



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Carrera de Farmacia**

**Cobertura de Salud en Argentina. Propuesta para
una atención farmacéutica.**

Nº 419

Rafael Alvarez Gimenez

Tutora: Hilda Rapisardi

Departamento de Investigaciones
Octubre 2010

Agradecimientos

A la Universidad de Belgrano y todos los profesores que me han formado.
A mi familia, a mi novia y a Benja.
A todos mis amigos y compañeros.

Indice

| | |
|---|----|
| Resumen y Palabras Claves | 7 |
| 1. Introducción..... | 7 |
| 2. Atención Farmacéutica – Concepto | 8 |
| 2.1 Reseña Histórica de la Atención Farmacéutica | 8 |
| 3. Objetivo | 10 |
| 4. Sistemas de Salud en Argentina | 11 |
| 5. Salud Pública | 11 |
| 5.1 Reseña Histórica de la Salud pública | 11 |
| 5.2 Financiamiento de la Salud Pública | 14 |
| 6. Obras Sociales..... | 15 |
| 6.1 Reseña Histórica de las Obras Sociales..... | 16 |
| 6.2 Desregulación de las Obras Sociales | 18 |
| 6.3 Prestaciones de Obras Sociales | 21 |
| 6.4 Financiamiento de las Obras Sociales..... | 22 |
| 7. Medicina Privada..... | 23 |
| 7.1 Reseña histórica de la medicina prepaga | 24 |
| 7.2 Prestaciones de las Entidades de Medicina Prepaga..... | 26 |
| 7.3 Financiación de la medicina prepaga..... | 27 |
| 8. ¿Cómo atender a un paciente con cobertura de salud en la farmacia? | 28 |
| 8.1. Accionar del Farmacéutico | 29 |
| 8.2. Propuesta para una Atención Farmacéutica | 31 |
| 8.2.1 Ejemplo: OSDE | 32 |
| 8.2.2 Ejemplo: PAMI | 33 |
| 8.3 Cuestionario. | 34 |
| 8.3.1 Resultado | 34 |
| 9. Conclusión | 35 |
| Anexos | |
| I- Lista de deberes y responsabilidades de la Salud Pública | 36 |
| II- Conflicto entre Obras Sociales y Farmacias..... | 38 |
| III- Folleto de OSDE | 39 |
| IV- Folleto de PAMI..... | 30 |
| Bibliografía..... | 40 |

Resumen

El sistema de Salud de la Argentina está formado por el Estado a través de los Hospitales públicos, y sus políticas de salud, orientados a todas las personas dentro del país pero inclinado hacia el sector más humilde, las Obras Sociales en las cuales al trabajador formal se le descuenta un porcentaje de su salario destinados a estas organizaciones sin fines de lucro y las entidades de medicina prepaga que cubren a un sector menor de personas pero de mayores ingresos y en la cual la persona paga una cuota mensual que varía según el plan elegido. Todos estos agentes de salud están supervisados y regulados por el Ministerio de Salud y desarrollo Social y sus distintos sectores como la Superintendencia de Servicios de Salud.

El profesional farmacéutico y la farmacia comunitaria es un eslabón importante dentro del sistema de salud, los pacientes ingresan a la misma a retirar los medicamentos con recetas médicas haciendo uso de los descuentos que reciben por pertenecer algún agente de salud (más de la mitad de la población Argentina tiene un sistema de cobertura). La medicación por la cual un afiliado a una Obra Social o Prepaga realiza alguna bonificación no debe ser de venta libre, por lo tanto se necesitan prescripciones médicas que estén en perfectas condiciones tanto legal como comercialmente, ya que un error en la misma impide su dispensación o el descuento.

A su vez los afiliados toman a la farmacia como un centro de consulta sobre su situación de salud, llegando incluso a saltar la visita al médico por estar, el sistema colapsado, es decir, los turnos son en algunos casos después del día de la consulta. Las recetas se realizan de forma incorrecta y el enredo burocrático que existen en los distintos agentes de salud para conseguir tanto la receta o el turno son algunos de los problemas más comunes que sufren los pacientes.

Además el afiliado desconoce por desinterés propio o desinformación por parte de su agente de salud los servicios o alcance que posee en la farmacia, desaprovechando los beneficios.

La atención farmacéutica es un concepto relativamente nuevo, el farmacéutico fue acuñando dicho concepto y aplicándolo para beneficio del paciente mediante el seguimiento farmacológico, desde su dispensación, consulta, consejo sobre el medicamento.

La realización de un folleto que sintetice todo lo que el paciente debe saber con respecto a su cobertura y su alcance en la farmacia, forma parte de una atención farmacéutica según los encuestados para este trabajo.

Palabras Claves

Salud-Obra Social-Prepaga-Atención Farmacéutica-Folleto-Farmacia

1. Introducción

De los días del calendario seguramente alguno de ellos es más especial que los otros. Cada persona tiene su propio almanaque de la vida, donde figuran días buenos y otros no tanto.

