

Matriculación y salud, un camino para recorrer juntos

Por el Dr. Carlos Candiano – Gerente de SIMECO

Para esta edición de la revista **Consejo** hemos considerado sumamente necesario mostrar, a todos los matriculados y sus familias, cómo nuestra Institución trata un tema tan relevante para la persona y la comunidad como es la salud. Abordaremos no solo los objetivos establecidos al respecto por el Consejo, sino también el camino recorrido hasta el momento, las alternativas con las que cuenta actualmente toda la familia profesional y los proyectos en los que nuestra Institución se encuentra trabajando de cara al futuro cercano y al de más largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. En ese sentido implica que estén cubiertas todas las necesidades fundamentales de las personas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues, según datos de la propia OMS, sólo entre el 10% y el 25% de la población mundial se encuentra completamente sana. De la misma forma, salud y enfermedad constituyen un proceso continuo donde en un extremo está la muerte prematura y en el otro, un elevado



nivel de salud que difícilmente alcanza todo el mundo. En la mitad de este continuo homeostático se encontraría el común de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es incondicional, ya que es muy difícil diferenciar lo normal de lo patológico.

Al hablar de salud, hay que referirse a uno de los pilares que sostienen el concepto de calidad de vida. En esta tarea no sólo se involucra a la medicina, sino que comprende un compromiso de políticos, de la sociedad donde se desempeñan las personas y el individuo que la compone.

Para el Consejo, la salud es un concepto social dirigido a mejorar la calidad de vida de los matriculados y sus familias, además de prolongar su vida mediante acciones que promuevan la salud, prevengan enfermedades y otras formas de intervención

relacionadas con la salud.

Pensemos que la salud es un motor crucial para el desarrollo político, social y económico sustentable de los países, como así también para la construcción de la ciudadanía. Como dice el Premio Nobel de Economía Amartya Sen, “la expectativa de vida de los pueblos es el dato más fuerte para conocer su nivel de desarrollo”. En este sentido, nuestra Institución, desde Consejo Salud, aporta “su grano de arena” a la sociedad en su conjunto con una visión plural, colectiva y solidaria.

Una breve reseña de cómo se organiza y funciona el sistema de salud en la Argentina, cuáles son sus principales problemas y cuál es la perspectiva permitirá comprender cómo y por qué es necesario que el CPCECABA asuma un rol activo y comprometido con su comunidad profesional.



EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

La provisión de salud en la Argentina está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. El sistema se organiza de manera descentralizada, y el modo de funcionamiento y acceso a los servicios de salud está establecido por las distintas regulaciones que existen en cada ámbito: nacional, provincial y municipal. Se observan grandes disparidades entre las distintas regiones, puestas de manifiesto al analizar los indicadores sanitarios correspondientes.

Una característica del sistema es su alto grado de **fragmentación**, rasgo que mantiene desde la creación de las instituciones de salud de la seguridad social, a partir de la cual el principio de solidaridad se desarrolló y difundió hacia dentro de cada gremio en particular. Por otro lado, el sector público, el privado y el de la seguridad social funcionan desintegrados, lo que da otra característica al sistema.

Todo esto se agravó por las distintas crisis económicas y sociales que atravesó el país e hicieron mella en el sistema al acentuar sus problemas, en especial el de la fragmentación. Ello obligó a algunos actores a redefinir su papel. Cabe mencionar el caso de las obras sociales, que tomaron un rol protagónico y generaron así un fuerte desarrollo del subsector privado a partir de orientar su demanda de servicios hacia los prestadores y proveedores privados. Del mismo modo, el subsector público quedó relegado a la atención de la población sin cobertura o sin recursos; de esa forma perdió la hegemonía que en algún

momento supo tener.

La respuesta a por qué no contamos con un sistema de salud conformado, eficiente y que posea niveles de equidad aceptables tiene que ver fundamentalmente con su alto grado de fragmentación (desintegración entre los distintos subsectores, falta de coordinación y articulación). En este marco de altísima complejidad, cada actor dentro de la sociedad debería asumir un rol protagónico y participativo, intentando realizarlo lo más coordinadamente posible y teniendo como objetivo la contribución al todo.

De esta manera, el CPCECABA asumió el compromiso de trabajar en salud para su familia profesional, sabiendo que los logros para sus integrantes aportarán un claro beneficio para la sociedad en general. Mientras los distintos subsectores debaten (“buscan consensos”) para lograr resolver los problemas del sistema, las ONG debemos asumir esta responsabilidad y **actuar ya**. Esta contribución no será menor y quizás motorice en algún momento el cambio. Dejemos de ser espectadores de esta realidad y asumamos un **compromiso desde la acción**.

CONSEJO SALUD, UN CONCEPTO MÁS AMPLIO

Cuando se habla de contribución, no sólo se trata de asistencia médica, ya que ese sistema no es un fin en sí mismo. Es un medio que muchas veces permite mantener o mejorar la calidad de vida. En la percepción de una comunidad se considera que atención médica es lo mismo que salud, y el médico debe constituirse en el puente que asegure el vínculo entre atención médica y salud.

En el mundo, aproximadamente el 12% de las causas de mortalidad se origina en el estilo de vida, y en ellas se invierte sólo el 2% del gasto. Por otro lado, se estudió que los hábitos nocivos individuales representan el 42% de las causas de enfermedad y/o muerte propia o de terceros. De aquí la importancia del **autocuidado de la salud**, de empezar por uno mismo. Consejo Salud tomó esta responsabilidad promoviendo el autocuidado de la salud a partir de las acciones previstas en el programa “Viviendo más, viviendo mejor”, orientado al cambio de hábitos saludables.

Consejo Salud exterioriza por medio de sus acciones las políticas y estrategias que en esta materia definieron las autoridades del Consejo, orientadas a preservar la salud de sus matriculados. Distinto sería si otra fuera la naturaleza de la Institución, donde estas políticas y estrategias estuviesen orientadas a preservar la salud del capital y se orientasen a la asistencia médica.

Las acciones que el Consejo desarrolla en el área de salud se remontan a los años 80, cuando quienes conducían en ese momento la Institución pensaron en ofrecerles a los matriculados la opción de elegir una alternativa de cobertura de salud de manera voluntaria, que cubriera necesidades insatisfechas, en medio de las coberturas de salud vigentes en aquel momento -Estado, obras sociales, empresas de medicina prepagada, entre otras-.

Este servicio fue evolucionando dentro de un mercado dinámico y sumamente complejo, que incluyó situaciones de cambio importantes y significativas, como la desregulación

TEMA CENTRAL

de las obras sociales, el Plan Médico Obligatorio, el IVA a la salud, la judicialización de la salud, el incremento de los costos, la incorporación de nuevos tratamientos, basados en muchos casos en un desenfrenado aceleramiento de la innovación (que no da tiempo a la comprensión médica). Esto se sumó a los efectos de los cambios demográficos que agudizaron sus consecuencias hasta llegar hoy día a la muy controvertida ley de regulación de la medicina prepaga.

“Desde nuestro Vacunatorio hemos ya inmunizado a cerca de 15.000 matriculados.”

Asimismo, ocurrieron hechos en el país y en el mundo que afectaron de manera trasversal las variables macroeconómicas, con alto impacto en el sensible sector de salud, colocándolo incluso en algún momento en terapia intensiva y hasta podría decirse con asistencia respiratoria mecánica incluida. Tengamos presente que el sector salud ocupa aproximadamente el 10% del PBI, cerca de \$ 100.000 millones al año, y que emplea en forma directa e indirecta a medio millón de trabajadores. Estas cifras son más que elocuentes para exemplificar su significatividad y dimensión, lo cual obliga a buscar soluciones legítimas y racionales a la problemática planteada, que ocu-

pen el espacio de debate político y la búsqueda de consensos necesarios de todos los actores y subsectores.

Nuestro Consejo sobrevivió a todo ello y además acompañó con la plasticidad necesaria para adaptarse a tales situaciones de cambio; logró así interpretar claramente las nuevas necesidades de sus matriculados, originadas en una brecha cada vez más grande de insatisfacción entre los usuarios de los servicios de salud, producto de estos hechos, de la falta de políticas y del accionar descoordinado de los distintos actores del sistema.

Un claro indicador de esta insatisfacción ha sido el aumento en el gasto de bolsillo de los usuarios. Si bien las respuestas a estos problemas de equidad y eficiencia del sistema deben resolverse desde una apropiada regulación del sector que lo integre -que resuelva adecuadamente su financiamiento, que permita sostener la atención médica en el marco de los principios que establece la atención primaria de la salud (accesibilidad–horizontalidad–integración–coordinación) y una adecuada política de medicamentos, entre otros-, desde el Consejo se ha llevado adelante un accionar planificado estratégico, proactivo y solidario, pensando en soluciones integradoras para todos los matriculados e intentando reducir

la brecha de insatisfacción producida por la ineficiencia del sistema. **Así surgió en el año 2007 Consejo Salud.**

Desde esta plataforma de inclusión, el Consejo busca aportar a la comunidad conceptos tales como la educación en salud, la prevención en salud, el autocuidado, mejorar la accesibilidad a la atención médica primaria, acceder a los medicamentos necesarios a costos razonables para los tratamientos, propender al control periódico de salud de acuerdo con la estructura etaria, implementar sostenidamente campañas de inmunización para niños y adultos, desarrollar programas que permitan detectar y disminuir el riesgo del síndrome metabólico, y tantos otros aportes.

Consejo Salud es el resultado de un proceso de construcción de un nuevo modelo de salud con eje en el matriculado y su familia, que tenga alto impacto en la comunidad, tendiente a la mejora de la calidad de vida.

Sus principales características son:

- 1. Inclusivo:** es para todos los matriculados y sus familias.
 - 2. Integrador:** incluye soluciones para cada grupo de necesidad.
 - 3. Dinámico:** se adapta a los cambios del sector y a las necesidades de los matriculados
 - 4. Con alto compromiso social:** irradia





desde sus acciones una visión de beneficio hacia la comunidad.

Actualmente, el Consejo brinda a sus matriculados y a sus familias:

SIMECO.

Es una elección saludable desde hace 26 años y ofrece una cobertura médica integral, superadora del PMO (Plan Médico Obligatorio), para los matriculados y sus familias -incluyendo a sus hijos y nietos-, con los mejores prestadores para resolver los tratamientos médicos, con rápida accesibilidad y beneficios diferenciales y que superan a las otras coberturas médicas del sector. Posee cobertura en CABA, GBA y a nivel nacional. Actualmente cuenta con 24.000 socios y se encuentra en franco crecimiento.

CEM (Central de Urgencias y Emergencias Médicas).

Servicio del Consejo que cuenta con ambulancias y móviles propios para resolver la asistencia médica domiciliaria en tiempo y forma, como también las emergencias médicas que impliquen riesgo de vida. Un médico del Consejo ingresa al domicilio. Este servicio se encuentra certificado por Normas ISO 9001 desde el año 2007 y es recertificado anualmente, garantizando de esta manera un servicio de excelencia y de comprobada calidad.

Realiza aproximadamente 20.000 servicios anuales; en la CABA efectúa el 85% de ellos con sus propios recursos. Cabe destacar que el nivel de satisfacción de sus usuarios es del 97%, medido por auditoría externa.

CENTRO MÉDICO CONSEJO SALUD.

Es nuestro lugar de atención. Se trata de un Centro Médico propio y exclusivo para la familia profesional, que atiende en dos modalidades: a) sin turno (atención inmediata en clínica y pediatría) y sin costo para los matriculados y familia; b) atención programada con turno previo en distintas especialidades (cardiología, ginecología, clínica médica, neumonología, traumatología, dermatología, nutrición, medicina del sueño, endocrinología, hepatología, entre otras). Asimismo se realizan, entre otros, ecografías, electrocardiogramas, holter y presuometrías. Sus características principales son las de facilitar el acceso a los servicios médicos, respetar el modelo y los principios de la atención primaria de la salud, y ser la cabecera de la implementación de los programas preventivos. En los últimos doce meses se han efectuado aproximadamente 30.000 atenciones.

