

- ❖ Somos **10.000 centros** de diagnóstico y tratamiento médico.
15.000 profesionales y 50.000 trabajadores en todo el país.
- ❖ Análisis clínicos, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, radioterapia, consultorios médicos, oftalmología, odontología, kinesiología, diálisis y demás prácticas ambulatorias.
- ❖ Compromiso gremial y estrategia institucional de diagnóstico y tratamiento médico.

❖ EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ES LA CLAVE DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

❖ **CÁMARA DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO MÉDICO**

Perú 590, Piso 4 (C1068AAB)
Buenos Aires - Argentina
Teléfono/Fax: 4121-7100 líneas rotativas
cadime@cadime.com.ar
www.cadime.com.ar



❖ **PRESTADORES DE SALUD:
RECUPERAR ARANCELES PARA
UN SECTOR DE CLASE MEDIA
QUE IMPULSA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

❖ **EL PAMI DEBÍO ELIMINAR A LAS GERENCIADORAS
POR INSTRUCCIONES DE LA PRESIDENTA
CRISTINA F. DE KIRCHNER**

❖ **POLÍTICA Y TECNOLOGÍA SANITARIA:
Trascendente tema del 3º Evento Anual de CADIME**

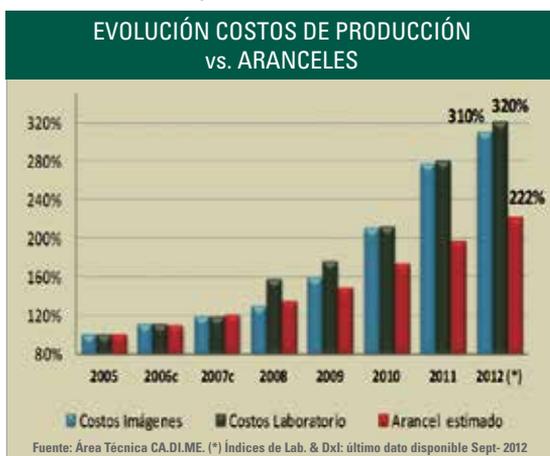
PRESTADORES DE SALUD: RECUPERAR ARANCELES PARA UN SECTOR DE CLASE MEDIA QUE IMPULSA LA INCLUSIÓN SOCIAL

La solución pasa por la instrumentación de las herramientas y mecanismos obligatorios de concertación previstos por la normativa vigente.

Los prestadores de la salud privada continúan desenvolviéndose en un escenario sumamente crítico, como consecuencia de un **dilatado y progresivo proceso de depreciación arancelaria y consecuente desfinanciamiento**, como lo hemos advertido reiteradamente desde CA.DI.ME y como es bien conocido por todos.

La diferencia entre los costos operativos e insumos y el valor de los aranceles que se perciben por las distintas prestaciones ha generado un **pronunciado retraso cuya brecha desequilibrante promedia hoy un 30% para todo el sector salud**.

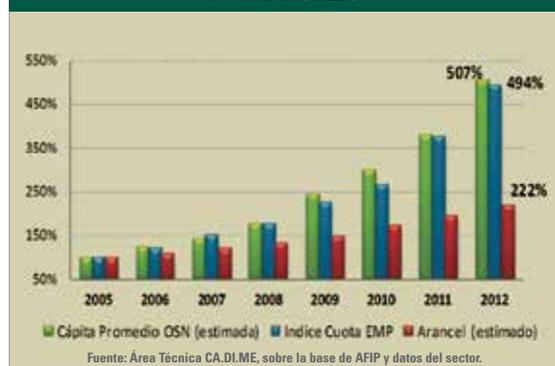
En el caso del sector de diagnóstico médico y tratamiento ambulatorio la diferencia es aún mayor, ubicándose entre un 40 y un 44% según los cálculos del Área Técnica de CA.DI.ME. Mientras los costos de producción para el sector registraron un incremento superior a tres veces entre el 2005 y el 2012, contrariamente los aranceles solo duplicaron su valor en este período.



Además, **en igual tiempo, la cápita promedio estimada de las Obras Sociales Nacionales y las cuotas de la Medicina Prepaga han crecido cinco veces respecto de sus valores del año 2005**. Evidentemente, a pesar de estar en condiciones financieras de hacerlo, no han trasladado los mayores fondos obtenidos al necesario incremento de los aranceles prestacionales.

Esta situación debe ser resuelta con urgencia, indefectiblemente a través de la **concertación arancelaria** entre todas las partes intervinientes y el Estado. **Las normas legales están previstas y los mecanismos de implementación también diseñados y vigentes**.

EVOLUCIÓN CUOTA PREPAGA Y CÁPITA OSN vs. ARANCELES



Sólo resta ponerlos en marcha. O sea **convocar al Consejo Permanente de Concertación establecido en la Ley 26.682 de regulación**

de prepagos, y para el ámbito de las obras sociales, a la Comisión Permanente de Concertación fijada por la Ley 23.661.

El acuerdo a que se arribe puede incluso implementarse en etapas a los fines de facilitar el cumplimiento de sus objetivos centrales, sin afectar el normal desenvolvimiento de las entidades financiadoras y del sistema de salud en general.

Un escenario en el que se reconozcan estas diferencias existentes y que contemple una **recomposición arancelaria** general del orden del 40%, permitiría reducir sustancialmente la brecha entre costos y aranceles y **tendría un impacto en los financiadores no mayor al 6% en el costo médico total para el subsector de la Seguridad Social y de un 5% para el subsector de la medicina prepaga.**

Destacamos nuevamente **la trascendencia que reviste en el contexto del desarrollo económico y social del país el sector de la salud.** No sólo es un factor de inclusión social y clave en la construcción del estado de salud de toda la población, por cuanto más de la mitad de la misma es atendida por él, sino que **da trabajo a más de 700 mil profesionales, técnicos y administrativos.**

La importancia del sector salud puede verse en las cifras referidas a la participación del gasto en relación al PBI, que se ubica entre el 9,1% y el 9,5% según datos del año 2009.

Desde otro punto de vista, también puede destacarse que **el desarrollo del sector privado de la salud impacta directa y positivamente en el tejido social por el perfil de los recursos humanos que se involucran en sus actividades,**

contribuyendo así a la consolidación de la clase media argentina.

Por ello se debe asimismo profundizar la tarea **de articular a los efectores públicos y privados como un factor fundamental para avanzar firmemente en la elevación de los niveles de salud para toda la población.**

Pero hay otro aspecto que se suma a la valoración que estamos subrayando, especialmente en nuestro subsector del diagnóstico médico conformado por **el esfuerzo de más de dos generaciones de profesionales de la salud devenidos en empresarios pymes,** el cual concretamente posibilita la **accesibilidad al sistema de atención a lo largo y ancho del país, con la activa participación y colaboración de los trabajadores del sector.** Las miles de empresas prestadoras asentadas en todas las regiones conforman una **red de actores pymes cuya existencia va en un sentido siempre democratizador y contrario a la concentración empresaria** que se observa en la mayoría de las actividades productivas y que es responsable de las no pocas distorsiones económicas que padecemos los argentinos.

Finalmente, desde CADIME valoramos que la Argentina haya empezado a desandar el camino que nos llevó a que la salud este expuesta exclusivamente al libre juego de los mercados, y es el Estado quien a través de esta legislación debe asumir su rol, arbitrando e impidiendo que las distorsiones derivadas de factores de poder coloquen en riesgo a los servicios brindados por los prestadores pequeños y medianos del país.

La Comisión Directiva

El PAMI debió eliminar a las gerencadoras por instrucciones de la Presidenta Cristina F. de Kirchner

La medida convalida la necesidad de regular y limitar el desenvolvimiento de la intermediación en todo el sistema de salud.



Durante su detallada exposición inaugurando el 131º período de sesiones ordinarias del Congreso Nacional, la Presidenta Cristina F. de Kirchner **al evaluar la situación del PAMI y las medidas que dispuso, aludió concretamente al papel que desempeñaron las gerencadoras en él.**

De manera clara y contundente enfatizó que **"de 72 prestadoras con sus contrataciones -porque las gerencadoras eran en realidad meras intermediarias que contrataban a otros- pasamos a 20.000 prestadores con gestión directa, lo cual ahorró muchísimo dinero en el medio"**. Antes había manifestado que "en el año 2004 estaban las famosas gerencadoras de prestaciones que dieron origen a varias causas penales que todavía algunas andan por allí."

Para CA.DI.ME. resulta muy oportuna e ilustrativa la referencia de la Presidenta de la Nación, por cuanto **el problema de las gerencadoras ha sido un tema recurrente en nuestros reclamos y presentaciones, y una necesidad de normar su funcionamiento en todo el sistema de la atención de la salud.**

Hemos sostenido que **sólo se justifica la presencia de las gerencadoras si dan trabajo a los prestadores, cumplen con los**

pagos, retienen comisiones razonables y si concretamente aportan un valor agregado a las actividades diagnósticas.

Además, nuestra entidad ha denunciado en repetidas veces no pocos casos en que **los prestadores resultan perjudicados por parte de los intermediarios, siendo expulsados del sistema por la concentración a la que conduce este proceso, que termina en una negociación en inferioridad de condiciones con las intermediarias, sin que los financiadores asuman responsabilidad alguna, incumpliendo disposiciones expresas contempladas por la Resolución 194/01 de la Superintendencia de Servicios de Salud: acreditación previa de pago a prestadores, constitución de garantías, etc.**

Ante esta situación se impone evitar perjuicios al sistema con repercusión a los beneficiarios del mismo, **transparentando los fondos que se abonan a las "gerencadoras", las comisiones de las mismas y cuánto dinero llega realmente a los prestadores en concepto de aranceles prestacionales.**

CADIME continúa solicitando a todas las obras sociales incluidas en la Ley 23660 y a otros financiadores que no lo están pero deberían tomar estos parámetros como base para avanzar en este sentido (Obras Sociales Provinciales, Empresas de Medicina Prepaga, etc) que sin perjuicio de continuar trabajando en la profundización de la legislación vigente y su aplicación a todos los financiadores, instrumenten estas medidas en aquellas contrataciones que posean vigentes con estas características de intermediación.

