



Carrera de Posgrado de Especialización en Anestesiología
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Elementos de Gestión de Servicios de Salud

CPN. Pablo Lindor Luna

MEDICINA PREPAGA

UNL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
SANTA FE, ARGENTINA





Cuando hablamos de **Entidades de Medicina Prepaga (EMP)**, lo hacemos según los términos de la ley **26682**.

Se incluyen aquí las **Empresas de Medicina Prepaga** y las **Obras Sociales** que comercializan servicios médicos “superadores” o complementarios, en planes de salud, individuales o corporativos.

Medicina Prepaga

Ley 26682

Publicada en el Boletín Oficial el 17 de mayo de 2011.

Ley de Orden Público, Rige en todo el territorio nacional, Entra en vigencia a partir de su publicación (art. 28).

Se debe reglamentar dentro de los 120 días (art. 29)

Periodo de adaptación de las empresas dentro de los 180 días (art.30).

LA LEY N° 26.682 DE REG. DE LA MEDICINA PREPAGA

- La Ley N° 26.682 es un marco regulatorio a la actividad de las empresas privadas de seguros médicos. La ley se refiere a las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS).
- Por decreto posterior todas las entidades quedan incluidas dentro de lo exigido por la ley aun aquellas que fueran, en principio, excluidas por ser asociaciones sin fines de lucro (obras sociales sindicales, cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones) -

LA LEY N° 26.682 DE REG. DE LA MEDICINA PREPAGA

Cinco elementos de la regulación de prepagas que comprometen la sustentabilidad:

- **Obligación de brindar el PMO completo**
- **Obligación de afiliar a pacientes de toda edad e independientemente de su estado de salud**
- **Precio para los mayores de 60 no puede ser superior en 3 veces el menor precio**
- **Prohibición de carencias y exclusiones**
- **Controles de precios por debajo de los costos**

La relación entre el usuario y la EMP está reglada a partir de la firma de un contrato que tiene una modalidad muy especial, que lo hace diferente a otro tipo de contrataciones.

Se trata de los llamados **contratos de adhesión o por adhesión**, una de las principales características y la más considerada por los jueces a la hora de fallar, ya que acrecienta, aún más, el desequilibrio usual entre empresa y usuario.

De adhesión o por adhesión significa que la EMP redacta unilateralmente las fórmulas que conforman el contenido del contrato, por lo que éste es prefijado e inmodificable para todos los que se encuentren dentro de un determinado tipo o plan. Las cláusulas, prerredactadas, exigen, al usuario que desea incorporarse al sistema, su adhesión, siendo imposible cualquier tipo de negociación: **acepta o queda afuera**.

Esta característica de los contratos es relevante ya que muestra en qué medida difiere la capacidad de negociación de ambas partes, aumentando los desequilibrios propios de la relación usuario-empresa

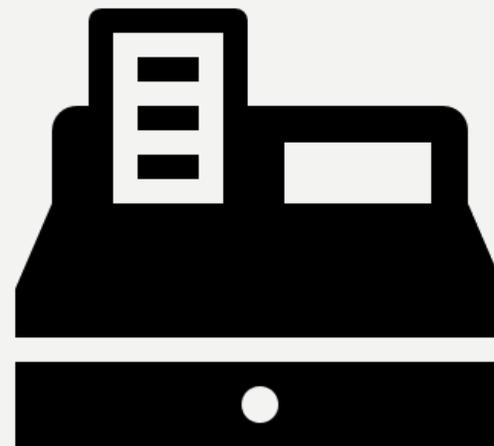


Cual es nuestra cobertura de salud??

En términos generales, la torta de salud argentina se divide en tres porciones:

- Aquellos que no poseen **ningún tipo de cobertura** y dependen de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales **(33,9%);**
- Los que están **cubiertos por el sistema de seguridad social** en el que **coexisten 290 obras sociales (63,5%);**
- Quienes poseen un programa de **medicina prepaga (13,5%).**

Según el informe sectorial que realiza año a año el área técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (Cadime), se estima que un 11% de la población posee una doble cobertura formal.



De los **aproximadamente 3.000.000. de asociados que había en el año 2001, hoy hay más de 7 millones de personas, cuya cobertura depende de una EMP.**

Aproximadamente 2/3 de ellos son empleados en relación de dependencia que utilizan los aportes y contribuciones que van a su Obra Social para el pago , total o parcial, de las cuotas de las EMP.

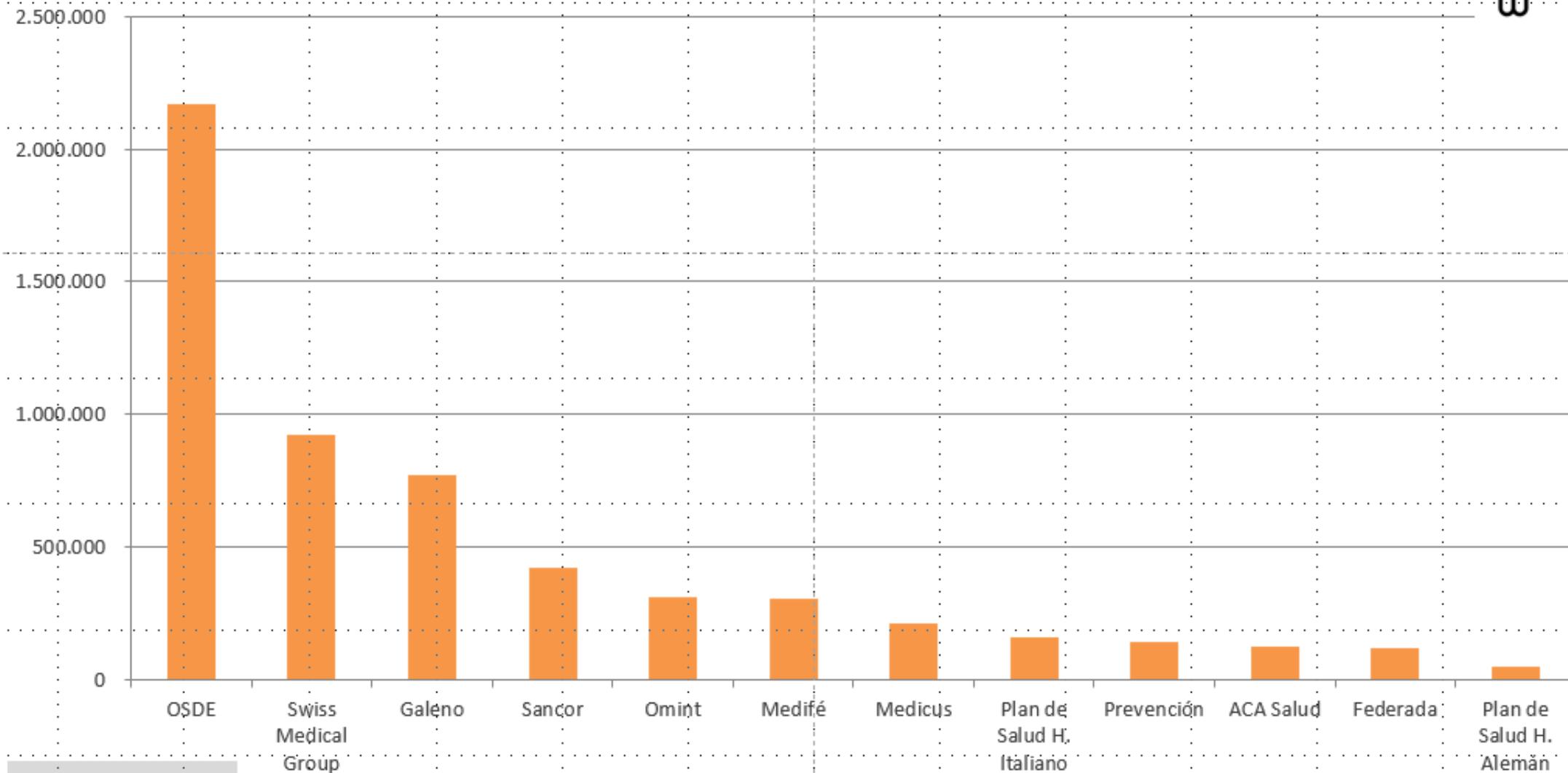


Las ***principales firmas*** que compiten en este universo, entre entidades privadas y organizaciones sin fines de lucro (como los hospitales de comunidad) ***son unas 10, aunque más del 50% de la torta queda para OSDE y SWISS MEDICAL***, la 1ra. con 2,2 millones de afiliados y la segunda con más de 950.000.