VACUNATORIO DEL CONSEJO.

Funciona en el Centro Médico Consejo Salud y ha sido reconocido por

el GCABA como efector público de vacunación, ya que realiza desde él las campañas de inmunización para la comunidad de matriculados y sus familias, niños y adultos. Actualmente están en vigencia las campañas de vacunación del calendario oficial, de hepatitis B y antigripal 2011, a las que se han sumado la campaña de vacunación contra el sarampión y la antineumocócica. Desde nuestro Vacunatorio hemos ya inmunizado a cerca de 15.000 matriculados. Además, varios estudios contables nos han solicitado la vacunación *in company*, la que se lleva a cabo con éxito desde el año 2010.

FARMACIA CONSEJO SALUD.

Es nuestra farmacia profesional, única y exclusiva, donde los matriculados con su orden médica obtienen un 30% de descuento en la compra de medicamentos. También se han firmado convenios con otras obras sociales y prepagas para que los matriculados que cuenten con estas coberturas puedan adquirir allí sus medicamentos. Actualmente se atiende a cerca de 5.000 profesionales por mes.

ÓPTICA CONSEJO SALUD.

Funciona dentro de la Farmacia del Consejo y allí los matriculados obtienen importantes descuentos en óptica, servicio de lentes graduadas, de

TEMA CENTRAL



material orgánico, y gran variedad de armazones y accesorios afines. Los socios de SIMECO reciben un par de anteojos sin costo por año.

ORTOPEDIA CONSEJO SALUD.

Aquí los matriculados obtienen importantes descuentos en insumos de ortopedia, prótesis, órtesis y férulas, entre otros. Funciona dentro de la Farmacia del Consejo.

TARJETA INTEGRAR.

Aprovechando la ventana de innovación, surge este novedoso servicio pensado principalmente para los mayores y su dificultad de acceso a los servicios médicos. Es la solución que incluye a todos y brinda beneficios actualmente a cerca de 1.500 personas, permitiéndoles acceder dentro de las 72 horas a la atención médica abonando solamente lo que consumen. Asimismo no tiene límite de edad.

PROGRAMA VIVIENDO MÁS, VIVIENDO MEJOR.

Es el eje central de Consejo Salud y tiene que ver con la educación en

salud de nuestra familia profesional. Se desarrollan seminarios, talleres y programas preventivos concretos, con el correspondiente seguimiento epidemiológico y acompañando al matriculado en el proceso para lograr el cambio hacia hábitos más saludables. Lleva 5 años en marcha y por él han pasado más de 5.000 profesionales. Algunos de los temas desarrollados en la modalidad de seminarios, talleres y programas específicos tienen que ver con los buenos hábitos alimentarios, el abandono del sedentarismo, la actividad física controlada médicamente y el comportamiento saludable; por ejemplo, armar nuestra propia "caja de herramientas" para combatir el estrés u otras manifestaciones que involucran los trastornos del afecto, como la depresión, los trastornos de ansiedad, el logro de un equilibrio entre pareja y profesión, prevención de accidentes con los niños. Se dictan cursos de reanimación cardiopulmonar infantil para padres, sobre cómo lograr un buen dormir, acerca de la importancia de la prevención en nuestras vidas.

También se organizan programas para deshabituación al tabaco, para prevención de factores de riesgo cardiovascular, para prevención de cáncer de cuello de útero y cáncer de mama, chequeos médicos gratuitos para todos los profesionales (hombres y mujeres), entre otros.

Estos programas han permitido detectar patología muy prevalente dentro de nuestra comunidad, y a partir de ella se ha podido recomendar el adecuado tratamiento médico. Algo que nos llamó la atención fue que en su gran mayoría las patologías encontradas (hipertensión no tratada, altos indicadores de glucemia, colesterol alto, sobrepeso, imágenes en las mamografías patológicas) se originaban en matriculados con cobertura de salud (obras sociales o prepagas), donde no habían consultado desde hacía tiempo, principalmente por la dificultad de acceder a los turnos o bien por estar demasiado ocupados con sus tareas laborales y no contar con estímulos desde su sistema de cobertura para realizar el control médico.

La excelencia del Programa “Viviendo más, viviendo mejor” ha generado fuerte interés de varios estudios contables matriculados en nuestro Consejo, lo que dio motivo al desarrollo *in company* del programa.

Estamos ya pensando en el desarrollo de al menos tres nuevos servicios para los próximos años, orientados a los grupos de matriculados de mayor edad, por un lado, a la ampliación de los servicios de urgencias y emergencias médicas en la CABA, y al desarrollo de un servicio odontológico complementario que permita brindar



NOTA CENTRAL

una cobertura integral a nuestros profesionales. Asimismo, vamos a fortalecer los servicios existentes haciendo foco en su excelencia y en su autofinanciamiento, tomando como premisa el aporte a la comunidad.

Si bien dentro de sus atribuciones fundamentales establecidas por ley el CPCECABA tiene la colegiación legal de los profesionales y la vigilancia del ejercicio profesional -y a partir de estos el desarrollo de sus dos servicios clave, como son la matriculación y las legalizaciones-, ha tomado gran dimensión y profundidad el desarrollo de servicios complementarios con alto impacto en los profesionales y en la comunidad, como el de salud, debido a la ventana de insatisfacción que el resto de los actores del sistema ha dejado desde hace años sin perspectivas de ser resuelta de cara al futuro.

No obstante, existe una gran cantidad de profesionales que, sin percibir la solidaridad que requiere el sistema, continúan en otras coberturas de servicios médicos sin considerar que en el Consejo tienen una concreta respuesta a esos requerimientos.

Todos sabemos que la decisión respecto de quién va a prestar la cobertura de salud para nuestra familia, es decir, cuál prepaga u obra social, se determina en la mayoría de los casos dentro del hogar con una fuerte ponderación de la opinión de la mujer. Otro factor a considerar es que no logramos identificar la trascendencia de esta decisión, ya que deberíamos plantearla en un largo horizonte de tiempo y no vincularla o atarla a nuestra situación o relación laboral. Esta se modifica y con ella, muchas veces, la cobertura de todo el grupo familiar.

"Consejo Salud es el resultado de un proceso de construcción de un nuevo modelo de salud"

Al igual que la matriculación, elegir la cobertura médica del Consejo significa una decisión de largo plazo, pues nuestra situación laboral se disocia de la cobertura médica de la familia y queda en manos de una institución con más de 65 años de historia y exitosa trayectoria, con respaldo, solvencia y solidez, pero, por sobre toda las cosas, con un al-

tísimo compromiso social. Así lo demuestran quienes se incorporan al Sistema Médico Consejo, donde no casi no existen bajas.

La matriculación implica comenzar a formar parte de una nueva comunidad, la comunidad profesional del Consejo, la que nos acompañará a lo largo de nuestra vida profesional, ya sea apoyándonos, capacitándonos, incluyéndonos a partir de la participación, ayudándonos a perfeccionarnos como profesionales y personas, respaldándonos. Nos matriculamos para sentirnos acompañados siempre en toda nuestra vida profesional. Esta es justamente la reflexión final: de la misma manera que decidimos transitar por un camino junto al Consejo en el momento de matricularnos, hagamos lo mismo con la salud. Esta beneficiosa elección permitirá fortalecer la solidaridad de nuestros servicios y dejará a resguardo la salud de toda la familia profesional.

Matriculación y salud, un camino a recorrer juntos.



“Elegimos SIMECO por la cantidad y el nivel de sus prestadores”

Dr. Humberto Bertazza ()
Socio del Estudio Damonte,
Nicolini, Bertazza y Asociados*

En el año 2010, por intermedio del Estudio, gran parte de sus integrantes optaron por el Sistema Médico del Consejo -SIMECO-, en sus diferentes planes, a efectos de la cobertura médico-asistencial de su grupo familiar.

Es importante destacar que quienes así lo decidieron se encontraban bajo la cobertura de distintas entidades de medicina prepaga u obras sociales en distintos planes

de asistencia médica -en cuanto a precios y nivel de prestaciones-. En relación con el cambio, SIMECO no estableció restricciones relativas a períodos de carencia o edad de los adherentes. Lo antedicho reviste importancia puesto que la elección de la entidad prestadora del servicio de salud y, más aún, el cambio de prestador, no resulta una decisión fácil de adoptar atento al valor que tiene la cobertura de salud para los integrantes del grupo familiar.

Varias fueron las causales que motivaron optar por SIMECO. Por su



AFILIADOS CORPORATIVOS DE CONSEJO SALUD

importancia, merecen destacarse las siguientes:

- Menor costo respecto de similares entidades de medicina prepaga. En ciertos casos, los valores resultaban -aun en la actualidad lo son- sustancialmente más bajos, y no se advertían diferencias significativas en el nivel de prestaciones.
 - Cantidad y nivel profesional de los distintos prestadores adheridos a SIMECO -profesionales, clínicas, sanatorios, etc.-.
 - Atención personalizada -contamos con un representante por el Estudio- por cualquier inconveniente que se les presente a los afiliados en la utilización del servicio.
 - Antigüedad en el mercado y respaldo -por su pertenencia- del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ello brinda mayor seguridad respecto de la permanencia y la proyección de SIMECO en el mercado de salud de nuestro país.

(*) Contador Público



IG GLOBAL

.software de gestión

ERP CRM MRP SCM

- + planificación de recursos empresariales
- + gestión de las relaciones con el cliente
- + planificación de recursos industriales
- + administración de la cadena de suministros

GESTIONES:

Ventas	Financiera
Compras	Comercio Exterior
Contable	RRHH
Inventarios	Marketing
Industrial	Gerencia y Dirección

Factura Electrónica

Acercate, consultanos.
Estamos para ayudarte a cambiar.

Los cambios siempre
empiezan por dentro.

Software argentino desarrollado por
BASE GLOBAL S.A.
www.baseglobal.com.ar

SIMECO, una opción inteligente

Dr. Alejandro Piazza ()
Socio del Estudio Della
Rocca-Piazza-Almarza*

Siempre fue una preocupación primordial de nuestra firma buscar la manera de mejorar las condiciones laborales del personal. En dicho sentido, encontramos en SIMECO una oportunidad para brindar un servicio de excelencia a un costo razonable, lo cual representó una mejora en los servicios de salud de que gozaba el personal o bien un reemplazo de uno similar, pero a un costo menor.

En nuestro Estudio había una importante diversidad de prestadores: desde una obra social hasta una prepaga de primera línea, tomada como el referente de calidad en servicios de salud. En este tema, la gente es muy reticente a los cambios, siempre y cuando perciba que recibe un servicio de calidad, ya que teme ser defraudado cuando necesite de un adecuado respaldo. Este aspecto fue el más resistido cuando le ofrecimos SIMECO al personal, ya que algunos no lo percibían como un equivalente a su cobertura de entonces. Incluso, hubo quienes mantuvieron su prepaga, aun a su costa.

AFILIADOS CORPORATIVOS DE CONSEJO SALUD



Para el personal fue importante ver que SIMECO cuenta con el respaldo institucional del Consejo Profesional. Ellos mismos comprobaron la calidad de su servicio, a un menor costo, aun cuando resulta un beneficio que les brinda el Estudio. Sin embargo, ese detalle no es pasado por alto en nuestro análisis en función del perfil profesional.

