

CONFIANZA

RED FARMACEUTICA + PROVISION DE MEDICAMENTOS

Unidad Farma

- Droguería de Insumos especiales
- Trazabilidad
- Tránsito interjurisdiccional
- Certificación ISO 9001:2008

Unidad Prestacional

- Red de Farmacias de alcance Nacional
- Auditoría y control de consumos
- Monitoreo permanente del servicio
- Información estratégica

Servicios On Line

- Sistema de gestión on line de expendios
- Gerenciamiento de pacientes crónicos

Farmacoeconomía

- Implementación de vademécums
- Análisis de escenarios prestacionales
- Desarrollo de circuitos normativos









MÁS DE 30 AÑOS MARCANDO EL RUMBO

PASADO - PRESENTE - QUE NOS DEPARARA **EL FUTURO?**



por el

Dr. Luis María Degrossi

Secretario de ADEMP

Como claramente lo ha descripto el *Dr. Pablo Giordano*, en la editorial próximo pasada, la atención de la salud de los argentinos ha dejado de ser, hace ya cincuenta años, una prioridad indiscutible e indelegable del Estado.

Transfiriendo éste último al Sector Privado, gran parte de financiamiento y prestaciones, descansando desde entonces tranquila y plácidamente en nuestras Entidades, ello atento a que hemos sabido resolver con más certeza y eficacia -que el propio Estado- un tema tan importante, como es la salud de los casi siete millones de connacionales que confían en nuestro sistema, es decir en el mejor sistema.

Pero nada es casual, y me permito citar a uno de los pocos autores que se preocupó por éste importante tema, el *Dr. Carlos Acuña*, y siguiendo su pensamiento volcado en su trabajo "El Sistema de Salud en la Argentina", podemos dividir histórica y cronológicamente en cuatro modelos bien diferenciados, ello, según las distintas posturas y participación que los diversos subsistemas, el Público, el Privado y el de la Seguridad Social, adoptaron a lo largo de dichos períodos, a saber:

- a) El modelo descentralizado anárquico, hasta el año 1945.
- b) El modelo centralizado desde 1944 hasta 1955.
- c) El modelo de descentralización del sistema desde 1955 hasta 1978.
- d) El modelo de descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo desde 1978.

Nótese que no es casualidad que, la descentralización del sistema (a partir de 1955), coincida con el ya mencionado desentendimiento del Estado respecto de la atención médica de por lo menos gran parte de los ciudadanos.

1.- Durante el modelo descentralizado anárquico (primera mitad del siglo veinte), el sistema sanitario argentino estaba conformado por una numerosa y diversa cantidad de instituciones que daban respuestas espasmódicas a demandas puntuales de necesidades específicas y de corto plazo. Y el Estado se limitaba a subsidiar y aportar mediante la formación de recursos humanos profesionales para la atención sanitaria y la prestación asistencial. Intentaba controlar epidemias y vigilar la sanidad de las fronteras, y trazar algún tipo de políticas sanitarias acordes a cada una de las situaciones puntuales que se iban presentando. Existían sí, las Entidades de Beneficencia, fundamentalmente aglutinadas por las diversas y preponderantes comunidades que con aportes de sus respectivos países de origen se ocupaban de sus "paisanos".

- 2.- El segundo período, es decir el modelo centralizado, se extendió desde 1945 hasta 1955, período éste agudamente marcado por la aparición del peronismo con un notable cambio de paradigma. Como era de esperar, durante este período el concepto era que la salud era responsabilidad del Estado. Por eso, la consecuencia de este cambio sociopolítico en la visión en cuanto a la salud de la población fue como en todos los demás aspectos la expansión estatal desde el gobierno central, no sólo de la cobertura sanitaria, sino de muchos otros aspectos importantes. Y no sólo se nacionalizaron los Hospitales ya existentes, sino que se construyeron tantos otros, relativizando así a las sociedades Filantrópicas de Comunidades. También se desarrolló una red de centros de atención primaria ambulatoria a la vez que se orquestaron numerosos programas dirigidos a problemáticas sanitarias muy puntuales, pero a veces poco trascendentes. Las principales inversiones en salud se dieron obviamente a través del Estado Nacional, sin perjuicio de que se afirmaron algunos sistemas de coberturas mutualistas, si bien con un mayor y fuerte predominio gremial respecto del modelo anterior. Otro particular sello de éste período, fue el hecho de no existir grandes separaciones y/o diferenciaciones entre prestadores y financiadores. Se comienza a observar y a consolidar una tendencia de las entidades mutuales a reagrupar a los trabajadores por rama de producción, viendo así, el comienzo, de lo que después serían las Obras Sociales.
- 3.- En tercer lugar y cronológicamente hablando, comienza el modelo de descentralización del sistema, que se perfecciona desde el derrocamiento del general Perón en 1955 hasta 1978, es así, y como era de prever, el denominado gobierno de la llamada Revolución Libertadora realizó reformas orientadas a transferir hacia las provincias y los municipios un gran número de los establecimientos públicos, hasta ese entonces en manos del Estado Nacional, lo que a partir de 1955 produce la desconcentración de los servicios de salud, motivo por el cual tanto las Obras Sociales como los incipientes prestadores y financiadores privados fueron cobrando fundamental importancia dentro delos actores relevantes del sistema de salud. Luego los vaivenes políticos e institucionales conocidos se plantearon idas y vueltas y hubo varios intentos de algunos gobiernos de atenuar los niveles de fragmentación, pero en 1974, con la vuelta del peronismo, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje netamente estatal que, según sus defensores aseguraría un acceso igualitario a la salud para toda la población, lo cual y como la historia luego lo confirmo lejos estuvo de haberse logrado. Estas idas y vueltas, estos desaciertos desde lo público y desde lo político, social y económico, fueron el caldo de cultivo de nuestras queridas Entidades. Nótese que promediando éste período, nacieron la gran mayoría de los prestadores y financiadores, que desde aquel entonces y hasta hoy, continúan resolviendo la gran parte de la problemática prestacional en salud.
- 4.- A partir del golpe de estado de marzo de 1976, se acentuó aún más la descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias. Y por ende las políticas asumidas por el gobierno militar en materia de salud durante este período no hicieron más que reflejar un constante deterioro del papel del Gobierno lo que hizo aún más notable el desfinanciamiento del Estado en cuanto a la provisión de salud. Si a ello sumamos el deterioro y no reposición de la

capacidad instalada hasta ese momento, el resultado fue el detonante para el afianzamiento hacia fines de la década de los años 70 y principios de los 80, de nuestro sector, el sector privado. Lo que produjo entonces una marcada e insoslayable declinación de la participación pública en el área de la salud. No es casual que en éste escenario se dictasen la Ley 23.660 de "Obras Sociales" y la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud". Si bien existió un amplio protagonismo de las Obras Sociales promediando la década del setenta, en forma simultánea el subsector privado fue aumentando paulatinamente su importancia, llegando su auge de crecimiento a principios de la década de los noventa. Una nota tipificante y que marcó a fuego los últimos tramos del modelo que nos ocupa, fue el Decreto 9/1.993 y sus posteriores concordantes como los Decretos N° 576/1.993; N° 1.140/2.000 sobre Desregulación de Obras Sociales, que terminan de complementar y modificar el decreto de necesidad y urgencia N° 446/2.000. Plexos normativos estos, que afianzaron por un lado la continuidad y por el otro la ya necesaria perpetuidad de nuestras Entidades, sean ellas prestadoras o financiadoras. Y como sello final, pero tristemente vigente en el período que nos ocupa, debemos mencionar el dictado de la ley 26.682 (marco regulatorio de la medicina "prepaga", con su nefasto articulado).-

A ésta altura y tardíamente pido disculpas porque que me doy cuenta que éste apasionante tema supera el ámbito de un Editorial. Pero como mi única intención era dejar planteada una inquietud, inquietud esta que necesariamente, deviene de un "aparente" fin de ciclo político-institucional y por eso y en función de lo hasta acá esbozado, me permitiré preguntar:

QUE NOS DEPARARA EL DESTINO?; QUE POSTURA ADOTARA EL PROXIMO GOBIERNO?; VOLVERÁ AUN MODELO DESCENTRALI-ZADO ANARQUICO?; RETOMARÁ EL CENTRALIZADO?; SERA UN RETRO DE DESCENTRALIZACION POST ESTATISMO?, CONTINUA-REMOS CON UNA OBLIGADA DESCENTRALIZACION PERO CON UN GRAN INTERVENCIONISMO SOBRE TODO SOBRE LOS FINA-NIADORES? LAMENTABLEMENTE, "HABRA CONTINUIDAD DE MODELO"?

 \cap

DE UNA VEZ POR TODAS ENTENDERAN LOS GOBERNANTES QUE LO MEJOR PARA SU GENTE, NECESARIAMENTE ES VOLVER A AFIANZAR UN MODELO MIXTO CON UNA REAL INTEGRACION PUBLICO-PRIVADA PERO CON CONDICIONES Y REGLAS LOGICAS Y CLARAS PARA QUIENES NOS CARGAMOS AL HOMBRO Y A PESAR DE TODO LA ATENCION MEDICA DE GRAN PARTE DE LOS ARGENTINOS.



ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

Cerrito 774, Piso 13, C1010AAP, CA.B.A. Tel/Fax: 4372-5584/3603 4371-5580 www.ademp.com.ar

e-mail: info@ademp.com.ar

MIEMBRO



COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE

Cdor Nestor Gallardo ALTA MEDICA S A

VICEPRESIDENTE

Lic. Hugo Magonza. CEMIC

SECRETARIO

Dr. Luis Degrossi. APRES

TESORERO

Sr. Cristian Mazza, MEDIFE

SECRETARIO DE ACTAS

Dr. Pablo Giordano. STAFF MEDICO

VOCAL TITULAR

Dr. Gustavo Criscuolo. MEDICAL'S

COMISION FISCALIZADORA

Titulares

Sr. Carlos A. Caballero. VITA'S Sr. Luis Albertón, SABER

Sr. Antonio Paolini. FEMEDICA

Suplentes

Cdor, Juan Pablo Tenaglia FUND. MEDICA MAR DEL PLATA

ASESORES LEGALES

Dr. Sebastián Grasso Dr. Julio Frigerio

ASESORA CONTABLE

Cdra. María del Pilar Gallardo

APODERADO

Sr. Jorge Otero Lacoste



Título: "Bosque de Lengas" Autor: Martin Carrique Técnica: Oleo sobre tela Dimensiones: 40 x 50 cm Año: 2002

www.paisajescarrique.com.ar

STAFF: DIRECTOR DE LA REVISTA: Lic. Diego Martín Tillous / EDITOR RESPONSABLE: Sr. Jorge Otero Lacoste / EDICIÓN: EDITUM S.R.L., Av. Rivadavia 1545, 3° "G", 5244-8332, editum@editum.com.ar

Es una publicación bimestral propiedad de ADEMP, Registro de Propiedad Intelectual Expte. Nº 5212872. De circulación entre todas las entidades del sistema privado, prestadoras de servicios de diagnóstico médico del país y obras sociales, autoridades nacionales, provinciales y municipales, organismos especializados nacionales y extranjeros, universidades, entidades afines y medios de prensa. El editor no se hace responsable por el contenido de las notas firmadas ni de las declaraciones de los entrevistados. Autorizada su reproducción mencionando la fuente. Impreso por EDITUM S.R.L., Av. Rivadavia 1545, C.A.B.A



La amenaza latentes de la medicina privada

Un elemento subvacente e inadvertido que está presente en la medicina privada es que la tasa de envejecimiento de su población es superior a la de la población general. Según proyecciones del INDEC y de relevamientos de la Comisión de Auditores de ADEMP, se puede observar en el Gráfico 1 que mientras entre la población general un 33% tiene menos de 20 años de edad, en la medicina privada este porcentaje es de 22%, siendo que la población con edades superiores a los 60 años de edad representa apenas un 15% en la población general mientras que en la medicina privada representa un 26%. Esta es una diferencia muy sustancial. Para visualizarla, se puede decir que entre la población general se encuentra 1 persona mayor de 60 años cada casi 7 habitantes mientras que en la medicina privada se encuentra 1 persona mayor de 60 cada 4 afiliados. El contraste se hace más evidente cuando ser observa que a edades medias (21 - 40 y 41 - 60) las diferencias son inexistentes.

Ciertamente que estos datos corresponden a las instituciones asociadas a ADEMP, que son las unidades más pequeñas dentro de la medicina privada.

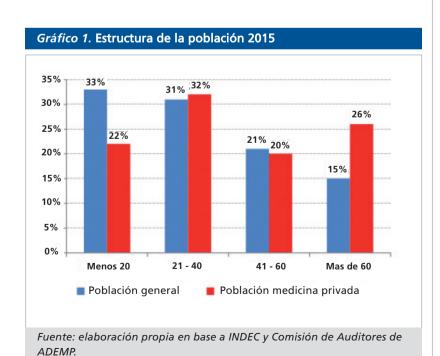


Por Jorge Colina

Economista de IDESA

Además, la medicina privada tiene un sesgo a favor de los centros urbanos más grandes y de la población de mayor nivel de ingreso, que presenta mayor tasa de expectativa de vida. En las instituciones de mayor porte el envejecimiento tiende a atenuarse por el hecho de que con el volumen se incorpora naturalmente poblaciones más jóvenes. Pero, en cualquier caso, esto alerta sobre el riesgo potencial que está latente en las instituciones privadas más pequeñas.

Los motivos son que, en la Argentina, cuando una persona se asocia a la medicina privada en general lo hace motivada por una disconformidad con la cobertura social. Se ve impulsada a la compra de un plan privado de salud cuando encuentra que su obra social no satisface sus expectativas de calidad de servicio y en el caso





de los adultos mayores la opción por la compra de un plan privado se produce cuando observa que el PAMI¹ presenta los crónicos y conocidos déficits de accesibilidad, calidad y buen trato en los servicios médicos. En la medida que la calidad de los servicios del PAMI no sea percibida por la población como equivalente a la que otorga la medicina privada, las personas afiliadas a la medicina privada se mantienen allí en la vejez, máxime cuando a mayor edad es cuándo más se necesita de los servicios médi-

Hay que tener presente que el fenómeno del envejecimiento, incluso, no afecta a las obras sociales de activos ya que por ley cuando los trabajadores activos se jubilan -o sea, entran a la vejez- pasan a estar automáticamente afiliados al PAMI. Existe la posibilidad que una obra social brinde la opción a sus trabajadores a permanecer como afiliado jubilado bajo su cobertura, pero esta opción es facultativa de la obra social, es decir, si decide no tener afiliados envejecidos simplemente cierra la posibili-

dad de esta opción (como muchas obras sociales lo hacen). En el caso de la medicina privada, en cambio, la situación es diferente ya que por mandato legal -la nueva regulación de las prepagas-, las instituciones privadas tienen la obligación de recibir a toda persona que voluntariamente desee comprar un plan de salud, aun cuando sea una persona en la vejez, a un precio regulado que no debe ser superior a 3 veces el menor precio que la institución privada tenga para población más joven. Entonces, el fenómeno del mayor envejecimiento de la población cubierta por la medicina privada se acelerará con las reglas de organización del sistema de salud prevalecientes.

¿Cuál es el problema del mayor envejecimiento?

Es sabido que a mayor edad hay mayor gasto en salud. Sin ánimo de ser repetitivo, es aconsejable mostrar un ejercicio de cuantificación del impacto, y también mostrar otro fenómeno asociado al envejecimiento –que no es tan cono-

cido, aunque desde estas notas de los Enfoque de Medicina Sanitaria se supo alertar en ediciones anteriores—, que es la tendencia a mayor costo médico a medida que la gente acumula antigüedad en la afiliación.

En el Cuadro 1 se presentan los datos graficados de las estructuras de edades, pero esta vez comparados con la estructura del gasto en salud de un conjunto de instituciones asociadas a ADEMP. Obsérvese que, mientras apenas un 10% del gasto en atención médica en las instituciones privadas de salud se destina a personas con menos de 20 años de edad, el 44% del gasto se asigna a personas con más de 60 años de edad. Dada esta estructura de gasto, sólo por el hecho de que la medicina privada tiene mayor proporción de gente en la vejez hace que el costo médico sea un 17% superior.²

El otro fenómeno de incremento estructural del gasto en las instituciones privadas es la tendencia observada de crecimiento del gasto per capita a medida que aumenta la antigüedad en la afiliación. En el

cuidamos tus viajes, cuidamos tu mundo



ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo

CALIDAD ISO 9001 | UNIVERSAL-ASSISTANCE.COM

Cuadro 1. Estructura de edades y gasto en atención médica

Edad	Población general	Población medicina privada	Gasto en salud en la medicina privada
Menos 20	33%	22%	10%
21 - 40	31%	32%	21%
41 - 60	21%	20%	25%
Más de 60	15%	26%	44%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Comisión de Auditores de ADEMP

Cuadro 2 se presenta el costo médico por beneficiario para los afiliados con una antigüedad de hasta 10 años de un conjunto de entidades asociadas a ADEMP. El costo está normalizado en base a los afiliados con hasta 1 año de antigüedad = 100. Esto facilita observar la velocidad con la que aumenta el costo per capita con la antigüedad. Las personas con entre 2 y 3 años de antigüedad tienen un costo per cápita que es algo más del doble, que sube a casi 3 veces cuando la población acumula entre 4 y 5 años y 3,6 veces cuando tiene entre 6 a 10 años de antigüedad. Al costado se coloca la edad promedio de cada sub-grupo de población. Obsérvese que la edad promedio no aumenta mucho en estos tramos de antigüedad. Entre la población con menos de 1 año de antigüedad y entre 6 a 10 años de antigüedad, el estrato etario se mantiene dentro del segmento de los de más bajo gasto en salud

per capita (o sea, el estrato entre 21 y 40 años de edad), por ello, se puede deducir que el aumento está mucho más asociado al aumento de antigüedad que a la edad. Los motivos, sin embargo, son similares, en el sentido de que las personas que más necesidad de servicios médicos presentan son las que más antigüedad acumulan ya que su mayor necesidad es lo que las hace mantener la afiliación.

En suma, en el sistema de

salud de la Argentina, por efecto de sus reglas de organización -fallas de calidad en la obra social de los jubilados, posibilidad de las obras sociales de activos de vedar el acceso de personas en la vejez y obligación de la medicina privada a aceptar afiliación voluntaria a precios regulados en niveles insuficientes- se produce una presión diferencial por parte de la población en la vejez para afiliarse a la medicina privada. Esto significa que la medicina privada tiene un nivel de costos de salud estructuralmente más elevado, sólo explicado por diferencias de estructura etaria y antigüedad de su membresía, y que no está siendo apropiadamente atendido por los mecanismos de financiamiento actuales. Este es uno de los factores más importantes que pone en riesgo los niveles de calidad y hasta la continuidad de la medicina privada, el menos, de sus entidades más pequeñas, si no se actúa a tiempo con reformas que mejoren las reglas de organización del sistema de

Cuadro 2. Costo médico por antigüedad

Antigüedad	Costo por beneficiario x mes (1 año = 100)	Promedio de edad
1 año	100	26,6
2 a 3 años	214	27,2
4 a 5 años	284	28,6
6 a 10 años	363	35,3

Fuente: elaboración propia en base a Comisión de Auditores de ADEMP



La calidad es una actitud



LA MAYOR ESTRUCTURA OPERATIVA EN CABA

www.acudiremergencias.com.ar





salud. El resultado de la inacción será una mayor concentración a favor de las empresas de salud más grandes de la medicina privada y, aún con más concentración, habrá mayor inestabilidad financiera sistémica en todo el sistema sanitario.

