de euros en un proyecto de incremento de la capacidad productiva de su planta industrial en Pilar para acompañar la demanda creciente que recibirán por parte de esta nueva vacuna que se comercializará además en diversas partes del mundo. La inversión fue destinada a la ampliación del Laboratorio de Control de Calidad y a la construcción de un nuevo edificio para ampliar la infraestructura e instalaciones generales (vestuarios y oficinas).

Además, Sanofi prevé invertir otros 2,25 millones de euros en los próximos 5 años destinados a equipamiento para las áreas de producción, control de calidad y depósitos. "La operación biotecnológica y el proceso de fabricación de vacunas son muy complejos por lo que es un gran desafío participar de la elaboración de una vacuna mundial", afirmó Daniel Alderete, Director de Operaciones Industriales de Sanofi Pasteur.

La vacuna hexavalente de Sanofi Pasteur es completamente líquida, lista para usar, de uso pediátrico que protege contra la hepatitis B, difteria, tétanos, pertussis, infecciones invasivas por Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b) y poliomielitis. Se comercializa en el mercado internacional incluyendo América latina, Medio Oriente, Europa y Asia. Está indicada para la vacunación primaria y de refuerzo de lactantes a partir de las 6 semanas de edad.

Esta vacuna recibió una opinión positiva por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), durante un procedimiento especial que consiste en la evaluación de productos de salud destinados a ser comercializados fuera de la Unión Europea. Es la primera vez que la EMA emite una opinión científica positiva para una vacuna, de acuerdo a dicho procedimiento. ■

PREMIACIÓN A ADMIFARM GROUP



Mirta Guzmán y María Eugenia Tozzi.

El 28 de setiembre se realizó en el Hotel Regente Palace la Segunda Jornada sobre Responsabilidad Social en Salud y Medio Ambiente bajo el lema "Nuevos Desafíos".

Dicha Jornada contó con la presencia de importantes actores del sector de la salud y medio ambiente; y fue organizada por la Fundación de Estudios para la Salud y la Seguridad Social (Fess) y la revista RSaúd.

Como broche de cierre del evento la Fundación (Fess) hizo entrega de premios a reconocidas empresas y personalidades que se destacaron durante el 2013, en programas de Responsabilidad Social Empresarial.

Admifarm Group, empresa especializada en el Management y Comercialización de medicamentos, y que actualmente cumple 12 años de trayectoria, fue una de las premiadas. La distinción fue entregada por María Eugenia Tozzi, de Scienza Argentina a Mirta Guzmán, directora de la compañía.

Admifarm Group colabora activamente con diversas entidades, tales como la Obra del Padre Mario Pantaleo, ASDRA (Asociación Síndrome de Down de la Republica Argentina) y realizó también actividades benéficas como la organización del Maratón Solidario: Km de Salud Km de Solidaridad.

Esta actitud proactiva de responsabilidad social y compromiso con la comunidad fueron los determinantes para ser una de las elegidas con esta distinción. ■

PRUDENCIA
Seguros



AÑOS

CUMPLIDOS

SIEMPRE CARACTERIZADA POR
SU CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN
A LOS NUEVOS TIEMPOS

PRUDENCIA SEGUROS

Palacio Houlder | 25 de Mayo 489, P.6 | C1002ABI | CABA | ARG | Tel: +5411 5235 8816
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

De cara al futuro

A fines del 2013, en destacados ambientes académicos, referentes del ámbito de la gestión, reflexionaron sobre las problemáticas más salientes del sistema de salud argentino. En este informe, los Doctores Oscar Cochlar, Alberto Mazza, Rubén Torres y el licenciado Ricardo Bellagio, abordan temáticas como la fragmentación, el financiamiento, la judicialización y la inequidad planteando interrogantes claves y generando aportes para su solución.

Las vicisitudes del sistema de salud argentino como unidad integrada es uno de los temas que más reflexiones suscita entre los especialistas del sector. Desde el marco regulatorio hasta la creciente judicialización, desde la fragmentación y la inequidad hasta las incorporaciones prestacionales continuas al Programa Médico Obligatorio (PMO), muchas son las problemáticas que, según los referentes del ámbito de la salud, necesitan de discusión, acción y pronta respuesta.

Tan es así que durante el año 2013 muchas han sido las oportunidades en que los más sobresalientes referentes de la gestión en materia de salud han discurrido sobre las temáticas que hacen al sistema de salud nacional. El doctor Oscar Cochlar, ex gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.Salud), por ejemplo, tuvo oportunidad de ahondar en la evolución histórica del marco regulatorio para la seguridad social. El doctor Alberto Mazza, ex ministro

de Salud de la Nación, por su parte, recabó en el impacto de la década del 90 sobre el subsector de las obras sociales. ¿Es necesario reformar la legislación vigente?: esa fue la pregunta que se formuló el doctor Rubén Torres, ex superintendente de Servicios de Salud. En la misma línea, el también ex superintendente, licenciado Ricardo Bellagio, se preguntó si es necesario pensar en una nueva ley de Salud.

EL MARCO REGULATORIO, DESDE CINCO PERSPECTIVAS

En setiembre último, el doctor Oscar Cochlar expuso la evolución del marco regulatorio para la seguridad social, trazando un arco desde la ley 23.660 hasta la actualidad. Cochlar destacó, en primer lugar, el origen del subsistema, ligado a la actividad sindical: “No es menor este rasgo: hace a que esta organización tenga su nacimiento en la órbita del mundo del trabajo.”

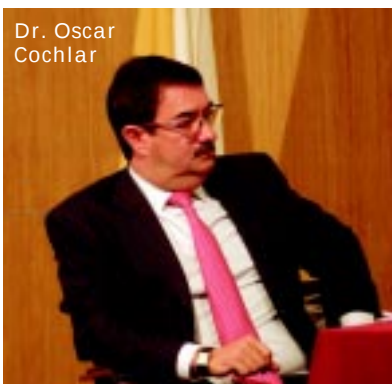
La crisis de 2001, postuló Cochlar, tuvo un fuerte impacto en materia de salud: por decreto, se dictaminó la Emergencia Sanitaria que todavía se mantiene hasta la actualidad, como también el au-

mento de los porcentajes de aporte al Fondo Solidario de Redistribución. “La emergencia sanitaria respondió a una circunstancia histórica de la Argentina y ha sido sucesivamente prorrogada, primero por decretos y luego por leyes”, señaló el doctor.

En su análisis, Cochlar también aportó una visión del marco regulatorio desde cinco perspectivas: desde las obras sociales, desde los beneficiarios, las prestaciones, el financiamiento y desde el control. Desde las obras sociales, lo establecido por la ley 23.660 no parece haberse modificado mucho, expuso el doctor, “aunque en la práctica se ha ido modificando bastante por diferentes situaciones.”

Desde el punto de vista de los beneficiarios, uno de los cambios más salientes a lo largo de los años es que, si históricamente se hablaba de “beneficiarios”, hoy por hoy se ha pasado a hablar de “usuarios”. Según Cochlar “no es sólo un cambio de terminología: un usuario es una persona que, en los hechos, puede reclamar sus derechos mientras que el beneficiario parece sólo recibir, sin derecho a reclamo.”

En relación a las prestaciones, Cochlar destacó que fue en los noventa que se creó el PMO, entendido como una canasta básica de prestaciones. En 2002, se dictó el PMO de Emergencia. Desde esa época, expuso Cochlar, se han ido incorporando prestaciones a través de leyes, aunque en la reglamentación básica la norma no se ha modificado. “La incorporación de prestaciones no sólo requiere de la evaluación tecnológica adecuada sino también de los



Dr. Oscar
Cochlar

“La incorporación de prestaciones no sólo requiere de la evaluación tecnológica adecuada sino también de los recursos necesarios”

Esquema de la evolución legislativa

Leyes

- ✓ 18.610 (1971). Reconocimiento de los sindicatos en la representación de los trabajadores y en los servicios de salud. INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales).
- ✓ 22.269 (1980). Mantiene al INOS como autoridad de aplicación.
- ✓ 23.660 y 23.661 (1989). Administración Nacional del Seguro de Salud. Decreto 576/1993 (reglamentario).

Decretos

- ✓ 1615/96 Creación de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
- ✓ DECRETO 53/1998 Creación de la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES.
- ✓ DECRETO 366/2012. Transferencia de la APE a la SSSALUD
- ✓ DECRETO 1198/2012. La SSSALUD absorbe la APE.

recursos necesarios", remarcó Cochlar. Desde la perspectiva del financiamiento, se registran disonancias de población a población. En el caso específico del monotributo, señaló, se constata un proceso alarmante de solidaridad invertida.

A modo de conclusión, Cochlar subrayó que "no tenemos una agencia de evaluación de tecnología y las leyes responden a lo que los legisladores interpretan como demandas de la sociedad más que a necesidades prestacionales concretas. "Hemos pasado de regular enfermedades a reconocer derechos: este es un camino muy legítimo pero hay que preguntarse quién va a financiar." Por último, el doctor agregó que "nos debemos un reacomodamiento de la legislación; hay que repensar el sistema para ver si estamos encaminados hacia un modelo sustentable. Quizás no hay que cubrir más, sino cubrir mejor."

HACIA LA EFICIENCIA Y LA EQUIDAD

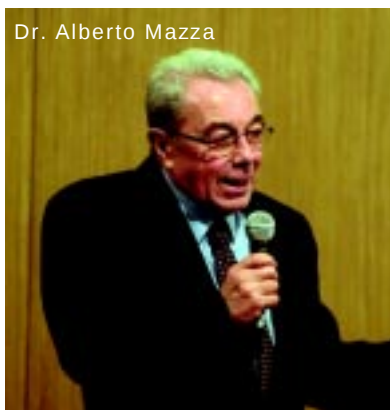
El doctor Mazza se dedicó a indagar en el impacto que la década del 90 tuvo en el sistema. "Cuando se piensa en los noventa se piensa en desregulación, pero además se trató de un período fuertemente regulatorio", señaló. El doctor comenzó enfatizando que en nuestro país no se podría hablar de sistema de salud: "Si atendemos a la definición de la palabra sistema, un conjunto de elemen-

tos que interactúan para lograr un objetivo, es evidente que lo que tenemos es un sector salud, no un sistema de salud."

Según expuso el ex ministro de Salud de la Nación, fueron tres los problemas que aparecían como prioritarios en el comienzo de su gestión: el escaso desarrollo en

prevención, la ausencia de algunos subsectores y la inequidad absoluta del sistema. "El problema de la inequidad abarca a todos los subsectores de la salud", advirtió. Fue por eso, comentó, que se inició el proceso regulatorio, que continúa hasta hoy y se ha extendido desde lo normativo hasta el requerimiento de información, creando auditorías médicas, con-

Dr. Alberto Mazza



"Deberíamos tener claro como país cuál es nuestra escala de valores y, a partir de allí, establecer qué prestaciones deben ser cubiertas por el PMO y cuáles no"

Pewman

GESTION INTEGRAL EN SALUD

Somos lo que hacemos repetidamente. La excelencia entonces, no es una acción sino un hábito"
Aristóteles

NOS ADECUAMOS A LAS EXIGENCIAS.
EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA EN LA AUDITORIA ADMINISTRATIVA,
CARGA Y PRESENTACION ANTE S.U.R.

Av. Pueyrredón 510 8ºB - CABA - Tel. (011) 5252-1107/08

tables y administrativas como parte del proceso.

El 95% de los especialistas en gestión de salud, expuso Mazza, identifican a la fragmentación y a la superposición de servicios como causantes de la ineficiencia del sector, aunque “son muy pocos los autores que proponen soluciones.” Se han adoptado algunas medidas que tienden a equilibrar el sistema, señaló el doctor. Es el caso del pago obligatorio para usuarios de obras sociales que utilicen la salud pública: “Esto impulsa a las obras sociales a tratar que sus pacientes no elijan por fuera de su cartilla; a la vez tiende a mejorar los servicios del hospital y a lograr una mayor equidad” enfatizó Mazza.

Uno de los elementos importantes que se incorporaron en los noventa fue la desregulación del sistema de la seguridad social. El mecanismo de la opción de cambio estaba segmentado y tendía a que el paciente no quedara cautivo de una obra social deficiente. Otro elemento clave de la década fue la creación del PMO. La Argentina fue uno de los primeros países en Latinoamérica en plantear una canasta de prestaciones básicas; además, se sumó un Programa Nacional de Garantía de Calidad. “Deberíamos tener claro como país cuál es nuestra escala de valores y, a partir de allí, establecer qué prestaciones deben ser cubiertas por el PMO y cuáles no”, agregó.

De cara al futuro, Mazza remarcó la importancia de enfocarse en el modelo prestacional. “La salud está en crisis a nivel mundial y esto nos obliga a pensar en la eficiencia como elemento fundamental.” Dar prioridad al proceso de atención primaria, por ejemplo, “puede ayudarnos a sortear el problema de la fragmentación”, concluyó el doctor.

¿NUEVAS LEYES O MÁS CUMPLIMIENTO?

El doctor Rubén Torres centró su reflexión en torno a una pregunta: ¿es necesario reformar la legislación vigente? Analizó entonces la regulación en el marco de la rectoría en términos generales, que estimó clave: “Muchas veces el fracaso en reducir la fragmentación surge de no haber ob-



Dr. Rubén Torres

“Si no existen mecanismos compensatorios para la inequidad es muy difícil descentralizar: pesa allí un componente de gestión pero también uno de financiamiento”

servado detenidamente la estructuración global de los sistemas”, aclaró. En este mismo sentido, el doctor agregó que las reformas de salud latinoamericanas ignoran elementos claves, como el modelo de atención y de gestión para lograr la integración y la solidaridad. “El problema del sistema de salud argentino es que es altamente inequitativo en términos de calidad: se debería promover la equidad”, subrayó.

A lo largo de sus reflexiones, Torres dejó en claro que tanto las fallas del mercado como las del Estado pueden conducir a desequilibrios. “Un ejemplo claro de esto es el PMO”, especificó. “Como está planteado hoy, el PMO es fuertemente regresivo porque protege a las personas más cubiertas y no especifica nada en relación a los 14 millones de personas que sólo se pueden atender en el sector público.” Además, Torres destacó: este es un tema a observar ya que en América latina hay muy pocos PMO basados en evidencia. En el caso de nuestro país, el PMO

de emergencia pretendía zanzar este problema y eliminó de la nómina 500 prestaciones que carecían de evidencia médica.

En relación a la descentralización, muchas veces esbozada como solución posible para los problemas del sistema, Torres aclaró que “si no existen mecanismos compensatorios para la inequidad es muy difícil descentralizar: pesa allí un componente de gestión pero también uno de financiamiento.” Otro tema sobre el que el doctor arrojó luz fue el de las partidas presupuestarias: “Mientras que las partidas de educación han crecido, no se ha seguido el mismo comportamiento en el presupuesto nacional para salud”, advirtió.

En sus conclusiones, Torres formuló algunas preguntas para pensar el futuro del sistema de salud. ¿Los procedimientos del Sistema SUR están adecuados a las posibilidades técnicas? Según el doctor, seguramente no sea así, por lo que “tenemos que buscar la forma de que esto ocurra.” Además, Torres concluyó que, en su opinión, es necesario analizar otros mecanismos de distribución. Por último, y en relación a la judicialización, destacó que es regresiva: “Los que menos reclaman son los más pobres; si queremos ver esto como una reivindicación de derechos, la realidad dice que no es así.”

CONDICIONES PARA UNA NUEVA LEY

El ex superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio, se formuló una pregunta similar: ¿es necesario pensar una nueva ley de salud? Se interrogó también sobre cómo lograr un sistema de salud equitativo. Por eso, señaló la importancia de darse cuenta de la gran inequidad del sector, que, como había también subrayado Mazza, hasta imposibilita hablar de “sistema”: “No vemos la salud en la Argentina como un conjunto integral”.

En relación a la relevancia que tiene la salud como prioridad nacional, Bellagio destacó que la S.Salud recibe 200 mil consultas y reclamos anuales, lo que indicaría que los usuarios se preocupan por la salud. Sin embargo,

Restricciones al acceso al derecho a la salud

- **Segmentación:** acceso determinado por la situación laboral y territorial.
- **Fragmentación:** acceso limitado por la existencia de multiplicidad de agentes que no se coordinan entre sí.
- **Asignación de recursos:** concentración de los recursos humanos, físicos y tecnológicos en los centros urbanos más ricos.



Lic. Ricardo Bellagio

“Todos los actores deben estar comprendidos en una posible nueva ley”

en los sondeos de opinión realizados para las últimas elecciones, las estadísticas mostraron que sólo el 2% de la población considera que la salud es prioritaria. “Hay una paradoja en esta situación”, señaló el licenciado.

De entre los tres subsistemas, Bellagio destacó que el de la seguridad social es el que está más regulado, a la vez que existe la iniciativa del gobierno de incor-

porar beneficiarios a este sistema. “La inclusión me parece sensacional pero la inclusión sin integración no es inclusión”, definió el licenciado.