De otra manera, **sin avanzar en la resolución de esta problemática, se continuará profundizando el escenario crítico en que nos venimos desenvolviendo, debido a la falta de aranceles basados en los costos de producción de las prácticas y el pronunciado desfinanciamiento de nuestras actividades que ello genera.**

Staff

Mesa Directiva de CADIME:

Presidente: Sr. Guillermo Gómez Galizia.
Vicepresidentes: Dr. Martín Iturraspe. Dr. Horacio Soriano. Dr. Gustavo Schikendantz.
Secretario: Sr. José Lauren시오.
Prosecretario: Dr. Fernando Peralta.
Tesorero: Dr. Enrique Moreau.
Protesorero: Sr. Eduardo Fernández.

Director General: Dr. Hernán A. Grecco.

Colaboran en este número: Licenciado Oscar Casado; Doctor Hernán Grecco; Licenciada Lorena Mate; Doctor Javier Vilosio. Información Estadística: Area Técnica de CA.DI.ME. Diseño: Braian Stel.

Director General Revista CADIME:

Doctor Adolfo Kalinov.

Área Técnica: Lic. Juan Altuna; Dra. Mónica Insua; Dr. Luis Marcos; Dr. Rolando Morgensterin; Dr. Martín Morgenstern; Dr. Javier Vilosio. **Área Contable Impositiva:** Dr. Darío Capurro; Dr. Daniel Malvestiti. **Área Jurídica:** Estudio Salvat Etala y Saraví. Dr. Gerardo Walter Javier Guelman. Dr. Hernán A. Grecco. **Área Capacitación:** IFESAL. Lic.

Susana Gutzat. **Área Marketing:** Lic. José Chojrin. **Área Comunicaciones:** Lic. Oscar A. Casado. **Área Diseño:** Braian Stel. **Relaciones Institucionales:** Roxana Segatori. **Coordinación General de Gestión:** Lic. Lorena Maté.

Registro Propiedad Intelectual: en trámite. Revista CADIME es una publicación de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. De circulación gratuita entre todas las empresas prestadoras de servicios de diagnóstico y tratamiento médico del país, obras sociales, empresas de medicina prepaga, organismos públicos, autoridades nacionales y extranjeros, universidades y entidades afines con la actividad.

Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la entidad, siendo de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Permitida la reproducción de los artículos siempre y cuando se cite su procedencia.

Redacción: Perú 590 Piso 4, C1068AAB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel./Fax: (011) 4121-7100. Email: cadime@cadime.com.ar.

Índice

 **página 5:** El PAMI debió eliminar a las gerenciadoras por instrucciones de la Presidenta Cristina F. de Kirchner.

 **página 7:** Política y Tecnología Sanitaria: Trascendente tema del 3° Evento Anual de CADIME.

 **página 8:** "Como representantes de un Sector de la Salud, creemos importante contribuir al desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias". *Guillermo Gómez Galizia.*

 **página 10:** "Tecnología Sanitaria en la Región. La experiencia de Brasil". *Gabriela Tannus Araújo.*

 **página 11:** Políticas nacionales sobre tecnologías sanitarias. *Dr. Guillermo Ismael Williams.*

 **página 15:** El problema de la tecnología desde la óptica de la seguridad social. *Dr. Benjamín Surace.*

 **página 18:** La incorporación de tecnología desde la óptica del prestador. *Dr. Luis Moreau.*

 **página 21:** Categorización y tecnología sanitaria. *Dr. Ricardo Otero.*

 **página 24:** El componente económico de la evaluación de tecnología. *Prof. Federico Augustovski.*

 **página 28:** Asignación de recursos en salud: Rol de la evaluación de tecnologías sanitarias y las evaluaciones económicas. *Prof. Dr. Andrés Pichon-Riviere.*

POLÍTICA Y TECNOLOGÍA SANITARIA: Trascendente tema del 3° Evento Anual de CADIME

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico, convocó el pasado 10 de octubre de 2012 a su Tercer Evento anual.

Con este encuentro, CADIME continua con su serie de reuniones anuales *destinadas a esclarecer, promover y debatir aspectos centrales de la actividad de la salud.*

Hace exactamente dos años, nos reuníamos bajo el lema *"Más salud para un mayor desarrollo socioeconómico"*. CADIME sostiene firmemente que *"La salud es un sector clave en el contexto económico y social. Sin ella es imposible avanzar en un proceso de crecimiento sostenido que mejore la calidad de vida de nuestra gente"*.

Dada su trascendencia, el tema elegido para aquel primer Encuentro fue el de la **Atención Primaria de la Salud**.

Un año después, nos guió la consigna "INTEGRAR EL SISTEMA". Porque es necesario sostener las fortalezas de nuestro sistema de Salud, pero también es imprescindible corregir sus debilidades y sortear las viejas y nuevas amenazas que afectan la calidad, la cobertura, la equidad y la eficiencia.

La integración entre recursos públicos y privados es un eslabón fundamental para lograrlo, así como el fortalecimiento de la atención primaria, las acciones preventivas y promocionales y la articulación de políticas sanitarias, sociales y de infraestructura.

En 2012, nuevamente CADIME convocó a autoridades nacionales, provinciales, municipales, dirigentes sociales, financiadores, aseguradores, proveedores, entidades de medicina prepaga, mutualidades, instituciones prestadoras públicas y privadas,

organizaciones gremiales, obras sociales, sociedades científicas y empresariales a participar de su 3° EVENTO ANUAL CADIME, con el tema: POLÍTICA Y TECNOLOGÍA SANITARIA.

Desde la Cámara sostenemos que es imprescindible acceder y actualizar los recursos tecnológicos sectoriales sobre bases de racionalidad, efectividad y eficiencia, de manera de aportar al mejoramiento de la accesibilidad, la equidad y la mejor asignación de los recursos financieros disponibles en el sector.

Son fundamentales para ello las definiciones políticas, el accionar de la autoridad pública y la activa participación del sector privado.

Ya desde 1994 CADIME apoya la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en empresas de diagnóstico y tratamiento.

A partir de 1995 implementamos el Programa de Garantía de Calidad, proceso de Acreditación basado en estándares, que se aplica en Laboratorios de Análisis Clínicos y Diagnóstico por Imágenes.

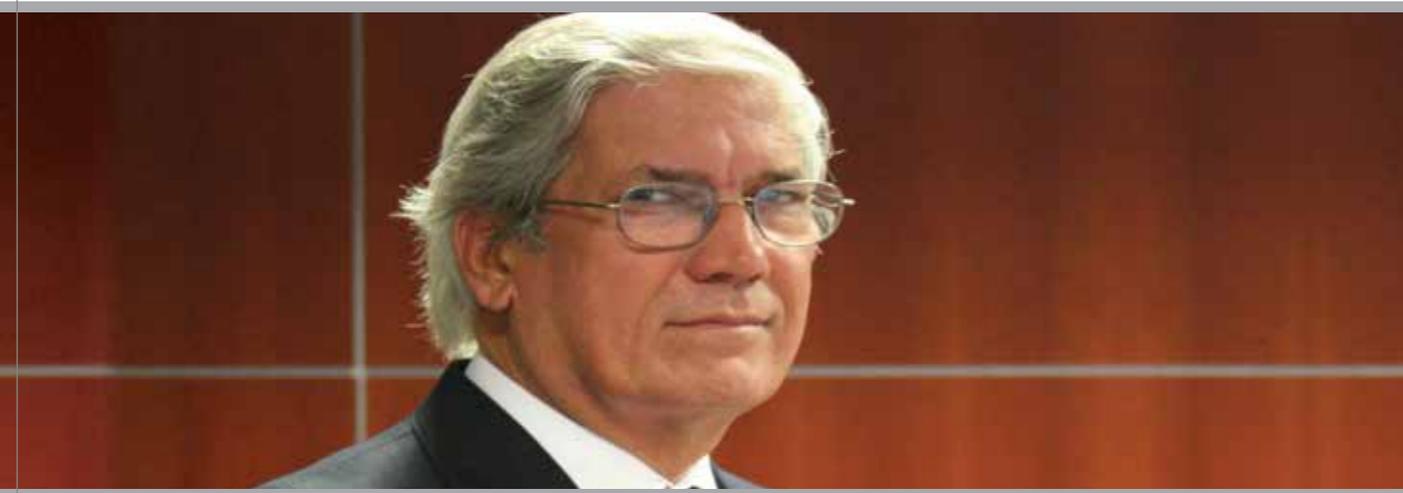
En 2002 suscribimos el Programa de Acreditación con el ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Servicios de Salud).

Y en 2012 lanzamos el Programa de Desarrollo de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en conjunto con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).

Durante el desarrollo del encuentro, se desarrolló una videoconferencia, una mesa de expertos y una conferencia final, a cargo de distinguidos disertantes.

" Como representantes de un Sector de la Salud, creemos importante contribuir al desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias"

Palabras del Presidente de CADIME, Guillermo Gómez Galizia.



Al darles la bienvenida y agradecerles su presencia en esta nueva reunión anual de CADIME, sean mis primeras palabras de recuerdo y homenaje al Dr. Juan Sylvestre Begnis, distinguido médico sanitarista recientemente fallecido.

El amigo Sylvestre Begnis nos acompañó siempre, y presidió hasta los últimos momentos de su vida la organización de estos encuentros anuales. Desde múltiples sitios fue un infatigable luchador por la causa de la salud para todos los argentinos. Por su trayectoria y enseñanzas estará permanentemente con nosotros.

Como lo destacáramos en el año 2010, al inicio de estas convocatorias multisectoriales,

la finalidad de las mismas es la de debatir, promover y esclarecer aspectos centrales de la actividad de la salud. Procurando el involucramiento de todos los actores vinculados con la construcción del estado de la salud y también con otros sectores de la sociedad civil, en el entendimiento que la salud es un compromiso de todos y para todos.

En la primera ocasión y de manera prioritaria, abordamos el tema de la atención primaria; y en la segunda, siempre con la premisa básica que la salud es un factor condicionante del crecimiento económico y el desarrollo humano, bajo la consigna "integrar el sistema", reafirmamos nuestra convicción de que las políticas sanitarias deben posibilitar una adecuada articulación entre los tres

grandes sectores componentes de nuestro sistema de salud: el público, el privado y el de la seguridad social".

Hoy nos convoca un tema puntual de significativa importancia como es el de la incorporación de tecnología al sistema de salud, la cual debe basarse en criterios de racionalidad, efectividad y eficiencia, ser seguras, de calidad y sostenibles por los argentinos.