Otro aspecto importante y muy analizado fue el tema de los prestadores médicos. La gente establece vínculos de confianza con los médicos y, como en cualquier orden de la vida, es renuente a efectuar cambios, en especial cuando existen tratamientos de larga data o afecciones que requieren atención especializada. En esos casos, resulta fundamental contar con un gran abanico de profesionales en las distintas disciplinas, de modo de tener una amplia oferta

que respete los estándares de calidad que permitan considerar al servicio de excelencia. En este sentido, muchos fueron los que encontraron nuevos y excelentes profesionales.

Hace dos años que incorporamos a SIMECO y los resultados fueron altamente satisfactorios. Quienes utilizan el servicio con frecuencia ponderan los resultados y encuentran, además de una alta calidad, una verdadera cobertura de salud. No se trata de una mera terciarización de prestaciones, sino que cuentan con infraestructura y personal propio. En síntesis, todo ello demuestra que, cuando existe una verdadera vocación de servicio y se actúa en consecuencia, se está a la altura del mejor. Tal es el caso de SIMECO, según quienes le confiamos la salud de nuestro personal.

(*) Contador Público





SOMOS N°1 EN ATENCIÓN AL CLIENTE

Contamos con un Centro de Atención al Cliente con operadores especializados en la cobertura de Riesgos del Trabajo y preparados para resolver cualquier gestión de manera rápida y efectiva. Nuestro Centro de Atención, avalado por la Norma ISO 9001, brinda beneficios como la atención de emergencias las 24 hs. del día, consultas generales sobre la operatividad del seguro y gestiones automáticas. Contamos con la línea gratuita 0800-4444-278 para la atención de emergencias, y la línea 0610-5555-278 para la atención de consultas generales.

SOMOS N°1 PORQUE CONTAMOS CON LOS MEJORES SERVICIOS PARA QUE USTED TAMBIÉN LO SEA.



Ingrese a www.prevencionart.com.ar o comuníquese con su Productor Asesor de Seguros y descubra por qué somos la N°1 del país.



GRUPO SANCOR SEGUROS

**“Con SIMECO
generamos un
mejor clima
laboral”**

Sergio Blasco ()
Socio del Estudio Blasco, Maroni &
Asociados*

Llevamos más de 25 años de carrera profesional, desarrollados dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como profesionales independientes, en una primera etapa los socios confiamos en SIMECO para la atención de nuestra salud y la del grupo familiar. El Sistema Médico del Consejo estuvo siempre a la altura de las necesidades individuales de atención médica y contención familiar, desde el nacimiento de nuestros hijos hasta la asistencia en prácticas de complejidad que tienen mayor ocurrencia a medida que el calendario avanza.

Recordamos que hace ya algunos años, en una actitud proactiva, se acercó el Dr. Carlos Candiano, su gerente, para ofrecernos un servicio por entonces novedoso. Consistía en adherir como Estudio a los profesionales e integrantes de este en el mismo plan que tenían los socios.

Al principio lo analizamos con asombro, pero no demoramos más de una semana en transmitir a todos los integrantes del Estudio las ventajas individuales y colectivas que repre-



AFILIADOS CORPORATIVOS DE CONSEJO SALUD

senta la cobertura médico-asistencial de SIMECO. La respuesta que tuvimos fue notable, y más del 50 por ciento de la nómina adhirió al sistema abierto, dejando, por ejemplo, otras coberturas de primer nivel. Evaluando aquella decisión a la distancia, nos sentimos orgullosos de poder compartir e igualarnos con nuestros colegas colaboradores en la misma cobertura de salud que mantenemos como socios de muchos años. Ello nos permitió generar un mejor clima laboral y hacer que nuestros dependientes lo compartan.

Valga como cierre, de parte de todos los integrantes del Estudio Blasco, Maroni & Asociados, el más caluroso abrazo a todos aquellos que hacen de SIMECO un lugar de excelencia para cuidar nuestra salud.

(*) Contador Público



TEMA CENTRAL

AFILIADOS CORPORATIVOS DE CONSEJO SALUD

“SIMECO es más económico”

Diego Lo Tártaro (*)
Director en Estudio BDO Becher

Es un honor para nosotros contar con los servicios de SIMECO en nuestro Estudio. Hace unos meses se tomó la decisión de incorporarlo a la oferta de servicios médicos para los empleados.

El motivo de dicha decisión está emparentado con el análisis de la ecuación costo/servicio, lo que permitió identificar que se puede ofrecer una amplia variedad de planes para que el personal elija de acuerdo con su sueldo. SIMECO, en comparación



con otras prepagas, resulta más económico y tiene mayores prestaciones a un costo considerablemente menor. Otra de las razones que llevaron a tomar dicha decisión fue que permitió contar con una “cuenta corriente”, y de ese modo no perder los aportes mensuales mayores que ingresan al costo de los planes; de esta manera se podrá planificar correctamente y tener los números en orden.

También es de destacar el trato personalizado y comprometido de parte del ejecutivo, quien está disponible para cualquier consulta o problema. Poco a poco, el número de empleados que se inclina por SIMECO se incrementa, como así también la satisfacción de nuestro Estudio para con el servicio que recibimos.

(*) Licenciado en Administración

100% CONFiable

FACTURA ELECTRONICA EXPORTACION

- El Mejor Servicio post Venta.
- Actualizaciones Permanentes y Gratuitas.

Más de 20 años de experiencia nos avalan!

Windows

DISTRIBUIDORES

gecom
software

Incluye:
Recicladores
de residuos
AFIP RG 2849

Gestión Integral para Empresas y Estudios Contables

- Comercial • Ventas • Compras • Stock • Industrial • Adm. de Sucursales
- Punto de ventas • Contabilidad • Sueldos y Jornales

PROMOCION para ESTUDIOS

Contabilidad Profesional + Sueldos y Jornales

Contabilidad Profesional clsubdiarios + IVA Compras/Ventas Ingresos/Egresos + Sueldos y Jornales

Instalación y Capacitación en su empresa

BUENOS AIRES - RAMOS MEJIA: ESTUDIO MONTI BIEMBIENAUDE - Tel: 4656-6315 / gecom@montibien.com.ar
LANUS: INTERSOFT ARGENTINA: ITUZAINGO N° 1390 LANUS 4225-6198 - info@intersoftargentina.com.ar
CORDOBA Capital: TechnoPrint Services Integrales SRL - Tel: (0351) 474-2102 (rot.) / raarena@technoprint.com.ar
SANTA FE - ROSARIO: Tel: (0341) 156-955 179 / onlypc@hotmail.com

ventas@gecom.com.ar / 4382-3343/6057/0606 4384-5117/6675/6619

www.gecom.com.ar

“Las empresas de salud deben profesionalizar su gestión”

**Lic. Horacio Barros (*)
Director de Administración en el
Sanatorio Mater Dei**

El modelo operativo de las empresas de salud alguna vez fue simple: reunir -en un lugar por lo general costoso- recursos médicos, de enfermería y profesionales de la salud cuidadosamente elegidos, importante equipamiento tecnológico y un volumen de pacientes suficiente para sostener enormes costos fijos. Hoy resulta menos evidente que sea así.

Las empresas de salud se encuentran en un contexto inestable, con amenazas importantes: el envejecimiento de la población, el aumento en el costo de las prestaciones, la necesidad de fortalecer los recursos humanos, la incorporación de tecnología médica -por lo general costosa- y la atención de pacientes más informados son algunas de las amenazas de un entorno desafiante para estas empresas.

La situación exigirá a las empresas de salud esfuerzo adicional para abandonar modelos de gestión adaptados a entornos más apacibles y enfrentar con éxito este cambio. El modelo de gestión requerido para los años venideros debe concentrarse en fortalecer el sistema de calidad en la atención del paciente, para lo

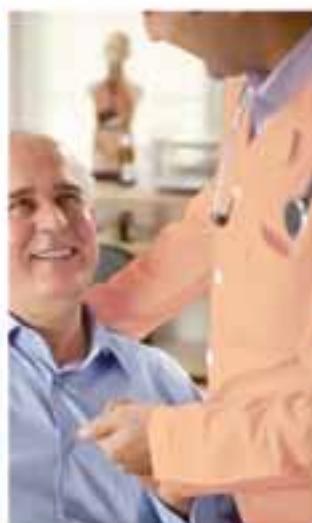


cual es necesario comprender que la calidad en las empresas de salud no es una característica que resulta de la mejor buena voluntad y disposición de conocimientos puesta a disposición del paciente, sino de un proceso que está presente en todas las decisiones y acciones de sus integrantes. Este sistema de calidad que comentamos requiere resultados cuantificables que ratifiquen la calidad de sus procesos.

La gestión de las empresas de salud debe incorporar tecnología de gestión de empresas, y para ello debe hacer un especial esfuerzo en profesionalizar la gestión. Ello no es una tarea menor ni fácil, pero sí ineludible para los tiempos que corren. Exige un ajuste puertas adentro y,

como todo cambio, al comienzo es resistido. Los modelos de gestión no son siempre bienvenidos en las empresas, y las compañías de salud no son la excepción. Se requiere información para tomar decisiones correctas, y en un contexto de cambio acelerado no contar con ella es una amenaza. La gestión profesional es una exigencia. Tal vez alguna vez fue un lujo..., hoy no lo es.

(*) Licenciado en Economía



Líderes en Servicio de Internación Domiciliaria

Médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y kinesiólogos, formados específicamente en cuidados domiciliarios.

**Nuestro compromiso es brindar
una mejor calidad de vida
para el paciente y la familia.**

¿Qué nos indican los síntomas?

**Dr. Enrique Pérez Gras (*)
Director Comercial
Hospital Universitario Austral**

Si se toma al sistema de salud como un paciente, se debería llegar a un diagnóstico para resolver su problema. Hay que analizar los síntomas y aquello que no funciona como corresponde. En tal sentido, manifiesta señales que ponen en rojo el tablero de comando.

Si bien los subsistemas de salud nunca se integraron y no evitaron el despilfarro de recursos y la superposición de coberturas, en la Argentina todo el mundo tuvo y tiene una respuesta asistencial a sus males. De esos subsistemas, el que menos respuesta entregó fue el hospital público, recargado por la gran cantidad de asalariados que están fuera del sistema y no cuentan con los beneficios médicos. PAMI, las Obras Sociales Sindicales, Obras Sociales Provinciales, Obras Sociales de Dirección y las empresas de Medicina Prepaga generaron una respuesta razonable a las demandas de sus afiliados en los últimos años.

Para esclarecer lo que muestran los síntomas, es necesario analizarlos desde los dos grandes sectores: el financiador y el prestador.



El financiador

Considerando al Estado como el financista del sector público, hay una tendencia negativa y que se consolida por la baja respuesta a las necesidades de los sectores desprotegidos.

Las Obras Sociales Sindicales, con un recupero de su poder adquisitivo, ofrecen a sus afiliados mejores servicios, basados en la capacidad de elección que conserva el afiliado.

Las Obras Sociales Provinciales tienen una respuesta a sus demandas, y los gobiernos provinciales transfieren las partidas para su financiamiento. En todas impacta muy fuerte la nueva legislación sobre coberturas en discapacidad, trastornos de la alimentación y fertilidad asistida, impuestas sin una adecuada previsión de su correlativo financiamiento.

Hoy las Obras Sociales de Direc-

SERVICIOS HOSPITALARIOS

ción y las Prepagas se encuentran ante una encrucijada. La nueva Ley 26.682 las responsabiliza de distintas obligaciones que van más allá de las que cualquier empresario estaría dispuesto a cumplir. Eso pone en riesgo a todo un sector de la población que, paradójicamente, es el que mejor atención tiene y responde a decisiones personales y voluntarias, que acarrean, para el que toma los servicios, costos adicionales en reemplazo de la obligación que tiene el Estado para con toda la población.