En definitiva, Bellagio saludó la oportunidad de crear una nueva ley, “una verdadera ley nacional de salud”, pero aclaró que se deben dar las condiciones para que pueda surgir: “Entiendo que todos los actores deben estar comprendidos en una posible nueva ley; si pudiéramos regular en una sola ley todas estas temáticas no se perderían tantos recursos y se podría colocar a cada sector en el lugar que le corresponde”, sintetizó. □

Agradecimientos:

- 1) Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social – UCA
Seminario: Obras Sociales: Estado actual, desafíos y oportunidades del sector. 18-09-13
- 2) Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica (IMSSET) – Facultad de Medicina UBA
Jornada ¿Es necesario pensar en una nueva ley de Salud?



www.sanidad.org.ar

Actualidad, desafíos y oportunidades del sector

Referentes del ámbito de la seguridad social cerraron el año dialogando y reflexionando sobre las diferentes problemáticas que enfrenta su sector. El PMO y sus niveles de cobertura, el Fondo Solidario, la situación financiera y la litigiosidad fueron algunos de los temas sobre los que Juan Carlos Mazzú, Jorge Pellegrini, Sergio Casinotti y Gabriel Lebersztein indagaron, aportando así su visión desde su experiencia en la gestión de distintas obras sociales. Propuestas, análisis y desafíos para este año que comienza.

El subsector de las obras sociales se ha mostrado más que activo en materia de discusiones y reflexiones a lo largo de todo 2013. Enérgicos y abiertos al diálogo, desde los más altos cargos de las instituciones que encabezan, el doctor Juan Carlos Mazzú, Jefe de Auditoría Médica de SMATA (Obra Social del Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor), el contador Jorge Pellegrini, Asesor de la Secretaría Privada de Construir Salud (Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina), el licenciado Sergio Casinotti, ex presidente de UPCN (Unión del Personal Civil de la Nación), y el

doctor Gabriel Lebersztein, Director Médico de OSECAC (Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles), aportaron su perspectiva de las diferentes problemáticas que aquejan al sector, a la vez que se mostraron entusiastas y comprometidos de cara al futuro. La medicina defensiva, las trabas administrativas del Fondo Solidario de Redistribución, y el preocupante déficit financiero fueron algunas de las encrucijadas que los especialistas se detuvieron a analizar, sin olvidar por eso los aspectos positivos del funcionamiento de la seguridad social ni obviar aportar propuestas concretas de solución.

DISYUNTIVAS ANTE EL PMO

El doctor Juan Carlos Mazzú expuso su visión sobre uno de los temas más acuciantes del sector de la seguridad social: el del PMO. Desde SMATA, afirmó, vieron con

entusiasmo que en el PMO empezaran a tener lugar disposiciones relacionadas con la medicina basada en la evidencia. De todas formas, aclaró, “creo que en esto nos está quedando la práctica médica cotidiana como un gran agujero negro: este PMO no está actualizado y, además, también presenta excedentes de prestaciones.”

Mazzú distinguió, en el presente de la salud, cuatro tipos de prácticas médicas o medicinas. Por un lado, la medicina defensiva, que en Estados Unidos, por ejemplo, representa más de 17% del gasto en salud. “Para hacerle frente, tenemos la medicina asertiva, que se maneja con parámetros de certeza y seguridad sin avasallar los derechos del otro”, señaló el doctor. Pero, además, según Mazzú nos estamos enfrentando a dos tipos más de medicina, regresivos: la medicina interesada y la medicina judicial. Para enfrentar estas prácticas, la auditoría médica de las obras sociales, señaló Mazzú, apuesta a la cobertura asertiva, que se nutre de guías médicas y evidencia.

Acercó también Mazzú una propuesta concreta: “Crear un organismo que esté asociado con las sociedades científicas y que pueda garantizar la agilidad en los dictámenes de cobertura.” Sería importante, añadió, que establezca vinculaciones entre lo profesional, lo institucional y lo judicial y que



Dr. Juan Carlos Mazzú

“Con el PMO actual, ¿estamos usando la equidad y la solidaridad para hacer frente a una necesidad de salud o a un mercado de la salud?”

aporte dictámenes con certeza y peso.

A modo de conclusión, Mazzú recordó que el PMO, en su definición, acude a tres palabras centrales: equidad, universalidad y solidaridad. “Con el PMO actual, ¿estamos usando la equidad y la solidaridad para hacer frente a una necesidad de salud o a un mercado de la salud?”, sugirió Mazzú, en forma de pregunta.

LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS OBRAS SOCIALES

La seguridad social, recordó el Contador Jorge Pellegrini, da prestaciones a casi el 40% de la población y logra un nivel de satisfacción entre sus usuarios que puede calificarse de bueno a partir de las encuestas. “Si hablamos de ineficiencia y dificultades, las obras sociales sindicales podemos asegurar que no somos los principales responsables”, destacó Pellegrini.

El de las obras sociales, enfatizó Pellegrini, es un sistema que nunca solicitó recursos extra de otros sistemas y que debería ser

Limitaciones y puntos salientes de la Ex APE – SUR

(-) Limitaciones y problemas

- Cobertura de prestaciones
- Valores de recupero
- Costo Financiero
- Tratamiento de Excepciones
- Dificultad en Trámites
- Costo de la gestión administrativa

(+) Perspectiva

- Funcionamiento del SUR



Cdor. Jorge Pellegrini

“El sistema de obras sociales pensado sin el Fondo no sería un sistema: le da equidad al sistema a su conjunto aunque, lamentablemente, no se distribuya como corresponde”

absolutamente autosuficiente. “Pero en este punto es donde los fondos no redistribuidos del Fondo Solidario de Redistribución co-



**Comprometidos con la Mejora Continua
de la Calidad del Servicio Farmacéutico.**

Hipolito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal
Te. 011 4342 9473 - email: federacionfarmaceutica@infovia.com.ar
www.fefara.org.ar

mienzan a ser un problema”, advirtió el asesor de Construir Salud. “El sistema de obras sociales pensado sin el Fondo no sería un sistema: le da equidad al sistema a su conjunto aunque, lamentablemente, no se distribuya como corresponde”, agregó. Si el subsistema cuenta con 56 mil millones de pesos provenientes de aportes y contribuciones, de ese monto 4.800 millones van al Fondo Solidario: “Esto genera un gran desequilibrio si no se redistribuye.”

Si a partir de 2003, con la salida de la crisis, las obras sociales vieron crecer el número de sus beneficiarios y, entonces, el de los aportes, “a medida que en los últimos años, hasta la actualidad, la economía se estabilizó, comenzamos a tener mayores dificultades”, señaló Pellegrini. Con ingresos estancos y costos siempre crecientes, la ecuación empieza a desbalancearse.

Pellegrini también marcó un cambio de panorama en el último año. Mientras que hasta octubre de 2012, explicó, la situación financiera de las obras sociales era “absolutamente deficitaria”, con altos déficits generados por las prestaciones a monotributistas y empleadas domésticas, con coseguros desactualizados y con fondos sin redistribuir que ascendían a 18 mil millones de pesos, a partir de este año “logramos tener un diálogo distinto con la S.S.Salud y notamos algunos cambios en la tendencia.” Empezó a regir el SUMA, por ejemplo, que devuelve a las obras sociales, el 6% de aportes adicionales. “Todavía falta bastante pero estamos en un proceso paulatino de mejora en la presentación de expedientes y en los reintegros: aunque sigue siendo difícil está mejorando”, afirmó Pellegrini. Por eso, en sus conclusiones, se mostró optimista en relación a la proyección 2013-2014: “Entendemos que estamos en buen camino”, sintetizó.

EL IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD

El licenciado Sergio Casinotti reflexionó sobre el efecto que las prestaciones por discapacidad producen en la seguridad social. “No hay ninguna obra social que no quiera dar prestaciones a pacien-



Lic. Sergio Casinotti

“La discapacidad no es una tragedia: es un inconveniente que nosotros tenemos que ayudar a superar”

tes con discapacidad”, aclaró el ex presidente de UPCN. Recordó también los grandes grupos de patologías de discapacidad: las mentales, las sensoriales y las motoras. “Todas las obras sociales dan cientos de miles de prestaciones todos los meses para estas patologías, desde hogares y centros de día hasta formación laboral.”

Según especificó Casinotti, el 0,25% del padrón de beneficiarios tienen capacidades diferentes, lo que implica que, en promedio, por cada millón de usuarios 2.500 reciben prestaciones por discapacidad. El costo mensual, por su parte, asciende a 10 millones de pesos mensuales por cada millón de beneficiarios con discapacidad. Habiendo 37.500 usuarios con discapacidad, el gasto sumaría 150 millones por mes. “De este monto, el 43% tiene que ver con prestaciones educativas, que deberían estar a cargo de otro ministerio”, señaló Casinotti. El 20%, por otra parte, se gasta en transporte.

A partir del SUR, lo que el sistema de la seguridad social recupera por temas de discapacidad escala al 50%. “Es un número importante; el problema está más en las trabas para la presentación de los

expedientes”, advirtió Casinotti. Así, la carga administrativa se presenta como un verdadero desafío pues, según contó Casinotti, exigiría que se presentaran por día, en UPCN, por ejemplo, 1.700 expedientes. “Para zanjar el problema, hicimos una propuesta sobre la necesidad de desarrollar un sistema que permita hacer las presentaciones a través de la web; y lo logramos.”

En sus conclusiones, Casinotti señaló que también se cometen excesos en nombre de la discapacidad; se trata de oportunistas que, advirtió, “nos alteran la balanza.” “Es fantástico poder dar toda la cobertura pero hay que tener en cuenta que esto está dentro de un derecho colectivo.” El recurso de amparo, definió el licenciado, es un medio de impugnancia extraordinario y subsidario que se pone en marcha cuando se viola un derecho constitucional. El problema es que, en discapacidad, muchas veces se utiliza por fuera de la definición misma. Estos “piratas del amparo”, como los llamó Casinotti, acuden al recurso de amparo y “nos piden las cosas más insólitas.” “Hay que frenar esto y trabajar mucho con la justicia.” Por último, Casinotti recordó que “la discapacidad no es una tragedia: es un inconveniente que nosotros tenemos que ayudar a superar.”

SOBREDEMANDA Y LITIGIOSIDAD

El doctor Gabriel Lebersztein abordó el tema de la litigiosidad y la judicialización de la cobertura médica. Esbozó primero una comparación entre los sistemas de salud europeos y el nuestro: si del otro lado del Atlántico, los beneficiarios deben esperar mucho tiempo para recibir una prestación, ya que se manejan con listas de espera, en nuestro país hay que esperar poco y sin gastar dinero. “Esto se lo debemos al sistema de la seguridad social”, remarcó, “que permite que los argentinos de menores recursos accedan a resonancias o tratamientos por patologías.” “Desde las obras sociales, no vamos a permitir que esto se pierda”, enfatizó.

En relación a la discusión en torno al PMO, Lebersztein señaló

Propuestas para combatir la litigiosidad

Propuestas para la justicia

- Citar al profesional para que ratifique su prescripción, declarando sobre "riesgo de vida existente" que obliga a un juicio sumarísimo.
- Solicitar al vendedor declaración de único proveedor posible y, si lo es, fallar la cobertura y ceder a la secretaría de defensa de la competencia la fijación de los precios del producto.
- Solicitar al médico la declaración testimonial sobre conflictos de interés.
- Diferenciar los reclamos de atención de la salud de la "elección de marca".
- Fallar la cobertura más económica posible.
- Certificar a los peritos mediante cursos sobre el sistema de salud.

Propuestas para los legisladores

- Legislar nuevas coberturas y al mismo tiempo legislar financiamiento.
- Establecer mecanismos de acceso paulatino y paralelo al financiamiento y a la creación del mercado proveedor.
- Acceso a las nuevas tecnologías con eventuales programas de priorización para organizar los nuevos servicios (p.ej.: formar personal, importar equipamiento).
- Legislar sobre las nuevas tecnologías, para que se establezca un mecanismo obligatorio temporal de comparación con los resultados prometidos.



Dr. Gabriel Lebersztein

“Querer vivir con la ilusión de que uno puede dar más cosas por un amparo y de que eso no va a significar que alguien pierda algo es un gran error”

“que el PMO es un piso pero el presupuesto es el techo.” Y, en referencia a los amparos siempre crecientes, que terminan en la judicialización de la medicina, el doctor afirmó que “no son culpa de los

jueces si no culpa de la desinformación, el cinismo y el sarcasmo de todos aquellos que tienen capacidad para decidir y reglamentar prestaciones médicas.” Como propuesta para frenar esta situación, Lebersztein sugirió que “cada vez que haya un amparo citar al profesional para que ratifique su prescripción, declarando sobre “riesgo de vida existente” que obliga a un juicio sumarísimo. La mitad de los

amparos no se producen por casos de riesgo de vida”, advirtió.

Luego de repasar la definición legal de amparo, el doctor enfatizó que “querer vivir con la ilusión de que uno puede dar más cosas por un amparo y de que eso no va a significar que alguien pierda algo es un gran error.” La litigiosidad, además, se agrava cuando los recursos son escasos. “Hay algo que nadie dice del sistema SUR, especificó Lebersztein: “El sistema SUR tiene un costo del 35%: de lo cobrado por mes, tenemos que gastar el 35% en costos administrativos.”

“Los amparos siempre crecen con la desinformación y con la falta de regulación”, señaló el doctor. Muy al contrario, cuando la normativa se vuelve clara, los amparos tienden a disminuir. Por eso, propuso Lebersztein, modificar el pago de los recuperos del SUR con mecanismos “más transparentes, más rápidos y más sencillos” sería una forma de hacer disminuir el número de recursos de amparo.

En definitiva, sintetizó el doctor, los amparos existen porque no alcanza el dinero o porque no está claramente reglamentado el uso de la tecnología. “También existen porque la publicidad subliminal promueve usos que alteran las prioridades sanitarias nacionales, equiparando lo nuevo en tratamientos a lo mejor.” Algunas prácticas de marketing, agregó Lebersztein, no estarían permitidas en los países de origen de las empresas comercializadoras de tecnología sanitaria. □

Fuente y agradecimiento:

**Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social - UCA.
Seminario: Obras Sociales: Estado actual, desafíos y oportunidades del sector. 18 de Setiembre de 2013**

MM

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

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



contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net



Fundación Sanatorio Güemes

Hospital Universitario



Fundación Sanatorio Güemes - Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires para el dictado de las siguientes actividades de postgrado:

Maestría en Gestión en Salud (inicio marzo 2015)

Director: Dr. Mario Lugones
Subdirector: Cdr. Jorge Gutsztat

Carrera de Médico Especialista en Medicina Sanitaria

Director: Dr. Mario Lugones
Subdirector: Dr. Néstor Morgulis

Carrera de Médico Especialista en Medicina Interna

Director: Dr. Manuel Klein
Subdirector: Dr. Alejandro Schejtman

Carrera de Médico Especialista en Cardiología

Director: Dr. Álvaro Sosa Liprandi
Subdirector: Dr. Eduardo Mele

Carrera de Médico Especialista en Pediatría

Director: Dr. Jorge Selandari
Subdirectora: Dra. Roxana Stratico

Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica

Director: Dr. Jorge Selandari
Subdirectora: Dra. Graciela Rivello

Carrera de Médico Especialista en Neonatología

Director: Dr. Eduardo Domínguez
Subdirectora: Dra. Emilce Álvarez

Carrera de Médico Especialista en Emergentología

Directora: Dra. Gabriela Pahissa
Subdirector: Dr. Alejandro Arenillas

Carrera de Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

Director: Dr. Jorge Filisetti
Subdirector: Dr. Mariano Iglesias

Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica

Director: Dr. Alejandro Beltrami
Subdirector: Dr. Flavio Sturla

Carrera de Médico Especialista en Cirugía General

Director: Dr. Víctor Serafini
Subdirector: Dr. Rodrigo Moran Azzi

Carrera de Médico Especialista en Tocoginecología

Director: Dr. Ricardo Illia
Subdirector: Dr. Rodolfo Righetti

Carrera de Médico Especialista en Endocrinología

Director: Dr. Javier Farías
Subdirectora: Dra. Ana Paula Lisdero

Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología

Director: Dr. Luis Viola
Subdirector: Dr. José Luis Fernández

Carrera de Médico Especialista en Oncología

Director: Dr. Mauricio Kotliar
Subdirector: Dr. Patricio Servienti



CICLO LECTIVO 2014

Carrera de Médico Especialista en Dermatología

Director: Dr. Mariano Marini
Subdirectora: Dra. Cecilia Crowe

Carrera de Médico Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Directora: Dra. Mónica Emmerich
Subdirector: Dr. Gaspar Oyhanarte

Carrera de Médico Especialista en Hematología

Director: Dr. Alejandro Flores
Subdirectora: Dra. Araceli Mandrile

Carrera de Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular

Director: Dr. Hernán Del Percio
Subdirector: Dr. Alberto Fregioni

Carrera de Médico Especialista en Hemodinamia

Director: Dr. Marcelo Bettinotti
Subdirector: Dr. Carlos Szejfman

Carrera de Médico Especialista en Medicina Farmacéutica

Director: Dr. Osvaldo Tibaudin Aguer
Subdirector: Dr. Esteban Lifschitz

Carrera de Médico Especialista en Neurología

Director: Dr. Conrado Estol
Subdirectora: Dra. Julieta Lisso

Carrera de Médico Especialista en Auditoría Médica

Directora: Dra. Laura Cordero
Subdirector: Dr. Néstor Morgulis

Carrera de Médico Especialista en Coloproctología

Director: Dr. Mariano Laporte
Subdirector: Dr. Esteban Grzona

Carrera de Médico Especialista en Diagnóstico por Imágenes

Directora: Dra. Cristina Afione
Subdirector: Horacio Hersalis

Carrera de Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas

Directora: Dra. M. Teresa Verón
Subdirectora: Dra. Andrea Duarte

Carrera de Médico Especialista en Medicina Familiar

Director: Dr. Julio David Matz
Subdirector: Dr. Nicolas Locatelli

Carrera de Médico Especialista en Neurocirugía

Director: Dr. Jorge Domingo Oviedo
Subdirector: Dr. Jaime Rimoldi

Carrera de Médico Especialista en Otorrinolaringología

Directora: Dra. Paula Ontivero
Subdirector: Dr. Osmar G. Avila

INFORMES

F. Acuña de Figueroa 1240,
Piso 20 (C1180AAX) CABA

+5411 4959 8365

docencia@fsg.org.ar

www.fsg.org.ar

 [/fundacionsanatorioguemes](https://www.facebook.com/fundacionsanatorioguemes)

El camino del diálogo

El año 2013 estuvo signado por un acercamiento de los vínculos entre los dirigentes que integran la CGT, liderada por el metalúrgico Antonio Caló y la Superintendencia de Servicios de Salud, a través de la gestión de su titular, Liliana Korenfeld.

