

MARTÍN H. SABIGNOSO

“MÁS QUE UN LISTADO DE SERVICIOS, EL PMO ES UNA PROMESA A LA CIUDADANÍA Y UNA HERRAMIENTA PARA LA EQUIDAD”

El secretario de Equidad en Salud de la Nación abordó en esta entrevista los temas urgentes de su cartera que van más allá de la pandemia: el PMO que viene y los nuevos instrumentos de gobernanza y cobertura; además, la compra conjunta de medicamentos, la articulación público-privada y la expansión de los planes Nacer y Suma



“EL EJERCICIO DE VER CÓMO APROVECHAMOS LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA MAXIMIZAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ES FUNDAMENTAL Y FORMA PARTE DE LAS DECISIONES MÁS IMPORTANTES DE GOBERNANZA, PERO ES MUY COMPLEJO”

Martín Horacio Sabignoso, secretario de Equidad en Salud de la Nación, es abogado, recibido de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Derecho Empresario (Universidad Austral). Fue consultor senior del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la región de América latina y el Caribe en reformas sanitarias y sistemas de financiamiento de la salud pública. Además, se desempeñó como consultor para el Departamento de Financiamiento y Gobernanza de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y del Observatorio Europeo en Sistemas de Salud y Políticas.

–**Más allá de la pandemia, ¿se actualizará el Programa Médico Obligatorio (PMO)?**

–Nosotros creemos que una de las decisiones más importantes que toma un sistema de salud es definir con claridad qué servicios y con qué calidad se propone cubrir a las personas y a la sociedad en general, teniendo en cuenta las necesidades especiales que tiene cada grupo poblacional. Vemos que muchos países del mundo en los últimos años y décadas han comenzado un proceso de mejora del funcionamiento y los resultados de sus sistemas de salud, a partir de una mejor definición de qué servicios cubrir a la población con los recursos disponibles. Sabemos que las posibilidades terapéuticas aumentan año tras año, pero los recursos para financiar esas nuevas intervenciones de cuidado de la salud no lo hacen de la

misma manera. Hay recursos limitados para necesidades ilimitadas. El ejercicio de ver cómo aprovechamos los recursos disponibles para maximizar el estado de salud de la población es fundamental y forma parte de las decisiones más importantes de gobernanza, pero es muy complejo. Esto se ve claramente en las discusiones y en las decisiones que se toman en torno a estos planes y carteras de servicios de salud.

En nuestro caso, hemos comenzado un proceso de análisis, evaluación y fortalecimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) como listado de servicios de salud, pero creemos que es mucho más que eso. A partir de la toma de decisiones estratégicas, se busca que el PMO incorpore aquellos

servicios que responden mejor a las necesidades de la población. Más que un listado de servicios es una promesa a la ciudadanía.

El PMO es una herramienta que trata de lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y mayor eficiencia asignativa, es decir, cuáles son los servicios que mejor cuidan la salud poblacional. Obviamente, a veces, cada sí involucra un no. Los recursos no son suficientes para cubrir todas las intervenciones disponibles en el mundo, sobre todo porque ha habido un incremento en los dispositivos o medicamentos de alto precio que ponen en crisis y amenazan la sostenibilidad financiera de los sistemas. El ejercicio de priorización sobre el plan de servicios de salud ayuda a distinguir cuál es el costo de oportunidad de las decisiones que tomamos.

En este proceso de mejora del PMO, como instrumento de gobernanza y de cobertura de la población, se está pensando en crear procedimientos formales que utilicen distintas metodologías para ir verificando cuáles son las intervenciones más adecuadas: estudios de costo-efectividad, de impacto financiero y en la disminución sobre la carga de enfermedad, y de disponibilidad de oferta, porque hay innovaciones para las cuales no hay una oferta disponible para toda la población en todo el territorio nacional. Creemos que esto nos va a permitir tomar mejores decisiones en cuanto al proceso de gestión de cobertura de servicios de salud.

Por supuesto, la discusión sobre el plan de servicios de salud del PMO no se agota en definir qué cubrir, se necesitan activar muchos posibilitadores para que esa promesa de cobertura sea una realidad y no sea solo una aspiración. Hay que trabajar en una asignación coherente de los recursos, en crear mejores competencias en los recursos humanos y desarrollar redes de atención. Hoy, gracias a la pandemia, hemos dado los primeros pasos en redes que articulan la atención de prestadores públicos con aquellos que son privados. Obviamente, requiere un esfuerzo empoderar a la ciudadanía para que sepa qué servicios están garantizados y demanden su utilización. Esto significa también trabajar en programas ambiciosos de mejora de la calidad y en

“VAMOS A CREAR PROCEDIMIENTOS FORMALES QUE UTILICEN DISTINTAS METODOLOGÍAS PARA IR VERIFICANDO CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES MÁS ADECUADAS: ESTUDIOS DE COSTO-EFECTIVIDAD; IMPACTO FINANCIERO; IMPACTO SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD; Y DISPONIBILIDAD DE OFERTA”

que haya una oferta disponible en todo el territorio para que el acceso sea con equidad.