La salud también tiene su día : el 10 de diciembre de 1948, en Paris, Francia, pasada la segunda guerra mundial, con todo el horror acuestas, hizo que los países miembros de las Naciones Unidas (con su génesis el 1 enero de 1942) se pongan en acción, porque además de vidas, se estaba perdiendo la dignidad humana, y ésta dignidad había que proclamarla junto a los derechos fundamentales violados sin misericordia en aquella época. Fue entonces cuando la asamblea general de las Naciones Unidas anunció la declaración de los Derechos Humanos que constan de 30 artículos y en el cual específicamente el artículo 25.1 dispone “...*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica*”. Se reconoce entonces a la salud como un derecho humano fundamental y esto es a mí entender y parecer, una muy buena fecha.

Los derechos no son *creados* sino *reconocidos* por la declaración, porque la dignidad humana existe con o sin declaración.

El mundo civilizado entonces le dio forma al concepto de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo especializado de las Naciones Unidas (ONU), establecido en 1948, define a la salud: “Como un estado de bienestar óptimo, físico, mental y social, no debiendo ser sólo por ausencia de enfermedad.”

La salud no solo beneficia al individuo sino también a la sociedad y ello es así puesto que la enfermedad repercute sustancialmente sobre la economía y la vida social.

Como la producción es directamente proporcional al sustento económico, si se reduce la productividad de los individuos, también se verá reducido el salario del trabajador, que derivan en una disminución de los

alimentos adquiridos o en la baja calidad de los insumos alimenticios, generando una nutrición deficiente y, por lo tanto, se favorece un bajo nivel de vida que, en la mayoría de los casos, provoca enfermedad, a este dilema se lo conoce como el esquema del círculo de Winslow: “La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso; hombres y mujeres se enferman porque son pobres, y se empobrecen más porque están enfermos, y empeoran sus enfermedades porque siguen empobreciéndose” [...]¹

Podemos decir que una sociedad saludable es fundamental, para la economía, la educación, para la dinámica de un país; para una buena calidad de vida.

En este mundo actual, vertiginoso, apresurado, una era de constante evolución, en el que nos toca vivir, donde la tecnología se encuentra en su máxima expresión, la salud no se ha quedado en el camino, ha ido de la mano con estos cambios.

2. Atención Farmacéutica – Concepto

La profesión farmacéutica como parte del sector de la salud ha acompañado a los avances en todos los campos de la medicina que han logrado una mejora en la calidad y un aumento en la expectativa de vida de la sociedad.

El farmacéutico cumple un papel significativo en estos tiempos, con el descubrimiento de nuevas drogas, nuevas formas de producción y presentaciones farmacéuticas. Junto a estas novedades surge un nuevo concepto en lo que se refiere al ejercicio del profesional farmacéutico que deja de ser el boticario, concepto acuñado desde el siglo XV para aquellas personas que se encontraban en las boticas (del griego *apotheka*, almacén o tienda de víveres) capaz de realizar y formular los remedios recetados por el médico, para pasar a tener un papel más participativo, más cercano al ciudadano.

Los farmacéuticos han fijado la atención en las nuevas necesidades de los pacientes, que deben ser cubiertas adecuadamente, y han sabido reaccionar. Es entonces cuando se empieza a familiarizar entre los farmacéuticos el concepto de Atención farmacéutica, entendida como la respuesta sanitaria a la necesidad social de ayudar a los pacientes para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.

En España la definición según el Ministerio de Sanidad y Consumo, organismo perteneciente al Gobierno español, es más global y define a la Atención Farmacéutica como: “ las tareas del [farmacéutico](#) orientadas hacia el [paciente](#): [dispensación](#), consejo, consulta y [seguimiento de tratamientos farmacológicos](#)”²

Como se aprecia en esta definición, los farmacéuticos han apostado por una amplia visión profesional, pasando del medicamento al paciente.

Es un concepto que abarca todas las ramas en la que se puede desempeñar un Farmacéutico, en un hospital, clínica, sanatorio, en la industria, en investigación y quien trabaja en una farmacia oficial, etc.

La labor de la atención sanitaria, aquella que vela por la salud de todos, hoy hace que muchos sectores se unan con el único objetivo de brindar un servicio de calidad al nivel de las exigencias que la actualidad nos presenta y que hasta hoy los avances tecnológicos nos permiten.

El farmacéutico es responsable de asegurar al paciente, a los familiares y al resto de los profesionales del equipo de salud de que reciban una educación, consejo y entrenamiento apropiado respecto de la terapia medicamentosa del paciente.

Se deben unificar los esfuerzos de todos los participantes del sistema de salud, las especialidades médicas, la psicología, bioquímica, farmacia, enfermería etc. Debe existir una unión y un trabajo en conjunto entre todas ellas.

2.1 Reseña Histórica de la Atención Farmacéutica

Esta nueva definición, llamada Atención Farmacéutica, tiene su origen en la actividad farmacéutica hospitalaria, farmacia clínica, de los Estados Unidos de Norteamérica.

El *Pharmaceutical Care* (*Atención Farmacéutica*) nace como el resultado lógico de los planteamientos que la Farmacia Clínica había llevado a la práctica profesional.

Los primeros pasos de este nuevo concepto datan del año 1975 cuando la Asociación Americana de “Colleges Of. Pharmacy” propone a un selecto grupo de profesionales independientes que elaboren un informe, el llamado “Informe Millis” en el cual se fundamenten los planteos de implicar a los farmacéuticos en el control del uso adecuado de los medicamentos.