La seguridad social y la gestión del estado parecen haber encontrado mejores ámbitos de consenso y diálogo durante el año que culminó. Liliana Korenfeld, Superintendente de Servicios de Salud, y José Luis Lingeri, Secretario de Acción Social de la CGT, reflexionan en este informe sobre la importancia del diálogo y el consenso para alcanzar las metas.

La inclusión, la solidaridad y el trabajo en conjunto fueron algunas de las temáticas que se pusieron sobre la mesa a lo largo del año.

AVANCES Y DESAFÍOS DE LA SUPERINTENDENCIA

La licenciada Liliana Korenfeld analizó las políticas que la S.S. Salud realizó en el tiempo que lleva su gestión, desde 2012 a esta parte. “Vinimos a remediar temas que tienen que ver con la injusticia, con la falta de equidad y de transparencia y llevamos adelante la tarea con mucha pasión”, adelantó la Superintendente. “Hemos dado un salto cualitativo en muchos aspectos, señaló, y seguimos trabajando para fortalecer y mejorar el sistema de salud.”

Según comentó Korenfeld, antes del inicio de su gestión el 40% de las obras sociales estaba en terapia intensiva. “Hoy, a partir de nuestras medidas, están en terapia intermedia y esperamos que pasen pronto a piso,” metaforizó la Superintendente.

Uno de los puntos salientes de su gestión fue sin duda la introducción del SUMA. “Se trata de una medida que tiene un carácter fuertemente social; representa una herramienta para lograr la inclusión”, afirmó Korenfeld. Por otra parte, abrir las puertas de la Superintendencia ha sido una de las evoluciones en su gestión: “Empezamos a reunirnos todos los

meses con las obras sociales y con la CGT, también con los profesionales y los empleados de las obras sociales.” “Aprendimos y también enseñamos,”, destacó.

La Superintendente calificó de excelente este proceso de apertura y recordó que “la premisa sigue siendo el fortalecimiento del sistema de salud.”

Korenfeld planteó como premisa de gestión que “la salud es un bien social y no un bien de mercado” y destacó que las medidas que apuntan a la inclusión de monotributistas y trabajadoras de casas particulares al sistema de la seguridad social tienen como objetivo “el fortalecimiento del sistema de salud, ya que no sólo se focalizan y benefician a determinados grupos poblacionales sino que favorecen a todo el sistema”.

“Nuestra labor es generar elementos de inclusión que permitan el acceso y la igualdad de todas las prestaciones para que todos los beneficiarios tengan más y mejores servicios”



“Nuestra labor es generar elementos de inclusión que permitan el acceso y la igualdad de todas las prestaciones para que todos los beneficiarios tengan más y mejores servicios.”

La funcionaria detalló algunas cifras que permiten comprender el antes y el ahora en términos de distribución o de transferencia de recursos del Fondo Solidario de Redistribución: “En el año 2010 se transfirieron 420 millones de pesos en concepto de SANO y reintegros; en 2011 por los mismos conceptos se distribuyeron 1.350 millones de pesos; durante nuestra gestión, 2012-2013, con la incorporación de SUMA, hemos distribuido aproximadamente 3.250 millones de pesos y a modo de proyección, y con la incorporación de Sumarte y Sumá 70, vamos a transferir desde el Fondo Solidario 6.500 millones de pesos”, precisó Korenfeld.

Aunque todavía nos falta mucho, estamos empezando a federalizar la S.S. Salud y a generar delegaciones en todo el país.” “Tenemos que seguir trabajando juntos; la Superintendencia sigue abierta: el único secreto es seguir trabajando”, afirmó.

Por último, la Superintendente planteó que “si bien hemos hablado de financiamiento y distribución, en realidad nos hemos referido a la salud y para ello hace falta el trabajo de todos”.

EL DIÁLOGO COMO HERRAMIENTA

Desde la CGT, José Luis Lingeri destacó que es necesario que el movimiento obrero se organice para pensar los desafíos que los trabajadores encuentran en las obras sociales, para lograr el crecimiento y mejorar la calidad de vida de la población. “Más allá de los vaivenes políticos y económi-



José Luis Lingeri

“Tenemos que estar unidos para buscar el bien común y ayudar al necesitado; desde la experiencia de la CGT, podemos decir que la única manera de encontrar el consenso es el diálogo”

cos, siempre tuvimos en claro que había que alcanzar un alto nivel de salud dentro de las obras sociales, fundamentalmente en atención médica,” señaló Lingeri.

Lingeri se refirió también al tema de la cautividad, tan mentado en la década de los noventa. “Antes de la desregulación, el trabajador era cautivo de la obra social de su actividad: ese era el centro de las críticas pero no se decía que por aquellos años la cautividad misma era lo que permitía que se diera la solidaridad dentro de cada obra social, lo que no sucedía en otros subsistemas.”

Luego de 15 años del proceso de desregulación, Lingeri aportó varias reflexiones al respecto: “La libre elección no fundió a ninguna obra social pero sí creó algunos vicios ya que, por culpa de la libre elección, surgió el efecto descreme.” Hoy por hoy, señaló Lingeri, “cuando el trabajador reclama algún plan superador, es la obra social misma la que debe programarlo y dirigirlo.”

En relación a la problemática del Fondo Solidario, el Secretario de Acción Social de la CGT señaló que “parece que el Fondo y los aportes de los trabajadores son el botín que todo el mundo quiere manejar.” Para hacer frente a esta situación, “los dirigentes sindicales, desde la actividad política, podemos decir qué queremos para nuestra organización y depositar en nuestros profesionales el criterio y la orientación política que le queremos dar a cada acción.” “Tenemos que administrar el dinero de los trabajadores para una prestación médica eficiente,” agregó y destacó también que, en relación a la redistribución de los fondos, se han logrado avances y se ha producido una agilización en los procesos.

En sus conclusiones, Lingeri enfatizó la vocación de diálogo que posee la CGT: “Queremos concertar, sentarnos con todos los actores del sistema de las obras sociales y lograr los objetivos que el movimiento obrero persigue.” “Tenemos que estar unidos para buscar el bien común y ayudar al necesitado; desde la experiencia de la CGT, podemos decir que la única manera de encontrar el consenso es el diálogo”, sintetizó. □

Fuentes:

- 1) Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social - UCA. Seminario: Obras Sociales: Estado actual, desafíos y oportunidades del sector.
- 2) Superintendencia de Servicios de Salud. Presentación “Nuevas modalidades del SUMA”.

MODULOS DE PRESTACIONES SERVICIOS Y COBERTURAS PARA OBRAS SOCIALES MUTUALES Y PREPAGOS

ALTA COMPLEJIDAD
Autorice toda la Alta Complejidad sin altibajos financieros

RED NACIONAL DE PRESTADORES
Su Cartilla Nacional para Especialistas, Tránsito, o Turismo

0800 ATENCIÓN TELEFÓNICA 24x365
Sus afiliados tienen respuesta de una persona en todo momento

ECONOMÍAS DE ESCALA EN MEDICAMENTOS COMPLEJOS
Vademecum abierto
Fármacos novedosos
Alto costo

MediAr®
medicina de argentina

Av. Paseo Colón 823 4º B. C1063AC1CA de BUENOS AIRES
Tel Fax (54 11) 43617146 / 4863 4307-2065 / 1802
0800 222 MEDIAR (633427)
www.medi-ar.com.ar contacto@medi-ar.com.ar

“Es urgente la necesidad de ajustes automáticos en los aranceles médicos”



Por el Cdor. Jorge Cherro, Presidente de ADECRA.

El Índice de Precios de Insumos de la Atención Médica es un indicador referente en el monitoreo de la evolución de los costos de producir atención médica en instituciones privadas de la Argentina y se elabora trimestralmente gracias al compromiso de un grupo representativo de instituciones asociadas.

El mismo ha indicado que para los últimos 3 años, los costos totales de producir atención médica se han incrementado un 120%. El ítem que lidera la inflación corresponde a los costos laborales, los cuales han aumentado un 127% desde el año 2010 hasta la actualidad. Acompañan con igual fuerza inflacionaria los insumos no médicos, con alta incidencia del recurso humano en su prestación dado que se trata de servicios -alimentación, lavandería y servicios de logística- los cuales crecieron casi un 150% en el mismo período. Las inversiones también muestran altos incrementos, los cuales están relacionados con los aumentos en los precios del equipamiento médico y con el encarecimiento de la medicina provocado por

el avance tecnológico del sector. Los demás ítems de costos también tuvieron un crecimiento muy alto para lo que debería ser una economía sin inflación, aunque un poco más retraídos en comparación a lo que crecen los costos laborales, insumos no médicos e inversiones.

ACUERDO PARITARIO 2013

Las negociaciones salariales llevadas adelante en agosto han culminado en un aumento de salario de convenio para el año en curso de un 26% -otorgado en dos tramos, 15% en agosto y 11% en diciembre-. Dado que el sector de la salud es fuertemente dependiente de los recursos humanos, esta característica limita las alternativas de idear nuevas estrategias para moderar el crecimiento de los costos médicos. Como consecuencia, preocupan cada vez más los impactos directos sobre este rubro el cual representa un porcentaje superior al 60% dentro del total de los costos de una institución sanitaria.

INDICE de ADECRA y sus componentes a Junio del 2013

2001 = 100	dic-09	jun-10	dic-10	jun-11	dic-11	Jun-12	dic-12	jun-13	
Costos laborales	467	512	613	657	791	849	1008	1060	
Insumos médicos	337	365	393	434	457	493	522	576	
Insumos no médicos	477	565	633	778	864	950	1059	1186	
Servicios públicos	284	337	347	371	403	421	410	525	
Inversiones	288	358	362	476	485	532	595	659	
Total	432	482	558	621	719	774	890	951	
Incremento porcentual									2010 - 2013
Costos laborales		9,6%	19,8%	7,1%	20,5%	7,4%	18,7%	5,1%	126,9%
Insumos médicos		8,1%	7,7%	10,5%	5,3%	7,9%	5,9%	10,3%	70,8%
Insumos no médicos		18,3%	12,0%	23,0%	11,0%	10,0%	11,4%	12,0%	148,5%
Servicios públicos		18,8%	3,0%	6,9%	8,7%	4,4%	-2,6%	28,1%	85,0%
nversiones		24,2%	1,1%	31,6%	1,9%	9,7%	11,9%	10,8%	129,1%
Total		11,7%	15,7%	11,3%	15,8%	7,7%	15,0%	6,9%	120,4%

Fuente: ADECRA

UNA ESCASA CONTRAPARTIDA ARANCELARIA

A partir del año 2010, los incrementos de aranceles empezaron a ser informalmente regulados por las autoridades y ligados a la evolución de autorizaciones de aumentos de precios para los planes de salud de las empresas de medicina privada. Estos incrementos "autorizados" por las autoridades y aceptados por los financiadores de la salud, comenzaron a constituir valores referenciales de aumentos pero no valores efectivamente observados.

Si bien los costos médicos se incrementaron en un 120% desde el año 2010 hasta la actualidad; los planes de salud de las empresas de medicina prepaga se incrementaron en un nivel similar –aunque a un ritmo más irregular en base a saltos discretos que reflejan la política de control de precios con ajustes discrecionales; muy por debajo se muestran los aumentos de aranceles que las empresas de medicina prepaga trasladan a los prestadores médicos

“La práctica adoptada de demorar los ajustes de aranceles impone un costo financiero a las instituciones prestadoras que termina convirtiéndose en un costo económico que genera pérdidas reales de poder adquisitivo. De aquí la necesidad de bregar por ajustes automáticos en los aranceles médicos”

(apenas crecieron un 80% desde el año 2010).

Este retraso de los aranceles médicos es, en parte, consecuencia de que las empresas de medicina prepaga trasladaron algunos aumentos por debajo de los autorizados a sus planes, pero, por otra parte, también es el resultado de que los aumentos en general se tienden a dar extemporáneamente, es decir, con algunos meses de retraso respecto al aumento autorizado a los planes de salud.

La práctica adoptada de demorar los ajustes de aranceles impone un costo financiero a las instituciones prestadoras que termina convirtiéndose en un costo económico que genera pérdidas reales de poder adquisitivo. De aquí la necesidad de bregar por ajustes automáticos en los aranceles médicos.

En suma, la inflación en Argentina es un problema que se agudiza y la inflación de costos en salud no le va a la zaga. Los controles de precios a las empresas de medicina prepaga van siguiendo los aumentos de costos, aunque no a igual ritmo ya que las autorizaciones son en saltos y discrecionales.

Los prestadores médicos no solo reciben ajustes insuficientes en sus aranceles sino que además, en numerosas oportunidades, deben soportar un retraso adicional provocado por las demoras de ajustes que sufren los prepagos, lo que impone un costo adicional infligido por la inflación. □

MAESTRÍAS, ESPECIALIZACIONES Y PROFESORADO 2014

- » ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- » SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
- » MEDICINA LEGAL
- » ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- » AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- » PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- » ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y ANCIANO
- » FARMACOPOLÍTICAS
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA
- » GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA
- » PROFESORADO UNIVERSITARIO

Resoluciones: Econ. Res. Nº 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Sist. Res. Nº 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 474/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 483/09 Categoría B | Med. Legal Res. Nº 94/02 ME. CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. Nº 1529/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría B. | Auditoría Res. Nº 02/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 804-122/10 | Enfermería CONEAU Expte. Nº 10.847/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Disc. Res. Nº 1813/08 ME CONEAU Res. 247/10 Categoría C | S. Mental Res. Nº 499/02 ME CONEAU Res. 243/10 Categoría C | Gerontol. Res. Nº 275/00 ME CONEAU Res. 410/04 Categoría C | Seg. Ali. Res. Nº 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Profe. Res. 701/09 ME

5239.4000
www.isalud.edu.ar
posgrados@isalud.edu.ar
Venezuela 931/847/758 | CABA

 www.isalud.edu.ar/facebook -  [Twitter@UISALUD](https://twitter.com/UISALUD)

Historia y actualidad



**Por el Dr. Miguel Ángel Troisi,
Presidente de FAOSDIR.**

La FEDERACIÓN ARGENTINA DE OBRAS SOCIALES DE PERSONAL DE DIRECCIÓN (FAOSDIR) celebró su 20º Aniversario, habiéndose constituido en mayo de 1992, como una asociación sin fines de lucro, continuadora de la Mesa Coordinadora que funcionó en años anteriores con una estructura más informal.

Actualmente está integrada por 21 Obras Sociales de Personal de Dirección. Ante la necesidad de contar con una entidad representativa, fue creada por iniciativa de éstas, persiguiendo la defensa de sus derechos y las acciones de interés común en beneficio de sus asociados y la comunidad en general.

En su conjunto, las mismas, prestan servicios médicos a 1.300.000 afiliados, administran recursos destinados a la atención de la salud por aproximadamente 9.500 millones anuales. Brindan su cobertura asistencial, con un nivel de excelencia, mediante la contratación de los mejores referentes

“Nuestras entidades, presentan distintas formas jurídicas, Asociaciones Civiles, Cooperativas y Mutuales, en todos los casos entidades sin fines de lucro, reguladas por las leyes 23.660 y 23.661, que reinvierten en su totalidad los resultados positivos que generan, en el caso que así suceda”

del sistema de salud a lo largo del territorio nacional, dando cabal cumplimiento de las prestaciones médicas establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), el Programa Nacional de Calidad y criterios de medicina basada en la evidencia, desarrollando programas de promoción y prevención del cuidado de la salud.

Las mismas, son administradas y dirigidas con eficiencia y transparencia por los propios afiliados, integrando sus directorios representantes de las empresas que confían en las distintas obras sociales, el cuidado de la salud de sus empleados y sus

familias. Estas empresas, no sólo son actores de la actividad económica sino también de la actividad social en la comunidad que se desarrollan.

Sus Planes y Programas Asistenciales, como así también sus Estados Patrimoniales y Contables son auditados en forma permanente por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Podríamos dar más particularidades, de las que estamos más que conformes. También destacar una serie de escollos que, como en toda actividad se tienen en el desarrollo de su existencia, pero al hacernos cargo de la conducción de la Federación hemos decidido abordar estas dificultades, convirtiéndolas en nuevos desafíos, redoblando esfuerzos y generando las acciones que nos conduzcan a sortearlos y convertirlos en oportunidades de mejora del sistema de salud.

En la actualidad del sector de las Obras Sociales de Dirección, presenta una realidad muy diferente a la que históricamente la caracterizaba.