Siempre destacamos que un plan de servicios de salud no es la única herramienta que nos permite optimizar la eficiencia asignativa del sistema de salud. Hay otras

opciones como la compra conjunta de medicamentos, con la cual logramos disminuciones sensibles en los precios que se pagan por medicamentos de alto precio. El ministerio está trabajando en las primeras contrataciones de forma conjunta con la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), con PAMI y con algunas otras instituciones, como las obras sociales provinciales.

Además, seguimos promoviendo la mayor utilización de medicamentos por su denominación genérica y los mecanismos de financiamiento de los prestadores, que incentiven mejoras en la calidad y en la disponibilidad de información para confirmar el acceso efectivo a estos servicios priorizados. Como uno de los ejes de articulación, estamos operativizando como ministerio una matriz de indicadores de acceso a cuidados esenciales, poniendo mucho énfasis en la prevención de la salud para toda la población.

Hay un recorrido inicial en el sector público, que comenzó con el plan Nacer y el programa Sumar, que estamos extendiendo para toda la población. Ya estamos trabajando con las obras sociales provinciales para que puedan monitorear la cantidad de niños que acceden a todos los controles en el primer año de vida, los niveles de vacunación, el número de mujeres embarazadas que reciben una primera consulta prenatal oportunamente y si se realizan todos los análisis de laboratorio que se requieren al momento del nacimiento.

ESTAMOS

Asistimos y acompañamos a más de
155.000 socios con síntomas de COVID-19.



Desde hace
48 años juntos.



También se tomará en cuenta a los adultos y adolescentes con respecto a la prevención de cánceres prevalentes y el monitoreo de pacientes que sufren alguna patología crónica como hipertensión o diabetes. Esto es parte de los posibilitadores de ese nuevo PMO, que no solamente será una expresión aspiracional, sino que además se crearán los mecanismos que van a hacer posible que esos servicios que están en el papel se traduzcan en acceso real para la gente.

—¿En qué momento se llevaría a cabo la actualización del PMO?

—Hay un programa de trabajo que tiene hitos de avance muy concretos. Como el PMO es un instrumento muy comprensivo, se está trabajando con líneas de cuidado que son previsadas. Las mejoras que podamos introducir al PMO van a ser graduales. Para la finalización del primer semestre del año próximo confiamos en que tendremos mejoras concretas en los procesos de implementación con las obras sociales nacionales. Al mismo tiempo, esa discusión y trabajo se realizará con el apoyo de expertos internacionales y locales con mucha experiencia.

Por otro lado, se está trabajando en la armonización del PMO con otros instrumentos, como el plan de servicios de salud del Sumar y el nomenclador del hospital público de gestiones centralizadas, que nos va a permitir definir expectativas comunes con los prestadores, comparar niveles de cobertura y costear las distintas intervenciones. Vamos a poder

monitorear el acceso al servicio previsado y lograr que los sistemas de información puedan dialogar e interoperar entre sí. Hay distintas herramientas de información, por lo tanto, hay que crear ese lenguaje común. Para

“QUEREMOS MEJORAR NUESTRO DIÁLOGO Y ARTICULACIÓN CON LAS PROVINCIAS Y CON LOS MUNICIPIOS, PERO TAMBIÉN AYUDARLAS A QUE CREEN PUENTES Y MECANISMOS COLABORATIVOS Y EFICACES DE ARTICULACIÓN DE ESFUERZOS ENTRE SÍ”

esto, los planes de servicios deben tener las mismas definiciones en términos de qué servicios y con qué calidad, junto con la utilización de una codificación común.

—¿Cómo es la articulación con las provincias y los municipios?

—La Subsecretaría de Articulación Federal tiene varios instrumentos de políticas sanitarias como Sumar, Redes de Salud que relanzamos, Equipos Comunitarios y el programa nacional de Municipios y Comunidades Saludables. Estas son herramientas que nos permiten apoyar a los sistemas de salud provinciales con recursos que están alineados a objetivos muy concretos, permitiéndonos crear incentivos e ir monitoreando los resultados que se van logrando en todas las regiones de la Argentina.