Como representantes de un sector de la salud, creemos importante contribuir al desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias, dado que la misma es una herramienta imprescindible para el estudio de los problemas de los pacientes y las poblaciones, y con el propósito de asistir a los organismos públicos y los financiadores en la toma de decisiones racionales e informadas sobre el verdadero impacto de las intervenciones clínicas y sanitarias.

Cuando subrayamos el hecho de la aplicación racional de tecnología, es porque maximiza su impacto sanitario, y además protege los niveles de eficiencia del sistema de salud, favorece la equidad en el acceso de los usuarios y posibilita una mejor asignación de los recursos financieros disponibles.

Por último, en esta breve intervención para dar apertura al encuentro de hoy, me hago un deber subrayar que las distintas acciones institucionales que venimos impulsando y siempre direccionadas en definitiva a lograr un sistema de salud con cobertura universal, equitativo y con calidad, se inscriben en una realidad más auspiciosa.

El sistema de salud ofrece hoy síntomas de cambios: se está marchando hacia un reordenamiento; se producen modificaciones relevantes en la estructura de la seguridad social; se comienza a regular el accionar de la medicina prepaga que demuestra que la salud no puede estar expuesta al libre juego de la oferta y la demanda; y se expande la cobertura del subsector público a través, por ejemplo, de la extensión del Programa Nacer con el Programa SUMAR.

El requerimiento desde las máximas instancias del Gobierno Nacional en que todos acordemos para la Salud una verdadera política de Estado, va en sintonía con tales avances.

Específicamente, y en relación al sector prestacional que representamos, desde CADIME continuamos solicitando la pronta instrumentación del Consejo Permanente de Concertación con la expresa participación de las entidades representativas de los prestadores, y la consecuente determinación de los aranceles mínimos obligatorios, previstos por la Ley 26.682 de regulación de prepagos, y su similar para las obras sociales, Ley 23.661.

El funcionamiento de esta paritaria de aranceles, se hace absolutamente necesario para poder afrontar los costos de producción de las empresas prestadoras.

Finalmente, como prestadores del subsector privado e involucrados en el quehacer de la salud, hacemos votos para que todos en conjunto continuemos dando pasos adelante en pos de estos objetivos.



“Tecnología Sanitaria en la Región. La experiencia de Brasil”

Gabriela Tannus Araújo, MBA, MSc

Presidente del Consorcio Latinoamericano de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Directora de Economía de la Salud, Axia.Bio Consulting, Brasil.

La Lic. Tannus sintetizó, a modo de introducción, una caracterización de los procesos políticos vigentes en la Región, incluyendo la creciente influencia de organizaciones no gubernamentales en la discusión sobre la incorporación de tecnologías sanitarias, presupuestos públicos limitados y la intención por parte de los Estados de decidir en base a datos sólidos.

En un enfoque centrado en los procesos de incorporación de medicamentos, área en la que más han avanzado los países, resumió las estructuras oficiales destinadas a la regulación de tecnologías en América latina, y la información requerida en cada caso: resaltó que solamente Cuba requiere datos sobre seguridad y eficacia demostrados en el propio país, y Brasil, Colombia, México y Uruguay solicitan información fármaco económica obtenida de estudios realizados en los propios países.

Respecto de Brasil, señaló que de los 190 millones de habitantes el 75% está cubierto por el Sistema Único de Salud (SUS) sobre premisas de cobertura universal, pago por prestación, procesos de reembolso de gastos y un sistema de información centralizado: DATASUS, y el 25% restante cuenta con planes de salud suplementarios, adquiridos en el mercado (el 30% concentra al 60% de las personas, organizados en base a pagos por prestación y reembolsos).

El conjunto de los decisores que intervienen con mayor o menor grado de influencia en la toma de decisiones sobre incorporación de tecnología está integrado por el Gobierno (Federal, Estatal y Municipal), los prestadores, sociedades médicas, profesionales relevantes y organizaciones de pacientes.

El ANVISA es la agencia regulatoria de tecnología, la Comisión de Regulación del mercado de medicamentos (CMED) define los precios de los fármacos, a través de un proceso bien definido, y en cuanto a otras tecnologías por el momento solo monitorean pero próximamente incorporarán una metodología similar.

Lo reembolsos y la utilización de tecnologías dependen de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnología (CONITEC) integrada por múltiples organismos públicos y privados, la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), los propios planes de salud, los prestadores institucionales, los médicos y los pacientes.

La Lic. Tannus definió el escenario del proceso de reembolso de precios de tecnología actualmente como definido por los requerimientos de la comisión de evaluación de tecnología sanitaria de CONITEC, la participación de múltiples interesados, la necesidad de reformulación de la ley orgánica de salud, la necesidad de establecer nuevas reglas para la incorporación y desincorporación de tecnología, las influencias del NICE¹, los cambios en el formato de presentación del reembolso en el SUS, los resultados clínicos obtenidos, estudios de costo efectividad, la opinión de expertos locales, el impacto presupuestario, etc.

El CONITEC requiere obligatoriamente la realización de buenas revisiones sistemáticas sobre cada tecnología (el *gold estándar* son las Revisiones Cochrane), toma como antecedente la posición adoptada por el NICE, y requiere datos locales (nacionales).

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)

Políticas nacionales sobre tecnologías sanitarias



Dr. Guillermo Ismael Williams. Director Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Quiero transmitirles en esta oportunidad lo que desde el Ministerio de Salud venimos trabajando en lo vinculado a evaluación de tecnología sanitaria, con un mayor énfasis en los últimos tres años.

El primer antecedente histórico es allá por el año 1992, cuando se inició el Programa Nacional de Garantía de Calidad. En 1992 se hablaba de evaluación de tecnología sanitaria en el mundo; sin embargo, todavía no en la República Argentina. Recién hacia fines de esa década se comenzó a plantear cuestiones vinculadas respecto a este tema.

El otro hecho, en alguna medida fundacional, sucedió en 1998, cuando comienzo a funcionar en el ámbito del Mercosur el “Subgrupo Técnico N° 11-Mercosur Salud”, dentro de eso y de lo que es la Comisión de Desarrollo de Servicios de Salud, hay una Subcomisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Por lo tanto, esto es un camino que en el ámbito del Mercosur se viene desarrollando sistemáticamente con los estados partes desde año a la fecha, aunque también debo

reconocer que recién en los últimos cinco años ha tomado una dinámica mucho más importante.

Fue allá por el año 2000 cuando empezamos a juntarnos desde el Estado nacional a tratar el tema de Evaluación de Tecnología Sanitaria, estuvo presente con nosotros la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Québec, con quienes tuvimos la oportunidad de hacer un encuentro en Bariloche referido a este tema. Respecto a la evaluación de tecnologías sanitarias, esto tiene que ver con el Programa Médico Obligatorio y la evaluación que se hace de las prácticas del Programa Médico Obligatorio.

Esto es, desde que se dicta el Programa Médico Obligatorio hasta que se forma el primer grupo para hacer evaluaciones de tecnología, en donde participó, obviamente, la Superintendencia y un grupo de personas que en estos momentos están trabajando en el IECS.

El año 2007 marcó un hito importante desde el punto de vista del tema de evaluación de



tecnologías en el Estado nacional, relacionado al desarrollo de un proyecto llamado "Funciones Esenciales de la Salud Pública" (FESP), financiado por el Banco Mundial; y que dentro de sus distintos componentes incluye la garantía de calidad, y también el fortalecimiento institucional de la capacidad de regulación que debe tener el Estado nacional. Bajo esos dos ejes, dentro del proyecto FESP, hay un componente que se llama "regulación", que coordinamos desde la Dirección Nacional y que está desarrollando líneas vinculadas a este tema.

Debido a que los movimientos son sincrónicos entre lo que se desarrolla dentro de la República Argentina y el Mercosur, es dable también tener en cuenta la aprobación en el marco del Subgrupo Técnico las resoluciones del Grupo Mercado Común del Mercosur (GMC), porque son instrumentos que, en el caso de evaluación de tecnología, son significativas, ya que al ser resoluciones del GMC tienen que estar incorporadas al ordenamiento jurídico nacional.

De esta manera hemos podido sistematizar en el ámbito del Mercosur, y por ende en la Argentina, lo que es el Formulario de Solicitud de Evaluación de Tecnologías, la Guía para realizar Informes Técnicos, la Guía para realizar Evaluaciones Económicas, la Guía para adaptar Guías de Práctica Clínica y un Glosario del Mercosur. Estos son algunos de los instrumentos que hemos podido estandarizar entre los estados partes y que, a su vez, hemos estandarizado internamente.

Otro punto importante a considerar dentro de todo este proceso es la creación de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Evaluación de Tecnologías (UCEETS) en el ámbito del Ministerio de Salud, que se crea a partir de la Resolución 458/09. Es decir que desde ese

momento a la fecha viene funcionando un espacio en el cual todas aquellas instancias o áreas del Ministerio de Salud producen una evaluación de tecnologías e interactúan bajo tres ejes centrales: Primero, obviamente, el de desarrollo de trabajos conjuntos; segundo, el de la validación metodológica de todos los productos que hace cada una de esas áreas por separado, a partir del uso estandarizado de instrumentos; y el tercer elemento importante, es compartir todos aquellos productos que se desarrollan en cada una de las áreas.



Los objetivos de la Unidad Coordinadora son la formulación de políticas de salud y asesorar decisores, la priorización de tecnologías a evaluar, la implantación y gestión de un sistema de acreditación de los efectores nacionales de evaluación de tecnologías sanitarias, la generación de sistemas de información y productos de evaluación de tecnologías sanitarias, el estímulo a la investigación y desarrollo de evaluación de tecnologías sanitarias en áreas críticas, la generación de mecanismos de transferencia de conocimiento y aumento de masa crítica entrenada en evaluación de tecnologías, el monitoreo de la calidad y estímulo de la adaptación al contexto local de las evaluaciones de tecnologías, la generación de mecanismos de armonización de los productos de evaluación de tecnologías

sanitarias en el marco del Mercosur y el desarrollo de proyectos que fomenten la cooperación internacional.

Esta Unidad reúne las distintas áreas del Ministerio de Salud que se encuentran trabajando en este proceso de evaluación de tecnologías en forma coordinada y armónica: La coordinación está a cargo de la Dirección Nacional de Regulación bajo la presidencia de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, y también lo coordina la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Además, intervienen la Dirección de Economía de Salud del Ministerio, el ANMAT, los hospitales nacionales, el INCUCAI, Salud Investiga, el Instituto Nacional de Cáncer, la Superintendencia y el PAMI. Estas son todas las áreas que no sólo nos reunimos periódicamente una vez por mes, sino que trabajamos en conjunto para el desarrollo de todas estas instancias.