Siempre hemos tenido la convicción, de la necesidad de regular el sector de las Empresas de Medicina Prepaga, en defensa -no solo de los usuarios- sino también de las empresas que se identifican por su seriedad y eficiencia. Es por ello que apoyamos decididamente, que una ley brinde el marco legal de control y transparencia a esta actividad, por considerarlo muy necesario.

Todos sabemos de la existencia de empresas que captaban asociados y que al momento de prestar los servicios que le habían sido contratados y por los cuales se les abonaba, eran sólo una mera fachada. Pero la inclusión de nuestro sector, agentes de la seguridad social, bajo la tutela de la Ley de Medicina Prepaga, genera un escenario totalmente distinto al que años de trayectoria, nos permitía afrontar con marcada experiencia.

Nuestras entidades, presentan distintas formas jurídicas, Asociaciones Civiles, Cooperativas y Mutuales, en todos los casos entidades sin fines de lucro, reguladas por las leyes 23.660 y 23.661, que reinvierten en su totalidad los resultados positivos que generan, en el caso que así suceda. Hoy a la luz de la Ley de Medicina Prepaga, se encuentran en un plano de igualdad con otras entidades de carácter comercial que tienen como finalidad la obtención de lucro.

Existen otras dificultades que impactan fuertemente en el desarrollo del sector, debiendo destacar el crecimiento de los gastos de los servicios médicos brindados, originados en las diversas modificaciones introducidas al "Plan Médico Obligatorio", con la incorporación de nuevas coberturas que por actuales normas legales imponen a las Obras Sociales. Sobre este particular, es para nosotros muy importante manifestar, que por supuesto, estamos de acuerdo en brindar a nuestros beneficiarios las prestaciones necesarias, pero el legislador no debería olvidar al momento de legislar, evaluar la forma y los medios con los que se van a cubrir los fondos para su financiamiento, ya que en muchos casos sus costos son elevadísimos.

“No queremos dejar de expresar, que estamos convencidos que se impone la necesidad de repensar las reglas de la organización del sistema de salud, apuntando a generar mecanismos innovadores de financiamiento, reaseguro, tecnologías de evaluación de costo - efectividad, sistemas solidarios para la cobertura de prestaciones de alto costo, entre otros”

No podemos dejar de mencionar otro aspecto central focalizado en la denominada "Judicialización de la Medicina", donde se dictan medidas cautelares sin la aplicación de criterios sustentados en la "medicina basada en la evidencia", ni siguiendo los protocolos aceptados en la OMS, que dan por resultado erogaciones exponenciales.

Es necesario poner de manifiesto, que celebramos la constitución, por parte de las Autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Sistema Único de Reintegros (SUR), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Mayores de 70 años (SUMA 70), que significa un ingreso de fondos al sistema, que realmente generan una nueva fuente de financiación de vital importancia para solventar los nuevos costos presenciales que se presentan.

Por último, no queremos dejar de expresar, que estamos convencidos que se impone la necesidad de repensar las reglas de la organización del sistema de salud, apuntando a generar mecanismos innovadores de financiamiento, reaseguro, tecnologías de evaluación de costo - efectividad, sistemas solidarios para la cobertura de prestaciones de alto costo, entre otros. El espíritu y los fundamentos sobre los que se erigen las instituciones se nutren de más de 40 años de actividad y han sido fundamentales para la atención de sus afiliados, único motivo de su existencia. □

Facultad de Ciencias Médicas

Doctorado

Doctorado en Ciencias Biomédicas

Maestrías

Ética Biomédica

Especializaciones

Cardiología

Oncología Clínica

Enfermedades Infecciosas

Psiquiatría

Medicina Legal

Nefrología

Microbiología Clínica

Nutrición

Geriatría

Clínica Pediátrica

Kinesiología Cardio-Respiratoria

Medicina del Deporte

Medicina del Trabajo

Otorrinolaringología

Flebología y Linfología

Cirugía Gastroenterológica

Cirugía Plástica y Reparadora

Cirugía Plástica Infantil

Oftalmología Infantil

Neurocirugía

Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Implantología Oral

Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial

Clínica Estomatológica

Odontología para niños y adolescentes

“Debemos lograr una mejor comunicación con la sociedad”

Hemos finalizado el año 2013 y es necesario mirar atrás para intentar predecir qué nos deparará el 2014 que recién comienza. En los últimos años el sector tuvo climas cambiantes donde muchas veces parecía imposible pronosticar un futuro claro, que nos permitiera tomar los recaudos correspondientes. A esta altura cuando uno conversa con usuarios de la Medicina Prepaga, tanto con socios que libremente compran el servicio, como con empresas que adquieren el servicio para sus empleados, todos coinciden con una misma mirada: *Cada vez más estimamos lo importante que es tener acceso a un buen sistema de salud, y aunque nos cueste pagarlo, hacemos lo posible para mantenerlo.*

Está claro que esta mirada surge al comparar la realidad que se puede ver fuera del sector, donde existe una administración de la medicina diferente que se ajusta a un presupuesto otorgado y a voluntades de quienes tienen que desarrollar políticas sanitarias claras para que todos puedan acceder a una medicina más eficiente, más equitativa y eficaz.

El mercado de la medicina prepaga pareciera ser que se concentra en pocas empresas grandes pero claramente no es así, son muchas las que desarrollan esta actividad: grandes, pymes, cooperativas y mutuales que están en todo el país dando cobertura médica e intentando poder subsistir a leyes que fueron redactadas desde lo humano pero sin tener en cuenta el enorme impacto que ello genera desde lo económico.

A mayor cantidad de riesgos a cubrir, más importante es la necesidad de tener una mayor población y con baja edad promedio. (Ej. En el caso de la Ley de Fertilidad, el impacto económico es del 1.5% sobre una cuota promedio del mercado). En el reciente Congreso Argentino de Salud que se realizara en la Ciudad de San Car-

los de Bariloche organizado por A.C.A.M.I. (Asociación Civil de Actividades Médicas), entre otros temas, se continuó hablando de la Ley de la Medicina Prepaga que regula al sector, y las nuevas leyes promulgadas, Ley de Obesidad, Ley de alimentos para Celíacos, Ley de Fertilidad, etc. pero siempre con la voluntad de construir ese puente invisible de entendimiento con el Estado, a fin de encontrar una ecuación coherente entre las Leyes promulgadas y los que tenemos la obligación de cumplirlas.

Me atrevo a decir que casi todos los que participamos en el sector coincidimos que es importante dar una solución integral a los casos de salud que llegan a las EMP, pero también es claro que debemos ser responsables en el uso de los recursos que administramos. En definitiva nuestro éxito o fracaso está ligado directamente a la seriedad con la cual administramos los recursos (cuotas médicas) que nuestros socios nos confían mes a mes.

El desafío para el 2014 es grande, no sólo para nuestra industria, sino también para el país. Como mencionaba al inicio se hace difícil pronosticar pero hay algunos puntos a tener en cuenta. El mapa político está cambiando, no es raro escuchar en algunos referentes políticos que tenemos un problema con la inflación que debemos atender, un plan económico que en breve pareciera ser que será revisado, y una agenda política con miras al 2015 que muchas veces descuida el día a día. Dicho en términos médicos es complejo saber cómo actuará el medicamento sobre la patología diagnosticada en un paciente cambiante en sus síntomas.

Pero fuera de todo esto, ¿cuál es nuestra obligación como empresa y sector? Nuestro sistema de salud, ya lleva más de 45 años y fue creciendo de menor a mayor, hasta llegar a la realidad actual que todos conocemos. Claramente debemos cuidar a más de 6.000.000 millones de personas



Por Juan Funes,
Director Comercial de GALENO.

que hoy están dentro del sistema y vienen aportando para sostener y crear un sistema médico distinto. También debemos hacer frente a las nuevas leyes promulgadas, que no estaban contempladas dentro del costeo de la cuota de forma eficiente, revisar constantemente los procesos a fin de chequear que no haya desvíos innecesarios que muchas veces son autogenerados por participantes del sector, atentando de este modo al sistema de libre acceso entre otras cosas.

Lograr una mejor comunicación con la comunidad a fin de resaltar los aportes en materia de excelencia médica que el sector brinda a la comunidad y al estado. Es cierto que hay una sensación de una mayor concentración del sistema, con un enfoque solamente direccionado a comentar el crecimiento de las principales empresas incluyendo en su oferta de producto Sanatorios y Centros Médicos propios, y en nuestro caso con excelentes profesionales médicos en cada especialidad, tecnología de última generación, enfermería profesional y hotelería sanitaria de primera nivel. Todo este valor no hace más que defender un sistema privado de Salud, que nació para ofrecer un servicio distinto, con diferentes componentes y que en definitiva también hace su aporte para que el Estado gaste menos. Es por ello que muchas veces sentimos que no alcanza con ser, sino que es tiempo también de parecer aunque no esté en nuestro ADN como industria. Algo bueno debemos estar haciendo como sector para estar dando salud a más de 6.000.000 de personas que voluntariamente deciden ser parte de un sistema que en definitiva busca día a día brindar la mejor medicina posible. □

La actualidad del Sector y sus perspectivas para 2014



Por el Lic. Horacio Raiman,
Director Ejecutivo – Medifé AC

A dos años de promulgada la Ley que regula al sector, y luego de tanto debate, las empresas de Medicina Prepaga hemos alcanzado un mayor grado de madurez en este nuevo contexto, aunque aún no contamos con un marco que resuelva acabadamente algunos de los puntos que ofrecen mayor controversia. No obstante ello creemos en la promoción del diálogo con las autoridades, con el fin de, utilizando los recursos que la misma Ley propone, encontrar consenso y dar respuesta a aquellas personas que aspiran a ingresar al sistema y que traen consigo alguna condición preexistente en sus condiciones de salud. Las ciencias actuariales y la información disponible, permiten encuadrar modelos de prospección de costos y sus eventuales fórmulas de aplicación. Adicionalmente, mecanismos simples y automáticos de actualización, ofrecerán certidumbre a la gran mayoría de estos casos.

De la misma manera pero con una mirada ya no sectorial sino del espectro de todos los subsectores, debe resolverse el problema de los tratamientos de muy alto costo y baja prevalencia estadística. Basta mirar hacia algunos países del mundo y en particular de la región, para

encontrar modelos asimilables que resuelven la problemática a un nivel superior.

El análisis y los mecanismos de actualización prospectiva de las estructuras de costos de las empresas, también deben ocupar parte relevante en la agenda con el ente Regulatorio. La medicina y sus costos directos, evolucionan a un ritmo que se complementa a los del resto de los sectores de la economía, por lo que estos factores - probados históricamente - deberán tomarse en cuenta cuando se analicen las curvas de evolución, al igual que el conjunto de políticas de cobertura universal que caracteriza a nuestra actividad. El poder anticipar estos cambios nos dará mayor previsibilidad y su consecuente traslado de confianza a la comunidad de millones de argentinos y extranjeros residentes en nuestro país, que han elegido al sistema privado como su respaldo en salud.

Las empresas de Medicina Prepaga, sean éstas sociedades comerciales, asociaciones civiles sin fines de lucro, mutuales o cooperativas, son ya un actor relevante entre las Instituciones con responsabilidad sobre el cuidado de la salud de los argentinos. Las tasas de crecimiento del sector están

íntimamente vinculadas al empleo, y consecuentemente a la evolución de las variables de la economía nacional. Si nuestro país continúa con su ritmo de crecimiento, aún a tasas moderadas, es esperable que las Empresas del sector hagan lo propio.

Queda pendiente todavía, la integración del sector privado a un modelo nacional de medición de variables cualitativas y sanitarias publicables. Creemos también importante que, junto a otros actores del Sistema de Salud, integremos el debate acerca de la incorporación de nuevas tecnologías aplicadas al cuidado de la salud y al tratamiento de las enfermedades, nuevos fármacos, métodos diagnósticos y terapéuticos, su impacto sobre la calidad de vida de las personas, y sus mecanismos de financiamiento.

Anticipar, prever y proyectar, parecen ser un conjunto de conceptos deseables a sumar a la mesa de diálogo y de toma de decisiones. □



ASOCIACIONES DE CLÍNICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 7° piso Of: A y B Capital Federal Tel: 4373-4102 / 4373-4123
e-mail: info@aclife.com.ar

Hacia un nuevo diálogo que contemple las diferencias a nivel federal

Desde hace algún tiempo, empresas de medicina prepaga con fuertes raíces a nivel provincial y regional manifestaron la necesidad de generar un nuevo espacio de representación para la toma de decisiones y la relación directa con las autoridades, posición que ganó interés al entrar en vigencia la ley 26.682 de medicina prepaga.

A partir del 14 de febrero de 2012, estas empresas con y sin fines de lucro de distintas provincias, como sociedades comerciales; asociaciones civiles; mutuales y cooperativas con compromiso y objetivos comunitarios, se unieron en pos de crear una nueva cámara nacional con una fuerte expresión federal de la actividad. Así nació la Cámara de Entidades de Medicina Privada de la República Argentina (CEMPRA) que creció rápidamente en el número de instituciones asociadas, -que ya suman 41- para convertirse en la caja de resonancia de la voz de sus representados. Esto generó un ámbito de debate e intercambio de experiencias e inició una etapa de diálogo con las autoridades.

De esta manera, CEMPRA ha participado de reuniones con otras cámaras del sector y con la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.Salud), estos encuentros han tenido como eje principal distintos aspectos que hacen a la reglamentación de la mencionada ley. Hemos procurado hacer públicas las particularidades de las entidades que forman CEMPRA ya que, sobre una matriz idéntica de actividad, se yerguen diferencias sustanciales que deben ser observadas, analizadas y atendidas de un modo distinto al que guía el accionar de las grandes empresas del área de la medicina prepaga.

Creemos que el sector atraviesa un período de maduración respecto del carácter regulado de su actividad, que aparece como novedad tras muchos años de una situación difusa que tornaba necesario el debate y la posterior ley. Apoyados sobre la base del diálogo,

expusimos nuestros intereses y necesidades ante quienes, desde la S.S.Salud, enfrentan un escenario diverso y extenso de entidades de distintas formas jurídicas, diferente vinculación con prestadores, extensión geográfica y composición de la cartera de afiliados.

Tenemos la expectativa de alcanzar un nivel de madurez en dicha relación que permita al sector sostener la fidelidad de los varios millones de afiliados que eligen, desde hace décadas, a la medicina prepaga como modo de acceso y cobertura de sus prestaciones de salud.

Respecto a las posturas esgrimidas por esta Cámara en respuesta al debate que abrió la Superintendencia con vistas a la reglamentación de la ley, podemos destacar nuestro ánimo de apoyarnos en las herramientas que la misma legislación entrega para resolver las cuestiones que surgen de los artículos más controvertidos.

En tal sentido, avalamos la puesta en vigencia de la cuota diferencial para aquellos aspirantes a ingresar en una empresa de medicina prepaga que padezcan enfermedades preexistentes a su afiliación. Asimismo, y con el objetivo de atenuar el impacto económico y financiero que tales usuarios podrían ocasionar en las empresas (fundamentalmente en aquellas con menor volumen de afiliados, y/o primas más bajas y/o menor o nulo respaldo de grupos económicos de mayor solvencia) creemos necesario un debate sobre un eventual fondo de reaseguro que abarque a la totalidad de los actores del sistema.

Debemos tener presente, que el ingreso de nuevos beneficiarios con patologías existentes, que claramente la Ley dispone su incorporación, impacta severamente en los costos prestacionales, que obliga al incremento del valor de las cuotas, situación esta que debe ser soportada por los usuarios que abonan de su peculio personal un sistema de medicina privado para ellos y sus familias.



Por el Dr. Juan Gabriel Seleme, Presidente de CEMPRA.

En rigor de verdad, el concepto desarrollado en el párrafo anterior está en sintonía con tendencias vigentes en distintos países de América que, aún en la heterogeneidad observable en sus diseños, ha sido utilizado con objetivos similares a los propuestos por nuestra Cámara.

Hemos puesto énfasis en subrayar la importancia de un minucioso análisis de las estructuras de costos de las empresas comprendidas por los alcances de la ley, ya que las conclusiones que surjan serán la base de las modificaciones arancelarias imprescindibles para sostener el servicio que afronta paralelamente costos crecientes y de difícil control.

Si bien la problemática que plantea la ley absorbe mayoritariamente las horas de trabajo en común, nuestra cámara ha generado también espacios de divulgación y discusión científica. En tanto actores de un sistema de salud nos cabe la responsabilidad de investigar aspectos dominantes de la medicina actual como la aparición de nuevos fármacos y el desarrollo de innumerables proyectos de biotecnología que impactan fuertemente sobre la calidad de vida de las personas y sobre los propios costos del sistema. Una muestra de lo antedicho es el desarrollo de nuevos métodos de fertilización asistida que permitirán que numerosas parejas alcancen el sueño de la procreación.

Por último, desearía agregar, que somos conscientes que solo con la valiosa presencia de todas las entidades del sector se alcanzará una síntesis acabada de objetivos, consensos duraderos y una representación significativa. □

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social










Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

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 1688, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



El Seguro Social de Salud en Argentina ¿Más solidaridad o más inequidad?



Por los Dres. Ernesto van der Kooy y
Héctor Pezzella, Presidente y Vicepresidente de
Prosanity S.A. Consultores en Salud.

El Seguro Social de Salud es la base de nuestro Sistema Sanitario, cubriendo en la actualidad a cerca de 23 millones de personas, lo que significa un 55 % de la población aproximadamente.

