

CRISIS Y OPORTUNIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD DESPUÉS DE LA PANDEMIA

Financiamiento, gobernanza y eficiencia fueron algunos de los temas abordados en un seminario sobre el futuro de los sistemas de atención; la oportunidad de la postpandemia para encarar las reformas demoradas durante al menos tres décadas

El 4 de junio pasado, la Maestría en Dirección de Sistemas de Salud de ISALUD organizó el seminario *Crisis y oportunidad: los sistemas de salud después de la pandemia*, que se realizó por Zoom y propuso analizar los sistemas de salud a la luz de sus debilidades, expuestas crudamente durante la pandemia, y desde la perspectiva de los distintos subsectores. La apertura de la actividad estuvo a cargo de Mario Glanc, director de la maestría, y el panel de expositores estuvo integrado por Gabriel Leberztein, gerente médico de Osecac; Fernando Coppolillo, gerente de prestaciones médicas de Medifé; Martín Vaccaro, ex presidente del IPS

de Salta y de Cosspra, y Rubén Torres, rector de la Universidad. “No solamente estamos atravesando una crisis, sino que estamos en crisis, y nosotros como sector, y de esto queremos hablar”, anunció Glanc en la apertura.

Leberztein se refirió a algunas cosas que dejará la pandemia. “La conectividad de Internet va a ser una forma de equidad que hoy no teníamos prevista en los determinantes sociales de salud. La pandemia demostró que quien está conectado recibe la información, puede seguir atendiendo, recibir sus medicamentos y tener consejo médico. El mejor ejemplo lo tenemos en la comunidad ortodoxa en Israel que al no leer diarios y no estar comunicados se infectó el 50% en un solo barrio. Hasta ahora siempre pensábamos en el agua corriente, la cercanía a un hospital, el trabajo y la educación, pero ahora hay que sumar la conectividad”, describió.

“Claramente vamos a tener que modificar la reglamentación de

Mario Glanc,
director de
la maestría
en Dirección
de Sistemas
de Salud de
ISALUD





“LA CONECTIVIDAD DE INTERNET VA A SER UNA FORMA DE EQUIDAD QUE HOY NO TENÍAMOS PREVISTA EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD. LA PANDEMIA DEMOSTRÓ QUE QUIEN ESTÁ CONECTADO RECIBE LA INFORMACIÓN, PUEDE SEGUIR ATENDIÉNDOSE, RECIBIR SUS MEDICAMENTOS Y TENER CONSEJO MÉDICO”, AFIRMÓ LEBERZTEIN

las leyes en Argentina. La Constitución indica que la salud no es una actividad delegada, y eso hace que tengamos, según mi cuenta, por lo menos 500 ministros de salud. Entre los presidentes y gerentes médicos de las obras sociales, los presidentes de las mutuales, los de las prepagas, los que tienen muchos sanatorios... hay demasiados ministros de salud en Argentina para tomar decisiones. Y algunas obligaciones que deberíamos tener todos los financiadores no están escritas. Por ejemplo, no tenemos un registro único de internaciones, anonimizado por supuesto. Eso es una locura, esa fragmentación no puede existir. Y no puede faltar una reglamentación de la autoridad sanitaria. Hay 234 autoridades sanitarias. En Capital Federal tengo que seguir tres protocolos por lo menos, el de la Ciudad, el de la Provincia y el nacional”, afirmó.

Reglamentación

“Hay una parte de la reglamentación que tenemos que modificar de plano. Quien conduzca el sistema de salud debería saber camas, recursos, pacientes, enfermeros y todo los demás dis-

ponible. Hoy nadie sabe si un mismo enfermero trabaja en un sanatorio y en un geriátrico. Tenemos que preguntarle a él. Hay un colegio médico por provincia, hay una matrícula por región, hay una obra social con una reglamentación y a otra con otra. Lo que viene tiene que homogeneizar y dejarle al que sea el gobierno algún grado de poder que hoy parece una negociación, un pedido o un decreto”, advirtió Leberztein.