El prestador

Los prestadores soportan una relación negativa entre costos y precios que obligó a cerrar clínicas y que, en los próximos meses, tensará la negociación con los financiadores. El sistema se halla ante el dilema de mayores costos y la imposibilidad de que los financiadores los reconozcan, porque los ingresos están frenados por la mencionada ley. Ninguna organización de salud soporta mayores costos sin la pérdida de la calidad médica o que sus precios acompañen ese fenómeno.

Es por eso que el sistema se encuentra en un círculo, que en los últimos años se fue cerrando en un sistema de costos/precios, aunque hoy una de sus variables (el precio) está bajo amenaza y jaquea al paciente, que, en definitiva, será quien pagará las consecuencias.

(*) Contador Público



“Para tener medicina de calidad hay que invertir”

*Lic. Enrique Camerlinckx
Director ejecutivo de FLENI*

El sector financiador de la salud denomina “crisis” a un proceso que comenzó hace 15 años, cuando el sistema privado empezó una carrera basada en la desconfianza.

En aquel momento, en relación con las mejoras en los sistemas de gestión y su profesionalización, las empresas de medicina prepaga y las obras sociales comenzaron a notar que los márgenes de rentabilidad bajaban. La primera explicación que se encontró fue el “gasto médico innecesario”, concepto que luego mutó a “gasto médico”.

Como respuesta a ello, se estableció una estrategia para el control del gasto, que terminó con la integración vertical de los actores e incorporó policonsultorios, clínicas, sanatorios y profesionales propios que proveyeron materiales descartables y medicamentos y derivaron afiliados para minimizar el gasto.

ser parte del sistema para ser un competidor más y, si bien esto parecería normal, es la principal causa de la crisis que atraviesa el sector.



Un lugar donde los principales actores se llevan mal no es un sistema ordenado. Los clientes no están satisfechos con el servicio de sus prepagas; los prestadores no están conformes con las auditorías de los financiadores y estos no se conforman con quienes dan el servicio, ni con quienes lo usan.

Como prestador de servicios de salud de alta calidad, no tengo dudas de que este tipo de servicios no es un negocio.

les como el diagnóstico de imágenes y subespecialidades de media o baja complejidad, aunque la alta complejidad como negocio rentable es un concepto antagónico.

la Argentina se continúe con medicina de calidad es invirtiendo dinero en recursos humanos, capacitación, equipamiento, tecnología e investigación.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Poco le importa al profesional independiente, o a la clínica no integrada, si el paciente es mayor o no de 60 años, o si tiene carencias. Le interesa que el estudio de imagen sea legible y los medicamentos, óptimos; que le quede tiempo para capacitarse e investigar y que su retribución sea acorde con su experiencia y dedicación, ya que no es lo mismo un médico joven que un profesional con 30 años de experiencia.

Estos recursos no pueden salir de la misma caja. Por ello, en el mundo, el *fundraising* permite que los hospitales escuela sean la imagen y la preferencia de pacientes, médicos y financiadores.

Este es uno de los puntos olvidados por el gobierno y por cualquier regulación en danza durante los últimos años.

La salud gratuita no existe. Implica cada vez costos más crecientes y, por más que se atienda sin cargo, se debe pagar.

Hay que entenderlo y buscar la solución para que todos los involucrados trabajen en pos de un único beneficiado: el enfermo argentino que se queda en el país en un centro adecuado, comparable a cualquiera de los mejores del mundo. Hay que sellar un acuerdo que vuelva a dar confianza para convertir al sector de la salud en uno pujante, eficiente y pacífico.

Análisis actual del sistema de salud

Gustavo Martín ()
Director Administrativo de
Casa Hospital San Juan de Dios*

Una premisa fundamental, no compartida por todos, es que la salud es un bien social cuya responsabilidad, en cuanto al financiamiento, debería ser asumida por el Estado.

En la actualidad, este compromiso es asumido por tres sectores con distintas fuentes de financiación:

- El Estado: a través de los impuestos que recauda y luego vuelca al sistema de salud.
 - Las Obras Sociales: con los aportes de los trabajadores y contribuciones que realizan las empresas en forma proporcional al salario.
 - El Sector Público: con el gasto directo del bolsillo del ciudadano o, indirectamente, por la contratación de seguros o planes de medicina prepaga.

A través de esta composición se producen distintas situaciones:

- Contribución múltiple: ciudadanos que contribuyen a los tres sistemas.
 - Contribución mixta: cuando contribuyen a, por lo menos, dos sistemas.
 - Contribución simple: solo a través de impuestos indirectos que gravan el consumo.

El sistema de salud también puede analizarse desde la función que



cumple cada operador:

- Sector Prestador: hospitales públicos y privados, clínicas, sana- torios, policonsultorios, profesio- nales independientes, proveedores de insumos y medicamentos.
 - Sector Financiador: el Estado, las Obras Sociales, los aseguradores privados de salud, el ciudadano con su aporte individual de bolsillo.
 - El Usuario: consume o recibe esos servicios.

Particularidades del sector

En general, el usuario genera un gasto en el prestador, quien, en la mayoría de los casos, desconoce por qué existe un tercer pagador, el financiador, que es el que se hace cargo de dicha cuenta.

Por otra parte, el prestador está obligado a incurrir en gastos que se generan por la atención en un momento muy cercano a la misma (insumos, sueldos, logística, etc.), pero recibe del financiador su reembolso en plazos dilatados en el tiempo.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Otro problema es que la incorporación de la tecnología no está regulada, e ingresan nuevas prestaciones en la atención de la salud que incrementan el gasto.

Actualidad y perspectiva

En el actual escenario de crecimiento económico e inflación, un factor decisivo es el nivel de salarios, ya que representa alrededor del 60% del gasto total en una entidad sanatorial.

La puja por los salarios en el área de salud se encuentra en una carrera ascendente. Durante 2010 crecieron casi un 32%, y para el corriente año se estiman en 33%. Dichos incrementos se trasladan a la recaudación de las Obras Sociales y les generan dificultades a los sistemas prepagos.

El prestador privado, imposibilitado de absorber los mayores costos a los que se ve obligado a afrontar, se transforma en víctima de la situación, ya que no puede trasladarlos a los usuarios, pues son ellos quienes pagan por lo que consumen.

Por otro lado, los financiadores restringen los incrementos de valor de las prestaciones por diversas causas, entre ellas, la necesidad de conservar o aumentar su rentabilidad.

(*) Contador Público

TANGO e8



TANGO GESTIÓN

- Ventas (**fac. electrónica!**)
- Stock
- Tesorería (**nuevo!**)
- Proveedores
- Compras
- Importaciones
- CashFlow
- I.V.A.

- Contabilidad
- Activo Fijo (**nuevo!**)
- Sueldos
- Control de Personal
- Central
- TANGO Live
- Tablero de Control

TANGO ESTUDIOS CONTABLES (integración automática con Tango Gestión)

- Activo Fijo
- Sueldos
- Contabilidad
- I.V.A.
- Estados Contables
- TANGO Live
- Tablero de Control
- TANGO Live Web

Consulte ofertas especiales para contadores

ADQUIERA TODA LA LINEA TANGO EN:



Centro de Ventas y Servicios Oficial

SERVICIOS POST VENTA

- ✓ Instalación
- ✓ Parametrización

- ✓ Capacitación
- ✓ Soporte Técnico
- ✓ Equipo Y Redes

CENTRO DE CAPACITACIÓN PROPIO:



Cursos Tango:

Contabilidad, Sueldos,
Gestión, Live

Seminarios intensivos Soluciones a medida

Para más info:

4644 4124 / 4641 0462
ventas@borrajosoft.com.ar
www.borrajosoft.com.ar

SUCURSAL La Plata
(0221) 4824567
laplata@borrajosoft.com.ar

“Es importante regular al sector”

*Lic. Manuel Cuesta Silva
Gerente de Relaciones
Institucionales de Clínica
Sagrada Familia*

Para entender la situación actual del sistema de salud en la Argentina primero hay que conocer cómo se conforma. A grandes rasgos, existen tres subsistemas: el público, de Obras Sociales y el privado. Si bien dicha conformación coexiste de manera liberal, difiere enormemente con respecto al estrato social, los servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuenta cada uno.

El sistema público está conformado por los hospitales públicos y los centros de atención primarios de salud. Brindan servicios gratuitos y concurre a ellos alrededor del 37,5% de la población.

El sistema de Obras Sociales está conformado por aproximadamente el 51,6% de la población. El financiamiento de este subsector está formado por contribuciones de empleados y empleadores.

Respecto del sector privado, accede solo un 15% de la población. Se financia con el aporte prepago de los propios pacientes, que, por lo general, poseen un ingreso medio o alto. Más del 50% de este sector también cuenta con Obra Social.

Esta conformación da por resultado un mercado poco equitativo, donde el acceso a la salud depende de factores económicos y geográficos. Por ello es necesario contar con la pre-



sencia activa del Estado en materia de políticas de salud.

Es sumamente importante regular el sector. Aunque surgen intentos por lograrlo (como la recientemente sancionada Ley de prepagas), parece que responden más a intereses político-sindicales antes que a las verdaderas necesidades de la población. Todos los sectores adolecen de serios defectos y están muy sobre-cargados en sus prestaciones. Vale recordar las múltiples dificultades que existen para conseguir camas para internación, la demora en los turnos, en los estudios o en consultas médicas.

Es necesario generar cambios estructurales en el sector, con políticas sustentables de largo plazo, lo que es difícil de esperar, ya que no se vislumbran cambios en el corto y en el mediano plazo en un año de elecciones. Los debates sobre economía, seguridad, educación y pobreza ocupan la agenda, mientras

SERVICIOS HOSPITALARIOS

que la salud no figura en los planes del oficialismo, ni de la oposición. La excepción son casos aislados, como la Ley de Fertilidad Impulsada o la de Obesidad, que, aunque útiles y necesarias, no forman parte de una política coordinada.

Como programa de largo plazo, es necesario un Estado activo que fortalezca su capacidad reguladora y fije reglas claras a los tres subsectores por igual.

Es él quien, junto con los subsecretarios, debe trabajar fuerte y de manera coordinada en la aplicación de políticas orientadas a la población. Un problema creciente a nivel mundial será el constante incremento en los costos del sector, ya sea por el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías o el incremento de los costos laborales. Se deberá racionalizar los recursos para brindar a la población un mayor y mejor acceso a la salud de manera equitativa.



“Proporcionamos servicios que otros consideran poco rentables”

Dr. José Gutiérrez (*)
Obra Social Mutualidad Industrial
Textil Argentina (OSMita)
Presidente

Desde su creación conformamos una institución cuya finalidad es destinar sus recursos a brindar salud.

En todos esos años desarrollamos un intenso trabajo institucional, motorizado hoy por pertenecer a una actividad que sobrelleva una situación delicada y comprometida, a la que se suman las complicaciones de un sector postergado.

En este marco complejo, bregamos por una política de salud que sea definitivamente una política de Estado en la que estén involucrados todos los actores: Estado, prestadores, administradores de recursos, financieros y usuarios. Y esta política estará destinada a cultivar una población sana, productiva y estable.

Cuanto mayor sea esa integración, más posibilidades tenemos las instituciones y los individuos de ver satisfechas las necesidades colectivas.

Existen los medios para que toda la población cuente con una cobertura médica adecuada, pero los bolsones de ineficiencia, la falta de coordinación, un sistema fragmentado y



anárquico, los *lobbies*, etc., hacen que los recursos no lleguen a los que los demandan. De esa manera no se da una respuesta justa y respetuosa a las necesidades del conjunto de la sociedad.

Esa falta de políticas apropiadas para la salud ha generado pérdidas, desinversión, inseguridad jurídica, litigiosidad indebida y su consecuencia: la medicina defensiva, con sus costos adicionales.

La salud es un derecho, no una dádiva, y por tal motivo debe tener presupuestos responsables, definiciones precisas y perdurables del régimen adoptado y una administración eficiente de este.