El Seguro Social al buscar equidad debe tender a que todos los beneficiarios tengan acceso a las prestaciones que necesitan en igualdad de calidad y de oportunidad. Observamos sin embargo que pasa el tiempo y se observa que progresivamente se va haciendo más desigual la forma de acceso de sus beneficiarios según la rama de actividad que se examine.

En este escrito analizamos sucintamente la situación histórica del sector y la actual y proponemos algunos caminos que a nuestro entender se deben transitar para potenciarlo y lograr los objetivos de calidad, satisfacción, eficiencia y efectividad adecuados.

Nos referiremos a las Obras Sociales Nacionales (sin Pami) ya que pretendemos analizar los

mecanismos para hacer más solidario el sistema y como sabemos las Obras Sociales Provinciales y el Pami no aportan al sistema de redistribución.

Las Obras Sociales Nacionales cubren a la fecha aproximadamente 15 millones de afiliados. En el Gráfico se muestra la cobertura en Salud en nuestro País en el año 2011 según un análisis que hemos realizado.

Las Obras Sociales Nacionales (OSN) son alrededor de 280 instituciones definidas por actividad productiva que agrupan obligatoriamente a todos los trabajadores comprendidos dentro del ámbito de la entidad sindical.

Se puede observar una excesiva concentración de afiliados en pocas instituciones. Las mayores a 100.000 beneficiarios son solo el 10% del total, pero aportan más del 70% de los afiliados al sistema y en el otro extremo las menores a 10.000 afiliados son más del 50% con sólo un 4% del total de beneficiarios del sistema.

Este es en principio uno de los problemas del sistema existente.

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 6% constituye la contribución del empleador. El ingreso de las Obras Sociales Nacionales ha sido para el año 2012 de 30.000 millones de pesos aproximadamente.

El sistema de financiamiento basado en la nómina salarial y no en un cálculo actuarial que reflejen el costo esperado de las prestaciones implica que no existe vínculo alguno entre los gastos de cada ente y sus probables ingresos, como es la práctica indispensable de toda actividad aseguradora. (SSS/04).

En un sistema de afiliación obligatoria sin libre elección de aseguradora como era el de las Obras Sociales antes de las reformas de la década del noventa, el espacio para la discriminación desaparece dentro de la misma, o sea que existe una solidaridad interna. Pero al mismo tiempo existe una clara tendencia a la presencia de coberturas con calidades diferentes entre las distintas Obras Sociales, por que cada una percibe niveles de ingresos distintos (ya que son en función de los salarios de los trabajadores), mientras que la canasta de prestaciones a la que está obligada es la misma y el gasto producto del consumo de sus asociados difiere según las estructuras de riesgo que tiene.

Para paliar esta situación es que se pensó el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Sus funciones fundamentales han sido a) redistribuir recursos para completar el aporte de los afiliados de menores ingresos y b) financiar un conjunto limitado de prestaciones e insumos médicos requeridos por algunos tratamientos para enfermedades catastróficas. Al FSR

COBERTURA			
Bco Mundial SSS, IEPS, Desarrollo Propio			
Año 2011		Población Estimada	40.760.000 personas
Con Cobertura Formal			
Restar		Doble cobertura	2500000
		Desregulados	4000000
		TOTAL	24025000
Seguros Sociales Nacionales			
		PAMI	4150000
		O.Soc.Sindicales	12350000
		S.Domestico	180000
		O.Soc.Dirección	1.040.000
		Monotributistas	875000
		Estatales, empresas, Adherentes, etc	140000
		TOTAL	18735000
Provinciales			
		TOTAL	6290000
Seguros privados			
		TOTAL	5500000
Sin Cobertura Formal			
		TOTAL	16.735.000

si se hubiera implementado según el ingreso promedio de la obra social de origen se habría mantenido el esquema anterior y si se hubiera implementado según el promedio del sistema en su conjunto se habría conseguido un mejor andamiaje.

Las O.S. de origen se quedaron con la responsabilidad de garantizar la cobertura de los afiliados con mayores barreras para elegir libremente su Obra Social, aquellos de menores ingresos y/

aportan las Obras Sociales un 10% de los sueldos brutos menores a \$ 2.400 y un 15% de los sueldos brutos mayores a ese monto. Las obras Sociales de Dirección y las Asociaciones profesionales de Empresas lo hacen en un 15% y en un 20% sobre la base de igual sueldo bruto. La última actualización del sueldo sobre el que se hace el aporte diferencial data de 2009.

A fin de tratar de mejorar la competencia y la eficiencia en un sistema en grave crisis y profundamente desfinanciado desde los años 80, durante la década del noventa se decidió incorporar mecanismos de mercado.

Entre las medidas adoptadas se destacaron: 1) la posibilidad de libre elección de Obra Social por parte de los beneficiarios (no hay dudas respecto al derecho que asiste al beneficiario de una obra social de optar por otra, si la primera no le brinda los servicios con la calidad pretendida), 2) la determinación por parte de la autoridad reguladora de una Canasta Ga-

rantizada de Beneficios (PMO) y 3) la posibilidad de las O.S. de brindar planes suplementarios voluntarios. Al mismo tiempo se implementó y reglamentó el pago por las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de las Obras Sociales por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (939/2000).

En este contexto y sin haberse modificado el modelo de financiamiento imperante, en vez de compensarse el sistema, se produjeron nuevos incentivos a la selección de riesgos por parte de los agentes de salud (mecanismo de descarte). Si existía alguna solidaridad el resultado fue una fuerte pérdida de la misma en el sistema (salida del esquema de soporte interno), ya que en términos generales los afiliados de mayores ingresos y mejores condiciones de salud optaron por cambiar de aseguradora llevándose consigo el aporte que le correspondía (generalmente mayor a la cápita promedio de la Obra Social) y eligiendo el plan que mejor se adaptase a sus posibilidades. Pensamos que

o peores condiciones de salud (mayor riesgo), situación acentuada en aquellos con número importante de pasivos. Se profundizaron las diferencias en el acceso y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según la obra social a la que pertenecen.

La incorporación de las Empresas de Medicina Prepaga como prestadoras, obliga sin dudas a analizar con mayor profundidad si ha sido beneficioso para el modelo el haber puesto a competir a un sistema muy regulado cuyo principio básico es la solidaridad, con otro que tiene el legítimo fin de lucro y la ganancia como objetivo y que no fue regulado hasta hace muy poco tiempo.

Para subsanar esa fuerte inequidad se plantearon entonces algunos mecanismos compensadores tales como la distribución del SANO (Subsidio Automático Nominativo). Si bien nunca ha existido una normativa explícita que especifique que el valor del SANO deba ser suficiente para financiar las prestaciones del Programa



Su salud en las mejores manos

Avda. Independencia 2852
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313



www.osfe.org.ar

Médico Obligatorio (PMO) para cada afiliado, se entiende que debería asegurar que ninguna obra social perciba menos recursos que los necesarios para darle salud a todos sus afiliados, según su riesgo, compensando hasta cubrir la diferencia a las que no lo pueden hacer en función de los aportes que reciben, ese fue el sentido de los decretos 576/93 (lo transferido por SANO debía ser suficiente para cubrir la cápita correspondiente al grupo familiar), y 741/03 (garantía mínima por beneficiario y no por titular. Se toma en cuenta el riesgo del tamaño del grupo familiar).

En el año 2006, con el decreto 1901 se incorporó el mecanismo de redistribución por la edad y el sexo como variables determinantes de los consumos esperados.

Se determinaron cuatro grupos de edades cada una por sexo y se publicó una tabla con los valores a asegurar a cada grupo. Dicha tabla ha tenido actualizaciones periódicas siendo la última la correspondiente a fines de 2011.

Debemos aclarar que nunca se ha publicado un valor oficial de referencia del PMO desde su creación a la fecha, desconociéndose sobre qué base y con qué metodología se ha realizado el costeo del Subsidio Automático Nominativo.

NUESTRA OPINIÓN SOBRE LOS AJUSTES POR RIESGO

Siempre hemos considerado que a un mecanismo de libre elección se le deben sumar mecanismos compensatorios.

Los ajustes por riesgo (objetivo del SANO) buscan evitar la selección de riesgos que los mecanismos de libre elección generan, y permiten acercarse a un sistema más equitativo que garantice una atención de la Salud de las Personas universal y uniforme. Los mecanismos de ajuste de riesgo deben tener capacidad predictiva y al mismo tiempo basarse en información veraz y sustentable.

Los seguros de salud (entre los que se incluye el Seguro Social Obligatorio) al agrupar recursos pueden producir una disminución de los riesgos, ganar en eficiencia y obtener mayor equidad entre individuos con diferentes necesidades de servicios (deben existir un número mínimo de recursos

que deben agruparse para generar los resultados esperados).

Habitualmente en un mercado de libre elección, los agentes de seguros, para evitar pérdidas o maximizar su rentabilidad, ajustan la prima al riesgo (Diferenciación de primas), o ajustan el riesgo aceptado por la prima (Selección de riesgos), atentando contra la equidad del sistema y la posibilidad de garantizar un paquete de salud universal y uniforme.

Una manera reconocida de evitar esta situación, es generar subsidios dentro del sistema a las primas de los grupos de alto riesgo con dinero proveniente de los grupos de menores riesgos (Ellis et. al. 2002). Hay que generar un mecanismo de ajuste de riesgos, o sea una metodología de identificación y clasificación, que a partir del uso de información disponible permita estimar los costos esperados en salud de un individuo o un grupo basándose en las tasas de utilización y en los costos observados durante un intervalo de tiempo.

Los grupos o individuos con altos costos (grupos de altos riesgos) reciben subsidios de los grupos o individuos de menores riesgos, tratando de neutralizar los incentivos para la selección de riesgos (debido a que entonces a los seguros les empieza a ser indiferente la afiliación de una u otra persona).

Es abundante la evidencia empírica que demuestra que es técnicamente posible encontrar una fórmula de ajuste que permita predecir al menos una parte de la varianza del gasto en atención médica por persona. Si bien los valores más elevados de predicción se alcanzan a través de los sistemas que incorporan información diagnóstica, por la información disponible la metodología más aplicada es el ajuste por grupos de edades y por sexo.

El mecanismo, junto a la libre elección, combina solidaridad y competencia en el mercado (eficiencia) y si bien, en la práctica, aun el ajuste perfecto está lejos de ser conseguido, además de seguir buscando su perfeccionamiento, es vital que el órgano que regula el sistema (en este caso la SSSalud para el Seguro Social Obligatorio y para las EMP) cuente

con mayor capacidad técnica de determinar el gasto esperado que los agentes aseguradores.

ACTUALIDAD DEL SEGURO SOCIAL EN SALUD

El Sistema del Seguro Social permite la libre elección del Agente de Salud (Obra Social). Algunas Obras Sociales canalizan los aportes de los afiliados propios o de los que captan a EMPs y los beneficiarios allí se atienden según sus aportes obligatorios o aportan cuotas adicionales para el acceso a planes superadores.

Sigue existiendo una selección de aquellos de menores riesgos potenciales (los más jóvenes) y con mejores salarios. Existe naturalmente una legítima preocupación por generar mayores niveles de solidaridad en el sistema de Obras Sociales.

El SANO, destinado a hacer más eficiente el Sistema, si bien formalmente es uno de los mecanismos existentes en el FSR, no sólo ha sido valorizado sin ningún mecanismo técnico conocido, sino que ha sufrido además una falta de actualización permanente afectando sobre todo a Obras Sociales con gran número de afiliados pero con menor nivel de ingresos.

Los valores de su última actualización son tan poco razonables que llevan a concluir que a la luz del costo actual de un PMO (\$242,62 según la última actualización que hemos realizado en julio 2013), los valores previstos a compensar por cada grupo no son aplicables, porque no debe existir prácticamente agente de Salud que no los pueda alcanzar.

Es necesario por lo tanto valorizar adecuadamente el PMO y adecuar una metodología confiable y proyectarla a los diferentes grupos de riesgo y aplicar el SANO en un todo. Del análisis surgirá si los fondos existentes son suficientes o existe la necesidad de aumentar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución como propugnan algunos actores del sector.

En la actualidad el Fondo Solidario de Redistribución opera en dos modalidades.

La primera es de Reaseguro, donde se usa el SUR (Sistema único de reintegro) por el que las obras sociales pueden recuperar

Informe Especial

parte de sus gastos por prestaciones y medicamentos de alto costo y baja frecuencia y por prestaciones para la discapacidad. Ha reemplazado al APE.

La segunda es la función de redistribución con mecanismos de subsidio como el SANO, el SUMA, SUMATE y SUMÁ 70. El SANO ya ha sido analizado. El SUMA (Subsidio de Mitigación de Asimetrías) es hoy el más importante porque se financia con el 6% de lo recaudado de los aportes y contribuciones o sea con una parte sustancial de lo que va al FSR. Una parte de este fondo (20%) en partes iguales a todos los agentes de Salud con más de 5.000 afiliados y la otra (80%) en forma proporcional al número de afiliados de cada Agente de Salud. Existen importes mínimos y topes máximos de distribución a los que tienen más de 100.000 afiliados y a los de menos de 5.000 se les asegura un ingreso mínimo por afiliado similar al promedio del sistema.

La base de compensación es el padrón, sin discriminar composición del mismo, y sin anali-

zar el costo esperado de las prestaciones a brindar según la composición de los diferentes grupos de riesgo.

El SUMATE tiene en cuenta dentro de cada agente a los monotributistas, a los trabajadores sociales, agropecuarios y a los de casas particulares. La distribución es automática y proporcional a cantidad de afiliados.

El SUMÁ 70, es destinado a compensar a las Obras Sociales que cuentan con Beneficiarios Pasivos, que se han mantenido en su órbita.

Los fondos a distribuir entre las diferentes Obras Sociales previsto para 2013 provenientes del FSR han sido estimados en 6.500 millones de pesos en total.

Los fondos provienen de los aportes y contribuciones, por lo que naturalmente deben volcarse al sistema del Seguro Social Obligatorio, cosa que no se ha hecho en los últimos años.

Pero es la metodología con que se distribuyen la que puede devolver solidaridad interna a las Obras Sociales y solidaridad entre ellas. Esta es nuestra duda a partir de

las medidas tomadas. A todas luces nos parece que hubiera sido mucho más apropiado poner en funcionamiento un ajuste por riesgo verdadero.

Hay muchos problemas a abordar dentro del sistema. Uno es el tamaño de los agentes de Salud para que permitan disminuir los riesgos y ganar en eficiencia.

El segundo elemento a considerar debería ser regular convenientemente la actuación de las EMPs. en el modelo. El Tercero, avanzar en un modelo universal de Seguro de Enfermedades Catastróficas al que aportarían todos los sectores disminuyendo los riesgos internos de cada Agente de Seguro.

El cuarto elemento, valorizar oficialmente el PMO (que debe contar con la información más veraz y completa), ver si los recursos disponibles del sistema alcanzan para brindarlo en general y aplicar verdaderos mecanismos de ajuste por riesgo a partir de un FSR que tenga los recursos necesarios para que todos los beneficiarios accedan con equidad. □



GLC

**TODA LA SALUD PARA
LOS AFILIADOS,
GESTIONANDO DE
UNA MANERA
DISTINTA**

Florida 15 Piso 6º
www.ospat.com.ar
Tel: 4342-6111 / 4343-5171.
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1656

OSPAT
OBRA SOCIAL de LA UNIÓN DE
TRABAJADORES DEL TURF Y AFINES

Financiación de Enfermedades Catastróficas

El impacto de las enfermedades catastróficas es una de las problemáticas que más preocupa al sector salud. El Doctor Esteban Lifschitz, abordó el tema y nos dio algunas claves para comenzar a pensar en un “seguro” que cubra este tipo de patologías.

Las enfermedades catastróficas, por el efecto que tienen en el bolsillo de las familias que tienen que afrontarlas, implican un verdadero desafío para el sistema de salud. Pensar en posibilidades para financiarlas ha sido, en los últimos años, una de las tareas de reflexión a las que más se han abocado los especialistas del área. Recientemente, fue el doctor Esteban Lifschitz, Magister en Sistemas y Administración de Servicios y Servicios de Salud, quien aportó datos, ideas y herramientas para encarar la problemática. Definiciones, datos mundiales y opciones de seguros: nada quedó fuera a la hora de pensar las enfermedades catastróficas.

DEFINICIONES

Las enfermedades catastróficas (EC), afirmó el doctor Esteban Lifschitz, pueden definirse de dos formas: por un lado, son las que



Esteban Lifschitz: “El problema es financiero y, por lo tanto, la solución tiene que ser financiera.”

generan más del 30% del gasto de los hogares; por el otro, se pueden identificar como las patologías que tienen un costo mensual superior al salario mínimo vital y móvil. “Se trata de una definición que hace referencia al impacto económico.”

UN PROBLEMA DE COSTOS

Los altos costos, señaló el doctor, pueden surgir de un único tratamiento costoso, como es el caso de un trasplante, o de un tratamiento prolongado, como en el caso del cáncer. “El componente de mayor peso en los costos de las EC son los medicamentos, que llegan al 75%”, añadió Lifschitz. La curva de gastos de las EC presentan lo que se conoce como reversión lenta a la media: los gastos se mantienen altos en el tiempo, siempre por encima de los promedios. Otro problema adicional es que el financiamiento de las EC por parte de los mismos hogares no es sostenible: “Esto es inviable y es uno de los elementos de mayor inequidad”, advirtió Lifschitz.