1. círculo vicioso “pobreza enfermedad” descrito por Winslow (1877- 1957) un bacteriólogo estadounidense y experto en salud pública en su libro- El costo de la enfermedad y el precio de la salud (1951)

2. Julio Sánchez Fierro -Subsecretario de Sanidad y Consumo, miembro del consejo de expertos del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. 2009

La primera definición que se formula con respecto a esta nueva tarea que se le adjudica al profesional farmacéutico la realizó en 1975 Mikeal junto a colaboradores, donde expresa: *“la asistencia que un determinado paciente necesita y recibe, que le asegura un uso seguro y racional de los medicamentos”*.³

En 1980 se realizó una conferencia sobre “teoría de la Práctica Farmacéutica” donde se hizo un resumen sobre la evolución de la profesión a lo largo del siglo XX, desde una situación de orientación al producto a una situación de orientación al paciente.

Brodie⁴, realizador de esta teoría, concluye que el farmacéutico debe ser el responsable del resultado de la terapéutica con medicamentos, sugirió junto a sus colaboradores que la atención farmacéutica incluye la determinación de las necesidades de medicación de un paciente, ello supone no sólo el aporte de fármacos, sino también de los servicios necesarios antes, durante y después del tratamiento con objeto de garantizar la eficacia y seguridad del mismo.

Hepler y Strand⁵, dos profesores universitarios de Estados Unidos, a partir de un trabajo publicado en 1990, realizaron la primera definición, la más respaldada por los profesionales: «Atención Farmacéutica es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente»⁶

En América del sur un químico farmacéutico chileno tomó las riendas de este nuevo concepto llevándolo a cabo de forma desinteresada. Este hombre llamado Ricardo Borguenson⁷ en el año 1991 registraba, en su computadora, los tratamientos farmacológicos, los médicos consultados por el paciente, las enfermedades, antecedentes, las reacciones adversas a medicamentos manifestadas, los exámenes clínicos que poseían y los datos personales de los pacientes. Así llevaba de cada paciente su historia clínica, con lo cual ayudó a muchos de ellos con sus enfermedades y su farmacoterapia.

En 1993 La Organización Mundial de la Salud publica su Informe en Tokio sobre *“El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud”*, donde se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de Atención Farmacéutica.

En Argentina tratar de encontrar en qué momento se comenzó a mencionar el término Atención Farmacéutica de forma precisa es difícil, quizás en la conferencia *“Ejercicio profesional farmacéutico en el próximo siglo”*, durante el desarrollo del XII Congreso Farmacéutico Argentino realizado en Mar del Plata en mayo de 1994, se hace referencia a la posibilidad de la práctica de la Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria.

En noviembre del mismo año se realiza en Buenos Aires el XV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, al que asiste el representante de la FIP (Federación Farmacéutica Internacional), Dr. Nils Olof Strandqvist, que se refirió al documento de FIP-OMS Tokio de 1993 “El rol del farmacéutico. Servicio farmacéutico de calidad, beneficios para los gobiernos y para el público”, en la conferencia dictada para dicho congreso la cual se tituló “Farmacia futura e internacional”, en la que se puntualiza y evoca el concepto de atención farmacéutica.

En octubre de 1996 se realizaron en Buenos Aires dos congresos al mismo tiempo, el 2° Congreso Panamericano de Educación Farmacéutica y el VII Congreso de OFIL (Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos). Durante el transcurso del mismo año tres colegas de España, país que desde la década del 60 se realizan prácticas orientadas al paciente y en el cual por ley desde 1997 el farmacéutico debe prestar información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.

Antonio Iñesta, Francisco Martínez Romero y María José Faus entre otros son los españoles que dictaron un curso paralelo sobre Atención Farmacéutica en pacientes hipertensos y diabéticos.

Durante 1998 una serie de eventos dio impulso al desarrollo de la Atención Farmacéutica, según Marcelo D. Peretta⁸ son cinco los hechos en el que se fundamenta.

1. La edición del libro Reingeniería de la práctica farmacéutica, de la editorial médica Panamericana, primer libro en español sobre atención farmacéutica.
2. Primer y segundo curso internacional de reingeniería de la práctica farmacéutica realizados en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Buenos Aires, el primer curso sobre Atención Farmacéutica con una carga horaria importante y del que participaron docentes de conocida trayectoria en el

3. Mikeal RL, Brown TP, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. Am J Hosp Pharm 1975; 32:567-74

4. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. Am J Pharm Ed 1980; 44:276-78

5. Charles D Hepler doctor en Farmacia, Universidad de Florida. Linda M Strand doctora en Farmacia, Universidad de Minnesota.

6. Jefe de Farmacia en el Hospital de las FF.AA. Cirujano Guzmán (Primer Policlínico de Atención Farmacéutica Hospitalario) y Docente universitario en la Universidad de Magallanes y la Universidad del Mar en Punta Arenas (Chile).

7. Farmacéutico recibido en la universidad de Córdoba, editó dos libros sobre atención farmacéutica, “ Reingeniería de la práctica farmacéutica (1998)” y “ Atención farmacéutica a pacientes hipertensos(1999)”, secretario del colegio de Farmacéuticos y bioquímicos de Capital Federal, profesor de las universidades de Buenos Aires y Maimónides”, Director técnico de la Farmacia Rivadavia.