“El comité de crisis o de pandemia, también debería estar integrado por mucha más gente que la que está. El comité actual está formado por infectólogos que vieron tanto Covid como nosotros, y que lo que retransmiten es lo que leen en los mismos lugares que leemos nosotros. Creo que hay otras especialidades que tienen que participar del comité para asesorar al Presidente y que son parte del sistema de salud. No están representadas la gestión, el financiamiento, los prestadores finales, etc. No se deberían emitir protocolos sin ver cuánta capacidad de aplicarlos hay. En la Ciudad de Buenos Aires, el 75% de la población tiene cobertura. Y quien cubre el 25% emite los

protocolos para el 100%. Quizás habría que haber empezado por poner dos camas en los sanatorios privados, se me ocurre. Hay algún rol de mando que tiene que ser distinto y se tiene que dar en una mesa común. En Alemania hay un grupo de funcionarios que se reúne con las representaciones para poder entender. Y yo llamaría a los odontólogos, a los psicólogos y demás para ver qué piensan. Acá no se los llamó hasta mucho tiempo después de iniciada la pandemia”, enumeró.

“Y finalmente creo que la Argentina necesita políticas de Estado y la pandemia lo mostró. No podemos depender más de un ministro de Salud político ni con condicionamientos políticos y económicos. Voy a insistir en lo mismo que hace 15 años que digo en cada charla que doy: Argentina debe tener agencias federales, que tienen que ser pequeñas, que tienen que estar a cargo de una persona avalada por el Congreso, casi como un juez, y que tienen que manejar las políticas de estado para la promoción de la salud, pandemias, control de plagas, bromatológica, guías de prácticas clínicas, oncología, compra

de medicamentos, evaluación de tecnologías, etc. Y el ministro debe ser un gran superintendente de esas agencias. Hoy en el medio de la pandemia no sabemos cuántos respiradores están siendo utilizados. Es una declaración que emite una clínica. La pregunta es, a mi entender, si las autorizaciones cotidianas, los pedidos de medicamentos, las prescripciones de antibióticos no deberían tener un registro central y único, manejados por una unidad confiable anonimizado. ¿No deberíamos saber cuánta radiación recibió una persona que juega al fútbol que se hizo muchas radiografías en la rodilla? ¿No deberíamos informarle eso a la gente, no deberíamos decirle al médico que está enfrente que ese hombre ya tiene estudios hechos?”, opinó.

“La conectividad, la integración de los sistemas de salud y el rol rector del Ministerio de Salud son fundamentales y hubieran cambiado el manejo de la pandemia. Sabríamos exactamente quiénes son los pacientes de riesgo, dónde están. Hasta podríamos haber segmentado la cuarentena por riesgo, y no por localidad y número de documento. No tenemos ni el esque-

leto de eso. Esta vez creo que la gente nos va a obligar. Porque esta vez la gente compró los medicamentos sin tener que ir al médico para que la secretaria le haga la receta. Los medicamentos se entregaron. Las resoluciones se hicieron en cinco días sin tantos jueces en el medio. Casi no tuvimos amparos por Covid, es decir que el sistema de salud cuando tiene que dar cobertura que corresponde lo realiza sin tantas vueltas. Los pacientes tampoco van a querer perder tiempo y quieren aprovechar la tecnología que hay”, describió.

“En Covid vimos que los sistemas de información médica son buenos. Todos los médicos sabemos todos los días lo que necesitamos saber sobre Covid-19. Si hay una autoridad que emite guías lo suficientemente claras y simples los médicos la aprenden en el mismo día. La velocidad de aprendizaje de los médicos a mí me sorprendió. Sólo discutimos si la bibliografía tiene la suficiente evidencia porque es muy rápida. Lo que falta es el soporte de la decisión clínica. Tenemos que integrar eso con un registro único nacional de derivación de interconsultas

y de pedidos de estudios”, propuso Leberztein.