Por ello, reformas en el sector salud son tan urgentes como ineludibles.

Propuesta de políticas

En la Argentina, la entidad responsable por la atención médica de los jubilados es el PAMI. También conocido como la "obra social de los jubilados". En su gestión prevalece el oscurantismo. No hay en su sitio web oficial estadísticas financieras, médicas y demográficas de la institución. Sin embargo, para obtener datos básicos se puede apelar a fuentes alternativas que brindan algunas aproximaciones. Según el proyecto de presupuesto elevado por el Ministerio de Economía de la Nación al Congreso Nacional, el PAMI contaría en el año 2015 con aproximadamente \$57.840 millones anuales para atender a 4,8 millones de afiliados. Esto significa que el PAMI cuenta para brindar atención médica a los jubilados con, por lo menos, \$1.000 mensuales per capita. Es posible que este nivel sea algo mayor, por la práctica de subestimar los montos del presupuesto nacional.

La limitación a la buena calidad pasa por el hecho de que el financiamiento está prácticamente cautivo. En el caso de que el jubilado opte por afiliarse a una entidad de medicina privada, debe pagar de su propio bolsillo la totalidad del precio del plan de salud. Para el caso de la obras sociales, si bien técnicamente existe la posibilidad de que una obra social decida voluntariamente recibir jubilados en su afiliación, en la práctica, pocas obras sociales lo hacen y las que lo hacen es sólo para sus afiliados activos a quiénes se les da la posibilidad de permanecer cuando se jubilan. No es una apertura amplia a todos los jubilados. El motivo del desinterés de las obras sociales es que el PAMI reconoce un monto per capita muy exiguo por los afiliados que deciden mantener la afiliación en las obras sociales de activos. Según las normas vigentes, el PAMI está obligado a reconocer sólo \$192 mensuales per capita para personas mayores a 65 años de edad, monto que se reduce casi en un 50% para afiliados entre 15 y 64 años, y en un 75% para menores de 15 años.³

Numerosos estudios en la experiencia internacional y la propia experiencia argentina muestran que la cautividad de la población no es un buen inductor de accesibilidad y calidad médica para los gestores de salud. Es cuando el gestor en salud siente la amenaza potencial de perder afiliación, y con ello recursos, que se ve motivado y preocupado por brindar servicios de calidad. En este sentido, la cautividad del financiamiento en favor del PAMI no es una regla que motive a dar buenos servicios médicos. Así, se produce la baja accesibilidad, que hace que muchos jubilados de bajos re-



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

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











♥ Nutrar



cursos terminen atendiéndose en los hospitales públicos (donde el PAMI luego reconoce algunos gastos, pero no todos y por montos insuficientes), y baja calidad de los servicios que hace que los que tienen capacidad de pago -sea porque tengan un haber previsional suficiente o porque reciben avuda financiera de sus familiares- opten por pagar íntegramente de bolsillo la cobertura a una entidad de medicina privada. Se produce así un doble gasto en el sistema de salud para conseguir el mismo servicio. Se gasta en los hospitales públicos y en gasto de bolsillo por servicios que el PAMI debería otorgar con los \$1.000 per cápita mensuales que la ley le otorga para ello.

Una forma de reducir el problema de la medicina privada por envejecimiento de su cartera de afiliados con precios regulados a niveles insuficientes y de las obras sociales de activos que reciben jubilados por capitas muy exiguas sería haciendo un mejor uso de los recursos existentes. Para ello, se debería estipular una regla por la cual la totalidad del valor per capita que dispone PAMI sea transferida a la entidad que elija el jubilado para com-

plementar el financiamiento de su plan de salud. De esta forma, si un jubilado opta por afiliarse a una empresa de medicina privada o a una obra social que acepte jubilados puede contar con los recursos que el sistema de salud hoy asigna compulsivamente al PAMI más los recursos de bolsillo que el propio jubilado destina a su plan de salud los cuales están regulados a niveles insuficientes. Técnicamente, lo que se estaría haciendo con un cambio de estas características es utilizar mejor los recursos existentes. En lugar de que varios actores del sistema de salud tengan la misma obligación (dar servicios de salud) con un financiamiento segmentado, se gana en eficiencia juntando todos los recursos disponibles en aquel actor que el propio usuario elija para brindarle el servicio de salud.

En conclusión, la medicina moderna es cada vez más costosa y alarga la vida de la población, por lo que el desafío más apremiante de todos los sistemas de salud de países de ingresos medios y altos (no sólo de Argentina) es el de adaptar los mecanismos de financiamientos a estas nuevas realidades. En el caso específico de

Argentina, esta adaptación implicaría reparar una falla estructural en las reglas de organización del sistema de salud, que es la cautividad del financiamiento para la salud de los jubilados en PAMI y la regulación de los planes de salud en niveles de precios que son insuficientes para una población envejecida.

La mecánica consiste en unificar las fuentes de financiamiento disponibles con el criterio de que sea el usuario – no un burócrata– quién decida donde realizar la unificación.

Esta sería una solución para los jubilados que actualmente ya decidieron afiliarse a una entidad de medicina privada.

Sin embargo, no son la mayoría. El mecanismo de financiamiento de la salud de la vejez todavía sigue mayoritariamente en el ámbito de PAMI y de los hospitales públicos provinciales, que dan prestaciones médicas a jubilados cuando la cobertura de PAMI falla. Por tratarse de entidades estatales. la unificación de recursos requiere otro tipo de diseño de política pública que será de motivos de análisis en próximos números de los Enfoques de Medicina Sanitaria. 🖵

^{1.} En rigor, PAMI es el programa de salud que otorga el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que es la obra social de los jubilados del sector privado y el sector público nacional. Siguiendo la costumbre, en esta nota se utilizará la denominación de PAMI para referirse a la obra social de los jubilados.

^{2.} Se debe tener presente que este es el impacto del mayor costo sólo por el hecho del envejecimiento. A esto habría que sumar el mayor costo por mejor accesibilidad y calidad de la atención.

^{3.} Cabe aclarar que el PAMI tiene afiliados con edades menores a 65 años correspondientes a los familiares de los jubilados los cuales están incluidos en la cobertura.





CHEQUEOS PREVENTIVOS DE SALUD

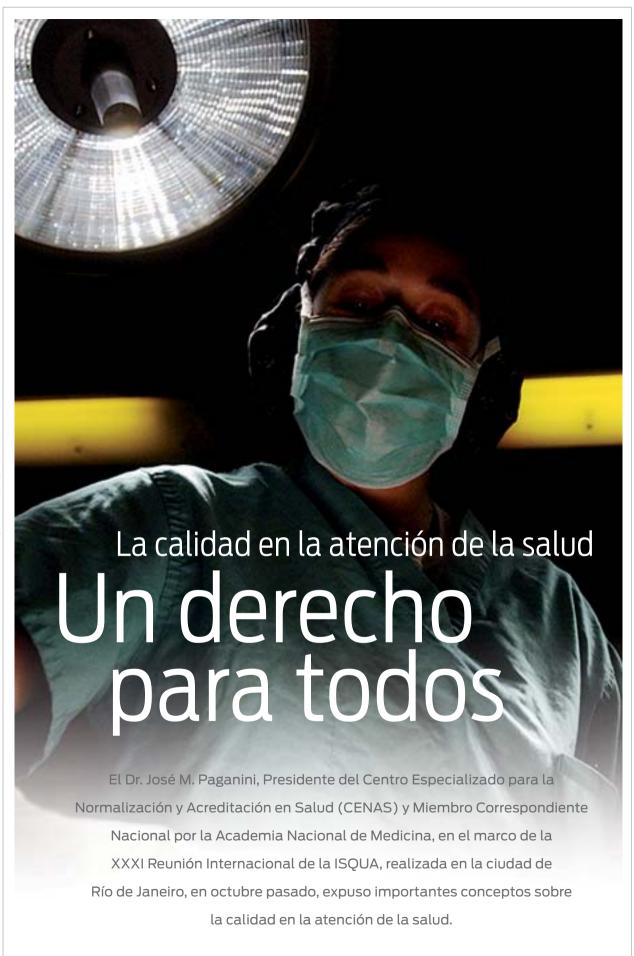
BARRIO NORTE - MICROCENTRO



CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. ENRIQUE ROSSI

4011-8083 | 4011-8084

www.cdrossi.com chequeosejecutivos@cdrossi.com



Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la meta de "Salud Para Todos" (1977), las distintas políticas que orientan a los Sistemas de Salud trataron de cumplirla de diversas formas y con diferentes resultados.

En los últimos 60 años identificamos cuatro documentos conceptuales, de políticas de salud y de definición de compromisos sociales: la carta de creación y la constitución de la OMS aprobada en 1946; La Declaración Universal de Derechos Humanos definida a través de la Organización de las Naciones Unidas, en 1948; el compromiso de lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000 definida por la Asamblea Mundial de la Salud, OMS 1977: y la Declaración Política de Río de Janeiro, a través de las Naciones Unidas, que define los compromisos de los países para realizar acciones concretas en relación a los determinantes sociales de la salud (2012).

En estos cuatro documentos encontramos una unidad conceptual. Todos concuerdan en la definición de "Salud" como un bien individual y social y en la estrecha relación con el desarrollo económico social sostenible. Se define también a las acciones orientadas a la salud como un conjunto indivisible de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto en sus componentes biológicos, como sociales y ambientales.

Se acuerda que la salud es un derecho humano básico y en la necesidad de lograr cobertura universal en base a la gobernanza y el diálogo permanente participativo de todos los actores del Estado y de la sociedad civil.

En el campo de la filosofía moral, la economía y el desarrollo destacamos otros cuatro documentos: la contribución de John Rawls en su libro sobre una teoría de la justicia, y los trabajos de Norman Daniels donde aplica dicha teoría específicamente a la justicia en salud.

En ambas propuestas se hace énfasis no solo en la necesidad de lograr justicia para todos sino también en la importancia del procedimiento para ese fin.