Lo que se ha ido logrando en las fases de implementación ha sido la consolidación de la red interna, la generación de producción propia y la transferencia de conocimiento; y por otro, la ampliación de la red, acá es donde se abren redes hacia afuera y dentro del país. Algunos de los temas en los cual se ha estado trabajando son: puntos de corte de alimentos libres de gluten, costo-efectividad de la vacuna conjugada antineumocócica, riesgo para la salud de las camas solares, efectividad y seguridad del Gamma Knife de cuerpo, terapéutica para el síndrome del espectro autista y bevacizumab en cáncer de colon metastásico.

La UCEETS funciona sin perjuicio de que cada una de las áreas que la integra siga desarrollando sus actividades propias en el proceso de evaluación de tecnología. Habida cuenta que, incluso, las dinámicas de trabajo,

en función de la especificidad de cada área, son distintas, porque no es lo mismo el índice de respuestas rápidas que tiene que dar un área como la Superintendencia en función de acciones judiciales vinculadas a la cobertura de tal o cual tratamiento, a otras áreas, a lo mejor, puedan explicitarse y trabajar en otro ritmo y manera.

En el proceso de compartir productos ya tenemos un registro de 99 productos en distintos momentos de la evolución de cada una de las áreas del Ministerio, las cuales están juntas en un repositorio. Existe un Comité Editorial que está revisando estos productos, de los cuales aquellos que pasen este Comité Editorial pasarán a integrar la biblioteca de la Unidad Coordinadora, la cual es de acceso absolutamente público.

Esta transparencia refleja la dinámica interactiva entre el espacio Mercosur y el espacio nacional. Es decir que esto nos ha dado una enorme fortaleza interna y externa en la posibilidad, justamente, de poder estar trabajando articuladamente en los dos ámbitos. El trabajo de redes se ha ido incrementando en este ámbito. Por un lado, tenemos la creación de la red interna del Ministerio de Salud, que sería la UCEETS, pero, a su vez, estamos trabajando con Mercosur con lo que es la red de Mercosur. Aparece entonces la RedETSA, que es la Red Regional de Agencias de Evaluación de Tecnología en el ámbito de la Región de las Américas; por supuesto, con la asociación y el trabajo conjunto de HTAi a nivel internacional y de INAHTA, de la cual somos parte y miembro hace dos años.

Pero también quería hacer mención sobre la RedArets -que es de reciente creación porque apenas tiene un mes y cinco días-, que es la red pública de espacio de evaluación de tecnologías en el ámbito de la República Argentina.

En la ciudad de Mendoza se realizó un segundo encuentro -el primer encuentro fue preparatorio-, en donde se conformó lo que se llama la "Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias", cuyos objetivos son establecer un marco de cooperación e intercambio de información y experiencias, compartir metodologías, estandarizar procesos y generar y promover proyectos correlativos de ETS. En definitiva, y para sintetizar, trabajamos todos de la misma manera, compartimos los que producimos y validamos metodológicamente a los pares como un elemento de trabajo.

Las instituciones que conforman la RedArets hasta el día de la fecha son: La UCEETS, el Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, la Dirección de Evaluación de Tecnologías del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la Unidad Coordinadora de Tecnología Sanitaria de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud de Mendoza -de reciente creación-, el Programa de Uso Racional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, el Comité Provincial de Biotecnología del Ministerio de Salud de Neuquén y la Universidad Nacional del Litoral.

Tuvimos el encuentro constitutivo en septiembre y la próxima reunión es en el mes de marzo en la provincia de Buenos Aires.

Dentro de la RedArets se ha formado una estructura: Comité ejecutivo, el Grupo de Desarrollo y Monitoreo Metodológico, el Grupo de Evaluación de Programas Sanitarios -que es un grupo *ad hoc* creado a los fines de tratar de aplicar el tema de evaluación de tecnologías en el campo de los programas sanitarios-, el Grupo de Capacitación y Transparencia de Conocimiento y el Grupo de Ética.



El desafío que tenemos en el marco de la UCEETS es, fundamentalmente, trabajar en la utilidad impacto de las tecnologías en lo que son las veinte patologías prevalentes. Afortunadamente en los últimos años los argentinos sabemos exactamente de que nos enfermamos. Hoy en día no sólo hay encuestas de factores de riesgo sino también de años de vida perdidos. Con lo cual, esto nos da la pauta, en función de las directivas que recibimos desde el ámbito político, para saber sobre qué temas debemos trabajar.

También existe un proceso de intercambios internacionales: Mercosur, RedETSA, INAHTA, HTAi, OPS.

Por último, los desafíos serán ver si podemos dar una respuesta oportuna y de alta calidad a solicitudes relacionadas a puntos de apalancamiento de patologías priorizadas por carga de enfermedad, fomento de las capacidades nacionales en evaluación de tecnologías, coordinación entre áreas del Ministerio y otros organismos productores de ETS no gubernamentales, que esto está contemplado; consolidación y ampliación de la red argentina pública; y disponibilidad de una base de datos nacional y pública de productos de ETS. Esto se está construyendo.

El problema de la tecnología desde la óptica de la seguridad social



Dr. Benjamín Surace. Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de la Obra Social de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina – OSUTGHRA.

La idea de esta presentación es aportar algunas opiniones que vienen desde la mirada de la seguridad social, del día a día con los pacientes, con los prestadores, con los prescriptores y de la experiencia de este trajinar diario que hacemos en las obras sociales.

Han pasado muchos años de que Roentgen obtuvo la primera radiografía con la experiencia de la mano de su esposa. También han pasado muchos años desde la penicilina hasta el hombre que consume la cantidad de medicamentos en el día de hoy. En ese transcurso del tiempo la propuesta es que entremos por distintas puertas a abordar la tecnología. Una de ellas es como problema, ¿cuál es nuestra visión como problema de la tecnología? Si tuviéramos que sintetizarlo en tres puntos, diríamos: En primer lugar, la velocidad con que se producen los cambios. Hoy el 20 por ciento de los conocimientos año tras año se va renovando, cambiando y modificando y no da tiempo a acomodarnos a esos cambios.

Segundo, que muchas de las formas que se introducen la nueva tecnología, a veces, orilla por andariveles que no van por la ética.

Y, en tercer lugar, que nos preocupa que la tecnología esté ocupando el centro del escenario y haya desplazado la relación médico paciente.

En ese nuevo devenir, cuando aparece la nueva tecnología o esa presión para la nueva tecnología, nos hacemos varias preguntas: ¿si se debe cubrir?, ¿si se puede cubrir?, ¿a quienes se puede cubrir?, ¿a qué precio se debe pagar?

Y esta tecnología que va cambiando día a día en la salud pasa también en otras áreas, pero con la diferencia que -en otras áreas que no son de salud- uno tiene la opción de no consumir la tecnología. Sin embargo, en salud se hace muy difícil no consumir o rechazar ese consumo.

Un enfoque es **la tecnología como cambio de paradigmas**. El hecho de que se hayan



descubierto proteínas provenientes de órganos vivos, que pueden por ingeniería biológica introducirse al organismo y encontrar una proteína receptora e interactuar con esa proteína receptora, ha abierto un cambio de evolución de muchas enfermedades que conforman los medicamentos biológicos.



En una obra social de 450.000 en el transcurso de un año, de 2011 a 2012 los medicamentos biológicos, los cuales se consumen mensualmente a un costo promedio de \$12.000.-, al día de la fecha, tienen una tasa de uso de 2.24 cada 1.000 beneficiarios. Por ejemplo.

Otro enfoque es entrar a la **tecnología como herramienta de gestión clínica**. Acá tenemos que hacernos algunos interrogantes respecto a la prescripción: ¿Si la prescripción ha sido realizada bajo el saber y entender del prescriptor?, ¿o si ha recibido algún tipo, en su formación, de asesoramiento por guías basadas en la evidencia médica?, ¿o si ha recibido presiones del financiador, de los auditores, de la industria o del mismo paciente a través de internet? Es probable que la respuesta sea un mix de todas estas interrogantes.

La tecnología como herramienta de gestión de los sistemas informáticos de salud. En este

momento se está produciendo un pasaje de lo que era la medicina basada en el papel a la medicina digital. Las imágenes que vemos en la computadora de digitalización de tomografías, de radiografías, de la prescripción a través en forma electrónica de las recetas -que es todo un gran cambio- es menor a lo que significa la vertebración digital de lo que estamos hablando. La presencia del sistema informático en el acto médico agrega un actor más al médico y al paciente, y este actor, que es el sistema informático, está disparando una cantidad enorme de datos que deben ser procesados y que son muy útiles para la planificación. Esto permite que muchos financiadores tengan programas que puedan permitir hacer el seguimiento de los programas que se están realizando y, a la vez, ser más eficiente en la compra y provisión de los mismos.

La Tecnología y la Política Sanitaria. Nosotros en una publicación de hace un par de años pensábamos que debía jerarquizarse más el rol de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria, porque la nueva tecnología estaba ocupando el centro de la escena y había desplazado la relación médico paciente hacia un costado, y que, además, faltaban posibilidades y elementos de control de gestión y regulación de esa tecnología para que pudieran obtener resultados de salud a un precio razonable y evidenciado a través de indicadores sanitarios.

Por eso la propuesta era que el centro de salud estuviera nuevamente por el paciente con el equipo de salud, no es solamente el médico, y que la agencia de evaluación de tecnología tuviera, en virtud de la cantidad y la judicialización del acto médico, jerarquía legal para que pasara de ser un programa a ser una agencia creada a través de una ley dentro del Ministerio de Salud.

La tecnología que se viene. Hoy estábamos hablando de que la biotecnología seguirá avanzando y que un análisis de una gotita de saliva permite hacer diagnósticos predictivos de enfermedades, como el síndrome metabólico o de algunos cánceres, va ir más allá de esos diagnósticos y de la descripción de las enfermedades. Las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen, la cirugía mínimamente invasiva, los test y mapas genéticos, la sangre artificial, los xenotrasplantes y las células madres, en poco tiempo, serán materia de debates y también de judicialización.

