



Hacia un PLAN DE SALUD



ó HACIA UN PLAN DE SALUD POSIBLE ?

**La salud no es un
“estado”, sino un “poder
ser.” Salud es poder ser
libre, poder ser feiz y
poder ser solidario “**

Hoy tenemos en la Argentina unos 40 millones de habitantes y 96 millones de afiliados a los distintos sistemas de atención médica, tal la fragmentación existente. A saber :

SUBSECTOR PUBLICO :

.internacional – nacional - provincial – municipal- barrial
.40 millones

SUBSECTOR DE OBRAS SOCIALES

ley 23660 – pami – nacionales –provinciales – municipales universitarias - militares - judiciales- otras = 19 millones ?

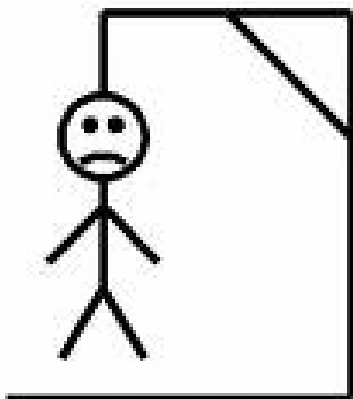
SUBSECTOR PRIVADO

300 empresas de medicina pre paga c/ planes pmo = 4 millones
300 ó mas mutuales de servicios parciales y complementarios = 12 millones
Asistencia al viajero – tarjetas post pago – seguros de alta complejidad : 1 millón

SECTOR ONG

club de leones, rotary – lalcec – beneficencia - asociaciones de inmigrantes – fundaciones – asociaciones por patologias , etc - (no hay forma de saber cuanta gente aporta y se atiende) 10 millones ?

COMO COORDINAR CON TODOS ESTOS ACTORES EN UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL SIN MORIR EN EL INTENTO ¿?



Como lograr que 96 millones de carnets llenos de trabas en la accesibilidad y servicios insuficientes , (cuando no directamente de mala calidad) se transformen en 40 millones de carnets que generen 100 % de accesibilidad a algunos sectores clave de la prestacion ???

Un plan de salud POTENCIALMENTE universal en la Argentina ... sólo puede lograr consenso

**SI PUEDE SER EXPLICADO EN 3 MINUTOS
SI NO ES OBLIGATORIO PARA LA POBLACION
SI ES VENTAJOSO PARA LOS SUBSECTORES
SI NO PRETENDE "MATAR" A LOS ACTORES ACTUALES**

" no es suficiente con tener una buena idea. En política hace falta también tener la mayoría porque

... una buena idea sin una mayoría sólo sirve para escribir un poema. "

**Shimon Peres
Premio Nobel de la Paz 1995**

Nuestra propuesta ES SENCILLA, PUEDE SER EXPLICADA FACILMENTE, INVIERTE LA LOGICA DEL SISTEMA, EN CUANTO PROCURA IR DESDE LA OFERTA HACIA LA DEMANDA Y SE BASA EN ACCIONES DE ATENCION PRIMARIA Y PREVENCION , NO RESULTA OBLIGATORIO SU UTILIZACION PARA LOS USUARIOS , RESULTA VENTAJOSO PARA LOS DISTINTOS SUBSECTORES Y PRETENDE FORTALECER A LOS ACTORES ACTUALES

La propuesta consiste en 6 NORMATIVAS (leyes, decretos, reglamentos) y 3 ESTRUCTURAS PRESTACIONALES , a saber

A) Regulaciones y leyes

1) Ley de Regulación de la Medicina Pre paga y sus planes Integrales (aquellos que proveen internacion de cualquier complejidad) homologando las obligaciones de las Pre pagas a las de las OOSS y regulando su funcionamiento , fortaleciendolas y dandoles la seguridad juridica que hoy no tienen.

2) Regulación de los Planes de Salud Parciales (que no tienen internacion) ofrecidos por las mutuales y cooperativas , delimitando las especialidades autorizadas (odontología, emergencias , practicas medicas ambulatorias, alta complejidad, medicamentos y complementarios) homologando sus obligaciones a las que las OOSS y Pre Pa gas tienen en esos niveles de complejidad .

3) Adhesión del subsector publico y de las OOSS provinciales, municipales, Pami, OOSS militares, Universitarias y judicial a un solo PMO, cosa que hoy no sucede , equiparando a todos los habitantes en sus derechos .

4) Regulación de las situaciones de doble cobertura, obligando al segundo y tercer financiador a concurrir a cubrir los gastos del evento de enfermedad(excepto al sector publico) a un valor determinado y dentro de las obligaciones de cada subsector .