En la economía, los aportes de Muhammad Yunus y de Amartya Sen identifican a la salud como acciones prioritarias de toda sociedad para llegar a la definición y ejecución de justicias específicas.

En todas estas declaraciones se destaca además la importancia del sistema de salud como un actor importante para la equidad y calidad.

Concluimos que en los últimos 60 años se ha definido un mandato social y un marco conceptual con alto consenso valorativo. La salud es un bien social y un derecho básico humano.

Los problemas de equidad y calidad

En lo que hace a los resultados, existe el consenso generalizado en que el desafío de la equidad en salud no ha sido resuelto. Ya en 1972 se afirmaba que un alto porcentaje de la población de los países (37%) no recibía atención adecuada. A partir de allí se suceden documentos de organismos internacionales donde se continúa afirmando "sobre el problema de exclusión en salud y en el acceso a los servicios de salud."

Se concluye que las metas definidas de salud para todos con cobertura universal no se cumplieron. En este período se analiza también la calidad de la atención.

Diversos estudios e informes demuestran que existe un abismo entre los conocimientos acumulados de las ciencias médicas y la forma en que esos conocimientos llegan a la población. Se afirma así que un sistema de salud con problemas de organización puede llegar a producir eventos adversos estimados entre un 10 a 20% de los egresos.

El problema es sistémico

El análisis anterior no nos deja dudas. El logro de la equidad y calidad de la salud es un desafío sistémico. Un desafío para una adecuada distribución de los conocimientos para la salud.

Los organismos internacionales especializados y los líderes de la salud pública lo vienen refiriendo en sus informes periódicos.

En este sentido, en el año 2000 la OMS, en su informe destinado a los sistemas de salud concluye: "La diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza". Y en el año 2007, la Directora de la OMS Margaret Chan afirmaba: "Algo anda mal. Por primera vez la salud pública ha logrado definir y acumular compromisos, recursos y conocimientos. Lo que falta es lograr que el poder de esos conocimientos se junte con el poder de los sistemas de salud para entregarlos a la población

que los necesita, con la adecuada cantidad y calidad".

Sucesivas publicaciones de la OMS y OPS (Organización Panamericana de la Salud) insisten nuevamente en que "los sistemas de salud muestran falta de solidaridad e ineficiencia fijando prioridades a corto plazo, con problemas de coordinación, de gobernabilidad".

El informe del PNUD Argentina del año 2010 insiste en la falta de coordinación y articulación del sistema de salud. En el año 2012 la OMS publica un análisis de los sistemas de salud de 185 países concluyendo que la mitad de ellos no están preparados para enfrentar los futuros desafíos de la atención, especialmente los relacionados con las enfermedades crónicas.

En su informe sobre la salud en los países de Sudamérica del año 2012, la OPS concluye que "el logro de la equidad y el acceso efectivo con calidad y su relación con los determinantes sociales y el bienestar es una agenda no cumplida".

Más recientemente, en 2013, la Directora de la OPS Carissa Etienne, en su discurso de asunción en Ginebra propuso una clara política de acción afirmando: "Aún persisten desigualdades inaceptables en los niveles de salud y atención de la salud dentro de cada país y entre países, insistiendo en la necesidad de lograr sistemas de salud orientados a la cobertura universal con equidad, solidaridad e inclusión". Y agregó: "Este problema no se puede resolver superficialmente con estrategias aisladas".

Nuevamente un llamado a un desafío sistémico. La necesidad

de un debate profundo para lograr definir una estrategia sistémica para la salud es evidente.

Concluimos que el desafío es explorar nuevos enfoques conceptuales. Pasar de las políticas aisladas a políticas sistémicas. En este sentido recurrimos a dos pensadores críticos de los resultados sociales de la modernidad: el filósofo humanista Bertrand Russell (1872-1970) que afirma "resulta paradójico que mientras los que aplican el método científico se esfuerzan en aclarar sus limitaciones y dudas ello no ocurre en aquellos que definen políticas o implementan programas sin resultados donde no admiten la posibilidad de error, por el contrario se enorgullecen en mantener sus políticas y estrategias por años haciendo gala de una mala entendida continuidad."

Jürgen Habermas, en su análisis sobre las expectativas de la modernidad (1985), decía: "En la modernidad se produce un vacío entre las promesas y las expectativas, se crea un horizonte de expectativas no cumplidas en donde los propios actores actúan como observadores externos con críticas donde no se sienten responsables y ellos mismos continúan actuando como observadores ajenos a los resultados". Afirmando que, "la modernidad es un proyecto sin cumplir". Esta misma conclusión, pensamos, puede ser hoy aplicable a la salud. Las promesas de equidad, solidaridad, justicia son parte de un proyecto sin cumplir.

Nos preguntamos, ¿no estaremos dentro de la crítica de Einstein cuando decía "no pretendamos que las cosas cambien, si seguimos haciendo lo mismo"?

La solución sistémica

Continuando esta línea de pensamiento pretendemos hacer en este proyecto un aporte para un debate hacia el análisis y definición de políticas sistémicas que faciliten la integración y aplicación de los conocimientos para resolver los problemas de equidad, calidad, e inclusión social. Recordamos que en su origen griego, la palabra sistema significa "poner las cosas juntas".

Proponemos un debate sobre cómo poner las cosas juntas, científicamente. Cómo lograr la participación activa de todos los actores. El Estado, la sociedad civil, los prestadores, la financiación, la población, la academia, las universidades. Y cómo hacer de esa participación activa un aporte concreto para una mejor "salud para todos". Debemos completar la definición de la meta de "salud para todos" con una política de "salud con todos".

Para hacer esta propuesta exploraremos no solo el conocimiento científico acumulado sobre el tema sino también su método y las estrategias de creatividad científica aplicada a los sistemas, al servicio de políticas para la equidad y calidad en salud.

Para ello proponemos una actitud activa de las ciencias en general y de las ciencias médicas en particular. Utilizamos el poder de la ciencia como un aporte para la armonización de los saberes. Siguiendo a Bunge, nuestra hipótesis de trabajo parte de considerar que "así como las ciencias médicas, en su praxis, son el resultado de la armonización de diversas disciplinas, la organización del sistema de salud debe ser

6 Persisten desigualdades inaceptables en los niveles de salud y atención de la salud dentro de cada país y entre países, insistiendo en la necesidad de lograr sistemas de salud orientados a la cobertura universal con equidad, solidaridad e inclusión. Este problema no se puede resolver superficialmente con estrategias aisladas. La salud es un bien social y un derecho básico humano.

también el resultado de una estrategia científica de creatividad y de armonización de saberes en el ámbito social."

Una teoría para la estrategia sistémica

En la búsqueda de una teoría para la organización del sistema de salud exploramos los conceptos de razón y paradigma desarrollados por la filosofía y los debates epistemológicos sobre el tema.

El concepto de razón se lo define como "una virtud del ser humano de pensar, analizar y emitir juicios para definir principios, armonizar saberes y elaborar procesos creando nuevas formas de análisis y soluciones a partir de otros conocimientos y experiencias". El ejercicio de la razón consiste, por lo tanto, en la búsqueda de relaciones, es decir, de la armonía de la ciencia, en un marco de principios y valores combinados con la experiencia y la estrategia de aplicación justa de los conocimientos.

Por otro lado, tomamos el concepto de paradigma desarrollado por Thomas Kuhn como "un sistema de ideas que actúa como un marco de referencia elaborado por una comunidad de trabajo para definir un proyecto de acción, investigación permanente que se construye con principios y conocimien-

tos aceptados democráticamente con el fin de facilitar las relaciones entre diferentes saberes. jerarquizar las asociaciones, valorizar v potencializar las ideas rectoras del pensamiento hacia objetivos comunes".

Con estas definiciones observamos una relación directa entre el concepto de razón y la construcción de un paradigma social. Es decir, tanto el ejercicio de la razón como los procesos hacia la construcción de un paradigma llevan a sistemas de pensamiento colectivo para la definición de políticas, el nacimiento de la creatividad y de soluciones con mayor coherencia social. Una actitud que no rechaza lo simple ni el determinismo, ni las verdades específicas, sino que trata de obtener de todos los saberes la potencialidad de cada uno para el desarrollo sistémico.

El paradigma se nutre de la razón. La razón requiere la construcción de un paradigma.

Las ciencias de la complejidad

Podemos identificar el origen de este debate en la década del '40, a partir de las denominadas teorías de la vinculación que se desarrollaron con la participación de la mayoría de los saberes y ciencias preocupados por el estudio de la realidad como un todo. Aceptando que las mismas

tienen su origen tanto en los debates históricos de reflexión filosófica como en los de las ciencias sociales, como la antropología social, la sociología, la psicología social, las ciencias políticas, las ciencias administrativas y las ciencias económicas, entre otras; este movimiento toma nuevo énfasis bajo el paradigma de la unidad de la ciencia con los aportes de otros campos del saber cómo la física, la cibernética con Norbert Wiener (1940) y el estudio de los sistemas regulatorios, la biología con Ludwig von Bertalanffy (1950), en la química con Ilya Prigogine (1971) y el concepto de autocontrol, el caos y el equilibrio sistémico, y las contribuciones de la neurociencias. En la pedagogía y la educación, con Jean Piaget.

Dentro de estos debates surgen las denominadas ciencias de la complejidad con los aportes de John Holland en el Instituto Santa Fe de California (1960) con la teoría de los sistemas complejos adaptativos; con Edgar Morín (1994) en sus aportes sobre la epistemología de la complejidad y las teorías de redes y del entramado social; la autoorganización con Heinz von Foerster v los métodos de la transdisciplinariedad contenidos en la declaración de Portugal y la aplicación de estos conceptos a la gerencia y la administración con Peter Senge y Jorge Etkin. 🖵

Salud privada Latinoamericana

Encuentro ALAMI en Chile

Santiago de Chile fue sede del encuentro de aseguradores privados de salud de Latinoamérica, donde se debatió el futuro del sector en los distintos países de la región.