8. Sonia Uema, Pedro Armando, Nancy Solá, Departamento de Farmacología/Facultad de Ciencias Químicas - Universidad Nacional de Córdoba, 2001

tema , entre otros: Kathleen Johnson de la University of Southern California, School of Pharmacy, en diciembre de 1997

3. Inauguración de la farmacia Rivadavia, primera farmacia escuela en atención farmacéutica, creada en convenio con la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Buenos Aires (recibió el premio APhA Merit Award 1999)
4. 7º Congreso Argentino del Medicamento, bajo el tema “el medicamento dentro de la nueva concepción de atención Farmacéutica”
5. La segunda jornada farmacéutica del oeste, en noviembre de 1998, organizada por colegios farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires (filiales La Matanza, Merlo y Morón) con el fin de consensuar los aspectos esenciales de la atención farmacéutica.

Del debate del que participaron farmacéuticos comunitarios y docentes universitarios, surge la necesidad de realizar una experiencia piloto para ver la posibilidad de desarrollo de atención farmacéutica en nuestro ámbito. Esta experiencia se realizó durante 18 meses, desde marzo de 1999 y finalizado en agosto de 2000 donde el 70% de los pacientes tuvieron una mejora en su tratamiento.

Luego en 1999 la tendencia hacia el nuevo modelo de farmacia continuó, con nuevos congresos internacionales que enfocaban sus charlas a la atención farmacéutica.

En julio de 2000 el Colegio de la Provincia de Córdoba firmó un convenio con la Universidad de Granada para implementar el Programa Dáder, que actualmente se encuentra en desarrollo.

El trabajo realizado en el Departamento de Farmacia de la Universidad Nacional de Córdoba titulado “Propuesta de cambio para la dispensación de Medicamentos en la Farmacia Comunitaria”[□] propone servicios de atención farmacéutica, cuya finalidad es cooperar con el equipo de salud para alcanzar resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

La metodología Dáder, mide los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y la morbilidad relacionada con medicamentos (MRM) debido a la utilización masiva de los remedios por parte de la población, ya sea por automedicación, indicación o prescripción médica.

Con el transcurso de los años los trabajos se fueron multiplicando y el concepto de atención farmacéutica se fue integrando cada vez más al profesional farmacéutico.

En agosto de 2000 se realizaron en Córdoba la Primeras Jornadas Nacionales de Atención Farmacéutica, de las mismas nace la idea de crear una Comisión Nacional de Atención Farmacéutica, que se encargue de coordinar todas las actividades necesarias para lograr la implantación de la Atención Farmacéutica y la recomendación a los Colegios Farmacéuticos Provinciales de crear sus respectivos Departamentos de Atención Farmacéutica.

Así en como en septiembre de 2000, nacen los departamentos de Atención Farmacéutica de los Colegios de farmacéuticos de la Pcias. de Buenos Aires y Santa Fe II.

3. Objetivo

En esta Tesina se centra en el profesional que ejerce en la farmacia comunitaria, el cual se encuentra en un contexto en la que más de la mitad de la población argentina tiene la salud cubierta por obras sociales y un sector minoritario pero de mayores ingresos económicos que posee medicina prepaga, es decir, en la actualidad la mayoría de las personas que ingresan a la farmacia por una consulta y/o un consejo sobre un medicamento, al adquirirlo tienen algún tipo de cobertura para su salud.

El objetivo de la misma, es poder brindarles a los pacientes un servicio que actúe como un servicio dentro de lo que conlleva la atención farmacéutica enfocada en las distintos sistemas de salud que existen en Argentina, ya que mucha gente que acude a la farmacia comunitaria, afiliados a dichos sistemas, no saben los servicios que pueden aprovechar o exigir ya sea por falta de interés o desinformación por parte del organismo encargado de su cobertura de salud.

La tesina abordará los sistemas de salud existentes en Argentina, sus reseñas históricas con un enfoque en medicina prepaga y obras sociales, nombrando las leyes, normas y decretos que intentan regular dicho sistema, el financiamiento de los sistemas de salud y se explicará una de las posibles variables de atención farmacéutica a un paciente con cobertura en una farmacia comunitaria, tratando de demostrar porque creo que este servicio pertenece al concepto de atención farmacéutica.

4. Sistemas de salud en Argentina

La salud de los argentinos está atendida por una gran variedad de sistemas, donde el paciente puede tener más de una cobertura en simultáneo, en realidad **todas las personas están cubiertas por el sector público y algunos tienen además obras sociales y prepagas**⁹.

En el Sistema Nacional de Seguro de la Salud el objetivo es la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas con el mejor nivel de calidad disponible, que exige incorporar al servicio todo aquello que la ciencia moderna ha demostrado objetivamente para la protección de la salud.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad Nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, las provincias cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tenga solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios propios.

El fuerte desarrollo de la seguridad social, de características centralizadas impone, a su vez, importantes restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios. En el ámbito del gobierno nacional, funciona la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud, su misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, prevención, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación, regula el funcionamiento del sector en su conjunto.

Los integrantes del sistema de salud argentino son el Estado Nacional a través del Ministerio de Salud de la Nación, las Obras Sociales y las Empresas de medicina prepaga.