DATOS MUNDIALES

Según expuso el doctor, en todo el mundo son 150 millones de personas las que sufren el efecto catastrófico de las enfermedades de este tipo. De este monto, 100 millones caen por debajo de la línea de pobreza y 90 millones viven en países en desarrollo. En el caso de la Argentina, la encuesta ENGUS de 2010 indica que el 6% de los hogares tiene gastos en salud que superan el 35% de sus ingresos. “En total, son 2,4 millones de personas afectadas por gastos catastróficos en nuestro país,” especificó Lifschitz. Por otra parte, las EC tienen la particularidad de poseer una distribución aleatoria: “La diferencia radica en la respuesta que cada país encuentre ante las EC.”

HERRAMIENTAS DE FINANCIACIÓN

Luego de repasar las experiencias de Uruguay y de Chile en relación a las EC, Lifschitz listó una serie de herramientas que pueden ayudar al financiamiento de las enfermedades de este tipo. La universalidad de la protección, como base, se relaciona con la sostenibilidad y la calidad homogénea. “Reunir un pool de riesgo, generar economías de escala, acreditar a los prestadores y protocolizar los tratamientos son recursos cruciales para el manejo de las EC.”

HACIA UNA SOLUCIÓN

A modo de conclusión, Lifschitz remarcó que “uno de los ejes para afrontar las EC es separar su financiación del resto de las enfermedades”; además, enfatizó que hay que intentar optimizar el uso de recursos para mejorar la accesibilidad, homogeneizar las respuestas y redireccionar el gasto a problemas prevalentes. “El problema es financiero y, por lo tanto, la solución tiene que ser financiera,” sintetizó. □

Fuente: Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica (IMSSET) – Facultad de Medicina UBA
Jornada ¿Es necesario pensar en una nueva ley de Salud? 10-09-13

Tipos de seguros para EC

¿Cobertura Universal o Parcial?

Universal

1. Toda la población
2. Seguro único o competitivo
3. Exime a OS-Prepagas de cobertura en EC

Parcial

1. Sólo para población sin cobertura formal
2. Para seguros de salud
 1. OS y Prepagas
 2. Obras Sociales
 3. Prepagas

¿Ofertantes?

Único

- Cobertura universal
- Compra, acredita y provee
- Mayor pool de riesgo
- Homogeneiza respuestas

Múltiples

- Mercado de seguros
- Cobertura sólo para sus beneficiarios
- Heterogeneidad de las respuestas
- Sustentabilidad dependiente de pool de riesgo

Precisión
al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

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

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4624-6326 /4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

El debate está abierto



Por el Dr. Federico Tobar (*)

¿Cómo se genera el cambio? Entre las muchas teorías que explican las transformaciones en sistemas sociales y políticos me conmueve más aquella que postula que el cambio surge de un conjunto de voluntades alineadas. No del azar, ni de los astros, sino de la insistencia (algo conspirativa) de un conjunto de voces que juntan sus fuerzas para hacer que su mensaje sea escuchado. No es la realidad, por agobiante que resulte, la que impulsa la transformación sino un discurso del cambio que logra imponerse. Que cambia las percepciones sobre cómo deben ser las cosas.

Cuando un pequeño grupo de sanitaristas comenzamos, a soñar con un Pacto Argentino por la Inclusión en Salud, decíamos que “no nos unía el amor sino el espanto” y fue casi un milagro que personas de diferentes extracciones políticas, edades y profesiones decidiéramos insistir en continuar reuniéndonos para soñar juntos un futuro mejor para la salud de los argentinos.

Nos costó bastante destilar la esencia de aquello que combina sólidas evidencias científicas respecto a cómo producir salud, con nuestras convicciones y creencias personales. Pero, finalmente, llegamos a una propuesta. A una declaración de consenso.

El documento que surgió, al cual llamamos “Pacto por la Inclusión Social en Salud” es una convocatoria para discutir juntos. Busca sentar las bases para iniciar una construcción colectiva en lugar de proponer directamente un programa de reforma o un plan de salud. Ninguno de nosotros conseguiría resolver solo todos los problemas y desafíos sanitarios argentinos. Pero contamos en la Argentina con la inteligencia y la capacidad para encontrar todas las respuestas necesarias. Entonces, la clave es convocar a esa capacidad.

No necesitamos coincidir en todo. ¡Lo que necesitamos es escucharnos!

Pronto hubo acuerdo en que, debíamos hacer un blog. Un espacio abierto y colectivo para soñar juntos. Para sumar voluntades. Para construir un debate propositivo y respetuoso. En <http://inclusionsalud.org/> se proponen varios debates simultáneos. Existe la posibilidad de participar en uno

o varios de ellos, así como la de lanzar nuevas consignas de debate. Es un espacio virtual horizontal y abierto. No busca difundir los pensamientos de unos pocos sino sumar ideas y organizarlas para construir soluciones conjuntas.

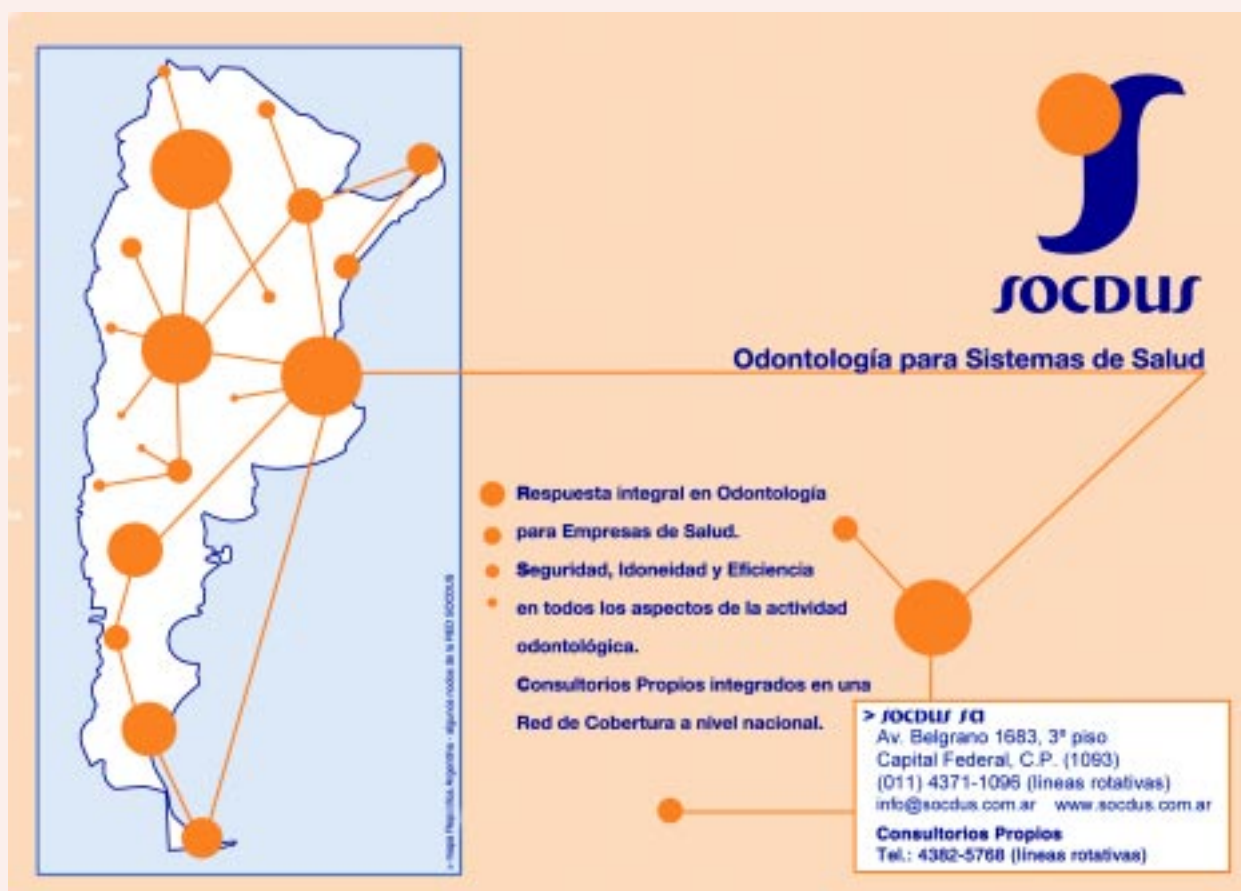
A partir de la construcción del blog, de su presentación en la Biblioteca Nacional, de la reciente jornada convocada por la Facultad de Medicina de la UBA para discutir si es necesaria una Ley marco para el sistema de salud, sabemos que la discusión virtual y el debate cara a cara se potencian y estimulan.

Podemos ahora decir que, ya no nos une el espanto sino el sueño compartido de un sistema de salud y unas políticas de salud que hagan a los argentinos más sanos, que reduzcan las enormes y crecientes desigualdades sanitarias. Pero que, además, generen mejores condiciones para quienes trabajan en el sector, para los trabajadores y para las organizaciones.

Es un sueño ambicioso, pero no parece tan imposible si miramos a los costados. Porque muchos países de la región han venido logrando avances significativos en sus sistemas y políticas de salud durante los últimos años. Tal vez nuestra mayor inspiración ha sido el denominado Movimiento sanitario brasileño, que no sólo ha funcionado como un espacio de resistencia a la dictadura sino también ante ciertos embates neoliberales en los inicios de la democracia. Y que ha logrado que, aun con cambios en la orientación política de los sucesivos gobiernos, el timón de la política sanitaria se mantenga en la misma dirección. Algo similar ocurrió en Uruguay con la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (que hasta desde el nombre nos toca en el corazón) y en menor medida pero con igual consistencia con las Garantías Explícitas en Salud de Chile y con la ley 1.438 (que reforma la antigua ley 100) de Colombia.

¿Por qué los argentinos no podemos ponernos de acuerdo sobre el modelo de salud que queremos? Necesitamos involucrarnos con nuestras circunstancias. Mientras cada uno atiende su juego las condiciones generales para producir salud se deterioran. Aunque no tenemos una crisis sanitaria, seguramente todos coincidiremos que hay aspectos críticos que requieren abordajes inmediatos. Lo que tenemos es:

- Un sistema enfermo. Con una enfermedad silenciosa que ya afecta a todos los subsectores (el público, las obras sociales, y las empresas de medicina prepaga). Porque la enfermedad ha hecho metástasis. Ofertas que no consigan dar cuenta de las demandas y demandas que se divorcian de las necesidades, generan como resultado un sistema de salud cada día más caro e impotente.
 - Políticas anémicas. No hay planes de salud nacionales. Pero tampoco provinciales, ni municipales. Hemos perdido el tren de la innovación en políticas sanitarias y, en el mejor de los casos, tenemos un catálogo de esfuerzos poco articulados, e incluso a veces hasta superpuestos e incluso contradictorios.
 - Gestión apaga incendios. La fragmentación se reproduce en todos los niveles. Entonces, municipios y provincias tienen que hacer malabarismos para satisfacer requerimientos atomizados de programas nacionales y provinciales que promueven abordajes parciales.
 - Servicios orquesta. Que deben responder a todas las demandas, desde las de menor a las de mayor complejidad. Duplicando esfuerzos y requiriendo cada vez mayores inversiones en equipamiento, infraestructura y personal.
 - Ciudadanos que son más consumidores y menos pacientes. Que reclaman más libertades que derechos y rehúyen asumir obligaciones sanitarias. Que reconocen que el sistema tiene fallas pero optan por buscar soluciones individuales.
- Reaccionemos antes que esas debilidades contagien a otras. Antes de que nos quedemos sin respuestas a los problemas de salud de nuestra población. Nuestro enemigo es la enfermedad, es la ausencia de derechos. No es un sector o una agrupación política.
- El blog del Pacto Argentino por la Inclusión Social en Salud está abierto para quienes quieran sumar voluntades para un cambio sanitario. Es un espacio democrático, propositivo y respetuoso. No tiene sponsors ni persigue ningún rédito individual. Para que las políticas de salud sean sustentadas, para que las leyes sanitarias no continúen surgiendo como conejos de la galera de un mago, para que quienes saben y tengan soluciones puedan ser escuchados, la mejor solución es participar.
- Como nos cantaba Joan Manuel Serrat:
"Todo está listo, el agua, el sol y el barro. Pero si falta usted no habrá milagro". □
- (*) Doctor en Ciencia Política. Investigador del CIPPEC. Miembro del PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD



Límites a una reforma en salud en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



LA NECESIDAD DE UNA REFORMA EN SALUD

No se ha incorporado un “modelo” en salud y aún resultan hegemónicas las reglas neoliberales. Las brechas en los indicadores de salud y la inequidad al acceso observadas entre diferentes regiones del país y estratos sociales, así como la profunda fragmentación del sistema con nula capacidad de rectoría y gobernabilidad por parte del nivel nacional y una escasa capacidad de regulación son algunas de las causas por las que se plantea la necesidad de una reforma del sector salud argentino. Podríamos coincidir que en términos generales existe una opinión mayoritaria en este sentido entre los especialistas de esta temática.

Si bien no existe semejante consenso a la hora de plantear cuál sería la mejor alternativa para superar esos problemas, podríamos también afirmar que la casi totalidad de las propuestas se centran en una mayor presencia del Estado en el sector.

Este es el caso de la propuesta que planteamos desde el grupo PAIS, conjunto de profesionales dedicados a la salud pública y pertenecientes a diversos ámbitos (académicos, investigadores, decisores) con diferentes especialidades (economía, derecho, medicina, sociología, entre otros) y provenientes de los tres sectores (tanto del público como del privado y de la seguridad social).

Desde el año 2011 este grupo viene trabajando en torno a una idea fuerza: reunir un consenso inicial a partir de una serie de propuestas referentes a la construcción de un modelo de salud para el país.

De esta manera surgió la idea de impulsar en todos los sectores de la sociedad un Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS) que tenga como norte superar la inequidad y desarticulación que hoy tiene nuestro sistema de salud avanzando hacia un sistema integrado y equitativo, que ponga al ciudadano en primer lugar.

Con esta premisa y luego de muchas jornadas de debates y discusión se elaboró un documento que plantea la necesidad de lograr un amplio consenso a partir de un compromiso explícito para con la ciudadanía de las diferentes jurisdicciones, sectores y actores diversos del sistema.

Además, el documento pone a consideración trece propuestas agrupadas en cuatro ejes que en su conjunto plantean una reforma o transformación del sistema de salud argentino.

Estas propuestas están dentro de una premisa general que figura en los fundamentos del documento y que dice: “El PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD considera imprescindible

aumentar la inversión del Estado en el sector y disminuir el gasto directo de las familias. La inversión total en salud del país es una de las más altas de América latina, tanto en términos de porcentaje del PBI como de gasto anual por habitante. Sin embargo, la salud que se logra resulta insuficiente. Los sistemas de otros países con niveles de gasto sanitario menores registran mejores resultados. El problema no reside en el nivel de inversión sino en su composición: el componente gubernamental detenta una baja participación en la financiación sectorial. Además, la mayor parte del gasto público en salud corresponde a recursos provinciales y municipales, mientras que la participación del presupuesto nacional en la financiación sanitaria es residual.

Incrementar el peso de la participación de los recursos nacionales en la financiación sanitaria es un requisito central para lograr un mejor rendimiento y una distribución más equitativa de los recursos. En otras palabras, no es necesario aumentar el gasto total, sino la inversión pública. Si se pretende producir más y mejor salud es necesario que el gasto nacional aumente y que, al mismo tiempo, disminuya el aporte de las familias. Esto generaría mayor capacidad de rectoría por parte del Estado y también permitiría aumentar la equidad en el gasto.”⁽¹⁾

Si bien un aumento del gasto público de salud por sí solo no garantiza el éxito de una reforma (educación aumentó mucho el gasto por ley y sin embargo los resultados están lejos de lo esperado por los especialistas) esto es un requisito esencial para poder desarrollar las propuestas de reforma planteadas y es a su vez uno de los cuellos de botella de la reforma.

EL FINANCIAMIENTO, UN LÍMITE A LA REFORMA EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

Medido en dólares por habitante al año, el gasto argentino pasó de ser el más alto a estar en cuarto lugar dentro de América latina. Pero el mayor problema es que alrededor del 45 % de ese gasto es privado y esto es un indicador de inequidad y que el gobierno nacional sólo participe con el 0,3 % del PBI muestra la baja capacidad de gobernabilidad que tiene sobre el sector.

Esta proporción no se ha modificado sustancialmente en las últimas décadas. Ni siquiera en estos últimos diez años en donde hubo superávits gemelos y una macroeconomía fuerte. El Estado se hizo presente en empresas como Aerolíneas e YPF, subsidió fuertemente energía y transporte, nacionalizó las AFJP, aumentó el gasto en educación y el gasto social con diferentes programas como la asignación

¹ En el blog www.inclusionosalud.org puede descargarse el documento y participar de los foros de discusión en donde se han generado intensos e interesantísimos debates.

por hijo, y fue la fuente de mayor creación de empleo. Intervino directamente en casi todas las áreas de la economía y sin embargo no lo hizo en salud.

En la actualidad esa bonanza macroeconómica no es la misma que en años anteriores. La inflación es un problema creciente producto de la gran emisión monetaria necesaria para financiar los subsidios antes citados. La necesidad de dólares se está transformando en prioritaria y muchos economistas ya hablan de un aterrizaje de la economía en los próximos años. Más allá de la gravedad que le asignen a este aterrizaje (algunos hablan de ajuste directamente) lo cierto es que todos coinciden que el contexto económico en los próximos dos años no será ni por asomo similar a años anteriores.