Como somos una Obra Social, por integrar el Subsistema de Seguridad Social en carácter de agentes del seguro de salud administraremos recursos aplicados al financiamiento de las prestaciones destinadas a los beneficiarios comprendidos en este régimen.

Como somos Mutualidad por convicción y legalidad, competimos con

otras entidades y empresas en cuanto a eficiencia y seriedad, y proporcionamos servicios donde otros consideran poco rentable hacerlo.

Por ello, no dejamos pasar oportunidades para concretar acciones destinadas a superar carencias, debilidades y amenazas. Nuestro objetivo es, en ese contexto, seguir creciendo como lo hemos hecho y más aún.

Con esta tesis, no podemos admitir más postergaciones en la conformación de un sistema de salud robusto y solidario, porque hay una ética de la urgencia que está exigiendo cuentas todos los días por los innumerables sufrimientos evitables.

Y en ese sentido, nuestra Entidad, OSMita, está abocada permanentemente a una estrategia sustentable y orientada a garantizar un aumento de la vida saludable, equidad en la cobertura, satisfacción de los usuarios, calidad de los servicios, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de recursos.

(*) Contador Público

Estrategia y tecnología, pilares de la actividad farmacéutica

Dr. Juan Riveiro ()
Admifarm Group S.A.
Director – Propietario*

Cuando nació Admifarm, hace diez años, nos propusimos tomar como propios los constantes desafíos de un mercado altamente cambiante y exigente. Para ello encaramos la actividad contando con profesionales de experiencia en la administración y el gerenciamiento de convenios con organizaciones de salud.

Para llevar adelante esta tarea con el mayor éxito es indispensable contar

con recursos tecnológicos inherentes a la prestación farmacéutica integral. Actualmente asistimos a una población que supera los 6 millones de personas de más de 75 financiadores del sector salud. Además, tenemos alrededor de 40.000 entregas mensuales de medicamentos y una red farmacéutica compuesta por más de 5.200 farmacias a lo largo y ancho del país.

Podemos decir que los pilares en los que se basa nuestra actividad son tres: estrategia y planificación, tecnología de punta y recursos humanos calificados.

Todo esto nos permite garantizar la trazabilidad, eficiencia, solidez y logística tanto de los productos como de los insumos que manejamos en nuestra empresa.

(*) Contador Público

HACER QUE LA GENTE
SONRIA MÁS
ES EL MEJOR TRABAJO
DEL MUNDO.

TE LO PUEDE DECIR UN HUMORISTA
Y AHORA TAMBIÉN TU DENTISTA.

enjoy

TRATAMIENTO Y ESTÉTICA ODONTOLÓGICA
By Alpha Omega

Viamonte 1526. Piso 5 "A" (54-11) 4373-1005
www.enjoydental.com.ar





“La salud no tiene precio, pero sí un costo”

Carlos Abad
Medical Brokers
Director Ejecutivo

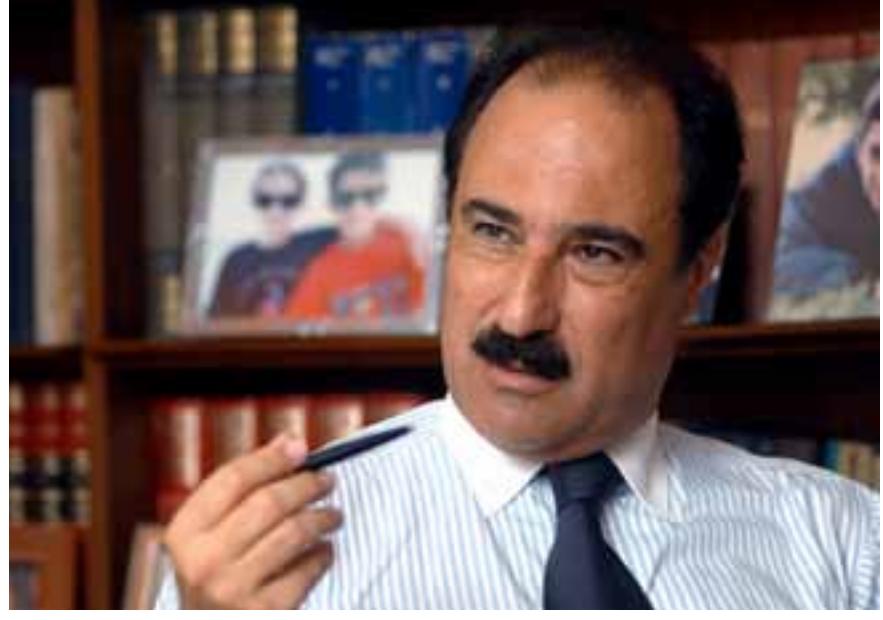
“Primero la salud” y “la salud no tiene precio” son expresiones populares incuestionables, ya que, frente a la enfermedad o la muerte, la salud se valora en toda su dimensión como un bien inapreciable.

Hasta hace un par de décadas, el hecho médico asistencial se limitaba a la atención profesional y a un reducido número de métodos, de diagnósticos y de medicamentos.

Los espectaculares avances científicos de los últimos años generaron importantes cambios: una mayor expectativa de vida, invaluables conquistas terapéuticas frente al dolor, estudios inciertos, fertilización asistida, trasplantes de órganos y erradicación de una gran cantidad de enfermedades. Sin lugar a duda, la suma de todos estos factores tiene un efecto directo sobre los gastos de la salud.

A este desarrollo de la tecnología médica se le suman el creciente envejecimiento de la población, la innovación farmacológica, las indemnizaciones por mala praxis, los factores epidemiológicos y los medioambientales.

Las recientes epidemias sociales



-que incluyen los accidentes viales, la criminalidad, la violencia doméstica, junto con el estrés, el SIDA, la anorexia y la bulimia, adicciones a las drogas y el alcohol- son nuevos componentes en este volcánico crecimiento de los gastos de la salud.

En relación con su magnitud económica, el gasto sanitario en la República Argentina es del orden del 8% del PBI. En EE.UU., ronda el 17% y, en los países de la Unión Europea, el porcentaje promedio también es de un 8% de sus respectivos PBI.

Resultó llamativa la centralidad del tema de los gastos en salud en los recientes debates del presidente Barak Obama en EE.UU., como también su importancia en España frente a los recortes presupuestarios y prestacionales en Alemania y en algunos países escandinavos. En estos países, el costo de la salud duplica al de la inflación.

La ciencia ha derrotado males y enfermedades que hasta hace pocos años parecían invencibles. La dis-

ponibilidad de los recursos de última generación se ha vuelto parte de nuestra cotidianidad y de nuestros derechos, pero todos los aspectos antes mencionados se enfrentan a la intransigencia de los números en todas sus variantes, ya sea como impuestos, cuotas o aranceles.

Este dilema nos enfrenta a la necesidad de una profunda reingeniería. El sistema no puede seguir funcionando bajo la modalidad tradicional de la atención en la que solo intervienen el médico y el paciente, ya que no contempla la intervención del financiador -sea este un sistema médico público o privado-, el que indefectiblemente deberá participar en la toma de decisiones para garantizar el uso correcto de las prestaciones y la continuidad del sistema.

El futuro de la salud no puede ser una actualización cosmética del pasado; las propuestas deberán ser repensadas desde un modelo nuevo, donde los presupuestos no tengan desviaciones ni abusos de prestadores y usuarios.

TEMA CENTRAL

Por lo tanto, la transformación tiene que incluir un nuevo modelo vinculante, prestador, usuario y sistema médico-asistencial, del tipo de la medicina basada en evidencia o gerenciamiento de enfermedades bajo normas internacionales. Solo una asociación inteligente entre las partes permitirá afrontar en tiempo

y forma la difícilísima tarea de encontrar un sistema que equilibre el costo y la calidad.

Por último, y considerando que todo lo que se formule acerca de este tema deberá estar basado en los más altos principios éticos, indisolublemente unidos a la solidaridad

y al principio de acceso universal a la salud, debemos sincerarnos como sociedad frente al concepto de gratuidad, ya que efectivamente la salud no tiene precio, pero sí un costo que deberá ser administrado con máxima eficiencia y vocación de servicio.

“El sistema funciona solidariamente como cualquier seguro”

**Patricio Pasman
Austral Salud
Responsable de
Gestión Comerci**

Las empresas de Medicina Prepagada nacieron en la Argentina hace ya más de 40 años. Al igual que en muchos países del mundo, un sector de la sociedad que generalmente es el de mejores ingresos complementa la cobertura de salud pública estatal contratando un seguro privado.

Inicialmente fueron empresas pequeñas fundadas mayoritariamente por médicos. Durante la década del 80 fueron un muy buen negocio financiero, ya que “precobraban” las cuotas al inicio de mes y pagaban las prestaciones a los 60 días, haciendo “trabajar” durante ese período el dinero en épocas donde esta actividad dejaba alta rentabilidad. En los 90 tuvieron que reacomodarse con



la estabilidad y comenzó un período de muchas adquisiciones y fusiones promovida por el ingreso de nuevos grupos económicos nacionales e internacionales que invertían en la industria, seducidos, entre otros factores, por el ingreso al mercado de Obras Sociales a través de la desregulación realizada hacia fines de la década.

La mayoría de estos grupos económicos extranjeros se retiró de la industria, y algunos se fueron también del país durante la crisis del año 2001. Sin embargo, el sector continuó el

proceso de concentración, pero ahora en grandes grupos nacionales. Tuvo un importante crecimiento en los últimos 6 años, producto fundamentalmente del crecimiento del empleo y, por qué no decirlo, del deterioro constante de los servicios en los hospitales públicos.

Una tendencia en aumento durante la última década fue que muchas de estas empresas trabajan hoy integradas verticalmente. Hospitales y sanatorios crecieron desarrollando sus propias prepagas y muchas cre-



cieron comprando o construyendo sanatorios. Esto seguramente se irá profundizando aún más en los próximos años. Actualmente, la oferta de camas en sanatorios de primer nivel en las grandes ciudades no alcanza a cubrir la demanda, provocando en muchas ocasiones la angustia de los pacientes. No ingresarán nuevos grupos a la industria, pero los que actualmente están trabajando continuarán invirtiendo en construir nuevos sanatorios y ampliar los existentes.

El sector, al igual que en la mayoría de los países del mundo, debía regularse. La nueva ley de regulación dictada por el Congreso de la Nación se encuentra en período de reglamentación. La ley consta de 30 artículos, de los cuales entiendo que 25 están muy bien y van a ha-

cer más justo y eficiente el sistema. De los 5 artículos restantes hay 4 que deben y pueden ser mejorados, y uno que es inviable. Es el ya famoso artículo 10, que obliga a las empresas a tomar a todos los asociados independientemente de su estado de salud. Los precios de los planes, en todos los países del mundo, se fijan realizando cálculos actuariales que determinan las probabilidades de ocurrencia de distintos tipos de enfermedad o patologías, y el costo que generará cada una de ellas.

El sistema funciona solidariamente, como cualquier seguro, donde el costo de los asociados más enfermos se financia con el cobro de las cuotas de los asociados sanos. Puede ocurrir que una mujer se asocie por ejemplo cuando está emba-

razada y luego de tener su hijo se dé de baja o un hombre se asocie para operarse su rodilla y luego de operarse se dé de baja. Las cuotas que recibirán las empresas serán seguramente infinitamente menores que los costos de las prestaciones realizadas. Esto puede provocar serios inconvenientes al sector, los que pueden convertirse en mayores costos de los planes, menor cantidad de empresas o deterioro de la calidad de las prestaciones.

Esperemos que esto no suceda y que el sector pueda seguir dando un buen servicio a más de 5 millones de personas que complementan la cobertura del Estado comprando planes médicos a empresas de salud privada.