En la reunión organizada por Isapres de Chile, el presidente de Alami, Reinaldo Scheibe, realizó un llamado a las autoridades latinoamericanas para mejorar la colaboración público- privada en salud.

La Asociación Latinoamericana de Siste-

mas Privados de Salud, Alami, está compuesta por nueve países, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela que representan a más de 2 mil empresas y más de 100 millones de personas cubiertas por los servicios de aseguramiento y médicos privados en Latinoamérica.

En esta segunda entrega desarrollamos el informe de Brasil presentado durante el Congreso.



Indicadores

Indicadores Socioeconómicos | 2014

PIB	US\$ PPP 3,1 tri
Gastos com Salud	9,3% PIB
Población	204,1 millones
Tasa de desempleo (fev/15)	6,8%
Tasa de inflación (e2015*)	8,2%
Tasa de cambio (e2015*)	R\$ 3,14 / 1 US\$

Câmbio em 2014, considerando paridade do poder de compra

a en 2015 US\$ PPP 1 = R\$ 1,80

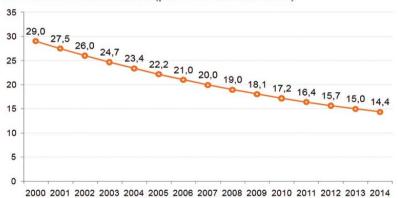
Fonte: World Health Organization, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Banco Central do Brasil.

Indicadores de Salud | 2014

Población (Sistema Público)	204,1 millones
Beneficiarios planes médicos	50,8 millones
Camas por cada 10.000 hab.	23
Camas por cada 10.000 hab. Sistema Publico	19
Camas por cada 10.000 hab. Benef planos dentales	27
Promédio camas por cada hospital	71

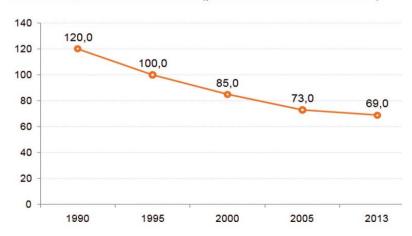
Fonte: Ministério da Saúde do Brasil.

Taxa de mortalidade infantil (por 1 mil nascidos vivos)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Taxa de mortalida de materna (por 100 mil nascidos vivos)

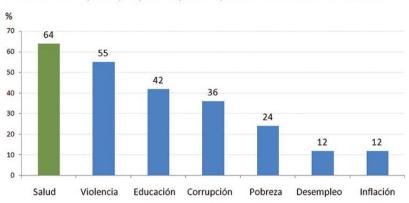


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

^{*} esperada en 2015

La salud en Brasil

La salud es la principal preocupación para el 64% de los brasileños.



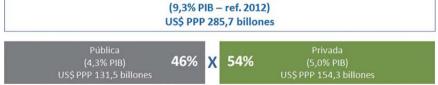
Fonte: Instituto de Pesquisa IPSOS (2014).

Estrutura de la Salud en Brasil

- Desde 1988 las garantías del gobierno brasileño, por obligación constitucional, la cobertura universal de salud.
- Sin embargo, las familias son responsables de 53% del gasto total en salud, incluida la atención médica y dental, medicamentos y servicios de salud.



Cifras clave del Sistema de Salud Brasileño – estimativas para 2014



Despesa total com saúde

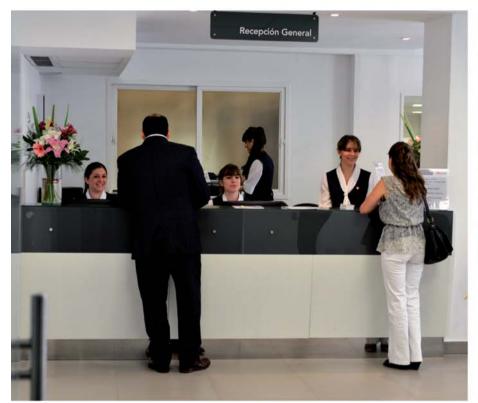
Gobierno Gobierno Gobierno Planes de Salud Pago del Bolsillo Municipal Estadual Federal Médico e Dentale (Out of Pocket) (1,3% PIB) (0,9% PIB) (2,1% PIB) (2,2% do PIB) (2,8% do PIB) US\$ PPP 40 bi US\$ PPP 28 bi US\$ PPP 64 bi US\$ PPP 68,4 bi US\$ PPP 85,9 bi

Tendencias:

Aumento del gasto total en salud, estimulado por la mejora del acceso, envejecimiento de la población y la incorporación de la tecnología.

Fonte: Abramge baseado en Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nuevo Laboratorio de Análisis Clínicos







Renovamos el Laboratorio junto con MANLAB, la institución bioquímica más reconocida del país.

- Más de 1100 prestaciones, incluyendo alta complejidad
- Medicina Genómica
- Infectología Molecular
- Horario de atención desde las 7 am
- Mayor cantidad de boxes
- Infusión luego de la extracción
- Entrega anticipada de resultados y envío on-line





Sistema de Gestión de la Calida: Certificado por IRAM Norma ISO 9001:2008

Institución Afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Laboratorio Sede Central

2 4370-1695

♥ Viamonte 1742 - CABA

Turnos para otros Estudios Médicos

24370-7600

11 6904-1035



Planes médicos en Brasil



50,8 millones beneficiarios de planes médicos cubiertos



21,6 millones Beneficiarios de planes dentales cubiertos*



US\$ PPP 58,2 billones

Gastos médicos y dentales pagados por operadores (valor estimado)*

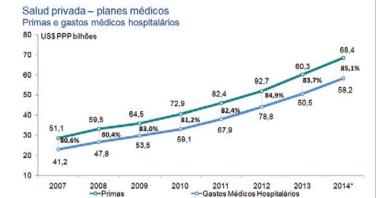


Procedimientos pagados por los operadores ** - 262 millones de visitas y 667 millones de pruebas de diagnóstico



5,3 visitas e 13,4 pruebas

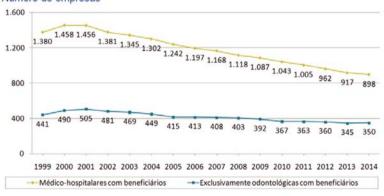
en promedio por beneficiario de los planes médicos*



Fonte: Preparado por Abramge basado en la información ANS.

US\$ PPP 68,4 billones

Salud privada – planes médicos e dentales Número de empresas



Fonte: Preparado por Abramge basado en la Información ANS.

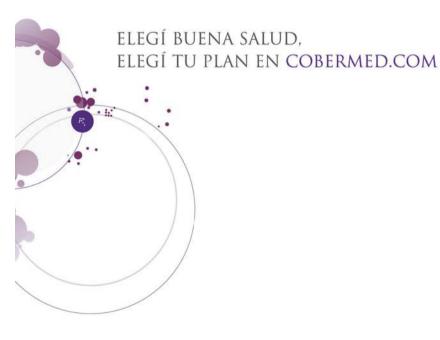
Desafíos

Carga tributaria sobre los planes médicos

Durante los últimos cuatro años, la presión fiscal sobre el plane médico aumentó en más de 1 punto porcentual, del 25,6% al 26,7% de las primas.

Em % de las primas













Desafíos

El aumento de los costos médicos

OPME (Ortesis, Prótesis e materiales especiales)

Gastos con OPME pagados por los operadores del plan de salud alcanzaron cerca de R\$ 8 bi em 2014 (ou US\$ PPP 4,4 bi).

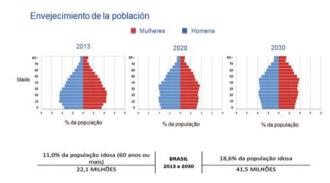
Ejemplo de fraude em OPME publicado en el diario brasileño:

Empresa pública "Correios" pagó por tornillo (parafuso) para cirugía ortopédica el valor de coche popular"

Fonte: Jornal Extra (19/08/2013).







Adjudicación - número de acciones relacionadas con la salud en los tribunales estatales

TJMT 6.664

Dados Junho de 2014
TJSP 44.690
TJAC 7
TJAP 76
TJAL 6.303*
TJAA 841
TJAM (não informado) TJCE 8.344
TJDFT 2.575
TJES 8.991
TJMG 66.751
TJPA 19
TJGO 309
TJMS 1.081
TJMA 668

TJPI 229
TJRN 452
TJPR 2.609
TJRC 505
TJRS 113.953
TJSC 18.188
TJTO 149
TJSE 189
TJPB (não informado) -

TJPE (não informado) -TJRJ 46.883 TJRR 64

Fonte: Conselho Nacional de Justiça

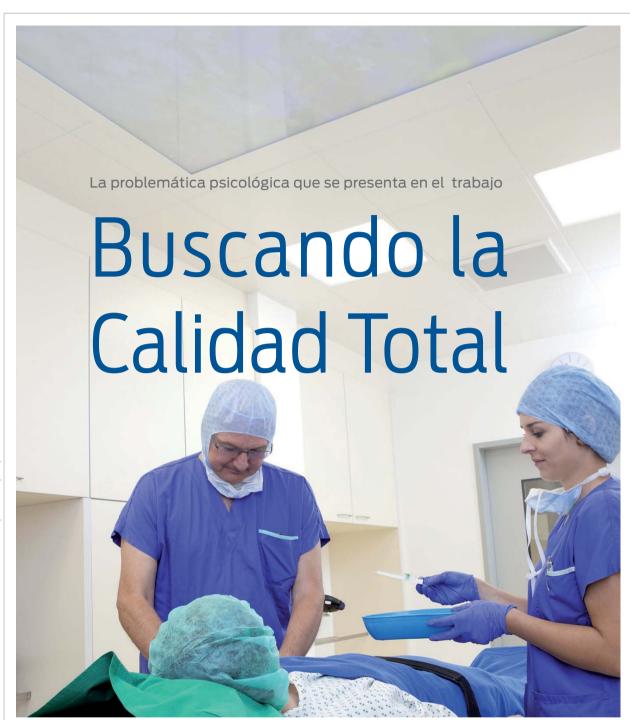




CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARQUE

- O Resonancia Magnética
- O Laboratorio de Análisis Clínicos
- Radiología Digital
- Mamografía de Alta Resolución
- O Ecografía General y Endocavitaria
- Estudios Cardiológicos
- O Ecocardiograma Doppler Color
- Eco Doppler Vascular
- Co Stress
- Espirometría Computarizada
- Estudios Ginecológicos
- Densitometría Ósea
- O Citopatología Oncológica
- Videoendoscopía
- Kinesiología y Fisiatría
- Láser Magnetoterapia
- Audiología Foniatría