En ***tercer lugar figura Galeno***, propietaria de 7 sanatorios (Trinidad y Dupuytren) y 7 centros médicos, con 750.000 afiliados



Cápitales 2017



FUENTE: Key Market

Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los “*prepagos sanatoriales*”.

El **1er. antecedente de una empresa de medicina prepaga** en Argentina se registra allá por los **años 30**, a cargo del Dr. Schvarzer, quien junto a otros colegas agruparon sus propios clientes y formaron una cartera unificada.

En el **año 1955 se forma el "Centro Médico Pueyrredón"**,

Ese mismo año un sanatorio encara decididamente desarrollar un producto cerrado, el cual denomina "**Policlínica Privada**".

En el **año 1963, se lanza el "Sanatorio Metropolitano"**, con un sistema también cerrado y centralizado para los abonados del sanatorio.

Posteriormente nace "Asistencia Medica Social Argentina (A.M.S.A.)", quién produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales

AMSA, fue comprada por AETNA (empresa de seguros-EEUU) en Enero 1999 por u\$s 120.000.000.- cuando tenía 250.000 afiliados.-

En fecha cercana nace "*Centro Médico del Sur (CEMES)*", la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas.

En 1967 se crea OMINT y TIM, en 1971 OSDE y GALENO, en 1972 DOCTHOS y MEDICUS, en 1977 DIAGNOS, en 1979 LIFE, en 1982 ASOCIACION MEDICA y QUALITAS en 1986.....

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación

En los 80 la situación social cambia radicalmente, a raíz de la disminución del salario de los trabajadores en términos relativos y el incremento continuo de los costos prestacionales.

Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas: entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades que brindaban cobertura a una importante cantidad de población.

Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades.





La crisis del año 2001

Luego de la crisis económica del año 2001, con devaluación subsecuente, *las prepagas sufrieron un muy importante impacto:*

- ❑ **Importante caída de afiliados, del orden del 17% entre enero de 2002 y octubre de 2003,**
- ❑ **Incremento de sus cuotas en un 25% promedio y disminución de sus descuentos en las farmacias entre un 40 y un 50%,**
- ❑ **En ese mismo lapso, casi el 40% de los beneficiarios de las prepagas se cambió a un plan más económico, al mismo tiempo que los reclamos por déficit prestacional aumentaron un 40% en el subsector privado.**

Pese a la crisis económica, en el 2004 el sector aún conservaba 2,6 millones de afiliados y movía más de 3.000 millones de pesos por año, pero fruto de las fusiones y compras la concentración del mercado se agudizaba y las cinco primeras empresas del ranking manejaban el 63% de los afiliados.

La historia muestra que:

A **febrero de 2006**, el mercado de la Medicina Prepaga estaba **integrado por 280 empresas** con este escenario:

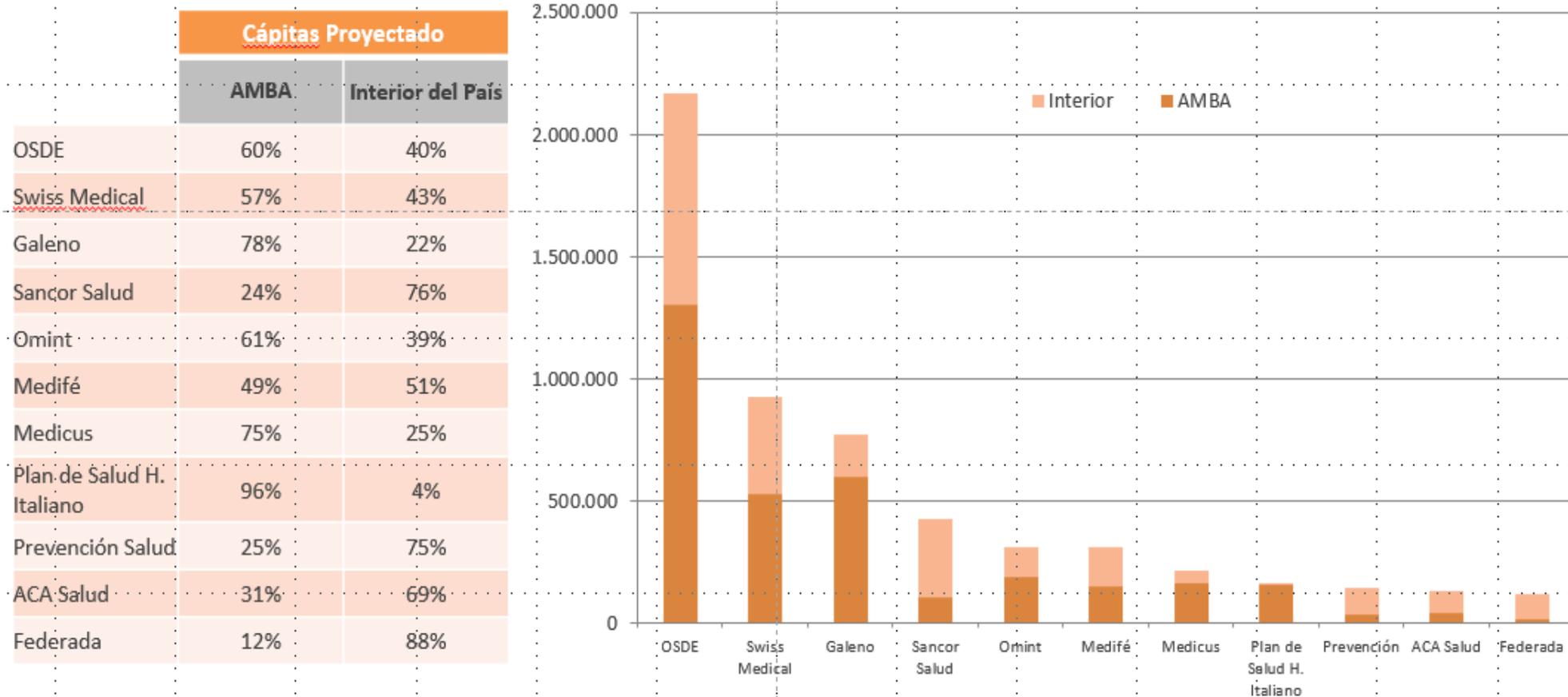
- Atendían cerca de **3 millones de afiliados** de los cuales más del 60% estaban en planes corporativos
- En cuanto al **"perfil de la demanda"**, el segmento de ingresos más altos representaba el 37,5% del ingreso, la clase media el 47,8% y la baja el 14,7%.
- Del **"total de los beneficiados"** el 71% trabajaba en relación de dependencia, el 22% eran jubilados y el 6% eran monotributistas.