5. Salud pública

Definida según C.E Winslow en 1920 como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado por la comunidad para:

- El saneamiento del medio ambiente
- El control de las enfermedades transmisibles
- La educación Sanitaria
- La organización de servicios médicos y de enfermería

El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud

El estado debe garantizar la salud de la población. Se equipara *pública* con la acción de *gubernamental*.

La asistencia pública es adoptada en 108 países de continentes como Asia, África y América Latina y la atención médica es de carácter universal pero está enfocada a sectores de bajos recursos, las personas más desfavorecidas.

En nuestro país esto abarca a los hospitales públicos (nacionales, provinciales o municipales) y los centros de salud financiados a través de los impuestos. Por lo general el financiamiento es deficiente, atienden a un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente.

5.1 Reseña Histórica de la Salud pública

La salud pública no deja de ser una "*actualidad del pasado*", es volver a analizar antiguos conceptos.

Como una ciencia, apenas tiene un siglo de vida, pero la humanidad la conoce desde antaño, las personas pensaban ya en el pasado que era vital estar sanos para seguir adelante, que se deben tomar medidas que conserven la salud.

Lo que se aproxima de aquella época a la actualidad es la restauración de la salud, es decir, una vez perdida, que se debe hacer para recuperarla.

Las civilizaciones anteriores sin encontrarle una definición ya realizaban acciones de salud pública.

Los egipcios, 3000 años antes de Cristo eran considerados el pueblo más higiénico, se aseaban, co-

9. hasta 1998 según el Programa de Investigación Aplicada-Isalud con datos SSS, ADEMP y Encuesta de Hogares, 2.3 millones de personas poseían doble cobertura

nocían de medicamentos naturales y formas de preparación, conservaban el agua en basillas de arcilla y hasta construyeron redes, canales para el agua de desecho.

A todo esto tenían incorporados en sus estilos de vida los hábitos necesarios para la salud, como actividad física, la dieta alimenticia y la ya mencionada limpieza personal.

Hacia el 1400 A.c., se empezó a educar y a promover a cerca de la salud, a este movimiento se lo denominó *ayurveda* (en idioma [sánscrito](#), *āiuh*: 'duración de la vida' y *vedá*: 'verdad, conocimiento') un sistema de medicina india basada en plantas con propiedades medicinales que establecían un equilibrio entre el paciente y su forma de vida, su nutrición, trabajo, familia. La *ayurveda* se destacó por velar un cuidado completo de la salud además de ser pioneros de las cirugías, más precisamente la cirugía estética. En occidente funciona hoy en día como un sistema alternativo de la medicina que se practica comúnmente.

Los griegos y romanos de la época antigua prestaban mayor atención a la higiene y limpieza personal, al bienestar físico. Son propios de esta era, la construcción de baños públicos y la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.

El catolicismo en la edad media produjo un estancamiento y un retroceso de la salud. Se consideraban impuros lo relacionado con la carne, la tentación. Se creía que la enfermedad era el producto del pecado, lo que provocó en los millones de creyentes de la religión un descuido de la higiene personal, a esto se le suman las grandes migraciones por guerras y el decaimiento general de la socioeconomía de las personas que trajo como consecuencias las primeras y más terribles epidemias humanas (cólera, influenza, viruela, peste bubónica, sífilis, fiebre amarilla, poliomielitis, etc.) que causaron millones de muertes, llegando a lograr cambiar el poder de naciones y hasta desviar cursos de guerra.

Aunque la forma de ejercer la medicina era racional no estaba exenta de mística y magia. La capacidad de curar del poder divino.

Los hospitales del catolicismo atendían a los pobres, una forma de excluirlos para que no contagien y propaguen las enfermedades, en realidad eran lugares donde iban a morir más dignamente, ya que el médico acostumbraba a concurrir poco a estos establecimientos hacinados de enfermos y fieles que rezaban con el objetivo de asegurarse un lugar en el cielo. El médico era exclusivo de las clases poderosas o de aquel que pudiera pagarlo.

Los primeros hospitales de orígenes militares tenían la función práctica de restablecer a soldados para que vuelvan a luchar, de esta manera empezaba a tener "valor" la vida del hombre.

El siglo XIX y finales del Siglo XVIII fueron fundamentales como impulso del derecho de salud que hoy concebimos, y los acontecimientos que son considerados como fundamentales son la revolución francesa (1789) y la industrial (la primera 1750-1840, la segunda 1880-1914).

La primera iba en busca de un cambio social-político enfocado en los derechos fundamentales que la sociedad debe reconocer en cada persona.

En lo que respecta a salud ha legado más principios que instituciones, París se convirtió en el centro de la medicina clínica y el hospital el núcleo de la asistencia sanitaria. Las ideas eran de igualdad en la atención, sin preferencias sociales, se debe atender la salud del individuo para que la enfermedad se detenga sin ser propagada.

Por otra parte la revolución industrial además de cambiar la forma de producir, trajo grandes cambios sociales. Los lugares se hicieron ciudades con la fuerte urbanización de la época, la demografía se incrementaba al pasar los años como también los enfrentamientos sociales que se sucedían de mano del sector obrero. El estado debía tomar partida ante esta nueva forma de vida aplicando y creando leyes sociales como por ejemplo las médico sanitarias.