PREPAGAS

“Colocamos en el país la medicina del primer mundo”

Juan Funes
Director Comercial
Galenó



Actualmente el sector de la Medicina Prepaga se encuentra, una vez más, reacomodándose para enfrentar los cambios que se generarán a partir de ser aprobada y sancionada por la Honorable Cámara de Diputados la Ley de Regulación de la Medicina Prepaga.

Dado que tendrá impacto sobre

nuestra actividad, es importante aclarar que dicha ley debe ser reglamentada dentro de los 120 días a partir de su publicación en el Boletín Oficial. Por tal motivo debemos aguardar este plazo, ya que en él podrán devenir aclaraciones que nos permitan la correcta implementación. Entendemos que nuestro sector está cumpliendo un rol central

en la tarea de colocar en el país la medicina del primer mundo con infraestructura sanitaria actualizada.

Debido a lo anteriormente mencionado, durante este año hemos finalizado los proyectos iniciados en cuanto al Desarrollo Comercial y de Servicios al Cliente. Hemos concretado la apertura de 8 nuevas

TEMA CENTRAL

sucursales, que son las siguientes: Neuquén, Comodoro Rivadavia, Venado Tuerto, Concordia, Caleta Olivia, Mendoza, Vicente López y Cerro las Rosas. De esta manera, GALENO conforma una red de cobertura nacional con 60 sucursales en todo el país.

Para el diagnóstico por imágenes, es importante y necesario realizar actualización tecnológica del equipamiento de terapia intensiva, de los quirófanos de última genera-

ción con monitores multiparamétricos, o respiradores, que trabajan con altos niveles de exactitud, ya que resultan fundamentales para un buen diagnóstico y posterior tratamiento.

Desde GALENO continuamos desarrollando nuestra actividad médica con total normalidad y con el mismo compromiso de siempre, sumando día tras día el valor agregado desde nuestros propios Sanatorios de la Trinidad. Asimismo es fun-

damental en el sector el desarrollo de nuevos procesos de atención al cliente y una fuerte capacitación de los recursos humanos, ya que nuestra empresa está constituida por más de 4.500 empleados.

El objetivo que nos proponemos sigue siendo el mismo con el que nos iniciamos en esta actividad: marcar el rumbo en la calidad médica de nuestro país.

MEMO SOFT

FACTURA ELECTRÓNICA ON-LINE
El **31/03/2011** entró en vigencia la obligatoriedad de emitir facturas electrónicas para los Monotributistas categorías H, I, J, K o L.

+ **GESTION COMERCIAL**
GESTION PRODUCTIVA
SEGUIMIENTO COMERCIAL
CONTABILIDAD GENERAL
SUELDO Y JORNAL
IVA COMPRAS Y VENTAS

+ **FACTURA ELECTRONICA**
REG. SOPORTE MAGNETICO

+ Estudios Contables
+ Microemprendimientos
+ PyMes
+ Empresas Medianas

Software a tu medida

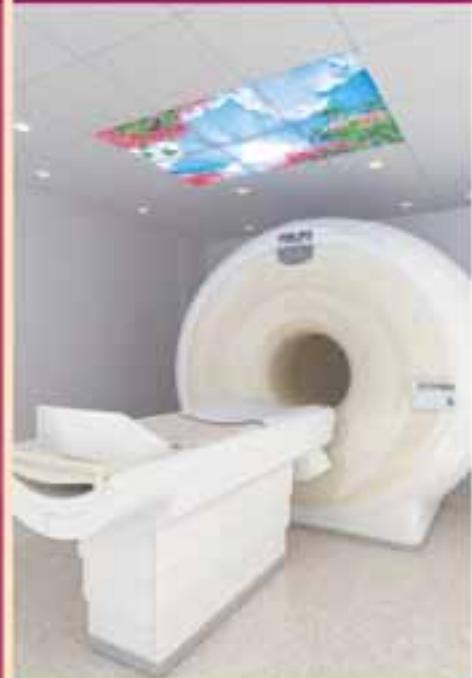
[011] 4554-6111
Av. Federico Lacroze 3012
Bs. As. / Argentina
info@memosoft.com.ar
www.memosoft.com.ar

NUEVO EDIFICIO | BELGRANO

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



SALTO TECNOLÓGICO



RESONADOR
MAGNÉTICO
PHILIPS 3 TESLA

Máxima potencia, mayor
precisión y más velocidad.
Único con Sky Ceiling.

NUEVO CONCEPTO EN SERVICIOS



ÁREA
MUJER

Enfoque innovador en
un espacio exclusivo para ellas.

CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE



EDIFICIO
ECOLÓGICO

Desde su construcción prioriza-
mos el cuidado del ser humano
y de la comunidad.

AMENÁBAR 1331 | 4706-6300

www.deragopyan.com.ar



La tendencia de integrar profesionales al sector salud va en aumento

Miguel Angel Troisi ()
Presidente de la Comisión de
Salud
Consejo Profesional de Ciencias
Económicas de la CABA*

La Comisión de Salud es una de las comisiones más jóvenes de nuestro Consejo Profesional, pues su primera reunión se realizó hace tan solo 7 años. Antes se abordaba parcialmente esta temática dentro de la Comisión de Seguridad Social; esto era así por ser el Sistema de Obras Sociales uno de los subsistemas que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud en la Argentina.

Las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud no se circunscriben solamente a las Obras Sociales, las que sin duda son protagonistas por tener la responsabilidad de administrar los recursos de más de 18 millones de beneficiarios. Coexisten también otros sectores, como prestadores u otros financiadores, que desarrollan su actividad como entidades que pueden revestir el carácter de públicas o privadas.

Estas organizaciones han ido incorporando a sus estructuras -y lo hacen cada vez más- a profesionales en Ciencias Económicas, cuya parti-



cipación estaba muy postergada. Es de destacar cómo se fue revirtiendo esta postura en el curso de los últimos años, a tal punto que hoy se reafirma la tendencia de una mayor integración profesional al sector.

Por todas estas razones, las autoridades de este Consejo Profesional se vieron motivadas a disponer la creación de la Comisión de Salud, convencidas de brindarles a los profesionales en Ciencias Económicas el ámbito y las herramientas adecuados ante la aparición de una necesidad cada vez más profunda de capacitación, actualización, información e integración de los colegas que desarrollan su actividad profesional dentro de esta área.

El trabajo que se realiza en la Comisión parte del conocimiento, por parte de todos, de que en nuestro país conviven distintos tipos de entidades que conforman subsectores que no son compartimentos estancos. La relación funcional de los mismos es sumamente estrecha. Por ese motivo, el análisis de una situación dada con la aparición de una nueva normativa o un cambio en los procedimientos aplicados produce necesariamente impacto inmediato en alguno o todos ellos.

Por la beneficiosa creación de este nuevo espacio, propicio para efectuar tareas de análisis situacionales, normativos y de cambios en el sector, y también por la permanencia



TEMA CENTRAL

nente preocupación por difundir el conocimiento especializado en esta materia, podemos decir con mucho orgullo que “nuestra Comisión no deja de crecer”. En forma permanente se suman nuevos colegas en la búsqueda de integrarse con profesionales que afrontan a diario la misma problemática; intercambian así conocimientos y experiencias y

participan en las diversas actividades que en ella se desarrollan.

En el presente año, el próximo 14 de septiembre, realizaremos la 7^a Jornada de Salud junto con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social y la Superintendencia de Servicios de Salud. Esta última entidad, en el mes de noviembre

de 2010, eligió la sede de nuestro Consejo para coorganizar la presentación de su nueva normativa contable, con el compromiso y reconocimiento que ello significa.

(*) Contador Público

El futuro de la profesión en el escenario de la salud

Dra. Graciela Asorey*
*Consejera Coordinadora de la Comisión de Salud
Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la CABA*

Nuestras profesiones han ido creciendo en este último tiempo a pasos agigantados. Los cambios que se suscitan en la sociedad, el aumento de la esperanza de vida, los entes, la globalización, el desarrollo tecnológico, las crisis sociales y de valores, influyen sobre nuevas formas de organización.

Nuestros profesionales deben ser proactivos, inquietos, estar actualizados y atentos a estos cambios para poder responder en forma adecuada a las nuevas demandas que se presentarán en todos los mercados.

El sistema de salud argentino es imperfecto y altamente fragmentado; requiere profesionales especializa-

dos. Antiguamente era patrimonio de las profesiones médicas, pero hoy en día es uno de los que más profesionales en ciencias económicas requiere, ya que una de sus características de mayor relevancia es que los recursos son finitos y las necesidades, infinitas. Por ello cobran importancia nuestras cuatro profesiones -las correspondientes a los economistas, los actuarios, los contadores y los licenciados en administración- en cada uno de los subsectores: el público, la seguridad social y el privado.

Para poder cumplir los distintos roles en este mercado se requiere contar con todas las incumbencias taxativamente enunciadas en nuestra Ley 20.488 de ejercicio profesional, estar actualizados para dar respuesta a los desafíos venideros y dar satisfacción a las necesidades del sector Salud en general: por ejemplo, la regulación de la medicina prepaga, la reglamentación de la Ley del Celíaco, las modificaciones de las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, etcétera.



Se puede sintetizar que los profesionales en ciencias económicas tienen un amplio campo de actuación en el mercado de salud. Hemos recorrido hasta ahora un largo camino, donde fuimos gradualmente insertándonos en el sector, y nos espera un futuro trascendente, pero ello depende-

rá de mantenernos actualizados, de generar servicios que impliquen valor agregado para los clientes, de que el capital humano sea cada vez más rico, y que en las áreas donde realicemos nuestras tareas nuestro desempeño marque la diferencia.

Conforme a todo lo expresado, queda claro que solo así ocuparemos el espacio que legítimamente nos corresponde y que en un futuro deberemos continuar expandiendo.

(*) Lic. en Administración de Empresas

**“Quien tiene
discapacidad no
es un paciente,
sino una persona”**

**Lic. Pedro Crespi
ASDRA (Asociación Síndrome de Down de la República Argentina)
Director Ejecutivo**

En el país, según estimaciones de organizaciones no gubernamentales, nacen cerca de 850.000 personas por año, de las cuales unas 1250 tienen síndrome de Down. La llegada de estos bebés, a veces, produce en los padres un importante quiebre: el hijo real está lejos del hijo soñado. Y esta brecha, que contiene fuertes sensaciones encontradas que van desde la alegría a la frustración, genera en los papás angustia y un profundo sentimiento de soledad. “¿Por qué a nosotros?” es la pregunta que en ocasiones se hacen.

La Asociación Síndrome de Down de la República Argentina (ASDRA) es una ONG de padres, fundada el 8 de agosto de 1988. Nació en un contexto donde poco se conocía sobre la discapacidad en general y en el que se escondía a las personas



con síndrome de Down, porque la mirada social era muy pesada sobre ellas. Pero los papás fundadores, lejos de dejarse arrastrar por el clima dominante, creyeron en sus hijos como personas y jamás pusieron a la discapacidad delante de ellos. Y es así como, desde sus orígenes, luchan por la plena inclusión de las personas con discapacidad y llevan un mensaje esperanzador y realista a todos los padres que reciben a un bebé con síndrome de Down.

En sus 23 años de trayectoria, ASDRA acompañó a más de 12.000 familiares de personas con síndrome de Down mediante sus programas de

contención, promoción e información. El primero tiene relación con la organización de grupos para papás, según las edades y etapas de sus hijos; el segundo consiste en la realización de acciones de *lobby* para lograr que se cumplan los derechos de sus hijos y hoy, particularmente, la posibilidad de que estudien en un aula común como cualquier chico -con un currículo adaptado-; y el tercero fomenta el desarrollo de campañas de comunicación como “Insultos”, que es una iniciativa que se lanzó hace un año para concientizar sobre el uso de la palabra “mogólico” y que ya tiene más de 240.000 seguidores en Facebook.