Por último, el problema de la **tecnología y la sostenibilidad** de lo que significa estas nuevas prácticas. Se ha publicado que se triplicará el gasto en salud, en porcentaje del PBI, en los países del OECD y de Estados Unidos hasta el 2020, y las tecnologías innovadoras figuran como el primer elemento empujando ese gasto, y también el envejecimiento de la población como otro factor muy importante.



¿Qué pasa en Argentina desde la seguridad social? En primer lugar, se genera a través de este mercado imperfecto de salud donde el que paga no consume ni prescribe y el que prescribe no consume ni paga, y el que consume no prescribe ni paga. Eso genera

necesariamente una mirada distinta sobre cada prescripción que se realiza.

En segundo lugar, esta utopía de tener un Programa Médico Obligatorio con todas las tecnologías que aún no están incluidas -pero que viene por esa presión hacia el financiador-, con calidad de prestaciones y con un presupuesto limitado, no son posibles las tres juntas, necesariamente, debemos optar por dos de ellas.

¿Cuál es hoy nuestra posición? En función de lo que estuvimos hablando el único camino que tenemos para recorrer es ser eficientes en la compra y en la gestión de servicios, en la compra y en la provisión, es asegurar una calidad técnica mínima que se pueda ajustar a esa prestación, y cada día ganar la confianza de nuestra población beneficiaria.

¿VISITÓ LA WEB DE CADIME RECIENTEMENTE?

- // Contenidos:**
- Últimas noticias, novedades y eventos
 - Informes del sector
 - Calendario de capacitaciones
 - Nomencladores de diagnóstico
 - Manuales
 - Estadísticas e índices
- // Servicios:**
- Asesoramiento integral, legal y financiero al prestador
 - Conozca quién es quién entre los financiadores
 - Sistemas informáticos de liquidación de salarios y turnos
 - Compra y venta de equipos de diagnóstico
 - Cobertura asegurativa y de prevención

Visítenos en www.cadime.com.ar
Solicite su registro gratuito para contenidos exclusivos.

La incorporación de tecnología desde la óptica del prestador



Dr. Luis Moreau. Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Radiología. Ex Jefe de Servicio de los Hosp. Álvarez y Durand de la Ciudad de Bs.As. Consultor de Diagnóstico por Imágenes de CADIME

Muchos de nosotros, médicos radiólogos, o imagenólogos como también se nos llama ahora, nos hemos vistos obligados a convertirnos en empresarios. Estudiamos medicina sin tener esa concepción, pero nuestro trabajo nos obligó a generar pequeñas empresas, y desde ese lugar vamos hablar: desde una empresa pyme de radiología.

También -como lo comentaron otros expositores antes- vamos a ver las grandes dificultades a la que nos estamos enfrentando.

Estamos hablando de lo que los griegos llamaron *techne*: que es arte u oficio, y *logos*: conocimientos y ciencia. O sea, la ciencia de hacer las cosas, la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos y la obtención de metas humanas.

La tecnología revolucionó las ciencias médicas y permitió la prolongación de la vida y el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos, y ha permitido tratamientos antes impensables.

Recordemos que, en su momento, fueron nuevas tecnologías la radiología, la anestesia y la penicilina, que hoy son prácticas de rutina.

El diagnóstico de laboratorio en bioquímica clínica, microbiología, hematología, inmunología y genética, han tenido también avances impensables.

En la vertiente terapéutica han sido impensables los avances desde la litotricia extracorpórea aplicada por ondas de choque ultrasónicas, aplicada al tratamiento de cálculos renales o biliares, diversas aplicaciones del láser, técnicas endovasculares y técnicas de laparoscopia que han revolucionado, incluso, la cirugía.

Y, además, los tratamientos oncológicos, quimioterápicos, modernos sistemas de tratamiento con cobalto, cesio, radioterapia tridimensional, entre otras, evitan cirugías muy cruentas y con grandes problemas para la recuperación de los pacientes.

Todo esto configura el advenimiento de una familia de tecnologías médicas con

gran potencial para mejorar o reemplazar tratamientos invasivos.

Ahora bien, el meollo del problema es ¿cómo soportan los sistemas de salud la incorporación de estas innovaciones?. Es decir: el problema de la sustentabilidad de los sistemas, y de nosotros mismos como prestadores.

La demanda es creciente con la aparición de nuevas tecnologías, y por lo tanto los costos se incrementan.

El otro problema es la judicialización, que también genera presión sobre el sistema y su financiamiento.

Los pequeños prestadores nos encontramos en el medio de esta situación: los costos aumentan, la demanda crece, y los aranceles se mantienen retrasados, desfazados de los costos de producción reales.

Frente a las nuevas tecnologías nos planteamos ciertos interrogantes: ¿Será realmente útil?, ¿durará en el tiempo?, ¿será clínicamente efectiva?, ¿la podré amortizar?, ¿representa una innovación real?, ¿es segura?, ¿mejorará mi posicionamiento como prestador?, ¿podré pagarla?.

Muchas veces hacemos inversiones en una nueva tecnología, porque existe una fuerte presión del medio. Y aunque con el equipamiento que se tiene se podría seguir trabajando con una efectividad similar, diversas circunstancias nos condicionan a adquirir nuevos equipos, sin las respuestas adecuadas a estas preguntas.

El grave problema que tenemos tanto los radiólogos como los bioquímicos es la vida útil de los aparatos.

En el "ciclo de vida" de la tecnología se describe un período de la introducción, un período de crecimiento -o madurez de la tecnología-, y luego, su declive, desaparición u obsolescencia. Y estos ciclos tienden a ser cada vez más cortos, con la aparición cada vez más frecuente de innovaciones.



Se ha dicho que hay un 20 por ciento de nueva tecnología que va desapareciendo cada 2 años.

Yo tengo la experiencia de provenir de una familia de médicos radiólogos, donde mi padre inició su consultorio en el año 1937, y después de 30 años, seguían utilizando los mismos equipos de rayos, con pequeñas diferencias, actualizaciones, cambios de tubos y demás. Digamos que la tecnología no había cambiado. Sin embargo, a partir de los años '65 se produjo una revolución con el advenimiento de la tomografía computada, la ecografía y, por supuesto, la resonancia magnética.

Existe otra curva, conocida como el *Ciclo de Hype*, que describe el ciclo de las expectativas vinculadas con la llegada de nuevas tecnología. Fíjense lo que ocurre: al inicio existe un pico de expectativas exageradas, le sigue el "valle" de la desilusión, y finalmente

se alcanza la llanura de la productividad. Si nosotros estuvimos preparados para soportar la desilusión, podemos llegar a evolucionar y remontar la pendiente de iluminación.



El problema de los aranceles. Los costos de producción -como decimos desde CADIME- no son tenidos en cuenta al momento de fijar los valores prestacionales. Esta es una de las predicas de CADIME. Hay un equipo muy importante trabajando en este sentido, en donde colaboramos los bioquímicos y radiólogos aportando datos de la realidad.

Desde nuestros consultorios o pequeñas instituciones no podemos hacer estos cálculos, y CADIME nos da esta apoyatura tecnológica para saber realmente de lo que estamos hablando.

Es inevitable que la carga económica generada por las nuevas prestaciones sea trasladada al precio, y si esto no es contemplado por los financiadores, se genera un quebranto imposible de evitar.

Nos encontramos con un gran número de prácticas no nomencladas de alto costo que ni las entidades de medicina prepaga ni las obras sociales aceptan valorizar de acuerdo a sus verdaderos costos de producción.

El prestador pyme se encuentra así ante una encrucijada de hierro, porque si no puede crecer e invertir se dirige a la desaparición.

La falta de reconocimiento de todo lo que venimos hablando llevará a nuestras empresas a una reconversión, fusionándose con otras en igual situación, o integrándose a estructuras sanatoriales o policonsultorios, pero en este caso ya no como prestadores independientes.

¿Qué estamos haciendo desde CADIME? Desde CADIME apoyamos permanentemente al prestador pyme con asesoramiento, apoyatura legal ante todo tipo de situaciones, cursos de ayuda para el manejo empresario y para el personal técnico y administrativo. Asimismo, se han diseñado caminos de apoyo para la obtención de soluciones financieras y se han realizado acuerdos con diversas empresas de insumos, tecnología digital y aseguradoras para favorecer su acceso al prestador. Sin embargo, hasta el día de hoy la prédica más importante de CADIME no ha sido satisfecha, que es la del reconocimiento de los costos de producción.

¿Qué necesitamos? Amplitud de criterio, sumar esfuerzos y dialogo entre todos los actores intervinientes, y toma de conciencia de que día a día nuestro sector, siguiendo esta lógica, se verá más afectado y jaqueado. Por todo esto, creemos que el único camino es el dialogo, y articular soluciones sustentables entre todos.

En resumen, necesitamos aranceles mínimos y obligatorios, intermediación ética, creación del Consejo Permanente de Concertación, que sería una paritaria arancelaria, y al Estado como árbitro regulador y fiscalizador del sistema.

Categorización y tecnología sanitaria



Dr. Ricardo Otero. Director Técnico del Instituto Tecnológico para la acreditación de establecimientos de salud – ITAES.

Ante todo, quiero agradecer a los amigos de CADIME, con los cuales hace unos cuantos años que trabajamos juntos, por la invitación a participar de este encuentro.

¿Qué es la categorización? Es una modalidad de evaluación de establecimientos de salud que se basa, fundamentalmente, en las estructuras, y dentro de las estructuras, están las tecnologías, y aquí está la relación entre la categorización y el nudo temático de este encuentro. Por supuesto, no analiza procesos ni resultados, sino que establece una tipología de establecimientos, es decir, qué tipo o qué cosa es el establecimiento, tratando -en muy pocas palabras- de establecer su espectro asistencial.

DEFINICIÓN Y OBJETIVO

- Modalidad de evaluación de establecimientos o servicios sanitarios mediante el abordaje de sus estructuras (no analiza procesos ni resultados) y/o funciones para ubicarlo en un tipo (o categoría) predefinido.
- Objetivo: Ordenar la oferta asistencial de un área geográfica dada (país, región o jurisdicción) para el diseño de redes de servicios de salud adecuadas a las necesidades de la población residente en ella.

La categorización es un sistema ampliamente usado en la Argentina, pero no demasiado en otros países. Por ejemplo, en Estados Unidos, salvo salud mental, prácticamente no se la utiliza y ni se la conoce con este nombre.