Alemania, Francia y Austria fueron los primeros en tomar manos al asunto en proteger al trabajador, mediante leyes concretas, que amparen a las personas ante la enfermedad procurando que la producción no se vea opacada por la disertación de los obreros.

La última parte del siglo XIX dio un salto en lo que respecta a la prevención de la salud, se descubrió el germen de mano de Luis Pasteur¹⁰ y Robert Koch¹¹ en Francia y Alemania respectivamente.

Las enfermedades infecciosas de mano de la bacteriología han perdido una gran batalla y el Estado con sus políticas de salud ambiental han reforzado la lucha, implementando el sistema de agua potable, pasteurización de la leche y el control sanitario de alimentos que entre otras medidas desterraron enfermedades como el cólera, diarreas, las fiebres tifoideas y la disminución de la mortalidad infantil.

La inmunología fue la ciencia que ha desarrollado las vacunas, el Estado en su plan de salud propone un calendario de vacunación que lograron erradicar la viruela, la primera enfermedad que el ser humano

10. Luis Pasteur (1822-1895) Químico y bacteriólogo francés. Formado en el Liceo de Besançon. Postuló la existencia de los gérmenes y logró demostrarla, con lo cual rebatió de manera definitiva la antigua teoría de la generación espontánea, además participó de numerosas investigaciones de suma importancia para el mundo.

11. Robert Koch (1843 -1910) Bacteriólogo alemán galardonado con el Premio Nobel. Descubrió la bacteria productora del ántrax, graduado en Medicina en Gotinga.

intentó prevenir inoculándose a sí mismo con otro tipo de enfermedad, también la poliomielitis, sarampión, tétanos, tos ferina, etc.

Se llega a la implementación de calendarios de vacunación.

Calendario Nacional de vacunación de Argentina vigente a partir del segundo semestre del 2009.

| Edad | BCG (1) | Hepatitis B (HB) (2) | Pentavalente DPT-Hib-HB (3) | Cuádruple (DTP - Hib) (4) | Sabin (OPV) (5) | Triple viral (SRP) (6) | Hepatitis A (HA) (7) | Triple bacteriana Celular (DPT) (8) | Triple bacteriana Acelular (dTap) (9) | Doble bacteriana (dT) (10) | Doble viral (SR) (11) | Fiebre Amarilla (FA) (12) | Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (13) |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---|
| Recién nacido | Única dosis | 1ª dosis | | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1ª dosis | | 1ª dosis | | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2ª dosis | | 2ª dosis | | | | | | | | |
| 6 meses | | | 3ª dosis | | 3ª dosis | | | | | | | | |
| 12 meses | | | | | | 1ª dosis | Única dosis | | | | | Única dosis | |
| 18 meses | | | | 1º Refuerzo | 4ª dosis | | | | | | | | |
| 6 años (Ingreso escolar) | | | | | Refuerzo | 2ª dosis | | 2º Refuerzo | | | | | |
| 11 años | | Iniciar o completar esquema | | | | Iniciar o completar esquema | | | Refuerzo | | | | |
| A partir de los 15 años | | | | | | | | | | | | | Única dosis |
| 16 años | | | | | | | | | | Refuerzo | | | |
| Cada 10 años | | | | | | | | | | Refuerzo | | Refuerzo | |
| Puerperio o post-aborto inmediato | | | | | | | | | | | Única dosis | | |

- ✧ Antes de egresar de la maternidad
- ✧ En las primeras 12 horas de vida.
- ✧ Si no hubiera recibido el esquema completo. Aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y la 3º dosis a los 6 meses de la primera.
- ✧ Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una de Triple viral más una dosis Doble viral.
- ✧ Los que comenzaron el plan con dTap les corresponderá este refuerzo a los 21 años (o sea cada 10 años). En embarazadas completar esquema si fuera necesario.

- (1) BCG Tuberculosis (formas invasivas)
- (2) HB Hepatitis B
- (3) DPT-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, tétanos, pertussis, Hep B, Haemophilus influenzae b.
- (4) DTP-Hib : (Cuádruple) difteria, tétanos, pertussis, Haemophilus influenzae b.
- (5) OPV: (Sabin): vacuna antipoliomielítica oral.
- (6) SRP: (Triple viral): sarampión, rubéola, parotiditis.
- (7) HA (Hepatitis A).
- (8) DPT: (Triple bacteriana): difteria, tétanos, pertussis.
- (9) dTap (Triple Bacteriana Acelular).
- (10) dT (Doble bacteriana): difteria, tétanos.
- (11) SR.: (Doble viral): sarampión, rubéola.
- (12) FA: Fiebre amarilla: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.
- (13) FHA: Fiebre hemorrágica argentina: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Estas enfermedades infecciosas son todavía difíciles de combatir en los países subdesarrollados, los más propensos a ser focos de enfermedades por el nivel de vida que existen en la mayoría de las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países de ingresos bajos, menos de la cuarta parte de la población llega a los 70 años, y casi un tercio de las muertes se dan entre menores de 14 años siendo la principal causante de fallecimientos las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas y el paludismo entre otras.

Los países desarrollados y las naciones en vía de desarrollo están en busca de la conquista del cáncer, la apoplejía, cirrosis hepática, enfermedades cardíacas y demás enfermedades denominadas no infecciosas que son la principal causa de muertes en los países industrializados.