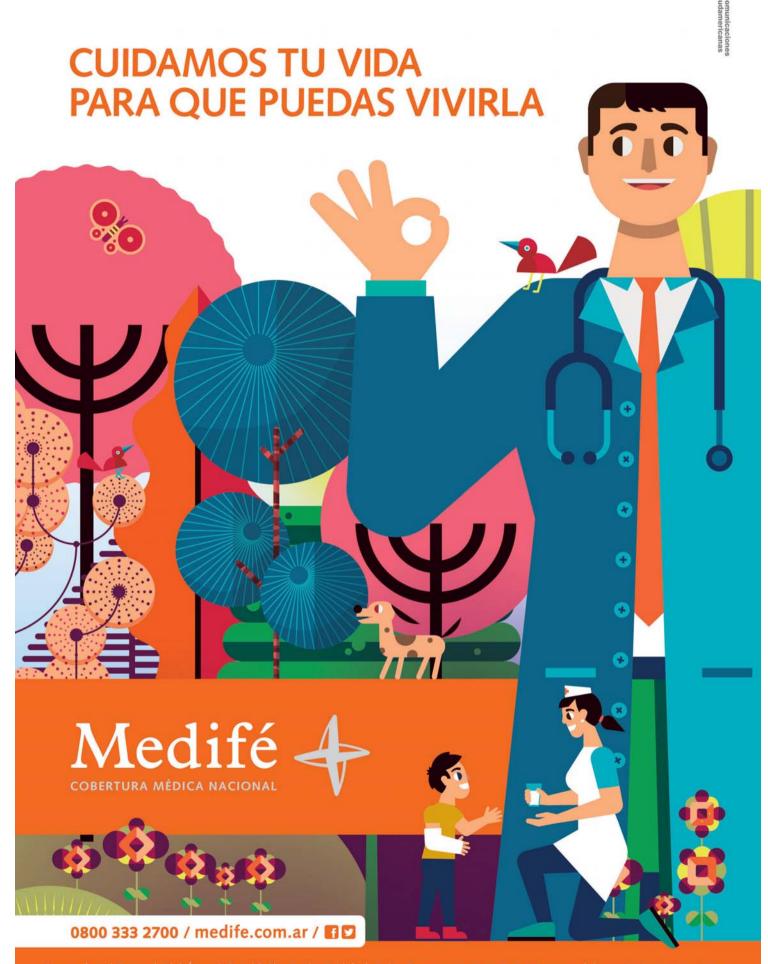
Hace más de un año, la Clínica Modelo de Morón (CMM) contacto con el Grupo de Asistencia Psicológica (GAP) para atender la problemática psicológica que se presenta en el trabajo cotidiano del sanatorio. Nuestro trabajo tradicional, desde 1982, ha sido atender la salud mental de los afiliados a una empresa de Medicina Privada u Obra Social.



Por Dora Vilar de Saráchaga

Presidente de GAP

Aun sabiendo que nuestro equipo contaba con el saber y la habilidad necesarios, trabajar en un sanatorio representaba un desafío diferente. Había que combinar la atención de pacientes con escuchar también a médicos y enfermeras en lo atinente a su trabajo y todo en un ámbito muy diferente al consultorio particular.



6 Después de más de un año de trabajo, hemos notado cómo la presencia de psicólogos en la clínica ha ido incorporándose a la mirada de los médicos y personal de enfermería.

Primero escuchamos a los directivos. Encontramos mucha permeabilidad y deseo de crear un buen clima de trabajo para los profesionales y de facilitar la recuperación de los pacientes, atendiendo también la situación de los familiares.

Luego escuchamos a los médicos. Plantearon dificultades en la relación con los pacientes y familiares "conflictivos" y con algunas situaciones específicas. Preguntaron qué hacer con pacientes que no quieren adaptarse a su situación de internación (especialmente cardiópatas y adictos), cómo transmitir malas noticias, cómo manejarse con el gran tema de la muerte.

Una gran parte de los conflictos se presentaban entre el paciente o familiar que se encontraba con su vida interrumpida, y el profesional que necesariamente priorizaba modos estrictamente médicos para responder. ¿En qué medida se ve afectado el trabajo médico por la angustia y la tensión que presentan los familiares o pacientes? ¿En qué medida la angustia del paciente afecta su salud? Estos fueron algunos interrogantes que nos permitieron ir pensando el dispositivo de trabajo más adecuado para ofrecer un servicio tanto a pacientes y entornos familiares, como a médicos y enfermeros, aportando diferentes estrategias y haciendo lugar al tratamiento del malestar que provocan día a día las situaciones de internación.

Escuchando a los pacientes apareció en primer plano el nivel de sufrimiento que presentan las situaciones de internación en general. Dejando a un lado la gravedad de cada caso, se observa la dificultad y el impacto emocional que puede generar cualquier internación:

- la pérdida de autonomía;
- la pérdida de intimidad (el cuerpo expuesto de un modo que no tiene precedentes);
- la despersonalización que conlleva el sustraerse del entorno habitual:
- la total dependencia en manos de desconocidos;
- el temor y la invasión de pensamientos acerca de la propia muerte en un contexto donde la experiencia del tiempo se ve trastocada y se permanece en una espera constante de evoluciones y resultados diagnósticos (poco para hacer y mucho tiempo para pensar).

Es notable el alivio que produce en los pacientes y familiares ser escuchados en sus singularidades y tener algún referente para hablar de estos temas.

Después de más de un año de trabajo, hemos notado cómo la presencia de psicólogos en la clínica ha ido incorporándose a la mirada de los médicos y personal de enfermería. Se percibe que el ofrecimiento de este servicio favorece la anticipación de situaciones difíciles. Observamos que la presencia de profesionales que cuenten con herramientas para abordar circunstancias que exceden el quehacer médico, fue generando efectos de alivio al dar cauce a cuestiones que merecen tener su lugar de relevancia.

Entendemos que la presencia del equipo de psicopatología genera un plus que excede las intervenciones directas y que tiene que ver con la ampliación del encuadre de trabajo: existen colegas que pueden dedicarse a estos asuntos. Eso que pesa, angustia, entorpece e incluso interrumpe el trabajo, tiene un cauce, un destino. Se favorece la distribución de una carga que no tenía destinatarios.

¿Por qué Calidad Total? Calidad Total es una búsqueda de mejora continua, con el objetivo de lograr la calidad óptima en todas las áreas. Pensamos que Clínica Modelo de Morón ha demostrado su compromiso con esta búsqueda al identificar un espacio para mejorar la experiencia de sus pacientes y al mismo tiempo bajar el estrés de sus profesionales, mostrándoles a unos y a otros que son valorados. Un ejemplo digno de imitar.



Las empresas líderes de la medicina prepaga han elegido a OSDEPYM.

Así lo testimonian más de 390.000 afiliados que canalizan sus aportes con OSDEPYM y con las obras sociales de personal de convenio que gerencia.



Superintendencia de Servicios de Salud Órgano de control: 0800 - 222 - SALUD (72583) www.sssalud.gov.ar R.N.O.S. 4-0170-4 / R.N.E.M.P. Provisorio 6-1486-9

5288-5694/95/98 www.osdepym.com.ar

CONSENSO SALUD Y SU CLÁSICA CENA ANUAL

Como cada año Consenso Salud celebró este evento que reúne a todos los actores del sistema. Se entregaron los Premios Trayectoria y se destacó la presencia de la Ministra de Salud de la Ciudad, Dra. Graciela Reybaud y su par bonaerense Dr. Alejandro Collia.











Consenso Salud celebró la Cena Anual 2015, el clásico evento que convoca a importantes actores de todo el sector salud. La noche contó con la participación de 800 invitados del ámbito sanitario, entre los que se puede destacar la concurrencia de funcionarios; representantes de cámaras, empresas de medicina privada, obras sociales, instituciones médicas y laboratorios.

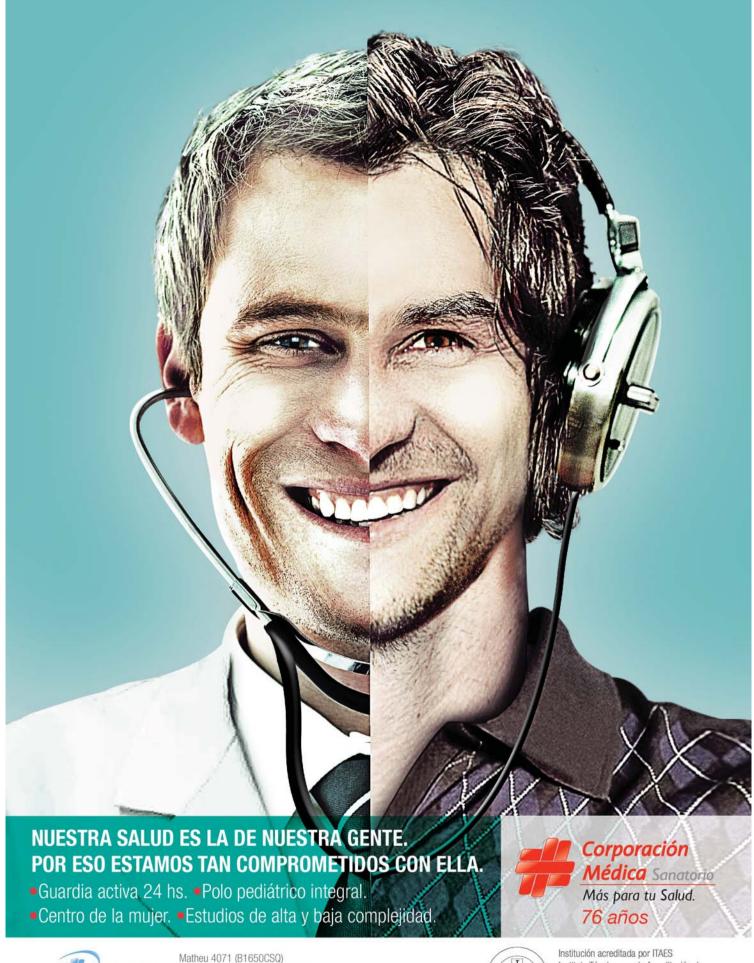
Entre las autoridades presentes se destacaron la Ministra de Salud de la Ciudad, *Dra. Graciela Reybaud* y su par bonaerense *Dr. Alejandro Collia*.