Entonces la pregunta cae de madura: si el Estado Nacional no invirtió en salud a fin de equilibrar el gasto privado cuando tuvo todo como para hacerlo, ¿por qué lo va a hacer ahora en un contexto adverso? Y aunque tuviera la voluntad política de hacerlo, ¿de dónde saldrían los recursos? ¿Más impuestos? Recientemente la Provincia de Buenos Aires presentó un proyecto para aumentar en un 18% el impuesto inmobiliario para destinarlo a seguridad. ¿Podrá ser esa, la de aumentar la presión tributaria, una fórmula? ¿La gente aceptaría ese sacrificio individual para financiar una reforma en salud? ¿Estará dispuesto el gobierno a pagar ese costo político en un contexto inflacionario? No lo creo.

¿Le sacará los fondos a la Seguridad Social para plantear una "nacionalización de recursos" para hacer algo similar a lo que hizo con las AFJP cuando creó el ANSES? No lo veo viable políticamente.

Puesto a adivinar diría que se seguirá en el camino actual, buscando tal vez financiamiento adicional en organismos internacionales como el BIRF y el BID para programas específicos. Y esto claramente no

alcanza para mover el amperímetro del gasto.

Pero incluso, resolviendo mágicamente el problema del financiamiento, persisten otros cuellos de botella para una política seria de reforma como el de los recursos humanos en salud (que es abordado en otro artículo).

¿REFORMA O PLANES DE CONTINGENCIA?

En este contexto no es descabellado plantearse esta pregunta para los próximos dos años ¿hay voluntad política para el cambio? ¿Están los actores principales del sistema pensando en reformar el sistema o están elaborando planes de contingencia? Ante un dólar que aumenta, una ley de prepagas médicas inviable, un sistema regulado de precios para las prepagas con aumentos por debajo de la inflación pero con aumentos salariales por paritarias que superan o igualan la inflación, con obras sociales a las que no se les reconoce el gasto de las prácticas de alta complejidad, con el galimatías que ahora significa lo que antes era el APE, con provincias y municipios con serias dificultades de financiamiento, con el problema del recurso humano descripto, es dable pensar en un futuro signado por crecientes limitaciones que obliguen a los principales jugadores del sector a ser más conservadores y a pensar en planes de contingencia más que en reformas.

Este análisis parece contradictorio con las causas que deberían guiar hacia una reforma. Uno tiende a pensar que cuanto peor esté el sistema de salud, mayor necesidad de una reforma. En salud y en nuestro país esto claramente no fue así. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la UNICEN. Miembro del PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSION EN SALUD.

SECCION SALUD

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO



CANAL 13
CABLEVISION : MULTICANAL



artear



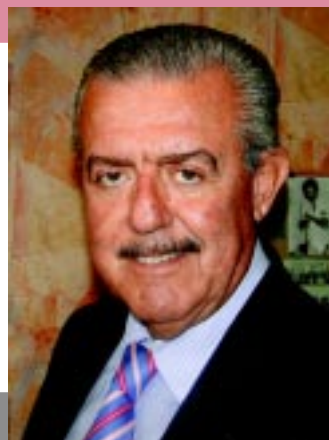
MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

www.seccionsalud.tv

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

¿Es posible un sistema integrado en una estructura federal?

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



¿Es posible articular los diversos componentes del Sistema de Salud en una organización integrada y equitativa en el marco de una estructura constitucional federal? Claro que sí. Hay otros sistemas más fragmentados que el nuestro, no tienen dificultades para funcionar armónicamente. Canadá no sólo tiene una administración federal de su Seguro Nacional de Salud, sino que éste surgió de iniciativas provinciales, originadas en la de Saskatchewan. Actualmente el sistema funciona en forma homogénea, con mecanismos de compensación interprovinciales. Alemania no sólo partió de una tradición federal, que permitió unificar paulatinamente las dos áreas políticas anteriores a los 90, sino también que la administración de sus coberturas está muy fragmentada en múltiples "cajas de enfermedad" (*krankenkassen*). La estructura federal, no está sostenida solamente por el andamiaje jurídico, sino porque cada provincia constituye también un foco productivo y de desarrollo económico. El Reino Unido, pese a contar con servicio único y estatal, originalmente financiado por impuestos generales, ha implementado una transferencia del riesgo

financiero hacia unidades territoriales cada vez más reducidas.

La dificultad del federalismo argentino consiste en que, si bien las provincias han retenido la responsabilidad primaria en Salud y Educación, no existe una clara distribución de facultades entre Nación y provincias, o bien las atribuciones asignadas son frecuentemente transgredidas. Funciones específicas de la Nación, como la emisión de moneda, fueron complementadas en diversas oportunidades con "quasi-monedas" locales, que contribuyeron a complicar el ordenamiento macro-económico del país. Según la Constitución, en el Congreso Nacional están representadas las provincias en el Senado y el pueblo de todo el territorio en la Cámara de Diputados. Sin embargo, la operatoria legislativa corriente ha determinado que todas las leyes aprobadas a nivel nacional, deban ser además refrendadas por las autoridades provinciales antes de ser aplicadas.

Como muestra el cuadro, hay una división de funciones que a veces impide sumar las competencias como para concretar la reforma del sistema (cuadro).

Esta disparidad en la asignación de funciones se refleja asimismo en el ejercicio del poder de

policía sanitaria. La matrícula *nacional*, que teóricamente autoriza a los profesionales a ejercer en todo el territorio, no permite que lo hagan en las provincias, si no cuentan con la matrícula *local*, emitida por una entidad colegiada, que actúa por delegación de la autoridad estatal. Por otra parte, la habilitación de servicios de salud sólo es aplicada por las autoridades provinciales en establecimientos privados: la casi totalidad de los nosocomios públicos, no han sido habilitados por autoridad sanitaria alguna. Incluso, éstos no reciben inspecciones de organismos competentes en instalaciones de seguridad, como ascensores, dispositivos contra incendios y redes de agua potable.

Desde fines del siglo XIX disociamos salud pública de servicios asistenciales. El Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, se ocupaba de la sanidad ambiental y las epidemias, y las sociedades de beneficencia, coordinadas desde la Cancillería, se ocupaban de administrar los hospitales públicos. Desde mediados del siglo XX, aunque la regulación de las Obras Sociales (OS's) haya estado en la órbita de la cartera de Salud, hubo una permanente tensión para que

Nivel nacional	Nivel provincial
● Planificación y diseño de programas preventivos nacionales. ● Financiación y distribución de programas de asistencia social. ● Regulación de las Obras Sociales nacionales y/o sindicales (SSS). ● Cobertura de patologías de baja incidencia y alto costo (APE). ● Administración del Pami en todas las jurisdicciones (INSSJP). ● Laboratorios de investigación y producción (ANLIS). ● Regulación de policía farmacéutica y tecnológica (ANMAT).	● Administración de hospitales y centros de salud públicos. ● Administración local de programas preventivos de nivel nacional. ● Administración de la Obra Social provincial. ● Atención local de los programas nacionales de asistencia social. ● Relaciones institucionales locales con asociaciones de prestadores. ● Regulación del poder de policía sanitaria y bromatológica. ● Regulación de matriculación y habilitación de servicios privados.

el sector sindical tuviera la mayor influencia sobre la autoridad estatal que controla estas entidades. Entre las décadas del 60 y 90 la totalidad de los hospitales fueron transferidos a las jurisdicciones provinciales, salvo unas pocas excepciones.

En lo relativo a la Seguridad Social también existen incumplimientos e interpretaciones jurídicas arbitrarias. La ley 18.610 de 1970 ya preveía que las OS's sindicales debían ser entidades legal y contablemente autónomas; sin embargo, tras sucesivas reformas legislativas, en la mayor parte de los casos no han dejado de funcionar como una *unidad de negocios*, ampliamente dependiente de la gestión gremial. Es curioso que se hayan excluido de la legislación nacional, las OS's de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las de las universidades nacionales y las de los Poderes Legislativo y Judicial, donde la totalidad del personal reviste en calidad de empleados públicos. En las primeras se han aplicado a la protección social del personal militar y sus familias, los criterios de la sanidad en tiempos de guerra, que es una atribución del Estado Mayor. En las universidades nacionales, supuestamente se respeta la *autonomía* consagrada por la Reforma de 1918. En las de los Poderes Legislativo y Judicial se argumentó su independencia respecto del Ejecutivo, que es habitualmente transgredida con diversas medidas de gobierno.

Hasta 2003, la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.Salud) —que no tiene jurisdicción sobre las OS's provinciales—, no contaba con un padrón unificado de la población que cubrían; situación grave si se considera el notorio crecimiento del empleo público. Cuando se cruzaron esos datos con los de las OS's nacionales, se encontró que un 15% de los empleados de las provincias tenían

además cobertura de una O.S. nacional. A propósito cabe apuntar que, a diferencia de Alemania, donde el federalismo está sustentado por múltiples polos descentralizados de desarrollo, una gran parte de las provincias argentinas tienen una casi total dependencia económica del Gobierno Nacional, por carecer de fuentes propias de innovación y producción.

Para resolver la dispersión de niveles de decisión del sistema sanitario, fue creado por legislaciones sucesivas el Consejo Federal de Salud (CoFeSa), donde se reúnen las autoridades provinciales con las del Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, el CoFeSa no cuenta con recursos ni personal propios, ni está previsto en el Presupuesto Nacional; éstos son cedidos por el Ministerio de Salud. No es el único organismo que procura conciliar las decisiones de las distintas jurisdicciones, también funcionan el Consejo Federal de Educación (CFE) y el Consejo Federal de Inversiones (CFI). El primero proviene de una larga tradición democrática (consejeros escolares electivos) y federal del sistema educativo estatal. El segundo tiene autonomía jurídica y económica, está sostenido por los ministros de economía de las provincias y funciona con la operatoria propia de un organismo de planificación.

Que el CoFeSa sea un instrumento sanitario eficaz, depende en gran medida del liderazgo del Ministro de Salud de la Nación, como se evidenció con el Plan Federal de Salud 2003-2007. Pero, su efectividad está sujeta a la posibilidad de que funcione con recursos propios, en base a fondos coparticipables, a la ejecución de créditos externos u otras asignaciones especiales, tal como ocurre con el CFI. En estas condiciones, el concierto de las autoridades sanitarias federales, constituiría además el punto de partida de

inversiones, para investigar regionalmente en servicios de salud y calidad de vida de la población, así como planificar los programas preventivos y políticas que articulen e integren al Sistema.

¿Por qué han funcionado armónicamente otros sistemas de protección altamente fragmentados? En principio, en todos los casos existe un ente recaudador unificado, que no sólo distribuye fondos previamente asignados, sino que además establece normas y objetivos, regímenes de premios y castigos, y determina pautas para la inversión eficiente de los recursos. En esta dirección han avanzado países vecinos con sistemas de salud mixtos, como Chile y Uruguay (respectivos FoNaSa), así como Brasil (con el SUS). Seguramente no están exentos de tensiones, pero parecen respetar reglas de juego y normas legales, que en la Argentina son permanentemente transgredidas o interpretadas arbitrariamente. □

El Pacto Argentino por la Inclusión en Salud contempla reformas relativas a estos aspectos, en los siguientes puntos:

1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (CoFeSa) como espacio principal de coordinación.
10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión.
12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales.

(*) Médico sanitarista. Miembro firmante del Pacto Argentino por la inclusión en Salud (PAIS).



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 de toda la República Argentina. Porque seguridad es tranquilidad.

www.osdo.com.ar

Los caminos de la universalización de la salud en América latina

Por el Lic. Carlos Vassallo (*)



Aunque los países de la región consolidan sus democracias, aún no han logrado hacer efectiva la universalidad del acceso a la salud. Los sistemas de salud de América latina atraviesan un desafío de cambio y adecuaciones a la nueva realidad política, económica y social de los países de la región. En sus constituciones se declara el derecho a la salud, pero la mayoría no ha completado el proceso de universalización del acceso.

Nuestros países comienzan a tener más de veinte años continuados de democracia, con diversos cambios de signo político. Los gobiernos de la región comienzan abordar el tema del derecho a la salud y la universalidad de los sistemas sanitarios corporativos y escasamente integrados y vinculados entre los mismos. Pero los sistemas continúan siendo muy dependientes del ingreso de los trabajadores formales y en escasa medida de rentas generales. En consecuencia los sistemas continúan siendo procíclicos, cuando se crece hay fondos suficientes, el problema aparece cuando se ralentiza la actividad económica y el empleo cae. No podemos descuidar que el gasto privado en salud en la Región alcanza un promedio del 45% y constituye una muestra clara de la inequidad en materia de financiamiento.

Desde el punto de vista social un continente tan inequitativo y desigual en materia de distribución del ingreso, convive con amplias capas de la población que tienen problemas de acceso a los servicios de salud.

Desde el punto de vista sanitario, dos cuestiones, por un lado la transición epidemiológica hace que se conviva con enfermedades infecciosas pero también con las crónicas que han irrumpido con fuerza como consecuencia del envejecimiento de la población.

La oferta se ha modelado más en función de la demanda que de la necesidad y en consecuencia al mismo tiempo que existen respuestas de las especialidades y de los hospitales la atención básica de la salud todavía no se ha desarrollado y dado respuestas extendidas para mantener la salud de la población y resolver las cuestiones menos complejas que son la mayoría.

Si concebimos la gestión como macro, meso y micro podríamos decir que estamos todavía con indefiniciones en la macro pero que no deberían ser un impedimento para avanzar por que existen leyes y definiciones al respecto. Mientras que en la micro que aparece más cercana a la relación médico paciente y desvinculada en alguna medida de las indefiniciones a nivel macro aparece como un dimensión dinámica donde se producen cambios pero que no alcanzan a consolidarse por estar insertos en instituciones y organizaciones (un nivel meso) que atravie-

sa por grandes problemas e inercias.

Los cambios de los sistemas de salud no surgirán por un líder carismático que orientará el camino y dirá cómo y hacia dónde dirigirse. El poder no está concentrado en el Estado ni siquiera en una persona, requiere y esto fundamentalmente en democracias de instancias de diálogo, consensos y acuerdos que permitan luego llevar adelante estos procesos. Todos los sectores realizarán su análisis costo beneficio de la reforma y actuarán en consecuencia con las dificultades que tiene, encontrar a los agentes que representen a la población beneficiaria del sistema que contrasta con el fuerte activismo y conservadurismo de los operadores del sector que intentan no ser perjudicados por cualquier reforma que los obligue adecuarse o perder posiciones ganadas.

Reformar un sistema de salud requiere un consenso amplio entre los partidos políticos y con la fuerte concurrencia de la ciudadanía. Los intereses que se perjudican en estos procesos pueden ser muy fuertes y es necesario estar preparados para modelar y consensuar estos procesos. Una reforma que lleva a cabo un solo gobierno (4 o 6 años) seguramente fracasará si no es continuada por el siguiente gobierno. Mandatos continuados, coherencia, valores compartidos y un proceso de implementación que tenga en cuenta los trabajos desde el punto de vista profesional en la mejora de la gestión y la sustentabilidad del sistema. Brasil es el más notable al haber logrado crear un acuerdo que atraviesa los partidos y que permite la continuidad y una mirada hacia delante del SUS. Las particularidades de los partidos políticos y los recambios democráticos en América latina generaron dos procesos de reforma que en algún caso cambiando un líder del mismo partido como es el caso de Uruguay o de partido de gobierno como es el caso de Chile se producen retrasos en la aplicación de las reformas.

La transición epidemiológica y el envejecimiento de la población también plantean desafíos. Ya no podemos mantener el eje en torno a los hospitales y centros especializados. El primer nivel de atención, como puerta de entrada se encuentra desvalorizado por diversas cuestiones vinculadas a escaso financiamiento, falta de infraestructura, escasos o nulos incentivos a los profesionales para abordar este rol, etc.

A continuación se enumeran los aspectos que debemos considerar para construir nuestra reforma:

1. Los profesionales médicos se siguen formando con planes de estudio y prácticas poco adecuadas para insertarse a trabajar en el sistema y adaptar la

oferta a las necesidades de la demanda. Existe todavía escaso diálogo entre las autoridades políticas de los sistemas con las instancias de formación de RRHH que permita dar señales de lo que se busca y se aspira desde ese ámbito.

2. El Financiamiento, atado al empleo formal en lugar de a rentas generales, genera inconvenientes cuando la actividad económica decae. Además la participación promedio del gasto privado es del 45% en América latina y es necesario aumentar la participación del Estado en la financiación para hacer más solidarios los sistemas.

3. Lucha contra la desigualdad, la democracia exige ciudadanos. Mientras continúen recibiendo subsidios estatales para no morir de hambre, un paso importante desde el punto de vista social, pero para construir democracia y un Estado de Bienestar extendido es necesario ciudadanos y lograr insertarlos en el mercado productivo.

4. Racionalizar—no racionar/se puede integrar el sistema mejorando la eficiencia, sabiendo que las acciones de priorizar en el sistema de salud con los beneficios para la población toda y no para los que trabajen detrás de la misma. La salud no puede estar gobernada por el mercado, en consecuencia requiere de regulaciones que permitan y faciliten un uso racional de los recursos. La variación de la práctica clínica es alta de una región a otra, entre una y otra ciudad, entre un servicio y otro.