El Estado adopta programas de salud pública para prevenir estos factores de riesgo, como el control de la hipertensión, los riesgos que trae el hábito de fumar, el ingerir comidas con grasas saturadas, el sedentarismo, etc.

La salud pública, pieza fundamental para toda nación, ha evolucionado a través del tiempo tratando de garantizar a la población políticas y acciones que traten de asegurar el cumplimiento del derecho de salud.

La lista de deberes y responsabilidades en nuestro país se ha extendido, como se puede ver en el decreto número 828/2006 **artículo 3 donde en 41 puntos se detalla las funciones y los objetivos de la misma (ver anexo I).**

5.2 Financiamiento de la Salud Pública

El gasto público en salud se calcula bajo dos indicadores, el PBI (producto bruto interno) y el gasto por habitante. Si los cálculos se hacen con el indicador del PBI hay que tener en cuenta que es muy sensible al denominador (el producto bruto) por lo cual puede subir o bajar sin que varíe el gasto total.

A modo de ejemplo se puede observar en el cuadro siguiente que entre 1998 y el 2001 se gastaron más de 2 mil millones menos pero como hubo recesión en esa época el PBI también bajo, por lo que no hubo prácticamente modificaciones a nivel de participación del ingreso nacional aunque sí en valores absolutos una disminución del gasto del 10%

Argentina- evolución de gasto en Salud 1995-2001

| año | gasto en millones de pesos | % PBI | gasto por habitante |
|------|----------------------------|-------|---------------------|
| 1995 | 22.105 | 8,6 | 635,8 |
| 1996 | 22.205 | 8,2 | 630,5 |
| 1997 | 23.701 | 8,1 | 652,9 |
| 1998 | 24.472 | 8,2 | 677,4 |
| 1999 | 24.840 | 8,7 | 678,7 |
| 2000 | 24.193 | 8,5 | 653,3 |
| 2001 | 22.060 | 8,2 | 609 |

Fuente: Tobar, F y colaboradores. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Ediciones Isalud N° 5. Buenos Aires. 2002.

Gasto en salud en Argentina. 2000 (como % del PBI)

- **Público 1.98**
 - Nación 0.28
 - Provincias 1.40
 - Municipios 0.30
- **Seguridad social 2.92**
 - Obras Soc. Nac. 1.37
 - INSSJP 0.81
 - Obras Soc. Prov. 0.74
- **Privado 4.24**
- TOTAL 9.14**

Fuente: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía (2001).

El gasto en salud por habitante es el indicador que diferencia a los países desarrollados de los en vías de desarrollo.

Los impuestos (directos o indirectos) o recursos fiscales ejecutados por los gobiernos tanto nacionales, provinciales y municipales constituyen los ingresos del sector público de salud.

Los impuestos directos son los provenientes de los impuestos a las riquezas o rentas (ganancias, bienes personales, etc.).

Los impuestos que se aplican sobre la producción, circulación y consumo de bienes o servicio (IVA, impuestos internos, etc.) son conocidos como impuestos indirectos.

6. Obras Sociales

Las obras sociales son unos de los pilares, junto con los hospitales públicos y la medicina privada, en el que se sustenta el sistema de salud argentino. Unas de las definiciones que podemos encontrar sobre Obra Social es que son instituciones de salud de la seguridad social y donde hay una reinversión de parte de los beneficios producto de las actividades de las organizaciones sin ánimo de lucro para el bien común. (*Castro-Casal-de Lellis 2007*).

Las Obras Sociales son entes destinados a brindar asistencia a sus afiliados en todo lo relacionado a los servicios de salud.

La concepción de que la salud es un bien social justifica la presencia del Estado como garante y asegurador de la salud y la constitución de grupos en los cuales el riesgo quede absorbido, tal es el caso de las obras sociales, que es un sistema de carácter solidario y altruista donde el aseguramiento es a través de un capital que se distribuye de forma solidaria, dicha solidaridad es posible gracias a comportamientos colectivos de toma de decisión, la individualidad sólo es válida cuando muchos individuos toman la misma decisión.

Encuesta Permanente de Hogares 2007. Cantidad de obras sociales y cantidad de beneficiarios, según naturaleza institucional. Total del país

| Naturaleza de la obra social | 2007 | | | |
|------------------------------|----------------|-------------------|------------------|------------------|
| | Obras sociales | Beneficiarios | | |
| | | Total | Titulares | Familiares |
| Total | 288 | 15.943.256 | 9.449.934 | 6.493.322 |
| Sindicales | 205 | 10.074.014 | 5.218.281 | 4.855.733 |
| Personal de dirección | 27 | 952.103 | 485.927 | 466.176 |
| Administración mixta | 2 | 3.789.726 | 3.110.980 | 678.746 |
| Resto | 53 | 1.127.413 | 634.746 | 492.667 |

Existen 288 obras sociales en Argentina según estadísticas realizadas por el INDEC¹² en el 2007 que se pueden tipificar en dos grandes clases, la de los “trabajadores” sean estos autónomos o dependientes conducidas por dirigentes sindicales y la del personal jerárquico, directivos, conocida como “personal superior”, con fuertes lazos con la medicina prepaga.