Entre 2013-2014 el 15,7% de la población tenía seguros de salud de origen "privado y derivación" o sea 6.222.543 afiliados con 732 Empresas.-



Distribución Geográfica

Distribución geográfica en cápitas 2017



DEFINICIÓN INTEGRACIÓN VERTICAL

- ▶ Describe un estilo de propiedad y control.
- ▶ Las compañías integradas verticalmente están unidas por una jerarquía y comparten un mismo dueño.
- ▶ Los miembros de la jerarquía con el fin de satisfacer una necesidad común, toman decisiones como:
 - ▶ Definir límites que la empresa debe tener en cuanto a las actividades genéricas de la producción.
 - ▶ Establecer la relación de la empresa con sus proveedores, clientes y distribuidores.
 - ▶ Identificar las circunstancias bajo las cuales dichos límites y relaciones deberían cambiar para aumentar y proteger la ventaja competitiva de la empresa.



Ej.: Integración Vertical Petrobras (Petróleos Brasileiros)

OTRA PARTE DEL NEGOCIO:

Uno de los fenómenos de los últimos 30 años es que los prepagos han adquirido sanatorios, con lo cual uno de los elementos más importantes del sistema, **las camas sanatorias**, están en manos de los propios financiadores.

En C.A.B.A., y también en el interior, entidades sanatorias de gran prestigio están hoy en manos de alguna empresa de medicina prepaga:

Swiss Medical: Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Sanatorio de los Arcos, Clínica Zabalza, Sanatorio Agote, Hospital Privado de Rosario.

Medicus: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Sanatorio Otamendi y Miroli, Sanatorio Lomas de San Isidro.

Galeno: Sanatorio de la Trinidad, Sanatorio Dupuytren.

Omint: Clínica Bazterrica, Clínica Santa Isabel, Clínica del Sol.

Medife: Sanatorio Finochietto.-



La premier league !!!

Clasificación de las principales empresas

	PREPAGA 	CLINICAS Y SANATORIOS 	SEGUROS 	OTROS
OSDE		Próximamente Sanatorio en Mendoza en sociedad con ASE	 	  
OMINT		   	 OMINT S.A. Compañía de Seguros, aprobada por la SSN en noviembre 2016	   Brasil Clinica Odontológica
ASE		 Próximamente Sanatorio en Mendoza en sociedad con OSDE		 Reaseguro (junto con Mutual Federada)

Las principales Prepagas de Argentina

6 prepagas lideran la oferta y **reúnen más de 70% de los afiliados.**

OSDE: Es la medicina prepaga más popular de la Argentina, con la **mayor cantidad de socios** y un elevado nivel de satisfacción. Los afiliados de OSDE representarían más de un 30% de los afiliados totales de todas las prepagas en Argentina.

Se inició hace unos 40 años, cuando empezó a ofrecer una cobertura de salud eficiente para los dirigentes de empresas, profesionales independientes y autónomos por el sistema estatal argentino de obras sociales.

Nace en 1991 la primera red de servicios médicos en Argentina, con una propuesta de varios planes abiertos de salud para los socios.

Propone varios planes de salud (OSDE NEO, 210, 310, 410, 450, 550) que van desde los planes básicos hasta los más completos que ofrecen una cobertura completa en todos los sanatorios más prestigiosos.

SWISS MEDICAL GROUP es uno de los grupos de empresas más importante de Argentina. Nació en 1989, el mismo momento que la Clínica y Maternidad Suiza

Las principales Prepagas de Argentina

Propone un gran número de planes que empiezan con una cobertura a precio alcanzable, hasta los planes muy caros de niveles superiores con una **cobertura máxima en las mejores instituciones**.

La propuesta es amplia: 9 planes (SMG01, SMG02, SMG10, SMG20, SMG30, SMG40, SMG50, SMG60, SMG70) para casi todos los bolsillos, con el costo mensual aumentando con los criterios y niveles de cobertura.

MEDICUS: Cuenta con modernos centros de atención especialmente bien ubicados y distribuidos en Capital, en una zona de Barrio Norte llamada “**ciudad médica**” donde se concentran muchos centros prestigiosos. El IADT y los Sanatorios Otamendi en Capital Federal y Las Lomas en San Isidro son los **centros propios** de Medicus.

Propone varios planes de salud (Azul, Celeste, One, Integra) que van desde los planes básicos con copago hasta los más completos que ofrecen una cobertura completa en todos los sanatorios más prestigiosos.

GALENO: Cuenta con la mayor infraestructura de sanatorios propios con los **7 sanatorios de la Trinidad** equipados con la última tecnología: Palermo, Mitre, Quilmes, San Isidro Sede Thames, San Isidro Sede Fleming, Sanatorio

Además de los sanatorios propios, la prepaga Galeno cuenta con 7 Centros Médicos propios que aseguran, aún más, la gestión de alto nivel de la salud de sus afiliados.

Propone a sus afiliados planes de salud de muy buena calidad, con distintas opciones (Galeno 220, 330, 440 y 550) que van desde los planes de base (pero tampoco básicos) hasta los más completos que ofrecen una cobertura completa en todos los sanatorios más prestigiosos y altos niveles de prestaciones. Cabe destacar que todos los planes benefician del **sistema abierto con un servicio de reintegros**.

SANCOR SALUD nació en el seno de SanCor Cooperativas Unidas Ltda. Se construyó en el interior, en la provincia de Santa Fe, para responder a las necesidades de la gente del grupo a través de una protección a carácter social hace más de 40 años.

Hoy es la medicina prepaga más presente en el interior de Argentina y es cada vez más importante en Capital. Gracias a su crecimiento en Buenos Aires, Sancor Salud está, hoy, al **cuarto lugar en el ranking** de las empresas de medicina prepaga.

Ofrece una solución integral en materia de atención de la salud, complementando sus servicios de medicina privada con servicios de seguros, y ART.

Las principales Prepagas de Argentina

Propone varios planes de salud (1000, 2000, 2500, 3000, 3500, 4000, 5000) que van desde los planes básicos con copagos hasta los más completos que ofrecen una cobertura completa en sanatorios prestigiosos y con buenos reintegros.

OMINT existe desde 1967. En 1995, OMINT empezó a desarrollarse hacia el interior del país, comprando Génesis Medicina Privada que tenía su sede en Córdoba. Después, la empresa adquirió en 1999 la **Clínica del Sol** en Capital Federal, que fue reconocida más tarde como uno de los mejores sanatorios.

En 2008 se apropió de la empresa Consolidar Salud que era propietaria de las clínicas **Bazterrica y Santa Isabel** en CABA. Durante los 50 años de existencia, el grupo tuvo un crecimiento constante, desarrollándose en el sector de la salud en Argentina y en Brasil, tanto en el universo de las prepagas, como prestacional con sus otras actividades (Asistencial, ART, Assistance).

Propone varios planes de salud (Clásico, Génesis, Global, Premium) que van desde los planes básicos hasta los más completos que ofrecen una cobertura completa en todos los sanatorios más prestigiosos.

MEDIFE: Se origina en la obra social ASE (Acción Social de Empresarios) cuando esta decidió ampliar su fuente de negocio proponiendo nuevos planes de salud más avanzados de medicina prepaga. Últimamente concentró sus esfuerzos en aumentar su cobertura a toda la Argentina, lo que era su punto débil al principio.

Cuadro N°4. Principales esquemas de integración de las empresas de medicina privada.