Crisis biopsicosocial

A su término, expuso Fernando Coppolillo, de Medifé. “Esta es una crisis biopsicosocial por los efectos del aislamiento por lo que el abordaje tendría que ser más amplio e interdisciplinario. Esta crisis hizo visibilizar los problemas estructurales del sistema, la crisis de recursos humanos y equipamiento. Las autoridades sanitarias no se ponen de acuerdo entre ellas y se contradicen entre ellas que hace que entren en una maraña quienes tienen que pedir una autorización de una cirugía oncológica, una prestación de telemedicina o prescribir un psicofármaco. La pandemia visibilizó todos los problemas estructurales que tenemos en el sistema de salud argentino: recursos humanos, equipamiento, déficit en los sistemas de información y la fragmentación en la autoridad sanitaria. Y los efectos económicos y biopsicosociales del aislamiento van a profundizar parte de la crisis que ya veníamos arrastrando. No veníamos con un estado de bienestar con organizaciones sustentables, veníamos con una

“ANTES DE LA PANDEMIA, NO VENÍAMOS CON UN ESTADO DE BIENESTAR CON ORGANIZACIONES SUSTENTABLES, VENÍAMOS CON UNA DEUDA ACUMULADA DE REGLAMENTACIONES Y POLÍTICAS QUE NOS PONE ANTE EL DESAFÍO DE DAR RESPUESTAS MÁS DE FONDO EN LA POSTPANDEMIA”, ANALIZÓ COPPOLILLO





“EL DESAFÍO DE LAS OBRAS SOCIALES ES EL FINANCIAMIENTO, DADO QUE TIENEN QUE ATENDER CON EL 7% DE APORTES Y CONTRIBUCIONES POR GRUPO FAMILIAR A SUS AFILIADOS ACTIVOS Y PASIVOS CONTRA EL 13,5% QUE APORTAN QUIENES TIENEN PAMI”, AFIRMÓ BACCARO

deuda acumulada de reglamentaciones y políticas que nos pone ante el desafío de dar respuestas más de fondo en la pospandemia”, analizó.

“Creo que la gran oportunidad de la pandemia es que el sistema de salud está en el centro de la agenda política. Hasta diciembre no teníamos un ministerio de salud. Pasado el aislamiento será el momento de aprovechar esa oportunidad y empezamos a innovar, hacer las cosas diferentes para tener resultados diferentes. Ahí hay tres puntos a considerar, la sustentabilidad de los actores, una estrategia sanitaria suprasectorial y la eficiencia y la efectividad de los sistemas”, resumió.

Respecto de la estrategia sanitaria suprasectorial, que englobe al 70% del sistema de salud -prepagas y seguridad social-. Tenemos que poder decidir pares de necesidades y tecnología, el qué y el cómo. Qué tecnologías y para qué condiciones clínicas. Y, además, cómo financiarlas. Y esto se vincula con la efectividad y la eficiencia. Tenemos varios desafíos en el marco de un sistema con una fuerte rectoría del Ministerio de Salud. La equidad, los nuevos modelos de atención y el acceso

a la salud, como la telemedicina. Ha sido una aventura porque nos dimos a prestar servicio sin un marco regulatorio adecuado con un Estado que estaba adormecido. Tenemos el desafío de evitar la medicalización y el gasto desperdicio (30% del gasto según un artículo)”, afirmó.

Martín Baccaro, presidente de Cosspra hasta diciembre, se refirió a la pandemia y las obras sociales provinciales, con datos del ecosistema y la agenda del sector. Cosspra es la confederación de las obras sociales estatales provinciales, con gran diversidad de tamaños (de 2 millones, el IOMA de Buenos Aires, a 50.000 afiliados, la de Tierra del Fuego). En todo el país, las obras sociales provinciales atienden al 16,2 % de la población, pero con picos de cobertura al 28,7% en la región sur y en torno del 20% en el NEA, el NOA y Cuyo, y menor relevancia en el Centro, en el 12%. “El desafío de las obras sociales es el financiamiento, dado que tienen que atender con el 7% de aportes y contribuciones por grupo familiar a sus afiliados activos y pasivos contra el 13,5% que aportan quienes tienen PAMI”, afirmó.