Se hizo entrega de los Premios Trayectoria a empresas y/o personalidades que

se han destacado en su tarea profesional.

Para la apertura de este importante evento se invitó al Cdor. Néstor Gallardo, Presidente de ADEMP. Luego el Dr. Alejandro Collia, brindó un discurso en el que destacó lo realizado en salud en la provincia de Buenos Aires. Finalmente, antes del inicio oficial de la cena, monseñor Alberto Bochatey, Presidente de la Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Argentina, bendijo la celebración.

En todas sus ediciones, la Cena Anual de *Consenso Salud* hace entrega de distinciones a personalidades o instituciones que se destacaron en su labor.





Matheu 4071 (B1650CSQ) San Martín, Pcia. de Buenos Aires Teléfono: 4754-7500 www.corporacion.com.ar



Institución acreditada por ITAES Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Miembro de la International Society for Quality in Health Care.

Curso de actualización en medicina de emergencia

El Comité de Docencia e Investigación de Corporación Médica San Martín, inició los cursos de actualización en medicina de emergencia, apostando así, a la capacitación de sus profesionales.



A cargo del nuevo director, el Dr. Luis Gorostordoy, el nuevo Comité de Docencia e Investigación de Corporación Médica San Martín, iniciará en el mes de julio un nuevo curso de actualización en Medicina de Emergencia dirigido a profesionales médicos de las especialidades de: neurología, neumonologia, guardia, cardiología y clínica médica.

Con el objetivo de brindar actualizaciones con criterio práctico para las consultas más frecuentes en la guardia de emergencias de adultos, integrar y unificar criterios de atención para optimizar la utilización de recursos tecnológicos, promover la aplicación de quías de prácticas clínica y favorecer la retroalimentación de los procesos; este nuevo curso dará inicio a nuevas formaciones y actualizaciones profesionales.

- Se inicia el Sábado 4 de julio de 2015
- Finaliza 14 de noviembre de 2015
- Frecuencia guincenal duración Directores del curso:

Dr. César Costilla / Dr. Adolfo Cartelli Para más informes e inscripción Inscripciones: cdi@corporación.com.ar

Tel 47547500 int 7730

www.webcorporacion.com.ar

COLMED celebrando un año junto a Europ Assistance División Salud



Europ Assistance Divieurop sión Salud Argentina, assistance celebra el primer año de relación comercial

junto al Colegio Médico de San Juan (COLMED) y a la Red Argentina de Salud (RAS).

COLMED es una Asociación Civil sin fines de lucro, con (más de 50 años de trayec-



toria, que fue creado con el objeto de materializar la unidad de los médicos sanjuaninos mediante la constitución de una entidad exclusivamente gremial, cuya acción y organización estuviera inspirada en la defensa de principios y derechos de sus médicos.

Agradecemos a Colmed que día a día nos confía la salud de sus afiliados a través del beneficio del Servicio de Asistencia al Viajero Nacional e Internacio-

Departamento de Atención al Cliente

Como parte de su expansión y crecimiento, Europ Assistance Division Salud cuenta actualmente con un equipo de ventas y atención exclusiva de consultas para clientes de Division Salud.

Este equipo está conformado por tres asesoras de Ventas (Norma Martin, Eliana Lloret y Rocío Obregón) y como Supervisora, la Sra. Verónica Storni, reportando al Gerente de Division Salud Argentina, Lic. Ariel Pierini.

Clinica Bazterrica: 75 años

Clínica Bazterrica comparte con alegría y orgullo estos 75 años de trayectoria.

Conluída la ampliación y remodelación total de la Clínica, continúan trabajando para la optimización de los procesos de atención para brindar a los pacientes una calidad médica de excelencia, con las comodidades de una moderna estructura y la seguridad que implica contar con la más alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento.

Felicitaciones por los 75 años!!!



Con CePreSalud, tu prepaga goza de buena salud.

Tenemos los mejores Centros de Prevención del país, y ahora vos también podés tenerlos. Nuestra Red atiende las principales Obras Sociales y Prepagas, priorizando la calidad del cuidado del paciente y protegiéndolo mediante un esquema de atención médica primaria que interactúa, en forma proactiva, con un sistema de prevención y seguimiento de las enfermedades prevalentes que está basado en la aplicación de protocolos médicos sustentados en evidencia científica.

CLÍNICA MÉDICA • PEDIATRÍA • GINECOLOGÍA

CARDIOLOGÍA • GASTROENTEROLOGÍA • DERMATOLOGÍA

OFTALMOLOGÍA • ENFERMERÍA • ODONTOLOGÍA

UROLOGÍA • RED DE LABORATORIOS





Central de turnos: **0810-122-9876** • www.cepresalud.com.ar Hipólito Yrigoyen 9215 (Lomas de Zamora)

PRÓXIMA APERTURA
Bartolomé Mitre 1059 (Morón)
Av. Corrientes 753, piso 6 (Microcentro)

FUNDACIÓN UNIVERSAL ASSISTANCE JUNTO AL DR. PABLO CORINALDESI

Y UN MENSAJE SALUDABLE A LA COMUNIDAD DEL PADRE MARIO PANTALEO



Por iniciativa de la Fundación Universal Assistance (UA) en conjunto con el Dr. Pablo Corinaldesi, director del proyecto "La Receta de los Campeones", se realizó la comedia musical educativa "Supersaludable" en las instalaciones del colegio "Nuestra Señora del Hogar" perteneciente a la Obra del Padre Mario en González Catán.

Acompañados por la presidente de la Fundación UA, Inés Civile, el locutor Pancho Ibañez, vocal de la organización, el Dr. Pablo Corinaldesi, y voluntarios de la empresa Universal Assistance S.A., trescientos chicos de entre 6 y 12

años pudieron disfrutar del espectáculo que tuvo como objetivo concientizar sobre los beneficios de una alimentación sana a través de una obra teatral como recurso lúdico. Al finalizar la obra los chicos recibieron de regalo barritas de cereales, jugos de fruta y el libro "La Receta de los Campeones" donde Leo Messi, Manu Ginóbili, Magui Aicega y Felipe Contepomi explican sus secretos para llevar una vida saludable.

Cabe destacar que, esta es una de las tantas acciones solidarias que la institución sin fines de lucro viene realizando en la sociedad en favor de los niños.

CRUZADA SOLIDARIA DE FUNDACIÓN MEDIFÉ

La Fundación Medifé está juntando donaciones para colaborar con las zonas afectadas por las inundaciones ocurridas en la Provincia de Salta.

En marzo de este año, el Pueblo de Río Blanquito (Orán, Salta) se vio fuertemente golpeado por las inundaciones que afectaron a varias ciudades de nuestro país. Dejándolo aislado, con caminos anegados y sus habitantes abatidos.

Para contribuir y aliviar la situación compleja en la que se encuentran, la Fundación Medifé te invita a participar de esta cruzada solidaria, colaborando con aquellos elementos que les están haciendo falta.



Se necesitan: alimentos no perecederos, ropa, calzado y pañales para adultos y niños, colchones, frazadas, pilotos y botas para niños en

edad escolar, útiles escolares, artículos de limpieza y cualquier elemento que se considere que puede resultar útil. La Fundación se encargará de realizar el traslado para enviarles todas las colaboraciones a los ciudadanos salteños. Las donaciones se pueden dejar en la Parroquia Santa Lucía (Gascón 1365, CABA) los sábados de 14 a 19 hs, en el Sanatorio Finochietto (Boulogne Sur Mer 972, CABA) o se pueden acercar a la Fundación Medifé (Lima 87, 4to piso). Ayudemos en esta campaña solidaria. El pueblo de Salta va a estar muy agradecido.

SANCOR SALUD Y STAFF MÉDICO ANUNCIAN SU FUSIÓN



Dos destacadas entidades de Medicina Privada, integran sus fuerzas y trayectoria para llegar a sus asociados con un diferencial servicio de salud en todo el país, con la solvencia y la seguridad que les da 40 años en la actividad, en los que el bienestar de su gente siempre estuvo en primer plano. SanCor Salud y Staff Médico tienen muchos puntos en común. Una trayectoria de más de 40 años; sumado a una fuerte orientación al cliente mediante la atención personalizada; servicios pensados para atender necesidades puntuales —tanto de individuos como de empresas— así como también la eficiencia y el compromiso en la labor diaria, son los parámetros que comparten y que fueron los motivadores de esta integración. Según expresó el Gerente General del Grupo SanCor Salud, CPN Miguel Eiriz "estas similitudes en la forma de trabajo y en la manera de entender el negocio, posibilitó un acercamiento inmediato, que nos permitió comprender que era el camino acertado para seguir creciendo".