El objetivo de la categorización no es evaluar la calidad o los resultados, sino que ordena la oferta asistencial, o sea, saber qué cosas tengo. Si yo sé -como decía el doctor Williams- de que se enferma la gente en Argentina, pues tendré que definir, como Estado regulador o entidades intermedias, que los tipos de establecimientos que necesito estén adaptados a esa epidemiología poblacional.

Las características, en realidad, se pueden aplicar en cualquier momento, pero es de uso bastante común en la Argentina, porque prácticamente todas las provincias tienen leyes de habilitación categorizante, donde se unen las dos tecnologías: la habilitación y la categorización. En lugar de habilitar una clínica o sanatorio, se habilita una clínica de alta o mediana complejidad o un monovalente o, por ejemplo, cardiovascular, etcétera. Es decir que la categorización ya le está diciendo al Estado, al financiador y a todo aquél que necesite saber qué oferta médica tiene en



un área determinada, cuál es esa oferta ya la tiene clasificada. Por supuesto que si el establecimiento cambia el tipo de prestaciones que va a ofrecer tiene que cambiar la categorización, no hay otra alternativa.

El universo -y este es un tema que no siempre queda muy claro- lo constituyen tanto los organismos públicos como los privados. Existe una idea que flota en casi todas las jurisdicciones argentinas de que es solo para los privados, y esto no es así, porque ninguna de las leyes de habilitación dice que es solo para los privados. Lo que pasa es que muchas veces los establecimientos públicos son anteriores a la aparición de estas leyes y, por lo tanto, no suelen estar habilitados.

Las estructuras son fundamentalmente las físicas, las arquitectónicas, los servicios, la electricidad, el gas, agua, disposición de excretas; y en la tecnología, imágenes, laboratorio, instrumental quirúrgico, etcétera; y los recursos humanos son parte de la estructura. Hay otra parte de la estructura que la categorización no enfoca, que es los recursos financieros.

Los elementos fundamentales. Primero, debemos definir cuáles son las categorías. Si ustedes ven las diferentes leyes en Argentina van a ver que muchas no coinciden, porque si yo categorizo un establecimiento con una ley de la provincia donde esta situado, y si pudiera idealmente sacarlo de donde está y llevarlo a otra provincia, le correspondería otra categoría. El Ministerio hace un tiempo que está trabajando en este tema para tratar de unificar esta metodología, de manera que todo el mundo tenga los mismos criterios de evaluación y categorización para que sean equivalentes en todas las jurisdicciones nacionales.

Es el primer paso, habitualmente -como dije antes- están establecidas a partir de modelos ideales.

El segundo punto a tener en cuenta son los puntos de corte. ¿Qué son los puntos de corte? Son los límites.

¿Qué cosas limitan un tipo de establecimiento de otro tipo de establecimiento? Puede ser el número de camas, en una época se utilizó la presencia o ausencia de un servicio, por ejemplo, de medicina crítica; la presencia o ausencia de tecnologías como la tomografía computada; la ubicación, si es un establecimiento en una ubicación urbana o en situación de elemento geográfico; la modalidad asistencial, si es ambulatoria o con internación; la especialidad, si es materno infantil o general, etcétera.

También si está dirigida a agudos y a crónicos. Los diversos tipos de puntos de corte establecen distintos tipos de categorización. Cuando yo hablo de población usuaria me estoy refiriendo al riesgo que enfrenta el establecimiento, no estoy hablando de la tecnología que tiene; cuando estoy hablando de la especialidad, más o menos es parecido a eso; y cuando hablo de si es con o sin UTI, estamos hablando de una categorización tecnológica. Es decir que muchas veces en las leyes de categorización se entrecruzan estas distintas ópticas para establecer los puntos de corte.

¿Quiénes son los usuarios? El Estado es el primer usuario; los financiadores, por ejemplo el PAMI, que es el más grande del país, pero también están los privados, los públicos, las obras sociales del régimen nacional o de los regímenes particulares; las sociedades científicas, por ejemplo, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva tiene una categorización para los servicios que le son afines; la Asociación Argentina de Pediatría, el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas, etcétera. Las Cámaras de Prestadores.

Voy a tomar como ejemplo el Decreto 3280/90 de la provincia de Buenos Aires, porque fue una

de las primeras normas legales de habilitación categorizante, que es el nombre con que hoy se la conoce.

También combina diversas modalidades de categorización por complejidad o riesgo y suma hasta cierto punto la categorización de prácticas. Este es otro nudo del problema. No tenemos una verdadera categorización de prácticas en el país, quizás el PMOE podría ser una categorización de prácticas; pero, en realidad, lo que uno espera es que en algún momento dado estas normas se unifiquen y digan no sólo qué cosa es un establecimiento, sino hasta qué punto puede hacer.

Existen algunas versiones que lo dicen, pero lo dicen muy generalizadamente y no puntualmente lo que uno desearía que estuviera. O sea, este establecimiento es con internación de baja complejidad, en cirugía puede hacer esto y esto, pero no puede hacer aquello. Eso sería la modalidad de categorización de prácticas, que es la menos desarrollada en la actualidad en nuestro país. Las categorías de los decretos son: ambulatorios, consultorios, centro de diagnóstico y tratamientos de baja, mediana y alta complejidad, sala de primeros auxilios, servicios de traslado programado de pacientes en situación crítica de vida y los hogares de día.

Y para los de internación hay cuatro categorías de mínima, mediana, mediana o alta complejidad con UTI y las últimas desarrolladas que tienen quemados y/o neurológicos y/o trasplantados. Estas son las de establecimientos generales porque después están los monovalentes, o sea, establecimientos que no atienden cualquier tipo de pacientes; por ejemplo, uno con prestación quirúrgica podría ser un instituto cardiovascular, el cual no se ocupa de pacientes que tienen problemas digestivos, ni cirugía, y puede ser sin prestación quirúrgica, que en realidad son los menos.

¿Cuáles son los desafíos de aquí en más para nuestro país?

Primero, consensuar una sola norma para todo el país. Esto es elemental.

Segundo, relacionar la categorización con la evidencia científica, por aquello de la categorización de prácticas.

Tercero, establecer un mecanismo de actualización permanente porque no puede ser que la categorización, como ocurrió en la provincia de Buenos Aires, esté 20 años sin que nadie la toque. Por ejemplo, estoy en un hospital que fue habilitado para la provincia de Buenos Aires, costo mucho trabajo meterlo, pero no encaja en ninguno de los tipos que la ley establece.

Y, finalmente, ejercer una fiscalización permanente y efectiva.

Por mi trabajo tengo bastante experiencia en evaluación de establecimientos de todo el país y realmente las habilitaciones no siempre son lo que uno esperaría que fuesen. Ante la necesidad de tener un servicio en algún lugar los ministerios provinciales suelen dar habilitación y categorizar servicios que no son lo que uno esperaría que fuesen.

DESAFÍOS

- Consensuar una sola norma para todo el país.
- Relacionar la categorización con la evidencia científica
- Establecer un mecanismo de actualización permanente
- Ejercer una fiscalización permanente y efectiva



El componente económico de la evaluación de tecnología



Prof. Federico Augustovski. Director, Departamento de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Profesor de Salud Pública (UBA).

La idea de esta pequeña presentación es introducir algunos conceptos sobre cómo incorporar aspectos económicos a la evaluación de tecnologías para poder tomar decisiones de manera racional y eficiente.

Entonces, vamos a mencionar algunas cosas del escenario actual, cómo incorporar formalmente los costos y beneficios para tomar una decisión informada, y algunas breves conclusiones.

Hablamos de tecnología desde los griegos hasta el presente y de la renovación constante de esas tecnologías.

La verdad es que hay pocas tecnologías -hay que saber separar la paja del trigo- que realmente traen beneficios importantes para la población en algunos casos seleccionados. En cuando a tecnología nos referimos tanto a tecnologías terapéuticas como tecnologías diagnósticas o de radio terapia, en una concepción amplia de la palabra tecnología sanitaria.

En un artículo del *New York Times* -uno de los diarios más prestigiosos del mundo-, se dice: "Bueno, la comunidad médica y los pacientes están muy contentos y entusiasmados porque en el último año se aprobaron tres nuevas drogas". La FDA aprobó tres agentes biológicos para el cáncer de próstata avanzado que mostraron mejorar significativamente el pronóstico de estas personas. Sin embargo, los aseguradores, financiadores y pacientes, que muchas veces no tienen cobertura o acceso a medicamentos, estaban entusiasmados pero, a la vez, también preocupados porque algunos tratamientos costaban cerca de 500.000 dólares por paciente tratado, que son costos que la mayoría de las entidades de los aseguradores privados en Estados Unidos no pueden afrontar.

También vimos que el gasto y la inflación en salud en todos los países del mundo es más elevada que la inflación en la economía en general, por lo motivos que se hablaron precedentemente, el envejecimiento poblacional, las nuevas tecnologías y la judicialización de la justicia.

De modo que **en todos los países, incluso el nuestro, se ve que el aumento del gasto en salud va un paso más acelerado que el aumento del Producto Bruto Interno.**

Los países y los sistemas de salud, de alguna manera, tienen que tratar de asegurar o invertir bien los recursos sanitarios para proveer buena salud o garantizar la mejor salud posible de su población.

Entre los países desarrollados, la mayoría invierte alrededor de un 10 por ciento del PBI en salud, y si uno mide la salud con un indicador clásico como es la expectativa de vida, veremos que algunos países tienen menos de 79 años de expectativa de vida y otros tienen más de 82 años con esa misma inversión relativa del Producto Bruto Interno.

Estados Unidos es un país bastante atípico porque invierte más del 16 por ciento de su Producto Bruto Interno en salud y tiene una expectativa de vida bastante menor a la de los países desarrollados, y nuestro país que invierte alrededor de un 10 por ciento del PBI en salud tiene una expectativa de vida de 77 años. O sea que estamos tratando de obtener buenos resultados o relacionar los resultados sanitarios con los gastos o las inversiones en el componente económico.

Un ejemplo que se mencionó recientemente fueron las drogas oncológicas, pero también se puede hablar de tecnologías diagnósticas como el PET o PET/CT para distintas indicaciones en el rubro de diagnóstico o algunos marcadores tumorales para diferenciar poblaciones para dar tratamientos biológicos.