Las obras sociales provinciales

Desde las obras sociales la agenda de la pospandemia tiene que ver con la modernización (accesibilidad y control del fraude), mejorar los ingresos (llevar aportes y contribuciones al 13,5% y blanquear todos los ítems no remunerativos) e integrar la agenda nacional (evaluación de tecnologías, definición de coberturas y regulación de precios de medicamentos). “Cuando la obra social está desfinanciada, satura el hospital público. Hay muchas obras sociales que están resolviendo sus problemas. Obras sociales como las de La Pampa, San Luis o La Rioja están mejorando los aportes”, afirmó Baccaro.

Por su parte, el rector de ISALUD, Rubén Torres, destacó que las universidades deben llamar a todos los actores del sistema para pensar el día después de la pandemia. “La pandemia puso en superficie los problemas que el sistema arrastra desde hace más de 30 años. Nos mostró las cosas que no hicimos o no estuvimos dispuestos a hacer y nos ofrece una ventana de oportunidad porque por primera vez la salud está en el centro. Y no creo que

los líderes políticos mantengan esa centralidad una vez que salgamos de la situación”, afirmó.

“Uno de los temas que tenemos que pensar es el de la gobernanza del sistema. Y cuál es el grado de integración del ministerio en el conjunto de las políticas. No tener ese rol de gobernanza hace muy difícil todo. La falta de integración en las políticas nacionales, provinciales y municipales, y los tres subsectores, hace prácticamente imposibles ser efectivos. También es buen momento para recordar algunas estupideces que venimos repitiendo hace muchos años, como la necesidad de tener una atención primaria de la salud resolutive. Ahora que tenemos que identificar poblaciones, ubicarlas geográficamente y atenderlas en terreno hemos visto el brutal fracaso del sistema para lograrlo. Tenemos que volver a pensar en esto, que es profundamente práctico”, describió. “Todos comprendemos que los sistemas de salud no son meros instrumentos para satisfacer necesidades. Y la equidad en salud no se trata sólo de la distribución de asistencia sanitaria. Se trata de garantizar el derecho a estar sano, que es distinto. Lamentablemente, desde hace muchos

años se estableció un dilema entre el mercado y el estado, lo que es una falacia. En las sociedades serias mercado y estado forman un sistema único que se fortalece entre sí para brindar los mejores servicios a los ciudadanos. En nuestro caso, eso no ha pasado. Los pocos lazos de solidaridad que tenía el sistema de salud, que estaban en la seguridad social nacional, se han ido perdiendo. Se ha producido la fuga silenciosa. Aquellos que pudieron se trasladaron al sistema privado y se olvidaron de la solidaridad para un conjunto de la sociedad respecto de un bien común, como la salud”, afirmó.

“Hay que pensar en una reforma que sea un piso básico común para sectores pobres, pero también para sectores medios que valoren los servicios porque representan un valor atractivo. Un bien público que alcance a todos en las mismas condiciones independientemente de sus ingresos y condición laboral. Es momento de pensar en eso”, propuso el rector de ISALUD.

En el momento de las preguntas, Leberztein propuso dejar de hablar de financiamiento para hablar de la provisión del servicio de salud. “Encontramos la enfer-

medad que no se cura y que los pobres pueden contagiar a los ricos. Por primera vez los ricos necesitan que los pobres estén sanos. Por eso esta pandemia es una bisagra. Es el momento para pensar cómo distribuir mejor los servicios de salud”.