Esta unión, por demás estratégica y complementaria, representa un serio y consolidado respaldo para una cartera de más de 300 mil asociados, que podrán acceder en todo el país a las más de 50 sucursales propias y alrededor de 400 puntos de Atención; contando también con una importante red de más de 75 mil prestadores, que incluye profesionales independientes de renombre y las principales Entidades Sanatoriales del país.

En palabras del Presidente del Grupo SanCor Salud, Miguel A. Costamagna, "el principal objetivo es y será cuidar a quienes nos eligen. Por esto, nuestra unión permitirá desarrollar nuevos productos y afianzarnos. Así, sumamos lo mejor de cada uno, para seguir ofreciendo a nuestra gente un servicio eficiente, efectivo y de confianza".

En relación a esta etapa inicial, las principales autoridades comentaron que actualmente se encuentran realizando un diagnóstico de las metodologías de trabajo y de los procesos, para llevar a cabo exitosamente esta integración y los proyectos a futuro; preservando y potenciando lo mejor de cada institución. "Nos interesamos en estudiar nuestras formas de trabajo, compartir experiencias, procesos, modelos de atención, etc., analizando la infraestructura de sistemas, la comunicación con los Asociados, las gestiones, la organización interna y externa entre otros puntos primordiales" destacaron.

De esta manera, el grupo SanCor Salud —junto a su nueva incorporación, Staff Médico— avanza hacia el futuro con proyectos e innovaciones que incluyen mayor inserción, mejoras continuas en el servicio, la modernización de la atención y la comunicación, y su gestión como empresa socialmente responsable, atendiendo siempre a la calidad.



FF DF FRRATAS

En la edición de Revista ADEMP, Abril 2015, N° 123, en la página 16, cuyo artículo es "Un aliado fundamental en la prevención del riesgo", figura erroneamente como autora a la Lic. Albertina (leáse Lic. Albertina González), siendo su único autor el Dr. Juan Barbarelli, por lo que pedimos disculpas, a ambos, por el involuntario error.



ADEMP | ENTIDADES ADHERIDAS



AITA MEDICA S.A.

Alte. Brown 517/19 - B1708FFI- Morón-Pcia. Bs. As. Tel.: 5627-1440 - Fax: 4627-2801 e-mail: amedica@cmm.com.ar - www.cmm.com.ar



Av Nazca 1169 (1416) 4to Piso, Capital Federal Tel.:4588-5900 / 0810-333-2582 www.altasalud.com.ar F-Mail: info@altasalud.com.ar



ALI MEDICINE

Pte. Roca 436 C.P. S2000CXJ - Rosario, Pcia. de Santa Fe. Tel: 0341-5304/4460/61/62/63 www.allmedicinesa.com.ar



1° de mayo 2120 - 3000 - Santa Fe Tel.: (0342) 459-5101 Fax: (0342) 459-8447 www.amur.com.ar / mcanale@amur.com.ar



Andrés Baranda 210, Quilmes - Provincia de Buenos Aires Tel.: 4257-4404 www.apres.com.ar e-mail: admision@apres.com.ar



Lisandro Medina 2255 - Tel.: 4716-3250 B1678GUW Caseros - Pcia, de Bs.As



F-mail: info@asi.com.ar - www.asi.com.ar



BASASalud, Buenos Aires Servicios de Salud

Bme. Mitre 760 1° - C1036AAN - CABA Tel. 4021-8440. www.hasasalud.com.ar



Boedo 535/543 4° C. B1832HRK Lomas de Zamora – Pcia. Bs.As.



info@boedosalud.com / Tel.: 5238-9006





BRISTOL MEDICINE

Amenabar 1074/76 - C1426AJR – Capital Federal Tel.: 3220-4900 / 0800-444-0453 e-mail:info@bristolmedicine.com.ar www.bristolmedicine.com.ar



Av. Las Heras 2939 (C1425ASG) Tel. 5299-0850 Fax: 5288-5710 dptocomercial@cemic.edu.ar



CIMA INTEGRAL S.A.

Castelli 188. B2804GFD - Campana - Pcia de Bs. As. Tel.. 03489-431-300 447-880





CORPORACION ASISTENCIAL S.A.

Matheu 4000 Tel/Fax.: 4754-7580 B1650CST. San Martín - Bs. As. www.corporacion.com.ar e-mail: casistencial@corporacion.com.ar



CYNTHIOS SALUD S.A.

Betharram 1434, Martín Coronado CP 1682 Tel 4840-1771 E-Mail: comercialización@cynthios.com.ar Tel: 4501-4550/4504-1624



EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.Carlos Pellegrini 1163 9° Tel.: 4814-9055. C1009ABW - C.AB.A.
www.europ-assistance.com.ar dpiscicelli@europ-assistance.com.ar



Lebensohn 89 (B6000BHA) – Junín- Pcia. Bs.As. Tel: 0236-4431585 www.famyl.com.ar E-mail: info@famyl.com.ar



H. Yrigoyen 1124/26 C1086AAT - Cap. Fed. Tel.: 4370-1700 Fax: 4370-1754 www.femedica.com.ar E-mail: info@femedica.com.ar



FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA

Córdoba 4545 B7602CBM -Mar del Plata - Pcia. de Bs. As. Tel.: (0223) 499-0140 Fax: (0223) 499-0151 E-Mail: fundacion@hpc.org.ar www.hpc-fmmp.com



GAP - GRUPO DE ASISTENCIA PSICOLOGICA

Larrea 1267 P.B. "C". C1117ABI - Capital Federal Tel: 4824-9224 4827-0704 e-mail: gap@psicogap.com



GERMED S.A. S.A.

Belgrano 242 B6000GZB -Junín - Pcia. de Bs. As. Tel.: (0236) 443-440 www.grupolpf.com.ar



GRUPO DDM S.A. PREMEDIC

www.grupopremedic.com.ar E-Mail: info@grupopremedic.com.ar México 625 2° A C1097AAM Capital Federal Tel.: 0810-222-5522



HOMINIS S.A.

Fco. Acuña de Figueroa 1239. C1180AAX C.A.B.A. Tel.: 4860-1900 www.Mphominis.com.ar



MEDICAL'S S.A. Talcahuano 750 11° C1013AAP - Capital Federal Tel./Fax: 4373-9999 - Int. 1103



e-mail: medicalsdireccion@yahoo.com.ar

MEDICINA PRIVADA S.A. Flores de Estrada 5290 B1826EJF -R. de Escalada - Pcia. de Bs. As. Tel.: 4239-7600 Fax: Mismo número

e-mail: medipriv@sminter.com.ar



Juan Bautista Alberdi 3541 [C1407GZC] CABA Tel.: 0800 333 2700



www.medife.com.ar

PRIVAMED S.A. Uruguay 469 3° Tel.: 4371-4449 C1015ABI - C.A.B.A. www.privamedsa.com E-mail: info@privamedsa.com



SABER CENTRO MEDICO S.A.

Av. San Martín 554 B1876AAS -Bernal - Pcia. de Bs. As. Tel.: 4252-5551 Fax: 4252-5551 e-mail: saberplandesalud@speedy.com.ar



STAFF MEDICO S.A.

Arenales 2016 Tel.: 4821-1551 C1124AAF -Capital Federal. www.staffmedico.com.ar e-mail: info@staffmedico.com.ar



VIDA PYME ASOC. CIVIL

L. N. Alem 1074 8° C1001AAS Capital Federal Tel.: 5288-5600. Fax: 5288-5710 -Fax: 5288-5672 E-mail: planpyme@osdepym.com.ar



VITA'S S.A.

25 de Mayo 369 B1708JAG Morón - Pcia. de Bs. As. info@vitas-sa.com.ar Tel./Fax: 4627-8745 4628-8657



WITCEL S.A.

Bme. Mitre 1371 5° P Tel.: 4372-2096/0538 C1036AAY - Capital Federal E-Mail:administración@oswitcel.com.ar

Pueyrredón 1640 0800 555 2700 hospitalaleman.org.ar













EL PLAN ES QUE TENGAS MÁS BENEFICIOS

Asociate con la promoción Mastercard® y obtené:

20% de descuento + 20 % de descuento en los 6 primeros meses + en el primer débito*



TENER EL ALEMÁN EN TUCARTILLA ES MUY BUENO PERO SER SOCIO DEL ALEMÁN, ES MUCHO MEJOR

Válido para nuevos asociados hasta el 31/07/2015 | No acumulable con otras promociones.

Promoción válida desde el 20/04/2015 hasta el 31/07/2015 inclusive, para nuevas adhesiones a los planes médicos Evolución A3, A6 y A7 del Hospital Alemán que adhieran el pago de la cuota mensual al débito automático con tarjeta de crédito MasterCard emitida en la República Argentina. Dichas adhesiones tendrán un descuento del 20% (veinte por ciento) en los primeros 6 (seis) meses

*El descuento adicional del 20% (veinte por ciento) será aplicado por MasterCard, por única vez en el primer débito automático presentado y aprobado, con un tope de devolución de \$300. (pesos trescientos). Dicha acreditación se verá reflejada en hasta en dos resúmenes siguientes al resumen de cuenta que contenga el débito automático adherido. Dichos descuentos se realizarán por cuenta, siempre que la misma no se encuentre en mora y/o bloqueada por motivos administrativos. No acumulable con otras promociones. Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.E.M.P. Nº1086

¹⁻ Planes A, AJ y A2" 40%. 2- Farmacia del Hospital Alemán.



Asistencia al viajero, nuestra especialidad es la Salud y el cuidado de las personas











Líder mundial en asistencia al viajero con especial desarrollo en el sector de la asistencia médica.

Una red sanitaria nacional e internacional, con atención y presencia medica las 24 hs.

Soluciones llave en mano, proporcionando un Ejecutivo de Cuentas con capacitaciones exclusivas.

Los más importantes representantes y operadores del sector salud en todo el mundo.

Contáctanos las 24 hs., los 365 días del año. division.salud@europ-assistance.com.ar www.europ-assistance.com.ar