Desde su creación, ASDRA promovió la creación de 72 organizaciones de padres de personas con síndrome de Down. Hoy muchas de ellas forman parte de la Red Inclusión Argentina Síndrome de Down (Red IAS), una alianza de organizaciones que trabajan de manera mancomunada para que en todo el

territorio se garanticen los principios básicos de inclusión. ASDRA lidera ese espacio con una Visión bien definida: romper de lleno con el modelo médico que hay sobre las personas con discapacidad para pasar al Modelo Social. Que quede claro: quien tiene discapacidad no es un “paciente”, sino una “perso-

na” que como cualquier otra desea ser feliz, tiene sus propios gustos y quiere una vida autónoma. Su ritmo será distinto al de muchos otros, pero, al fin y al cabo, ¿no es cada persona única e irrepetible?

ECONOMÍA DE LA SALUD

“La eficiencia en la asignación de los recursos es clave”

Dra. Amanda N. Rubilar (*)
Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina
Presidenta

Desde la crisis del petróleo en 1974 hasta la última crisis económica mundial, todavía no hay indicios de que se haya salido de ella, se advierte la necesidad de evaluar mejor no sólo la utilización de los recursos sino también la relación entre el nivel del gasto en salud y los resultados obtenidos. Se trata de una cuestión clave en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, y que es un imperativo ético en los de América Latina por ser la región más inequitativa del mundo. Por ello, todos los países de la región deben mejorar y mucho la eficiencia del gasto social, entre los que se destacan la salud y la educación por ser los que tienen los mayores efectos redistributivos.

Es a partir de mediados de la déca-



da del 70 del siglo pasado cuando surge la Economía de la Salud como especialidad que se dedica a la investigación y estudio de métodos de medición y sistemas de análisis de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los productos/servicios que satisfacen las necesidades de salud de la población. Entre los valiosos aportes de esta disciplina, caben destacar:

- Descripción del sector, forma de estructuración y organización. Nivel de gasto y resultados obtenidos. Equidad y accesibilidad del sistema.
- Análisis y descripción del merca-

do de servicios de salud (oferta y demanda). Modelos de financiación, prestación, tipo de seguro.

- Formas de contratación e incentivos.
- Función de producción de los servicios de salud.
- Medición de los recursos utilizados y del producto obtenido.
- Evaluación económica de los usos alternativos de recursos (Análisis Costo-Utilidad, Costo-Efectividad, Costo-Beneficio de las intervenciones sanitarias).

En la Argentina son pocos los economistas que se ocupan de estos temas, y los trabajos y artículos que

SR. PROFESIONAL

Convenio Colectivo Mercantil N° 130/75

Nuevo Acuerdo Salarial - Junio 2010 (retroactivo a mayo 2010)

INACAP - Contribución Patronal Obligatoria

El miércoles 16 de junio de 2010 se firmó un Nuevo Acuerdo Salarial bajo los siguientes lineamientos:

** El nuevo Acuerdo dispone el otorgamiento de una suma fija no remunerativa de \$75,00 que se suma a la base de cálculo del aumento, el cual fue pactado en un 27% acumulativo, abonándose la primera cuota del 15% en forma retroactiva al mes de mayo de 2010, la segunda cuota del 7% a partir del mes de septiembre de 2010 y la tercera cuota del 5% a partir del mes de diciembre de 2010.

En virtud de ello, se procede a informar la actualización respecto a la fórmula de cálculo, modalidad existente de liquidación y pago de la citada contribución.

Contribución Patronal – Forma de cálculo

	Maestranza A inicial	% aporte INACAP	Cuota INACAP
Maestranza A inicial (remunerativo vigente)	\$ 1.293,65	0.50%	\$ 6,47
No remunerativo Res. 510/08 ST (08-may-08)	\$ 358,73	0.50%	\$ 1,79
No remunerativo Res. 570/09 ST (15-may-09)	\$ 300,00	0.50%	\$ 1,50
No remunerativo Res. 143/10 ST (15-feb-10)	\$ 100,00	0.50%	\$ 0,50
Asignac. Especial Res. 143/10 ST (15-feb-10)	\$ 75,00	0.50%	\$ 0,37
No remunerativo Acuerdo Salarial (10-jun-10) aplicable 05-2010	\$ 319,11	0.50%	\$ 1,60
No remunerativo Acuerdo Salarial (10-jun-10) aplicable 09-2010	\$ 171,25	0.50%	\$ 0,86
No remunerativo Acuerdo Salarial (10-jun-10) aplicable 12-2010	\$ 130,89	0.50%	\$ 0,65
TOTAL			\$ 13,74

Ello arroja una contribución de \$ 13,74 por cada empleado alcanzado por el Convenio Colectivo Mercantil N° 130/75.

Vigencia, vencimiento, liquidación y pago.

- Vigencia: aplicable a los sueldos de diciembre de 2010.
- Vencimiento para el pago: los días 15 del mes siguiente.
- Liquidación y emisión de la boleta de pago: a través de la página www.institutocap.org.ar
- Lugares de pago: Banco de la Nación Argentina, Banco de la Provincia de Buenos Aires, Pago Fácil (todos ellos en efectivo o cheque) y red de Bapropagos (sólo efectivo).
- Mesa de ayudas y consultas: 0810-122-4622 / 5291-8800 (líneas rotativas).





producen se refieren casi exclusivamente a los tres primeros aspectos antes mencionados. Los relacionados con la función de producción, medición de recursos y resultados, así como la evaluación económica, no han logrado aún captar la atención de los colegas. Ello ocurre en parte porque, contrariamente a lo que sucede en los países desarrollados, casi no hay financiamiento por parte del Estado para investigar sobre estos temas, y en parte porque, como puede observarse a través de la experiencia internacional, para poder incursionar seriamente en ellos es necesario entender que en Salud lo que interesa es la eficiencia económica. Esto significa la eficiencia en la asignación de los recursos (que

es lo que le interesa al economista), que necesariamente pasa por la efectividad clínica (que es lo que le interesa al médico), lo que implica que no se trata de gastar menos sino de aplicar los recursos disponibles en las intervenciones que más impacto pueden tener en la población. Esto requiere necesariamente un trabajo en equipo, donde el economista debe generar información detallada sobre la eficiencia de las intervenciones y el médico debe comprobar si esa información es aplicable a sus pacientes concretos. Las guías clínicas deberían informar cuáles son las estrategias ineficientes, y cuánto cuesta conseguir cada resultado, haciendo explícitas las relaciones entre beneficios y costos y detallando en

que subgrupos de pacientes es más eficiente una opción que otra. Ésta es la información que les puede resultar útil al médico y a los servicios de salud para optimizar el uso de los recursos disponibles, porque es el médico quien, a través de la práctica clínica, distribuye los recursos que la sociedad pone a su disposición. La forma como lo haga contribuirá a que se configuren determinados patrones de costos y resultados (calidad/seguridad en los servicios de salud). Desde esta perspectiva, las/los economistas tienen un campo de acción amplio y muy rico a trabajar en el presente y el futuro.

(*) Lic. en Economía

1048 - C.A.B.A. - 011 4372-2920 - www.btbsoft.com.ar

BIB
SOFTWARE

Un cambio en el paradigma asistencial de las personas portadoras de enfermedades crónicas y progresivas

Dra. Rosa Mertnoff ()
ExtraMédica S.A.
Directora Médica*

Los **cuidados paliativos** son una modalidad de asistencia que busca dar respuestas a las necesidades concretas que plantean tanto los pacientes confrontados con una enfermedad crónica, progresiva e invalidante como su entorno familiar. Si bien fueron concebidos para personas con enfermedad oncológica, este modelo es aplicable a pacientes con otras enfermedades crónicas en estadios avanzados, como la insuficiencia renal, la insuficiencia cardíaca, las demencias seniles, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etcétera.

Este enfoque tiene como misión mejorar la calidad de vida de esta “unidad asistencial paciente-familia”, atendiendo a las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de cada paciente, así como a las necesidades que plantea su entorno afectivo.



La modalidad de abordaje es la interdisciplinaria; para ello cuenta con un equipo compuesto por médico, enfermero, trabajador social, psicólogo y profesionales de otras disciplinas que suelen enriquecer su asistencia (terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, reflexólogos, etc.). Así, introducen un modelo innovador de cuidado: *atención a una persona singular con ideas, proyectos y derechos, que vive en su contexto familiar y social único, asistido por un equipo formado desde distintos saberes, donde cada decisión clínica es tomada considerando los deseos de un paciente correctamente informado, a la luz de los principios de la bioética.*

**Directora Postgrado Virtual Interdisciplinario de Cuidados Paliativos de la UBA*

- Creadora y Directora del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, UBA (1997- 2010) y del Programa de Internación domiciliaria de la misma institución (2003-2009).

- *Asesora Ministerio de Desarrollo Social, Dirección de políticas para adultos mayores.*

- Presidenta y posterior directora Ejecutiva de Paliativa, Asociación civil para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Argentina (2004- 2010).

TECNOLOGIA Y PENSAMIENTO ESTRATEGICO COORDINADO PARA LA ATENCION DE LA SALUD

Administración de redes farmacéuticas - Informes estadísticos y de consumo -
Auditoría y validación on line de recetas - Centro de patologías crónicas -
Management farmacéutico - Uso racional de medicamentos - Estudios de farmacoeconomía



● Profesionalismo



● Innovación



● Experiencia



● Servicio personalizado



ADMIFARM GROUP
SISTEMAS GLOBALES DE SALUD

Una odontología costo eficiente

*Dr. Mario Alperín
Presidente
Alpha Omega Organización
Odontológica*

Ante los cambios registrados en el mercado de la salud, y particularmente en lo que respecta a la oferta de servicios odontológicos, al ejercicio profesional, a la relación odontólogo-paciente y al rol de los financiadores, la realidad del sector se ha complejizado.

Es claro que el sistema ha cambiado y ya no resiste una política de atención indiscriminada, donde los controles del sector público aparecen como excesivos.

Todo nos hace replantear nuestro sistema de atención, organización, posición ante el paciente y nuestra relación con los financiadores.

El nuevo escenario nos obliga a un proceso de formación continua en nuevas áreas –tales como administración, atención al cliente, marketing, comunicación, calidad-, además de un amplio conocimiento del negocio, de las tendencias, de los clientes potenciales y de los posibles nichos de mercado.

El desafío del futuro será encontrar formas de facilitar los servicios tanto a los usuarios como a los financiadores a través de prestaciones costo-efectivas basadas en educación, información, trabajo, equipamiento y entretenimiento.



miento, integración disciplinaria y control de gestión.

Es por ello que debemos brindar respuestas organizativo/gerenciales que permitan asegurar que la justa rentabilidad empresaria se vea asociada a la equidad en la accesibilidad a los servicios y a la calidad de las prestaciones.

Es importante destacar la importancia del sector odontológico en las políticas a definir. Sin duda tendremos que prever con suficiente antelación el nuevo escenario de competencia planteado y el constante aumento del gasto en salud.

Además, hay un incremento en la tasa de uso de los sistemas de cobertura médica/odontológica por causas como mayor información o migración desde profesionales privados. Nos encontramos ante un servicio potencialmente utilizable por todo el universo cubierto, el que, correctamente gerenciado, aporta una presencia importante y

una imagen de las instituciones ante los asociados a bajo costo.

Nuestra posición dentro del mercado es clara. Como empresa odontológica manejada íntegramente por odontólogos, hemos generado herramientas que permiten a los financiadores la toma de decisiones con información veraz y oportuna. Esto permite bajar los costos a los financiadores y a los profesionales, transparentando así el sistema de atención y control.

Con el advenimiento de la informática los controles, los perfiles y los indicadores son nuestra marca en el mercado, donde actualmente somos socios de las más importantes prepagas y obras sociales, cuyos servicios odontológicos administramos, auditamos y liquidamos.