Fíjense que en los últimos 20 años el costo

promedio de tratamientos con drogas para el cáncer -todos actualizados a valores presentes- fue de 100 dólares por mes a 6.000 dólares. Esto impacta fuertemente en el crecimiento de los gastos y en el componente económico sanitario. Distintos estudios en países desarrollados tratan de ver en qué aspectos se observó con más fuerza el aumento del gasto en salud, y aquí nos encontramos con que las nuevas tecnologías, en especial las drogas biológicas o algunos dispositivos, son el componente principal o es en donde se ve más fuerte este aumento de los gastos sanitarios.

Las evaluaciones económicas o de tecnología -que después van a ser más detalladas en la conferencia de cierre- tratan de ver si los beneficios clínicos de las nuevas tecnologías se relacionan con la inversión que tienen que hacer los distintos actores o pagadores del sistema de salud.

Un ejemplo reciente demostró que en los últimos 10 años hubo muchos avances con respecto al tratamiento del cáncer de colon, con lo cual, se duplicó la supervivencia de los pacientes gracias a estas nuevas tecnologías, pero el costo aumentó 320 veces, es decir que la relación de aumento de los beneficios y de los costos fue de 320 veces a uno o al doble. De manera que esa relación de costo-efectividad es lo que tratan de evaluar las evaluaciones económicas.

¿Cómo hacen los sistemas regulatorios para incorporar nuevas tecnologías?

Con las drogas el mundo tiene las cosas más claras, pero con los dispositivos o los test diagnósticos no hay tanta claridad regulatoria.

Las agencias reguladoras como el ANMAT, FDA o ANVISA Brasil, exigen que las nuevas drogas o tecnologías cumplan tres características fundamentales: que sean seguras, o sea, que no maten y que el beneficio sea mayor que el daño; que sean eficaces, comparadas muchas veces contra placebos u otras drogas; y que se fabriquen con adecuadas normas de calidad. Entonces, cada vez van quedando algunas tecnologías en el camino, porque hay menos tecnologías que cumplan estas tres barreras. Sin embargo, en los últimos 20 ó 30 años los países se dieron cuenta que ninguno podía incorporar y proveer en su sistema público de salud las tecnologías que cumplieran con estos requisitos. Entonces, empezaron a pensar e incorporar nuevas barreras o vallas para no sólo medir los beneficios y la calidad de las tecnologías sanitarias, sino también evaluar cuál es la relación de los costos con estos beneficios, cuánto tiene que pagar el sistema de salud para lograr estos beneficios y cómo se relacionan estos costos que tengo que pagar con los costos que puedo pagar en otras tecnologías, o cómo incorporar tecnologías de la manera más eficiente posible.

Una de las curvas que mostró uno de los oradores respecto a que estamos en muchos lugares del mundo ejerciendo la medicina en una parte de la curva donde estamos dañando más de lo que estamos beneficiando. ¿Cuál es el verdadero beneficio?

Muchos movimientos en el mundo tratan de desmedicalizar y parar con el sobretratamiento y el sobrediagnóstico, porque estamos creando muchos enfermos.

Una palabra sobre lo que son las evaluaciones económicas y el análisis de impacto presupuestario.

La evaluación económica trata de medir la eficiencia de una nueva tecnología. ¿Cuál es el beneficio en relación al costo? Esto nos da una medida relativa cuán costo efectiva es un nuevo aparato de diagnóstico en relación al previo o en relación a otro que podemos usar para este problema de salud.

El **análisis de impacto presupuestario** trata de evaluar en forma absoluta cuál va a ser el impacto si yo incorporo esta tecnología o este nuevo aparato diagnóstico en mis gastos y presupuesto corriente.

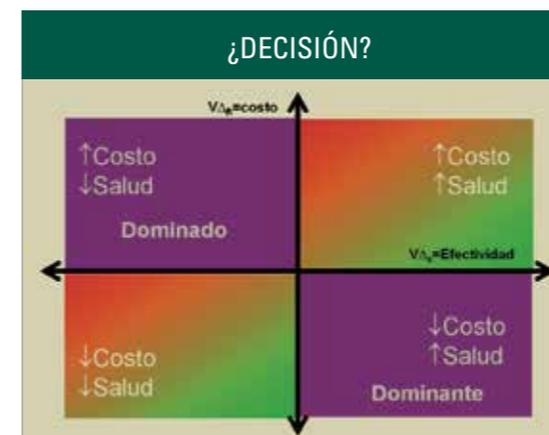
Son dos preguntas relacionadas sobre la evaluación económica que responden a preguntas relacionadas a aspectos económicos, pero uno evalúa la relación de costos y efectos; y el impacto presupuestario, directamente cuánto va a impactar realmente en mi presupuesto en el mediano plazo.

Básicamente lo que intentan responder las evaluaciones económicas es si esta nueva tecnología vale la pena. Y para saber esto, tengo que saber cuál es su costo en relación a lo que se está haciendo hoy para esta patología y, por otro lado, cuál es el beneficio adicional que me está aportando, es decir, tengo que poder medir estos dos aspectos: cuánto más me cuesta y qué beneficio me está aportando.

Por lo tanto, si puedo medir los costos y efectos en relación a lo que estoy haciendo hoy, vamos a obtener tecnologías más efectivas y menos costosas que vamos a querer incorporar, y claramente, hacen que el sistema de salud provea más beneficios a menores costos.

Pero lamentablemente esto no es lo habitual, vamos a tener tecnologías más costosas y peores, porque también aquí es fácil tomar la

decisión, pero la mayor parte de las tecnologías caen en lo que se llama el "cuadrante superior derecho", son mejores porque obtenemos beneficios sanitarios pero también tenemos que invertir recursos económicos adicionales y, entonces, en este cuadrante es donde es más difícil tomar la decisión, y los análisis de costo-efectividad nos ayudan a decidir en este cuadrante.



Después, si es costo-efectivo o no el que tiene que decidir esto es el decisor, la obra social, el prestador, el sistema de salud o el país. Entonces, depende de lo que interprete el decisor. La Organización Mundial de la Salud sugiere relacionar esto con la riqueza del país o el PBI.

Si mi umbral de voluntad de pagar está por arriba la voy a considerar costo-efectiva y la voy a incorporar si me alcanzan los recursos, pero si está por debajo no lo voy a considerar costo-efectiva, con lo cual, no es una buena inversión de recursos sanitarios.

Para concluir, cada vez más se están incorporando aspectos económicos formalmente en los sistemas de salud y en las regulaciones para tratar no sólo de incorporar tecnologías efectivas, seguras y de buena

calidad, sino que provean beneficios de salud adecuados en relación a las inversiones o al impacto presupuestario. Tanto en el mundo desarrollado como en países de nuestra región -Brasil es un ejemplo que se mencionó al principio de esta charla- son ejemplos paradigmáticos en algún aspecto.

Así que lo que hacen es incorporar formalmente aspectos económicos que son utilizados para decidir incorporaciones eventualmente al PMO, a servicios de seguros esenciales, al SUS de Brasil, o incluso, para negociar precios o aranceles.

En el caso de CADIME también podría ser un ejemplo para negociar aranceles que estén relacionados con el costo de producción y con el valor que implican las tecnologías que se están ofreciendo en relación a los beneficios que puedan brindar.

CONCLUSIONES

- Los sistemas de salud están utilizando nuevas "reglas de decisión".
- Las tradicionales (calidad, seguridad, eficacia).
- Las más recientes (eficiencia, impacto presupuestario).
- Utilizadas/exigidos en muchos países del mundo y de nuestra región como cuarta barrera.
 - /Las EE evalúan el valor relativo de las nuevas tecnologías.
 - /El AIP es complementario y evalúa el impacto en el mundo real.
- Pueden servir para ayudar a la toma de decisiones de precio, indicación, cobertura y reembolso.



Asignación de recursos en salud: Rol de la evaluación de tecnologías sanitarias y las evaluaciones económicas



Prof. Dr. Andrés Pichon-Riviere. MD MSc PhD. Director Ejecutivo. Director de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas. IECS-Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Profesor de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. PEC-Programa de Efectividad Clínica

Algo que todos los integrantes de la Mesa mencionaron es el enorme desarrollo de tecnologías nuevas. Los medicamentos son una tecnología nueva, los métodos de diagnóstico, los dispositivos, cirugías, etcétera.

Este enorme aumento tampoco es una casualidad, sino que representa un cambio en el paradigma en el cual se desarrollan las tecnologías sanitarias. Hoy en día diseñamos una molécula para que tenga una estructura en el espacio y pueda incidir sobre un determinado receptor. Por lo tanto, no va a haber un respiro para ninguno de nosotros en los próximos años, sino que, al contrario, cada vez más aparecerán nuevas tecnologías sanitarias en todos los campos.

El cáncer de colon es un ejemplo que se cita mucho aquí. La situación mejoró porque la expectativa de vida de una persona con diagnóstico de cáncer de colon, comparada

con esa misma persona, con el mismo diagnóstico y el mismo tipo tumoral en el mismo estadio, va a vivir el doble de meses en promedio de lo que habría vivido hace diez años, pero el costo para el sistema de salud -al menos en Estado Unidos porque es donde se hizo este estudio en los años atrás- es 320 más costoso.

Entonces no es casual que -sobre todo en los últimos 20 años- hayan aparecido en el mundo agencias e instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias. La UCEETS del Ministerio de Salud y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria son miembros de la Red Internacional de Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria (INAHTA). Esto refleja que en todos los continentes -cada vez en más países- hay instituciones que empiezan a ayudar a otras instituciones a tomar decisiones sobre si vale la pena comprar una tecnología, cuánto vale la pena pagarla, en quiénes está

indicado y qué efecto se puede esperar, porque son decisiones cada vez más complejas de tomar sin una ayuda técnica específica.

Como ejemplo muchísimos países de la región ya han elaborado guías metodológicas sobre cómo hacer evaluaciones económicas en salud.