Prepaga	Prestador
Swiss Medical	Clínica Maternidad Suizo Argentino
	Sanatorio Agote
	Sanatorio de los Arcos
	Centros Odontológicos
	Centro Médico San Luis
Galeno	Sanatorio Trinidad Palermo
	Sanatorio Trinidad Mitre
	Sanatorio Dupuytren
	Sanatorio Trinidad Quilmes
	Sanatorio Trinidad San Isidro
OMINT	Clínica del Sol
	Clínica Santa Isabel
	Clínica Bazterrica
	Centro Médico Bazterrica
Medicus	Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento
	Centro Medicus
	Centro Medicus Odontológico
	Sanatorio Otamendi-Miroli
	Sanatorio Las Lomas de San Isidro
Hospitales de Comunidad	Hospital Alemán
	Hospital Italiano
	Hospital Británico
CEMIC	CEMIC (Las Heras, Caballito, Saavedra).
Hominis	Sanatorio Güemes
Prepago HUA	Hospital Universitario Austral

Cuadro N°5. Principales entre empresas de medicina privada y obras sociales.

Prepaga	Prestador
Swiss Medical	OSIM
	OSPADEP
	ASE
	OSPOCE
	OSSEG
Galeno	OS Automóvil Club Argentino
	OSSEG
OMINT	OSSEG
Medicus	OSSEG
OSDE	OSSE

Cada una de estas empresas de medicina prepaga posee convenio con obras sociales para derivar los aportes y contribuciones y quedarse con un porcentaje que suele rondar entre el 5% y el 10%.

Se ha podido constatar que incluso algunas obras sociales poseen convenio con más de una prepaga, tal como se puede observar en el cuadro adjunto.

Desde hace unos años la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) está intentando limitar este tipo de arreglos para frenar lo que se conoce en el mercado con el nombre de “descreme”, es decir la captación por parte de las prepagas de los afiliados jóvenes, sanos y de ingresos medios altos, lo cual suele afectar la ecuación económicafinanciera de las obras sociales y la solidaridad intrasistema de seguridad social.

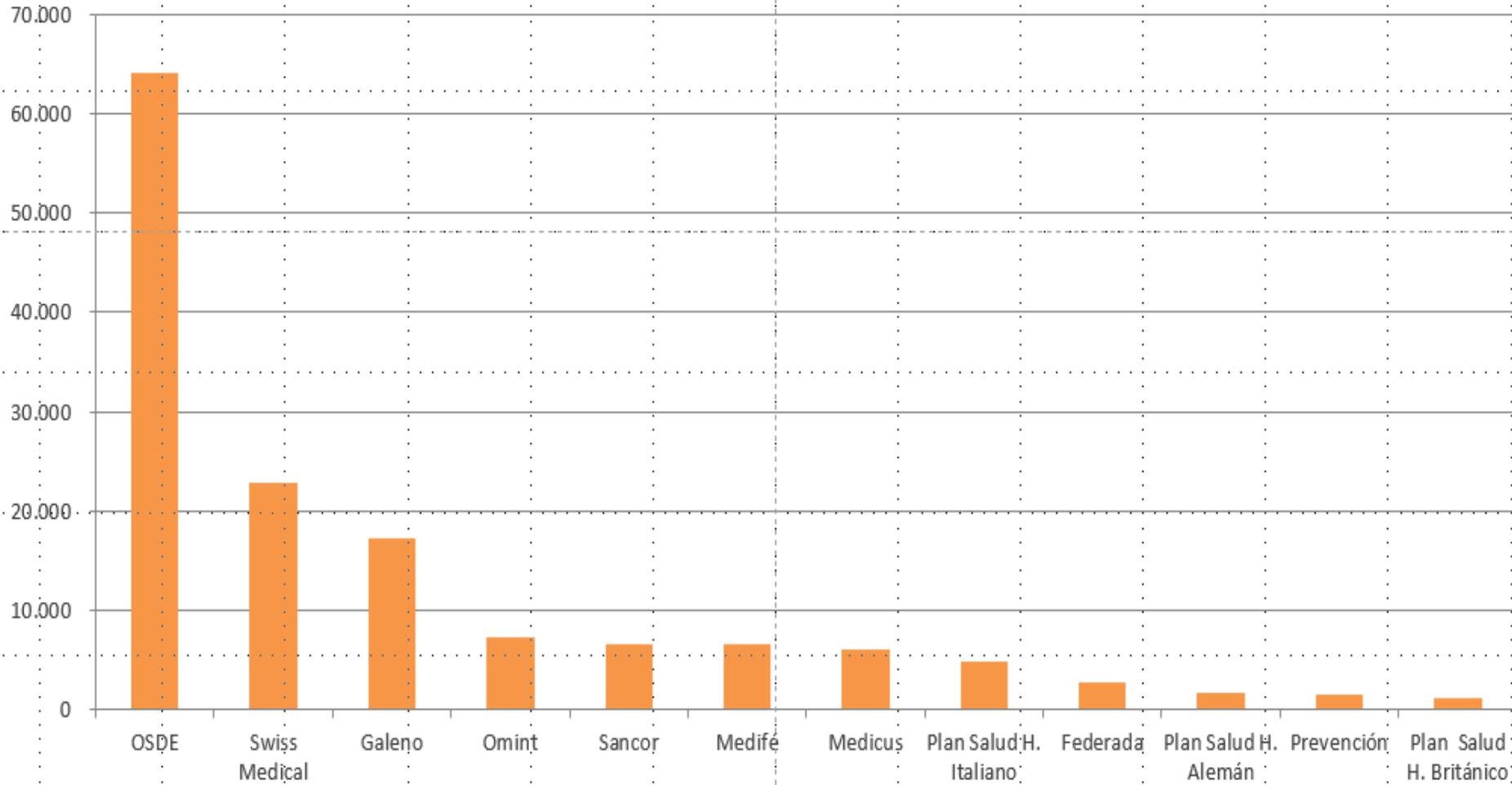
Causas del Costo Creciente

- Aumento del Promedio de Vida – Expectativa de Vida – Envejecimiento de la Cartera.
- Límites en la reducción de costos.
- Disposiciones Legales Vigentes.
- Regulación del Sector.
- Avance Tecnológico.
- Atención al Cliente.
- La industria de la Mala Praxis.