Por supuesto que no se trata únicamente de hacer transferencias de recursos, esto implica acompañar a las provincias. Primero, discutiendo cuáles son los objeti-

vos que queremos lograr, cuáles son las principales dificultades y cómo los programas nacionales pueden tener la flexibilidad para adaptarse a las distintas realidades locales. Hay todo un acompañamiento en la generación de nuevas capacidades que requieren seguir mejorando el sistema de salud, tanto en el nivel macro provincial como en el nivel de mesogestión.

Queremos mejorar nuestro diálogo y articulación con las provincias y con los municipios, pero también ayudarlas a que creen puentes y mecanismos colaborativos y eficaces de articulación de esfuerzos entre sí. Esa es una de las innovaciones del nuevo Programa de Municipios y Comunidades Saludables para apoyar a las provincias en la relación que construyen con los respectivos municipios de sus jurisdicciones. Para nosotros es una prioridad que el sistema sanitario tenga una mirada y una impronta muy federal. Muchas veces la mejor opción para una persona es un centro de salud que está del otro lado de la frontera. Nuestro trabajo es ayudar a que se coordine ese cuidado de salud en donde interviene un centro de salud que pertenece a una jurisdicción diferente. Un gran ejemplo de esto es la Red Federal de Cardiopatías Congénitas, integrada por 15 hospitales con capacidad de operar localizados en ocho provincias. Además, se creó un centro coordinador que depende del Ministerio de Salud de la Nación. Todas las provincias con sus hospitales diagnostican y

reportan a los niños y niñas que nacen con una cardiopatía congénita, el centro coordinador elige el mejor lugar donde se puede operar, que en muchas ocasiones es fuera de la propia provincia, y la Nación se hace cargo de financiar el 100% de estas intervenciones quirúrgicas.

—¿Qué se está haciendo para reducir la fragmentación e integrar los sistemas?

—Hay varios ejes de integración con el subsistema de la seguridad social y el subsistema de salud privado. Estamos trabajando con la Superintendencia de Servicios de Salud, armonizando planes y carteras de servicios, uniformando los sistemas de información, como parte de un nuevo plan federal de salud hacia 2024. Por otra parte, estamos trabajando con los ministerios de salud y

obras sociales provinciales con una agenda que tiene 4 ejes: articular en la cobertura prestacional; la red de prestadores tanto públicos como privados; la salud digital, que tiene que ver con la receta electrónica, la telemedicina y la nube sanitaria a la cual todos los prestadores van a poder empezar a acceder para compartir información sobre pacientes que comparten; y la generación de modelos de compras de servicios más estratégicos asociados a calidad. Como lo hizo el programa Sumar, ahora las obras sociales provinciales, por ejemplo, van a poder contratar maternidades privadas que cumplan con las condiciones obstétricas neonatales esenciales. Ya estamos trabajando en mesas muy operativas con metas específicas y aproximadamente 20 provincias van a firmar un convenio en el cual hemos definido accio-

nes para estos objetivos. Estamos logrando una muy buena recepción de las autoridades sanitarias y políticas, todos los gobernadores creen firmemente en este concepto de una única salud para toda la población independientemente de la fuente de financiamiento.

Por supuesto también estamos trabajando con los prestadores privados. Estamos avanzando en que las clínicas privadas sean parte del Programa Impulsa que promueve la transformación digital del sistema sanitario, para que puedan acceder a la historia clínica digital, reciban todas nuestras capacitaciones para integrar los sistemas de información, y utilicen nuestra plataforma de telemedicina. Estamos recibiendo una muy buena valoración y apoyo de las clínicas privadas. Este es otro eje para lograr la integración de los sistemas. 

ARNALDO MEDINA

“CERTIFICACIONES Y ACREDITACIONES, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PROTOCOLIZACIÓN DE PROCESOS SERÁN PARTE DEL PLAN NACIONAL DE CALIDAD”

El secretario de Calidad en Salud de la Nación abordó en esta entrevista los temas urgentes de su cartera que van más allá de la pandemia: la encuesta nacional a pacientes; el déficit de recursos humanos; la desmanicomialización pendiente; la atención de las emergencias, y las vacunas como prioridad

Arnaldo Medina, secretario de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, es médico especialista en Salud Pública

egresado de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Economía y Gestión de la Salud de ISALUD. Durante su ca-

rrera se desempeñó como presidente de la Asociación Argentina de Economía de la Salud (AES) y como vicerrector de la nueva Uni-