Esta profesionalización de la administración odontológica nos ha permitido alcanzar con éxito el liderazgo en el sector financiador y el reconocimiento de nuestros colegas.



Ley de Prepagas y el rol del Actuario

Por los Dres. Eduardo Melinsky (*)
y Fernando Martucci (**)

El presente informe es un extracto del artículo “El Actuario: Ley de Prepagas y Valuación de los Compromisos según Resolución Técnica 23” (1). En este capítulo se identifican, en forma resumida y sencilla, las principales tareas que el profesional actuaria puede realizar dentro del ámbito de las empresas de medicina prepaga, teniendo en cuenta el componente de riesgo prestacional y la incertidumbre que posee la naturaleza técnica de la actividad.

EL ACTUARIO COMO ANALISTA TÉCNICO DEL RIESGO PRESTACIONAL

En términos de ingresos y egresos, las entidades que brindan coberturas de salud (ya sea vía coberturas de seguros individuales y/o colectivos, vía obras sociales, vía medicina prepagas u otros) reciben las cuotas de sus afiliados (*ex ante*) contra el compromiso futuro de brindar las prestaciones médicas (*ex post*), abonar los gastos de administración y obtener un margen razonable de ganancia (salvo entidades sin fines de lucro).

En este contexto, la determinación del nivel adecuado de las cuotas (de manera de permitir afrontar los compromisos contraídos) es una ta-



rea esencial y prioritaria para toda entidad que desee brindar íntegramente las coberturas, obtener resultados razonables y estables y por lo tanto perdurar en el tiempo.

Teniendo en cuenta que las cuotas se perciben con anterioridad al pago de las prestaciones y que éstas son a futuro, de carácter contingente y con costos crecientes con la edad, es necesario realizar un análisis actuarial del riesgo prestacional de manera de obtener cuotas que permitan cubrir los costos futuros de las prestaciones médicas a otorgar en el futuro, los gastos de administración y un margen razonable de ganancia.

El **análisis actuarial técnico del riesgo prestacional** requiere definir el alcance y medidas de las prestaciones (cobertura y desarrollo de los productos), de la selección de los riesgos (suscripción) y de la estructura de la tarificación (cuotas según edad y antigüedad), entre

otros aspectos. Estos temas pueden ser libremente definidos por las entidades prestatarias o estas pueden estar limitadas por leyes y/o reglamentos que establezcan condiciones específicas.

El **alcance y medidas de las prestaciones** incluyen la determinación de los servicios incluidos (por ejemplo: hospitalización, emergencia, consultas médicas), modalidades de las prestaciones (por ejemplo: reintegros, prestación directa, planes cerrados, planes abiertos), consideración de copagos, enfermedades preexistentes, período de espera y/o carencia, plazos de cobertura, entre otros.

La **selección de riesgos** está dada por la caracterización de la población cubierta y el grado de asegurabilidad o admisión acorde con la exposición a los riesgos que se pretende cubrir.

1- La versión completa de este artículo puede encontrarse en la web institucional, en la dirección http://www.consejo.org.ar/coltec/Prepagas_RT23.pdf

LO MEJOR DEL VERANO EN OTOÑO, INVIERNO Y PRIMAVERA



Y NO TE OLVIDES QUE COMPRANDO CON TU MODERBAN TENÉS UN 5% DE DEVOLUCIÓN DEL IVA.



0800-22-20400
www.bancociudad.com.ar
callcenter@bancociudad.com.ar

Seguinos en:



 **Banco Ciudad**
Te quiere ver crecer



La **estructura de tarificación** está dada por la definición del nivel inicial y la estructura creciente de las cuotas conforme a la antigüedad, edad alcanzada y tramos considerados, por cada componente de los grupos familiares cubiertos.

El análisis actuarial de los riesgos prestacionales requiere modelos que combinen la estructura de las prestaciones cubiertas con aspectos relacionados con tasas de utilización por edad, costos prestacionales, y los aspectos de fluctuación de tales variables, en función de sus aspectos probabilísticos, con la incorporación de los gastos conexos y con los estudios sobre el dimensionamiento organizacional y los convenios con prestadores a los fines de lograr eficiencia en las contrataciones (por ejemplo: la nego-

ciación anticipada de días-cama).

Así, estamos tratando con la valuación de acontecimientos futuros fortuitos o contingentes en materia de la cobertura de prestaciones de la salud con el empleo de técnicas actuariales, por lo que los aspectos señalados en los párrafos anteriores son de incumbencia esencialmente actuarial.

Es importante destacar que el proceso de **análisis actuarial del riesgo prestacional** requiere la intervención de todas las áreas de la entidad, ya que, además de la información estadística imprescindible para el análisis, es necesario contar con el plan estratégico de la entidad (definiciones a nivel gerencial y directivo), bases de datos, políticas de suscripción, información conta-

ble, entre otros temas.

LEY 26.682/2011 Y SU MENCIÓN DEL CÁLCULO ACTUARIAL

Acorde con lo expresado en el punto anterior, la Ley 26.682/2011 menciona en su artículo 17 que el valor de las cuotas debe estar fundado en un **razonable cálculo actuarial de los riesgos**, lo que implica que los actuarios deberán intervenir necesariamente en la determinación de las mismas.

Por otro lado, en los artículos 12 y 17 se establecen limitaciones a los valores de las cuotas. El artículo 12 imposibilita incrementar las cuotas para mayores de 65 años y 10 años de antigüedad y el artículo 17 impide establecer una variación mayor de tres (3) veces entre el precio de

An advertisement for James Smart. On the left, there is a crest featuring a lion and unicorn flanking a shield with a crown on top. Below the crest, the brand name "JAMES SMART" is written in large, bold, yellow letters. Underneath the name, the text "London 1851 - Buenos Aires 1888" is displayed in a smaller, italicized font. The background shows a man in a dark suit standing next to a wooden cabinet or door. At the bottom left, there is a logo consisting of a stylized 'C' and 'S' intertwined, followed by the text "CÍRCULO DE BENEFICIOS DEL CONSEJO". At the bottom right, there is a phone number "(54-11) 4812-5220", the website "jamessmart.com", and a Facebook icon.



Concentre sus energías
en el desarrollo de su
Negocio

Sodexho, con operaciones en más de 80 países en los 5 continentes y más de 342,000 colaboradores en todo el mundo, brinda una Solución Integral de Servicios de Calidad, diseñados de acuerdo a las necesidades de nuestros clientes.

SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN

- Catering
- Restaurante del Personal
- Cafeterías

SERVICIOS DE FACILITY MANAGEMENT

- Recepción, Helpdesk, Call Center
- Limpieza
- Hotelería
- Saneamiento Ambiental

- Mantenimiento Mecánico y Eléctrico
- Administración de la Energía
- Aire Acondicionado y Calefacción

Sodexho Argentina

Oficina Central: San Martín 344 2do. piso - (C1004AAH)
Bs. As. Argentina - Tel./Fax:(54-11) 5129-2500 [Lin. Rot.]
www.sodexho.com.ar

Hacer de cada día
un día mejor

Sodexho



NOTA CENTRAL

la primera y la última franja etaria.

Estas limitaciones a las cuotas implican una modificación sustancial en la concepción y determinación de ellas, teniendo en cuenta que hasta ahora las cuotas respondían a lo que actuarialmente se denomina "primas de riesgo anual", donde la cuota de cada período (mes, año) está destinada a atender el costo promedio por afiliado en el período considerado, sin necesariamente establecer provisiones respecto de situaciones posibles con costos promedios mayores que los ingresos por cuotas, en atención a la naturaleza creciente del costo por edad.

A partir de las limitaciones legales es necesario abogar por una reglamentación razonable y proceder a definir estructuras tarifarias conse-

cuentes con la naturaleza del riesgo prestacional. Estos aspectos son asimilables a la práctica del seguro de vida respecto de "primas nivelladas" y "reservas matemáticas" en los seguros con costos crecientes por edad, tratados con los contenidos de la matemática actuarial del seguro de vida y de utilización habitual en la regulación y práctica de la actividad aseguradora.

Otro tema a tener en cuenta es la incidencia patrimonial de la actual población que, al alcanzar las condiciones de 65 años de edad y 10 años de antigüedad, con cuotas que no podrían ser incrementadas en el futuro, debe hacer frente al aspecto natural de presentar costos crecientes por edad.

Los artículos 10 y 14 hacen mención específica de enfermedades preexistentes, períodos de carencia y períodos de espera.

Respecto a los períodos de carencia y/o espera, no pueden establecerse para las coberturas del plan médico obligatorio, pero sí pueden establecerse para las otras modalidades prestacionales (deben estar explícitamente detallados en el contrato).

Respecto a las prestaciones preexistentes, pueden establecerse sólo en función de la declaración jurada del usuario, no pueden ser utilizadas como criterio de rechazo y permiten utilizar cuotas diferenciales (debidamente justificadas).

Para la cobertura del grupo fami-



www.laestrellaretiro.com.ar

iliar, no pueden limitarse las prestaciones por enfermedades preexistentes, por períodos de carencia, y tampoco pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

Las limitaciones legales respecto de enfermedades preexistentes, por períodos de carencia y/o espera, presentan aspectos de agravamiento de los riesgos, modificando las pautas tradicionales de afiliación a medicina prepaga, con mayores costos para la entidad.

A los efectos de la estructura tarifaria deberán tenerse en cuenta estos mayores costos, identificando el motivo del ingreso de un afiliado a la empresa, ya que una situación es que se produzca por una decisión personal y voluntaria del afiliado (con el posible riesgo de antiesección que ello conlleva) y otra es que se produzca porque el afiliado cambió de trabajo (cambio de empleador) o por ser el primer ingreso al esquema de medicina prepaga (sin riesgo adicional de antiesección).

Por último se menciona que el artículo 5 de la Ley hace referencia también al cálculo actuarial, pero en este caso en relación con la transferencia de afiliados en caso de quiebra. Como se puede apreciar, la Ley

como se puede apreciar, la Ley 26.682, cuya reglamentación está

pendiente, tiene consecuencias en todos los procesos de tarificación y valuación de los planes de medicina prepaga y de las respectivas carteras, donde el alcance para los planes vigentes debe ser cuidadosamente ponderado por los aspectos técnicos señalados.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto y acorde con la naturaleza del negocio, se entiende indispensable la actuación profesional del actuario en el ámbito de las medicina prepaga brindando asesoramiento técnico en todos los aspectos relacionados con los puntos tratados en este trabajo (valuación y análisis de la gestión del riesgo prestacional), situación que es reforzada en lo establecido por la Ley 26.682.

A título ilustrativo resumimos las tareas profesionales del actuario en el ámbito de la medicina prepaga:

- Valuación actuarial de la incidencia de las limitaciones en cuanto a variación de cuotas, incluyendo además aspectos relacionados con carencias y preexistencias.
 - Análisis específico de las enfermedades preexistentes, permitiendo fundamentar y justificar la determinación de cuotas diferenciales.
 - Participar en el desarrollo de las bases de datos, cuya información será esencial para obtener las estadísticas que permitan evaluar los aspectos antes detallados.
 - Capacitar al personal de las empresas en los conceptos actariales.
 - Definir juntamente con la empresa los aspectos de alcance y nivel de cobertura, elaboración de políticas de suscripción, enfermedades preexistentes, períodos de espera y/o carencia, discriminación de cuotas por edad, tipos de beneficios, etc, atento a las limitaciones mínimas establecidas por la Ley y las decisiones a nivel gerencial y/o directivo de las empresas.

() Doctor en Ciencias Económicas (UBA), Actuario y Contador Público. Presidente de la Comisión de Actuación Profesional en Entidades*

Aseguradoras y ART

(**) Actuario (UBA)