Esto no significa negarle a la población los beneficios de las tecnologías sino "ordenar" y priorizar el acceso y uso con criterios clínicos.

5. Plan integral y costo efectivo de salud. Debemos hacer operativo el derecho a la salud porque está trayendo serias dificultades con los recursos (amparos, tutelas) presentadas por los pacientes. Chile (garantías explícitas de salud, con un estudio sobre las cargas de enfermedad avanza en ese camino de manera muy interesante). La evaluación económica de tecnologías y la medicina basada en la evidencia constituyen instrumentos claves para la selección y priorización.

6. Rol de la atención básica. Los desarrollos realizados por Brasil con el programa Saúde da Família que han permitido amplios sectores de la población el acceso a la salud constituye un buen ejemplo a seguir.

7. Todos los procesos de cambio necesitan conducción, rectoría y Gobernanza. La coordinación e integración por niveles, la definición de competencias entre las distintas jurisdicciones (estado, región o provincias, municipios o comunas) y la eva-

luación de la performance de los gestores y responsables.

8. Participación de la sociedad civil en el sistema. En toda la región están surgiendo experiencias valiosas en la materia que responden a las características culturales de cada país pero pueden ser tenidas en cuenta para realimentar la importancia de este instrumento clave para mejorar, el control y la transparencia en el funcionamiento de la salud.

9. Las enfermedades catastróficas (alto costo y baja incidencia, arruinan un patrimonio familiar) en sistemas plurales son difíciles de gestionar y de hacer sustentables los fondos. Experiencia de Uruguay con el FNR, que selecciona la oferta, prioriza y financia estas patologías en un pool de riesgo más amplio (todo el país).

10. En salud Más no siempre es mejor. El reclamo de más recursos para financiar prácticas de dudosa evidencia, el ignorar el uso racional de los recursos en salud podría terminar haciéndoles el juego a los vendedores de tecnologías y procedimiento en desmedro del acceso universal y equitativo para todos.

11. Pluralismo significa la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel y se llama estructurado porque responde a la necesidad de interacción de los sectores para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado. Requiere una fuerte intervención en materia de rectoría para evitar que la dinámica del mercado que puede ser virtuosa cuando es gobernada se convierta en un arma de doble filo.

12. La tríada gratuidad, universalidad e integralidad de la cobertura no funciona, no es posible cerrarla. Cuánto pagar, por qué pagar, quiénes pagan son preguntas que se deben responder desde un punto de vista político, social y económico.

Si bien todos los caminos conducen a Roma, los caminos de la reforma de los sistemas de salud para llegar a la universalización de la salud son diferentes. Lo importante es la meta y no el camino para llegar. No dejar ciudadanos sin una cobertura integral, costo efectiva y de calidad.

No hay un camino único cada uno tendrá que hacer camino al andar e ir resolviendo los diferentes problemas que se le van presentando dada las características históricas, culturales, sociales y económicas particulares que tiene cada sociedad. □

(*) Economista. Profesor Titular de Salud Pública Universidad del Litoral. Miembro del PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD.



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Lima 355 4 J - CABA (5411) 15 4472 3423 - www.cemptra.org.ar - administracion@cemptra.org.ar

¿Qué recursos humanos debemos formar para el nuevo escenario sanitario?

Por la Profesora Emérita Noemi Bordoni (*)



La Argentina enfrenta nuevos desafíos a los cuales el sistema formador de recursos humanos en salud debe atender:

- conviven los perfiles epidemiológicos tradicionales y los propios de la transición en las condiciones de salud, que contiene el perfil epidemiológico y de la atención sanitaria;
- aparecen nuevos problemas asociados con la sobrevida de niños con bajo peso al nacer, las enfermedades emergentes (HIV/Sida), reemergentes (TBC, Malaria, Chagas), las enfermedades no comunicables y los problemas ambientales con impacto sobre la salud y,
- se abre el diálogo con problemáticas complejas vinculadas con la exclusión social.

El nuevo perfil del recurso humano requerido para este contexto puede ser definido como un profesional generalista con plasticidad para los cambios y con competencia para la lectura e interpretación de la situación de salud y de sus determinantes. Su formación requiere la aplicación de modelos didácticos alternativos, tales como el enfoque constructivista, el aprendizaje basado en problemas o en proyectos, la enseñanza focalizada en la comunidad y la formación basada en competencias.

Este perfil se inserta en un campo atravesado por búsqueda de la integralidad curricular, la ética, la interculturalidad, el humanismo, la calidad y la redefinición técnica de ejes curriculares ordenadores que respondan a los nuevos tiempos. Esta visión incluye:

- (a) enfoques educativos en el contexto de la nueva sociedad de la información,
- (b) la construcción de flujos de intercambio entre las institu-

- ciones y los grupos de poder,
- (c) la reflexión y la problematización instalada como el motor para comprender lo que debe aprenderse y para traducir el aprendizaje en prácticas reflexivas, ya que el aprendizaje del alumno se produce cuando adquiere relevancia, recordando que relevancia se construye socialmente y tiene como tarea de análisis los procesos por los cuales los problemas se producen.
- (d) la necesidad de formación de recursos humanos con nuevas o renovadas orientaciones.

Como contraparte el escenario institucional en el cual debe insertarse este recurso humano para ejercer una nueva salud pública requiere:

- equidad del sistema,
- redefinición de modelos prestadores para que guarden pertinencia con los perfiles epidemiológicos,
- toma de decisiones sustentadas por la evidencia, centradas en el paciente y focalizadas en la comunidad,
- existencia de adecuados marcos de regulación laboral y alianzas interinstitucionales estratégicas,
- validación y aplicación de indicadores multinivel para la evaluación de efectividad de las intervenciones y
- redes de servicios articuladas con criterios de complementariedad.

La equidad requiere políticas capaces de formar recursos con competencias esenciales tendientes a evaluar el impacto social de los conocimientos, identificar "las causas y las causas de las causas" de las inequidades en salud y traducir la investigación en políticas de salud, inclusive en las dimensio-

nes económicas. Este proceso de integración docente-investigativo-formador necesitará reconocer y aplicar criterios operativos para:

- (a) priorizar los problemas, los grupos o las comunidades aplicando criterios de vulnerabilidad en el diagnóstico individual y colectivo, así como en las intervenciones dirigidas en ambas dimensiones y programadas por metas de servicios;
- (b) privilegiar el momento oportuno para la intervención dentro del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados;
- (c) introducir la atención integrada teniendo en cuenta la interdisciplinariedad y su traducción práctica -la integración- actúa como proyección pragmática para desarrollar un conocimiento sensible al valor de la complejidad del campo de la salud;
- (d) poner el énfasis en los componentes de promoción de la salud, educación para la salud y prevención de enfermedades evitables;
- (e) guardar la coherencia entre las diferentes dimensiones en la escena donde se desarrolla la práctica formadora, mediante la transversalidad de contenidos básicos, clínicos y sanitarios;
- (f) emplear la tecnología apropiada inclusive en la gestión, para la resolución de los problemas priorizados aplicando redes de servicios con estrategias concertadas de acción, responsabilidad de cartera en la demanda y atención programadas;
- (g) aplicar criterios de calidad considerando que la calidad es un objetivo móvil;
- (h) fortalecer grandes acuerdos entre actores claves mediados por procesos deliberativos.

Los sistemas de Educación Superior deben redefinirse en medio de las tensiones que gene-

ran: (a) la necesidad de transferir rápidamente los conocimientos a la producción, pero existiendo brechas entre las tecnologías del mundo desarrollado y las posibilidades locales y (b) la obligación de diseñar un nuevo perfil en su vinculación con la Sociedad y con el Estado cuando la propia relación entre la Sociedad y el Estado está en revisión y cuando ambos espacios están necesitando de la capacidad universitaria para incentivar los valores trascendentes y no negociables que los garanticen. De allí que cada universidad debe hacer su contribución particular y ese "rendir cuentas" sólo podrá cumplirse aplicando responsablemente creatividad e innovación. Es posible que, en su carácter de formadora principal, la universidad deba enfrentar grandes cambios centrando su esfuerzo en guiar y combinar el flujo de conocimientos producidos y en abordar contenidos más generales y simultáneamente generar modos de aprendizaje para ser desarrollados durante toda la vida. Deberán cumplir con su compromiso social y cívico, asumiendo un papel proactivo para los desafíos que presenta la transformación en la formación de recursos humanos en grado y posgrado. Deberán preocuparse sobre la forma de cooperar en la generación

de recursos humanos técnicamente calificados y capaces de usar estrategias destinadas a mejorar la salud de las personas y de las comunidades.

La comprensión de las diferencias conceptuales deberán verse reflejadas en la organización curricular de la oferta educativa que, en resumen, dará cuenta de las políticas institucionales aplicadas. Valgan como ejemplo, las tensiones ancladas en concepciones diferentes:

- unicausalidad biológica de las enfermedades vs complejidad de la salud;
- organización disciplinar del proceso formador vs interdisciplinaridad para abordar la complejidad de la salud;
- autonomía de los contenidos básicos, clínicos y sanitarios vs transversalidad básico-clínico-sanitaria;
- toma de decisiones basadas en la evidencia científica libre de contexto vs toma de decisiones basadas en evidencia científica ligada al contexto;
- evaluación del componente estructural del proceso formador vs evaluación del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados incluyendo el impacto de las intervenciones.

El diseño y ejecución de renovadas experiencias de formación exigirán de las instituciones y sus actores un esfuerzo de investigación y reflexión acerca de los modelos de práctica que ejercen, la capacidad para la formulación de nuevas hipótesis de investigación educativa, la coherencia con el marco conceptual, la seguridad necesaria para la integración de los conocimientos así como para la inclusión de los contenidos disciplinarios pertinentes y la decisión política necesaria para buscar respuestas a los problemas latentes y los emergentes, por los cuales se justifica su permanencia institucional.

Para acompañar la transformación del sistema de salud harán falta nuevas ofertas educativas centradas en "Atención Primaria de la Salud", "Promoción de salud", "Salud global" y "Determinantes de salud" y "Calidad de vida".

Son las personas quienes cambian los sistemas y es a través de la renovación de los enfoques conceptuales que cambian las personas. □

**Profesora Emérita, Universidad de Buenos Aires.
Miembro del PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD.**

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa dónde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

Conduce el Dr. Guillermo Capuya y el Prof. Guillermo García Caliendo

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

Claves para la Gestión en Salud

El nuevo libro del Doctor Ignacio Katz

¿Qué significa gestionar salud? En el presente libro desarrollamos una propuesta concreta y rigurosa, dirigida a quienes por su formación están relacionados tanto con uno como con otro de los términos de aquella expresión. Médicos y administradores, como también economistas, sociólogos, ingenieros y otros profesionales, deben no sólo complementarse, sino trabajar en forma conjunta. De ahí que este trabajo ofrezca una sistematización de conceptos y herramientas necesarios para la comprensión del complejo ámbito de la Gestión en Salud. Por otra parte, también se ofrecen recursos teóricos y esquemas operacionales para el desarrollo de la misma.

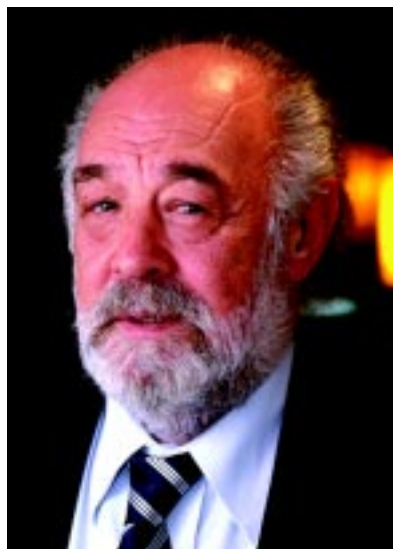
Claves para la Gestión en Salud ofrece definiciones y operatividades de los conceptos de "salud" y "sistema sanitario", piedras angulares de esta propuesta; también se desarrollan las bases conceptuales para abordar el sistema de salud y su gestión, desde enfoques más teóricos, como el de "complejidad" hasta otros más instrumentales como el "enfoque logístico", pasando por "planificación", "estrategia", "gobernabilidad" y "ordenación territorial y desarrollo"; además, este libro se propone dimensionar los múltiples niveles en los que debe operar una verdadera Gestión en Salud e introducir al lector en las correspondientes habilidades y herramientas de dicho campo.

Esta obra también amplía la dimensión socio-histórica en la que se enmarca la salud, y el sistema sanitario de nuestro país en particular, dado que una satisfactoria gestión de aquella, especialmente con los cambios que impone la situación actual, no puede reducirse a saberes médicos y administrativos, ya que requiere un conocimiento del sistema social, económico y político que, en definitiva, son los vectores que afectan todo fenómeno social. Para precisar hacia dónde ir, y para poder llegar, debemos

saber dónde estamos y cómo hemos llegado a la situación actual.

Claves... ofrece una aplicación de las herramientas teóricas propuestas sobre lo que aún constituye el elemento principal del sistema sanitario: el hospital; se aborda también un componente ineludible, aunque muchas veces sobredimensionado, como el Presupuesto. Y el último capítulo explicita las bases de nuestra propuesta de un "Sistema Integrado de Salud, retomando lo expuesto a lo largo del libro.

Este trabajo no es un mero ejercicio teórico, pergeñado en un ámbito de aislamiento académico y profesional; en cambio, se nutre de largos años de la experiencia personal clínica y de gestión, de estudio e investigación, de docencia y de observación directa de experiencias en otros países, por parte del Doctor Ignacio Katz. Lo aprendido durante ese proceso ya había sido volcado en escritos anteriores por el autor, pero



en este trabajo, retoma y enriquece su edificio conceptual a través de estas herramientas, para que los profesionales que trabajan en la gestión de organizaciones de salud se capaciten con la rigurosidad y el profesionalismo que amerita dicho campo de acción, a fin de poder llevar adelante las transformaciones necesarias en esa área tan sensible para la sociedad. Los contenidos de este libro interactúan con la Especialización en Gestión Estratégica en Organizaciones de la Salud, dictada por la UNICEN en la ciudad de Tandil, y en ellos se plasman las contribuciones resultantes de dicho curso de posgrado.

Para poder revertir décadas de atraso y construir un modelo sanitario apropiado para un país que necesita insertarse en un mundo globalizado, pero con criterios de solidaridad y de bienestar para su pueblo, es imprescindible un nuevo conjunto de conceptos, herramientas y metodologías. Confiamos en que el presente libro sea una contribución para seguir ese rumbo. □

Editado por:
REUN (Red de Editoriales
Universitarias Nacionales
de la Argentina)



UNICEN (Universidad
Nacional del Centro de la
Provincia de Buenos Aires)



Acerca de la Obra

Claves para la Gestión en Salud resume la experiencia de su autor-clínica y de gestión-, resultante del estudio, la investigación, la docencia y la observación realizada a partir de su participación en diversas experiencias en el país y en el exterior. Y se dirige fundamentalmente a quienes se desempeñan en organizaciones del ámbito de la salud.

Ofrece al lector herramientas conceptuales y operativas que permiten abordar la gestión de tales organizaciones con rigurosidad y profesionalismo, posibilitando su transformación exitosa. Para ello, el autor nos invita a sumergirnos en la complejidad propia de la gestión de salud y del sistema sanitario, entendiendo a éste como una estructura que atraviesa toda la sociedad y a la salud como una dimensión que acompaña la totalidad de la vida de las personas.

Esta complejidad requiere de conceptos que hagan operativa la gestión – en su niveles macro, meso o micro-, tales como planificación, estrategia y enfoque logístico, tópicos abordados que sugieren, a su vez, las herramientas a utilizar y las habilidades a desarrollar por los diversos actores. Asimismo, el libro desarrolla aspectos de la gestión hospitalaria, en tanto el hospital es centro de investigación, tecnología y aprendizaje; también trata el presupuesto, respecto de su distribución y articulación; y culmina explicitando las bases de un sistema integrado de salud, de acceso universal, igualitario y equitativo, estructurado a partir de la sistematización de los temas tratados.

En suma, una obra de imprescindible lectura para quienes, desde distintos niveles y funciones, participan en la gestión de organizaciones de salud y para todos aquellos que aspiran a que éstas sean parte activa de un sistema integrado y solidario, en beneficio del conjunto de la población.

Mg. Mauricio Díez – Secretario de Posgrado y Educación Continua – Facultad de Ciencias Económicas - UNICEN.



Somos la empresa que queríamos llegar a ser.

Trazabilidad farmacéutica en todos los medicamentos dispensados. Sistema de código Datamatrix GS1. Red de Farmacias. 50 móviles propios. 450 empleados. 4500m² de estructura edilicia en uso. 8000m² proyectados. Sistema de gestión SAP en todas las áreas de la compañía. 3000 pedidos diarios dispensados. Certificación ISO 9001:2008. Cobertura Nacional. Servicio de atención al cliente SciENZA Responde. Acceso a información On line. Responsabilidad Social Empresaria. Adhesión al pacto global de las Naciones Unidas. Miembros del IARSE



ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification



www.scienza.com.ar

VENTA, DISTRIBUCIÓN Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES



**La Calidad
es una actitud**

ACUDIR S.A.
Alte. F. Seguí 1350 - C1416BXF - C.A.B.A.
Teléfono: 0054 11 6009 3300
Fax: 0054 11 4581 8956

www.acudiremergencias.com.ar