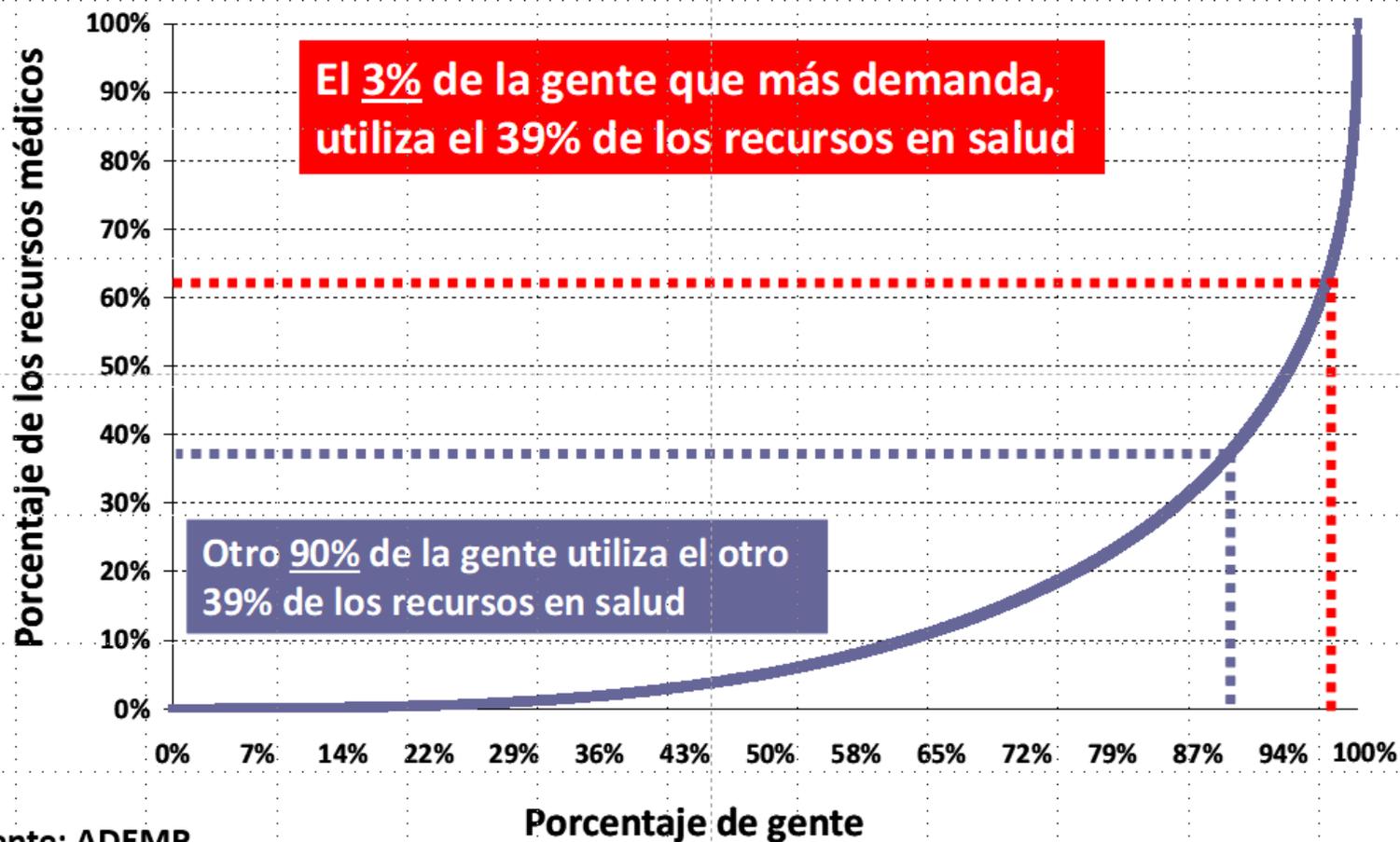
Facturación 2017 – en mln de \$

Facturación



FUENTE: Key Market

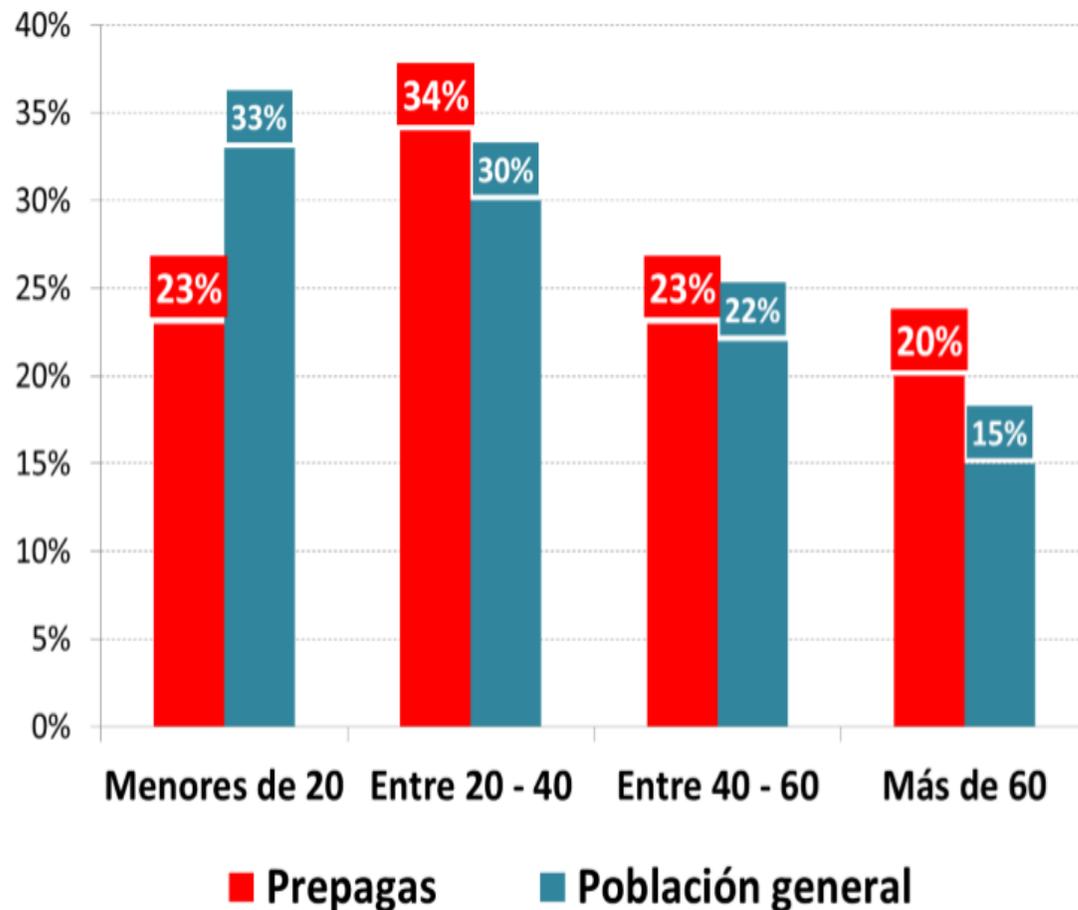
3% DE LA POBLACIÓN UTILIZA EL 39% DEL COSTO MÉDICO



Fuente: ADEMP

ENVEJECIMIENTO EN PREPAGAS: ¿ES TRANSITORIO?