5) Comision Normalizadora, que establezca hasta donde sea posible los alcances y obligaciones del PMO y de los subsectores en cuanto a prótesis, medicamentos y medios terapeuticos y diagnosticos obligatorios de cubrir

6) Reglamentar la obligatoriedad de mediación en conflictos relacionados con prestaciones y coberturas , ante Comisiones de expertos que disminuyan el impacto economico de la excesiva judicializacion de los diferendos.

B) Las estructuras prestacionales a crear son

1) CENTRO NACIONAL DE PROVISION DE PROTESIS Y MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y ALTO IMPACTO, que no solo proveerá estos insumos a los distintos subsectores a precios convenientes , sino que aportará a normalizar este particular aspecto de la Prestación.

2) SISTEMA NACIONAL DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS

Que de alguna manera esta esbozado en las APE (administración de programas especiales) de las Obras Sociales , pero que no funcionaría como un reintegro o seguro, como hasta ahora, para el sector de OOSS solamente, sino Universal, comenzando por la Salud Publica y la OOSS provincial de cada Jurisdicción.

Este Fondo cubre todas las patologías que cuestan mas de 3000 dolares en 30 días, o las que llegan a esa cifra en forma cronic durante el año.

Cuando cualquier subsector tiene un caso de este tipo, directamente se desentiende de su cobertura, gestion, auditoria, financiamiento y pago a los prestadores y se hace cargo esta estructura creada ad hoc

La Normatizacion es centralizada

La Gestion debe ser centralizada en patologias muy especificas , Por ejemplo trasplantes

Gestion descentralizada o regional en el resto de las coberturas (por ejemplo : hiv – adicciones – cirugias cardíacas , etc)

Cual es el costo estimado ??

A Marzo 2009

3-5 pesos para sectores carenciados
Y sin coberturas

5- 6 pesos para la ooss provincial

Se ajusta por consumo

Se solventa con Impuestos y cuota aportes de las OOSS por sus afiliados .

Los demas subsectores estan obligados por ley a brindar la prestación , por lo tanto su ingreso al Fondo es voluntario.

Porque ??

Porque si lo hacemos bien , puede ayudar a reunir las voluntades necesarias para avanzar hacia un sistema Verdaderamente unico

Porque es lo que nadie puede pagar por su cuenta
Porque es lo que desfinancia a muchos agentes de salud
Porque para gestionar este segmento se requiere
 Concentración – acumulación de conocimiento
 Y economías de escala
Porque es ético que todos puedan acceder

Porque es una locura total lo que esta sucediendo en esta franja de la prestación

En el otro extremo de la Prestación...

3) SISTEMA ÚNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El uso del sistema de atención primaria no será obligatorio por los habitantes , pero sí será muy accesible , claramente competitivo con el sistema de libre elección y habrá acciones del sistema sobre los habitantes en la búsqueda de invertir la lógica de la atención .

Planificación y Normatización centralizada

Ejecución descentralizada - Provincial-Municipal

SUBSUMIR TODOS LOS FONDOS DE LOS DISTINTOS PLANES INTERNACIONALES , NACIONALES , PROVINCIALES Y MUNICIPALES EN UN SOLO SISTEMA

Brindaría las Consultas Medicas basicas, pediaticas, geriaticas, ginecológicas – Las 15 practicas basicas – Psicoterapia – Desarrollaria los Planes preventivos – Atencion del Individuo sano - Todo Bajo Monitoreo y supervisión

La remuneración de los profesionales será un Mix de Capita , Productividad , capacitacion continua y compromiso con el sistema

Coordinacion con Municipios (Agua -Cloacas-Viales-Adicciones -etc)

Centros de Salud – Planes con Financiamiento Nacional e Internacional

POR QUE ???

Porque es lo que puede cambiar el rumbo de la salud y nos puede ayudar a generar confianza para confluir en un unico gran sistema

Porque la estrategia de atención primaria ha demostrado su costo – eficacia

PERO SOBRE TODO POR RESPETO A NUESTRAS CASTIGADAS POBLACIONES

CUANTO CUESTA ???

Fondo Nacional de Atencion Primaria de la salud

PROBABLEMENTE 4-7 pesos por habitante por mes
(depende del diseño , del ahorro que genere , y del esfuerzo de coordinar todo lo disperso en un solo plan)

En el sector medio de la prestación , por ahora no nos proponemos influir, porque no resulta de interés prioritario ni sanitariamente ni económicamente. Dejemos que el carro camine, que los melones se acomodan solos

Nuestro plan de Salud

Es POTENCIALMENTE universal

Es conveniente

Es barato

Es posible

Es ético

Es facil de entender

(Sólo hay que poder convencer a UN GOBERNADOR para que se inicie)

Enrique De Michele

Médico

Cardiologo

Asesor de Entidades Solidarias de Salud