El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria es también una agencia de evaluación de tecnología sanitaria. Nosotros hace más de diez años que producimos reportes de evaluación de tecnologías. Tenemos un consorcio de instituciones de Argentina y de otras partes de Latinoamérica, que son desde prestadores de salud, hospitales, obras sociales, organizaciones como CADIME o el Ministerio de Salud de Uruguay, Brasil o Colombia, con los que nosotros trabajamos en la región, pero son organizaciones que tienen que tomar decisiones sobre asignación de recursos, o porque tienen que decidir si compran un PET Scan, o porque tienen que decidir si van cubrir en el Fondo Nacional de Recursos en Uruguay el bevacizumab en un determinado estadio de cáncer; es decir que son muy variadas las instituciones que trabajan con nosotros, pero todas tienen en común la toma de decisiones para invertir recursos, comprar equipos, pagar prestaciones o pagar tratamientos, y para tomar esas decisiones, necesitan información objetiva y nos comisionan a nosotros informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

Los costos sanitarios crecen más rápido de lo que crecen las económicas de los países y este es un fenómeno universal, no sólo de la Argentina. Los motivos son muchos pero la innovación tecnológica es, al menos, responsable de la mitad de ese aumento en el costo sanitario. Hay, además, mucha inequidad

en cómo se distribuyen esos recursos sanitarios.

Y no todos los países lo usan con la misma eficiencia. Por supuesto que la salud es muy costosa y que es necesario invertir, pero también no es lo mismo invertir bien que invertir mal en cuanto a los resultados que uno va a obtener.

¿Por qué les preocupa a los sistemas de salud en la región o en el mundo la evaluación de tecnologías sanitarias? Primero, de todas las cosas nuevas quieren poder reconocer cuáles son aquellas para las cuales hay buena evidencia sobre su efectividad. No todas las cosas nuevas sirven necesariamente y todas las cosas nuevas sirven para todos, a veces una droga o una tecnología no terminan cumpliendo las promesas que había hecho al principio; y a veces si sirve pero sirve para una población determinada, sirve para pacientes con ciertas características en ciertos casos; y las presiones del mercado tratan de llevar a que eso sea utilizado a otras poblaciones u otros tipos de pacientes. Así que el primer paso es que los sistemas de salud quieran saber en qué casos hay verdadera evidencia sobre la efectividad de esas tecnologías sanitarias para saber si las tienen que incorporar o no.

El siguiente punto es que no sólo sean efectivas sino que haya una relación adecuada entre los costos que implican para el sistema de salud y los beneficios que aportan. Los sistemas de salud se están moviendo hoy en la región para evaluar el valor que le aportan desde el punto de vista clínico y sanitario y para determinar si vale la pena pagar esa tecnología o no.

Las cuatro "barreras" que debe superar una nueva tecnología son: calidad, seguridad,

eficacia -que son más clásicas- y una más reciente: la costo-efectividad. Países como Brasil, México, Colombia, Uruguay y Chile están comenzando a implementarlas, que es requerir que las tecnologías, además de ser de calidad, seguras y eficaces, guarden una relación apropiada entre los costos que representan y los beneficios que ofrecen al sistema de salud.

¿A qué nivel se coloca esta cuarta barrera? En general, todas las agencias regulatorias de todos los países funcionan igual que el ANMAT, viendo la calidad, la seguridad y la efectividad autorizan a que ese producto esté disponible en el mercado; pero, en general, son los financiadores, que tienen la responsabilidad de pagar por esa tecnología, los que implementan esta cuarta barrera de costo-efectividad y no son las agencias regulatorias las que cumplen este rol.

Ante una tecnología nueva, muchos tienen que tomar una decisión, ya sean los pacientes que tienen que decidir si se someterán a este procedimiento; los médicos que tenemos que decidir si se lo vamos a recomendar a nuestros pacientes o no; un hospital que tiene que decidir si comprará los equipos necesarios para hacer esto, si se quedará atrás o será pionero y estará en la cresta de la ola; enviará a sus médicos traumatólogos a Suecia a entrenarse en esta tecnología o esperará a que esto esté más asentado; los financiadores tienen que decidir si lo pagarán o no, a qué precio y para quiénes; o el Estado como financiador también tiene que tomar una decisión.

Una herramienta que utilizan muchos sistemas de salud en el mundo son las evaluaciones económicas. Brasil, México, Inglaterra, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, España, Italia, Alemania y Francia, son muchísimos

los países que están comenzando a utilizar esta información para tomar decisiones. La evaluación económica se refleja en el plano de la costo-efectividad; por un lado, tenemos este eje de la efectividad donde podemos ver si la tecnología nueva, comparada con la anterior, es más o menos efectiva y también podemos ver si representa más costos para el sistema de salud, porque hay tecnologías que ahorran, quizás es más costosa la tecnología en sí pero produce ahorros. Así que el interés del sistema de salud es no cuánto cuesta la tecnología -no deberíamos fijarnos más cuánto cuesta la tecnología en sí-, sino qué impacto tienen los costos en el sistema de salud. Puede ser que incremente los costos del sistema de salud o los reduzca.

En base a la tasa de costo-efectividad, una posibilidad sería decir: "Bueno, los sistemas de salud pueden tomar esta decisión". Todo lo que demuestre ser costo ahorrativo y mejorar la salud lo voy a incorporar y todo aquello que haya demostrado ser más costoso y menos efectivo lo voy a rechazar.

Estos no son temas fáciles. No es casualidad que en Argentina estemos evadiendo esta discusión, definiciones y regulación hace muchos años como pasa en muchos países de Latinoamérica, porque no es fácil tomar decisiones en este terreno. Inglaterra, quizás, es un país pionero, pero el público en general está muy involucrado en esta discusión. En Argentina todavía nos falta mucho, pero esto no es un tema de discusión, ya que nosotros damos por sentado que todos tenemos derecho a todo y no se discute jamás la posibilidad de que explícitamente se pudiesen negar cobertura.



CADIME en acción defendiendo a las empresas del sector

10 MANDAMIENTOS IRRENUNCIABLES

Perseverancia en el reclamo por:

- 1 Aranceles mínimos y obligatorios:** Para evitar la concentración prestacional y la asimetría de poder de negociación entre los prestadores pymes y los financiadores. Basados en los costos de producción de las prácticas médico asistenciales, concertados en los ámbitos previstos en la legislación vigente.
- 2 Intermediación ética:** Regular y limitar a las “Gerenciadoras”, cuyo rol solo se justifica si dan trabajo a los prestadores, cumplen en los pagos, retienen comisiones razonables y aportan un valor agregado a la actividad de las pymes del diagnóstico. Aplicación efectiva de la normativa vigente.
- 3 Regulación de la medicina prepaga:** Para garantizar equidad, accesibilidad al sistema y asegurar la protección del beneficiario y la de los prestadores que brinda los servicios asistenciales.
- 4 La Universalización de la Cobertura de Salud:** para extenderla a 15 millones de conciudadanos, promoviendo la atención primaria, y generando puestos de trabajo en el sector.
- 5 La Coparticipación Asistencial:** imprescindible para integrar racional y eficazmente los sectores público y privado.
- 6 La puesta de límites a la concentración y extranjerización del sector salud.**
- 7 La instrumentación de una Mesa Permanente de Concertación y Consenso,** con la participación de todos los actores del sector.
- 8 La participación del Estado como árbitro regulador y fiscalizador del Sistema.**
- 9 La implementación de una Política capaz de garantizar la equidad y transparencia en la asignación de recursos.**
- 10 La mejora en el financiamiento del sistema de salud.**

Estos son los objetivos **irrenunciables** de CADIME, que constituyen el eje de acción de la Cámara en defensa permanente de los prestadores de diagnóstico y tratamiento, desde su fundación y hasta el día de hoy.

Si Usted comparte estos objetivos, asóciase a CADIME y haga valer su derecho a desarrollar su actividad empresarial amparado por la Institución que defiende sus intereses.

COMPROMISO GREMIAL Y ESTRATEGIA INSTITUCIONAL EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

Servicios y Productos Corporativos de CADIME

BENEFICIOS PARA PRESTADORES

:: Asesoramiento integral al prestador
Asesoramiento laboral específico del Convenio Colectivo 108/75.
Consultoría financiera.
Informes comerciales en salud.
Unidad de contralor de la intermediación en salud.
Inscripción simplificada al Registro Nacional de Bases de Datos.
Financiamiento – Descuento de Cheques.
Registración del impuesto de sellos. Acuerdo con Bolsa de Comercio de Bahía Blanca.

:: Formación y capacitación en Recursos Humanos de salud
E-learning CADIME – UTN para formar expertos en seguridad laboral de empresas de salud
Toda la información sobre cursos y eventos referidos al sector.

:: Instituto Federal de la Salud
CADIME, a través del IFESAL da respuesta a la demanda de los prestadores en cuanto a la capacitación del personal en las áreas científicas, técnicas y administrativas.

:: Digitalización del diagnóstico por imágenes
Importantes descuentos a prestadores para adquirir tecnología de primer nivel y optimizar tiempos y costos en los procesos de diagnósticos.

:: ¿Quién es quién?
¿Cómo saber quién es quién en el ámbito del Financiamiento del Sector Salud? Una preocupación de primer orden para los prestadores de diagnóstico médico.

:: Acreditación de calidad
Toda la información y asesoramiento que el prestador necesita para actualizar su gestión a modernos estándares, según el Programa de Garantía de Calidad, desarrollado por CADIME - ITAES.

:: Cobertura asegurativa y de prevención
Reduzca sus costos laborales. Acceda a importantes descuentos y asesoramiento especializado en coberturas de seguros específicos para el sector.

PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS

:: Revista CADIME
Toda la información importante del sector, actualizada y comentada por expertos.

:: Auspicio del programa Diagnóstico & Debate TV
Con el auspicio exclusivo de CADIME, este programa de TV realiza la difusión de los temas de actualidad, concientización de las necesidades y los logros del sector salud.

:: Nomencladores Arancelarios de prácticas de diagnóstico médico
Desarrollados por CADIME, son un aporte concreto al debate arancelario y al acuerdo multisectorial que se promueve.

:: Manuales
// Manual de Radioprotección: Material desarrollado en forma conjunta por CADIME, ARN y CNA, referido a la seguridad radiológica en las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes.
// Manual de Residuos Peligrosos: Promueve la difusión de la problemática de la contaminación ambiental, la toma de conciencia y la generación de un cambio actitudinal en todo personal que se desempeña en el sector salud.
// Manual de Bioseguridad: Aporte para crear condiciones y actitudes de seguridad, a fin de evitar el riesgo biológico propio de la actividad. Su contenido es sumamente amplio: Legislación, artículos técnicos, recomendaciones, etc.
// Fascículos Publicados: De Calidad. De Seguridad Operativa.

:: Análisis y tendencias
Informes actualizados sobre la economía de la salud, con múltiples artículos de interés sobre cadena de valor, estudios de impactos de aumentos de aranceles y enfoques estratégicos para el sistema de salud, entre otros.