Población en Argentina



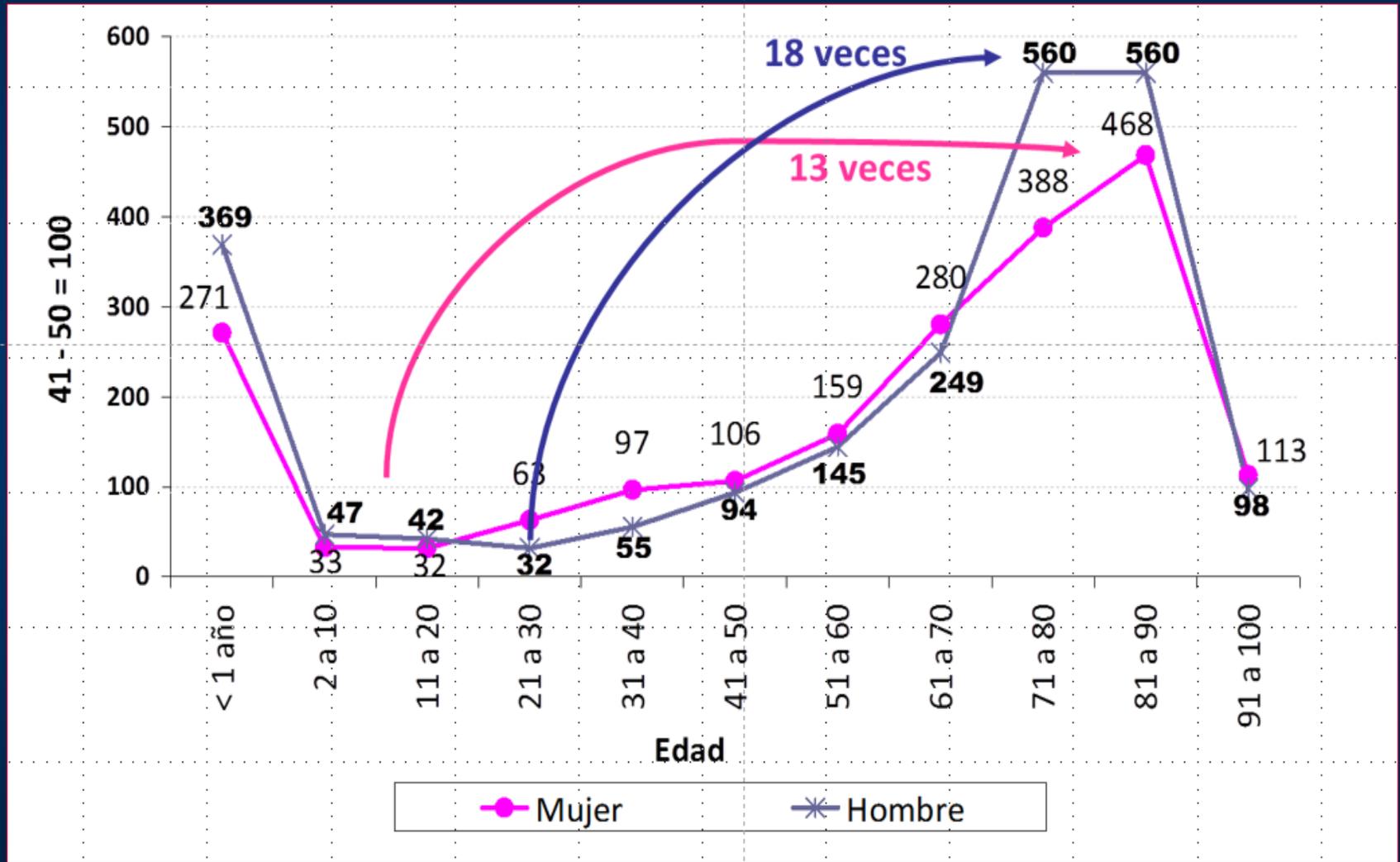
La tasa de envejecimiento de las prepagas es mayor que la tasa general:

Esto es producto de que quienes tienen prepagas no la dejan cuando se jubilan.

Como es el caso en las obras sociales nacionales.

Gasto en salud per cápita de prepagas

41 a 50 ambos sexos = 100



Fuente: ADEMP

Programa de Reducción de Costos Prestacionales

Consultas

- **Policonsultorios propios.**
- **Coseguros:**
 - En consultorio
 - En domicilio
- **Médico de Cabecera.**

Diagnóstico y Tratamiento

- **Centros Propios.**
- **Baja-Alta Complejidad – Coseguro – Interacción con prestadores.**
 - **Baja complejidad: Seguimiento**
 - **Alta Complejidad: Autorización previa – Concentración**

Programa de Reducción de Costos Prestacionales - II

Medicamentos Ambulatorios

- **Farmacia Propia.**
- **Programa de autorización on-line.**
- **Seguimiento de sobre-prescripción – Automedicación.**
- **Programas especiales de seguimiento para:**
 - **Pacientes crónicos (Colesterol-HTA-Diabetes).**
 - **Medicamentos de Alto Costo (Oncológicos HIV) - Compras centralizadas.**

Odontología

- **Centros Propios.**
- **Básica.**
- **Opcional – Prótesis – Ortodoncia.**
- **Coseguros – Autorización previa – Concentración.**

Programa de Reducción de Costos Prestacionales - III

Internación

- **Sanatorios propios.**
- **Información on-line.**
- **Auditorias de terreno.**
- **Interacción con Sanatorios contratados.**
- **Seguimiento de pacientes crónicos.**
- **Provisión centralizada de prótesis, ortesis e implantes quirúrgicos.**
- **Vademécum de medicamentos.**

PERSPECTIVAS

- Los costos no salariales seguirán aumentando, conforme los ajustes del tipo de cambio y la inflación.
- Los costos laborales se incrementan por paritarias.
- El aumento de honorarios médicos deberá acompañar indefectiblemente al comportamiento de precios y salarios.
- La litigiosidad seguirá con tendencia creciente.
- Los proveedores de insumos y servicios reducirán los plazos de pago, producto de la inflación y el incremento de la tasa de interés.
- Se profundizará la dificultad para adquirir insumos importados y para renovar tecnología diagnóstica.



Datos de la Dirección General de Estadística y Censos de CABA, marcan que en **2018 sólo el 10% de la población porteña declaró contar con un plan de medicina prepaga por contratación voluntaria. Y otro 18%** respondió que tiene la cobertura prepaga por la derivación de aportes a través de una Obra social. ***En total el 28%.***

En 2016, los afiliados voluntarios sumaban el 12,7% y derivaban sus aportes otro 19,9%. En total el 32,6%.

Es una caída de 4,6 puntos en solo 2 años y ***representan 140.000 beneficiarios menos sólo en CABA.***

Si esta caída se proyecta a todo el país según la distribución nacional del padrón, el sistema tendría 1,2 millón de beneficiarios menos.

Vuelven a las obras sociales.....

Calculan que por la inflación, las prepagas perdieron 1,2 millón de afiliados.

Solo en la Ciudad de Buenos Aires se perdieron 140.000 aportantes en dos años.



CONCLUYENDO

- ❑ **Muy débil crecimiento del empleo formal:** derivación de aportes o autónomos de altos ingresos.
- ❑ **Fuerte crecimiento de empleo público:** público cautivo en obra social provincial.
- ❑ **Fuerte crecimiento en cobertura de bajo financiamiento:** monotributo y casas particulares.
- ❑ **PAMI tiene una inconsistencia actuarial estructural:** tiene doble de recursos que activos pero gastan 4 veces más.
- ❑ **Cartera prepagas envejece a mayor tasa que la general:** la gente en prepaga no «elige» PAMI cuando se jubila.

**EL SISTEMA CAMINA A UNA CRISIS DE FINANCIAMIENTO
(a la que no se llegará explosivamente sino paulatinamente)**

¿Qué dice el Decreto 66 / 2019?

Decreto reglamentario ORIGINAL

ARTICULO 7º.- Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N°26.682, ~~deben cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) en vigencia.~~

~~Estas entidades sólo~~ podrán ofrecer planes de cobertura parciales en los casos de los incisos a), b) y c) del artículo 7º de la Ley, de acuerdo con los requerimientos de la Autoridad de Aplicación y las autoridades jurisdiccionales.