Y Rubén Torres agregó: “No debemos caer en hacer parches ni soluciones de coyuntura. Tenemos que aprovechar la oportunidad para hacer reformas profundas. Estuve estudiando las reformas que se han hecho en América latina en la segmentación y la fragmentación. Dos países con visiones ideológicas y de organización diferentes, Costa Rica en el 41 y Cuba en el 61 hicieron reformas; después vinieron las reformas de los 90, todas fracasadas porque profundizaron los problemas y además ideologizadas porque se enfocaron en los sistemas de la seguridad social cuando, en el caso de Argentina por lo menos, el problema está en el sector público. Después vino otra gama de reformas tras el súper ciclo de las commodities, por el 2007 en adelante, donde hay muchos países que no hicieron reformas, pero sí avances en términos de eficiencia. Sistemas que estaban atrás

“LAMENTABLEMENTE, DESDE HACE MUCHOS AÑOS SE ESTABLECIÓ UN DILEMA ENTRE EL MERCADO Y EL ESTADO, LO QUE ES UNA FALACIA. EN LAS SOCIEDADES SERIAS MERCADO Y ESTADO FORMAN UN SISTEMA ÚNICO QUE SE FORTALECE ENTRE SÍ PARA BRINDAR LOS MEJORES SERVICIOS A LOS CIUDADANOS”, DESTACÓ TORRES






“EL SISTEMA NO DA PARA MÁS. POR EMPARCHAR, POR BARRER BAJO LA ALFOMBRA, POR NO ATENDER ES QUE ESTAMOS COMO ESTAMOS. HAY QUE IR A UNA DISRUPCIÓN GRANDE, REPENSARLO. SIN PERDER LA IDENTIDAD DEL MODELO, POR SUPUESTO. Y SIN CONFUNDIR FRAGMENTACIÓN CON FEDERALISMO”, DIJO ZANARINI

que Argentina, Bolivia, Paraguay y Ecuador. Luego, tenemos reformas que fueron más al hueso, Uruguay -la más profunda-, Chile y Colombia, estas últimas todavía en veremos. Si vos revisás todos esos países, vas a encontrar que sólo dos no hicieron reformas, Argentina y México. Y México está avanzando en el actual gobierno. Nosotros tenemos que ir al hueso también. Finan-

ciación, modelo de atención y modelo de gestión”.

Presente en la reunión, hizo una intervención el superintendente de Servicios de Salud, Eugenio Zanarini, quien adhirió a la necesidad de reformas. “La legislación del sistema supera los 30 años, y el origen tiene 50. El sistema no da para más. Por emparchar, por barrer bajo la alfombra, por no atender es que estamos como es-

tamos. Hay que ir a una disrupción grande, repensarlo. Sin perder la identidad del modelo, por supuesto. Y sin confundir fragmentación con federalismo. Creo que la pandemia nos ha dado una oportunidad muy grande. Se ha mejorado mucho la gobernanza. Este impulso desgraciado de la pandemia lo tenemos que aprovechar para hacer esas reformas”, afirmó. 



CUANDO EL HOGAR ES LA MEJOR TERAPIA, MEDIHOME ES LA MEJOR OPCIÓN

Hace 20 años comenzó nuestro sueño de poder llevar salud a cada hogar brindando excelencia en el servicio de Internación Domiciliaria con prestaciones integrales.

Hoy somos líderes del sector. Contamos con 21 delegaciones a lo ancho y largo del país, cientos de prestadores a nivel nacional y un call center especializado 24/7 durante todo el año.

Gracias al compromiso y calidez de todo nuestro equipo de trabajo, plantel profesional y a la labor conjunta, alcanzamos hoy nuestro sueño, logrando la confianza de nuestros pacientes, familiares, financiadores, clínicas y sanatorios.

Nos encontramos con un largo camino recorrido y con muchos proyectos por consolidar para seguir siendo protagonistas de la asistencia domiciliaria integral en Argentina.

ESTUVIMOS, ESTAMOS Y *Vamos a estar a tu lado*

0810-666-4663 www.medihome.com.ar