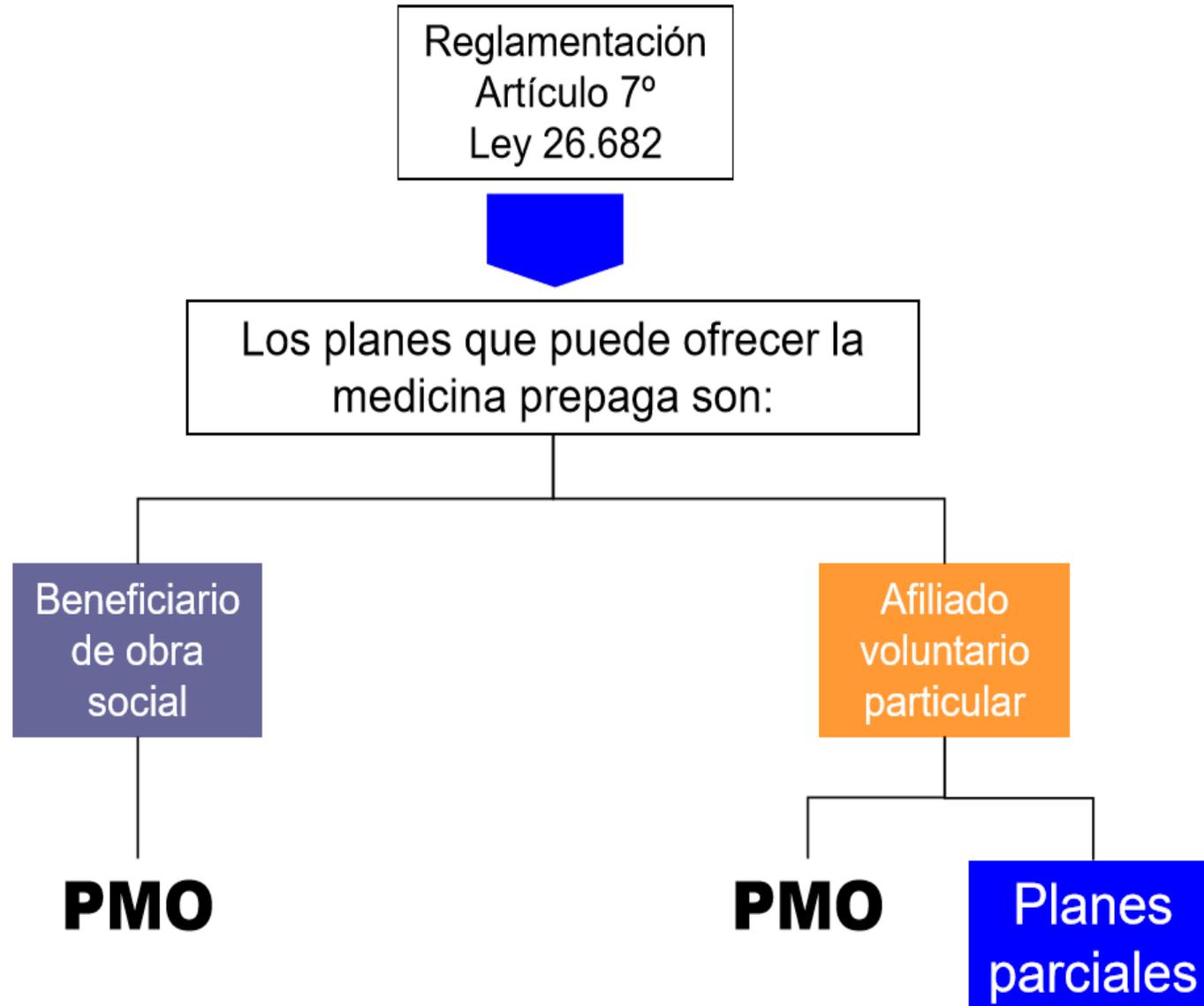
Decreto reglamentario MODIFICADO

“ARTÍCULO 7º. - Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 26.682 podrán ofrecer planes de cobertura parciales en los casos de los incisos a), b) y c) del artículo 7º de la Ley.

Además, la Autoridad de Aplicación podrá autorizar nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6º de la Ley N° 26.682.

No se podrán derivar aportes de la Seguridad Social a un plan parcial.

¿Esto qué significa?



Ejemplo de planes parciales



***Y CUAL ES LA
SITUACIÓN AL DÍA
DE HOY, EN MEDIO
DE LA
PANDEMIA????***

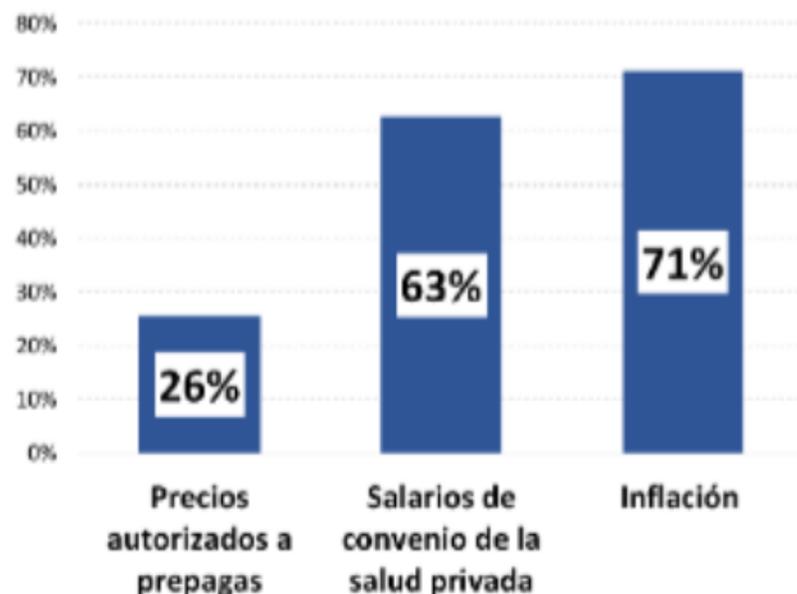


La medicina privada está al borde del colapso

La pandemia y el rechazo del gobierno a autorizar actualizaciones de precios profundizó la crisis de la medicina privada. En un contexto en el que el Covid-19 no cede, resulta extremadamente riesgoso activar este conflicto y simultáneamente plantear una reforma del sistema de salud que es totalmente inconsistente.

Actualización de cuotas de prepaga, salarios de la salud privada e inflación

Diciembre 2019 – Junio 2021



Las fuentes y los datos en formato Excel utilizados en este informe pueden ser solicitados a info@idesa.org

Fuente: **IDESA** en base a normas de ajuste de cuota, CCT Sanidad e INDEC.

La pandemia les exige a los prestadores médicos esfuerzos extraordinarios.

En particular, comprar muchos elementos de protección personal y un consumo excesivo de medicamentos en terapia intensiva por los pacientes Covid, cuyos precios además crecieron por arriba del 100%.

A su vez, si bien tienen las terapias intensivas trabajando a pleno, la capacidad instalada de piso normal (que representa el 80% de la actividad médica) está sub-utilizada por los protocolos para la prevención del Covid.

Más gastos, con menos actividad y aranceles médicos retrasados están provocando un grave desfinanciamiento.

Sobre esta precaria situación, en julio 21 se producirán las paritarias del sector. Allí se hará explícito que este desfinanciamiento conspira contra la posibilidad de reconocer con mejores salarios la dedicación y el esfuerzo que vienen desplegando los trabajadores de la salud privada.

A esto se suma el anuncio de una reforma integral del sistema de salud con eje en el sistema público.

El planteo no sólo es inoportuno (se hace en el medio de una pandemia y con una severa crisis financiera) sino también inconsistente. Pasa por alto que la salud pública es administrada y financiada por las provincias. Para crear un sistema nacional de salud se necesita reformar la Constitución nacional y las 24 Constituciones provinciales que en sus articulados expresamente consideran a la salud como una competencia no delegada a la Nación.

Tampoco tiene en cuenta que el sistema público atiende a una proporción menor de la población.

La mayoría opta y prefiere la cobertura de la obra social, a la que accede por tener un empleo formal o contratar una prepaga.

Asumir una deliberada estrategia de desfinanciamiento de la medicina privada y plantear una reforma inconsistente es muy desaconsejable.

Hacerlo en el medio de una pandemia resulta, además, temerario.

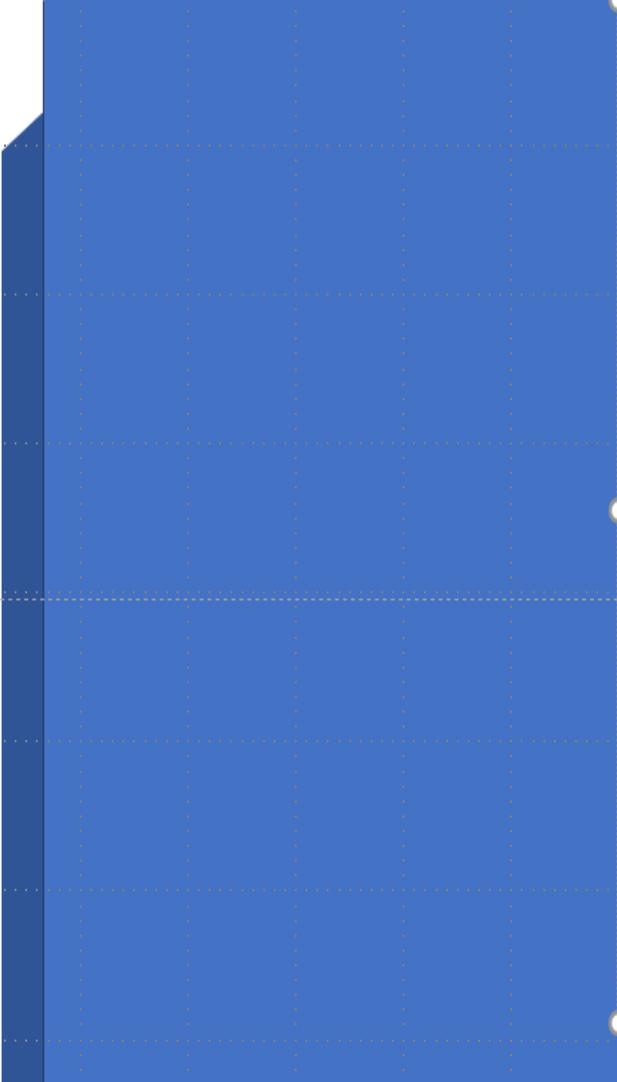
Conclusión

El camino crítico para la construcción de un SNISA es:

- Institucionalmente muy tortuoso.
- Políticamente es casi autoritario para doblegar los intereses que se le oponen (gobernadores, sindicatos y colegios médicos)
- Económicamente insostenible (ni los gobernadores, ni los que hoy hacen gasto de bolsillo a las prepagas van a poner un \$ para esto)

Para cerrar:

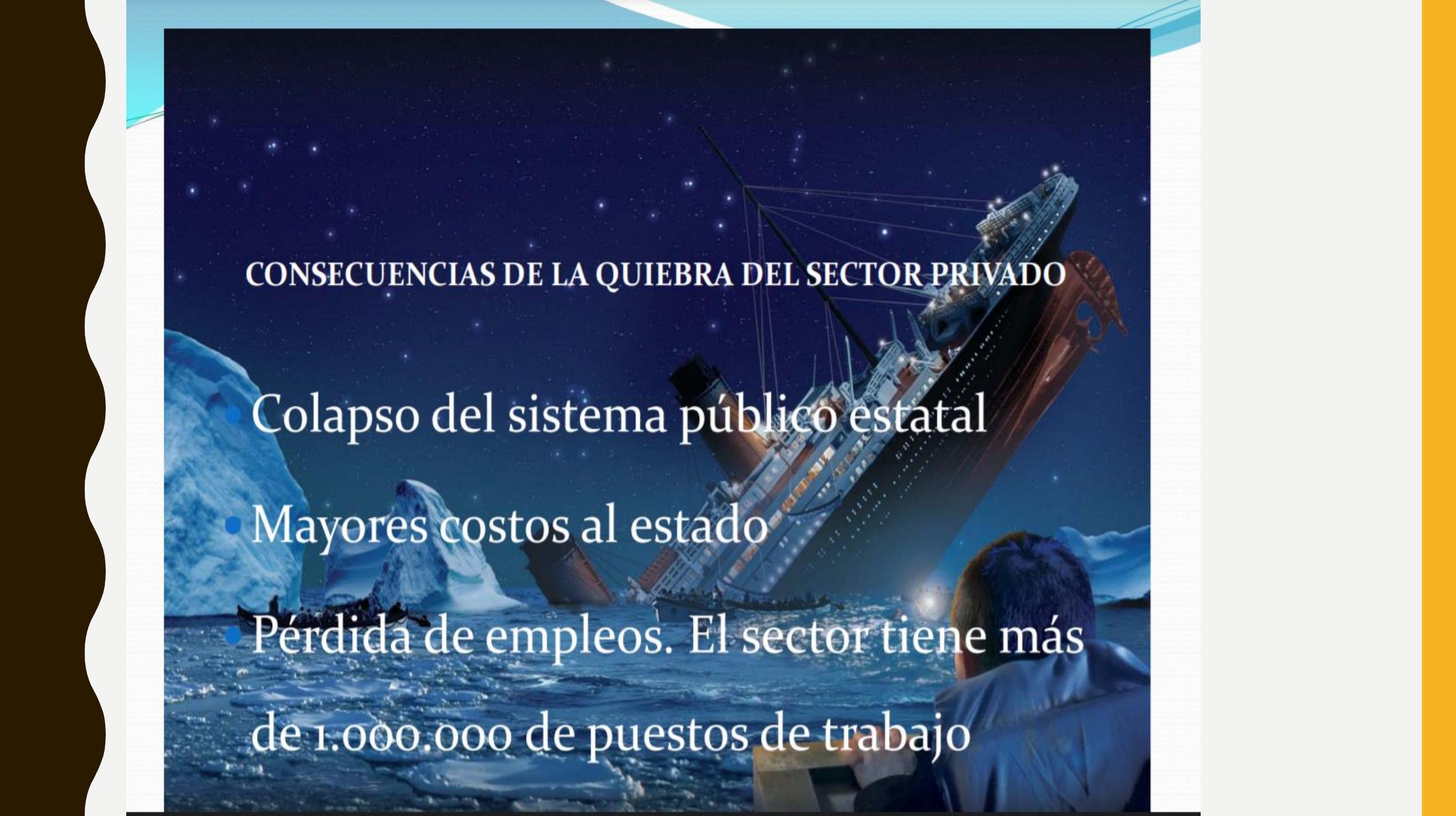
- El sistema de salud necesita un ordenamiento.
- Pero el camino no es un sistema único nacional.
- Más conducente es tender hacia una mayor descentralización.
- En definitiva, son las provincias las que detentan las competencias en salud pública.
- Este proceso podría comenzar transfiriendo a las provincias –con sus respectivos recursos per cápita– los afiliados de PAMI de su propia jurisdicción.



- **Donde estamos hoy??**

- Noticia de: El Litoral , miércoles, 14 de julio de 2021

- “Su colega Hugo Magonza, titular de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), señaló que desde que está vigente la ley que regula a la medicina prepaga (2012) al 31 de diciembre pasado, **los sucesivos gobiernos autorizaron, durante esos casi nueve años, aumentos en las cuotas que acumularon un 1.054%. "En ese mismo período, el costo de vida acumulado fue de 1.450%, el costo de la salud subió 1.950% y el costo de los medicamentos se incrementó 3.000%",** añadió el empresario.

The background image is a composite. It features the Titanic ship sinking in the dark ocean at night, illuminated by its own lights and the starry sky. In the foreground, the back of a man's head and shoulders, wearing a dark suit, is visible as he looks out towards the sinking ship. The overall mood is somber and catastrophic.

CONSECUENCIAS DE LA QUIEBRA DEL SECTOR PRIVADO

- Colapso del sistema público estatal
- Mayores costos al estado
- Pérdida de empleos. El sector tiene más de 1.000.000 de puestos de trabajo

***GRACIAS POR VUESTRO
INTERÉS!!!!***