Las obras Sociales cubren la salud de 16 millones de argentinos, que alcanza los 20 millones si se cuentan los sectores que quedan excluidos de la ley 23.660¹³ (ley de obras sociales) como por ejemplo las Obras Sociales de las Universidades Nacionales

Existen en la Argentina los siguientes tipos de Obras Sociales:

- **Sindicales** (correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial) –
- **Administración mixta** (entre sindicatos y el estado); -
- **Administración central del Estado** (Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados). –
- **Las empresas y sociedades del Estado** –
- **Del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios**
- **Constituidas por convenio** (entre sindicatos con empresas privadas o públicas) –
- **Del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito (en caso que adhieran expresamente)**

La gran cantidad de obras sociales sindicales, correspondiente a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, hicieron que el sistema fuera adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron. (*Cetrángolo, Devoto, 2002*)

12. El Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- es el organismo público, de carácter técnico, que unifica la orientación y ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina. Su creación y funcionamiento está reglamentado por la Ley 17.622 y el Decreto 3110/70, así como el Decreto 1831/93

13. Promulgada el 5 de enero de 1989, consta de 45 artículos.

P.A.M.I se convirtió en el ícono que identificó a la obra social de los jubilados y pensionados.

La sigla significa “programa de atención médica integral” que hoy tiene el nombre legal de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)¹⁴, es la principal obra social de administración mixta que significa que los aportes son tanto de los trabajadores y sus sindicatos como del Estado.

En este caso el financiamiento recaudado por los aportes de los trabajadores y el Estado (activos) se destina a los jubilados y pensionados (pasivos).

Los destinatarios de las Obras Sociales son los sectores medios integrados al sector de trabajo formal, es decir el trabajo en blanco.

6.1 Reseña Histórica de las Obras Sociales

Las Obras sociales (sindicales, nacionales, Provinciales, de las Fuerzas armadas, etc.) remontan sus antecedentes durante el siglo XX.

Por un lado los movimientos mutualistas organizados según afinidad laboral, geográfica o por pertenencia étnica cuya finalidad era dar asistencia a viudas, huérfanos, inválidos o ancianos (una forma de mejorar la calidad de vida de la gente). Por otro lado, el sistema de Seguridad Social, que surge a fines del siglo XIX en Alemania, y cuyo objetivo era proteger a la fuerza de trabajo ante contingencias ajenas a su voluntad tales como los accidentes, las enfermedades o la vejez.

En Argentina las Obras sociales vinieron de la mano del sindicalismo.

La sociedad Tipográfica Bonaerense data de 1857, es una de las organizaciones obreras más antiguas, luchaban para mejorar las condiciones laborales por eso se dice que tenían un sentido más mutualista.

Estos sindicatos podían realizar paros en la jornada de trabajo tanto como por condiciones que involucran a la higiene de los trabajadores como por falta de luz, eran objetivos puntuales y acotados.

Las necesidades de los trabajadores (despidos, presos políticos, etc.) también se trataban de paliar mediante rifas, bailes y demás actividades de recaudación de fondos, como los préstamos entre distintos sindicatos.

Las grandes migraciones europeas originadas por las guerras en aquel continente trajeron gente con ideas que desarrollaron el sindicalismo puro (1915-1922) estableciendo a los sindicatos como órgano propio de los trabajadores.

En aquella época la Argentina se vio sobrepasada por el crecimiento demográfico que colapsaba el precario sistema hospitalario, es por ello que los obreros europeos trajeron también consigo las mutuales y sociedades de socorros mutuos que cubrían lo que respecta a salud.

Las nuevas asociaciones sindicales (conformada por muchos inmigrantes) encontraban denominadores en común (solidaridad y colectivismo) con esta idea de mutualismo, lo que definió una acción en conjunto entre ambas partes.

La primera gran organización sindical que desarrolla la acción mutualista fue la Unión Ferroviaria (UF) donde sus representantes eran mayoría en el Comité Nacional Sindical de la CGT (Confederación Nacional del Trabajo) creada en septiembre de 1930.

La Unión Ferroviaria poseía caja de jubilaciones y otorgaba préstamos para viviendas (construcción o adquisición).

Unos de los métodos de financiación fue sin duda la modalidad recaudadora del sindicalismo actual que consistía en retener aportes de los asociados.

En 1940 inauguraron el Hospital Ferroviario y demás centros de atención en el interior del país para brindarle salud en lo que respecta a sus afiliados, ya que consideraban de manera imperiosa poseer un instituto propio para la atención de la salud física de sus componentes y para la prevención de las enfermedades.

El golpe de Estado de 1943 trajo profundos cambios políticos en la Argentina que dieron entrada al coronel Juan Domingo Perón a cargo de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Perón dictaminó políticas que favorecieron a los movimientos sindicalistas más grandes del país en ese momento como la Unión Ferroviaria y la de Empleados de Comercio.

La medida más destacada del período en este campo fue la creación de la Comisión de Servicio Social¹⁵ (Decreto 30655/44), que otorgaba beneficios tales como atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo, suministro de artículos de alimentación, de vestir, y de uso indispensable para el hogar a precio de costo. La empresa debía prestar tales servicios “como mínimo”, aunque también se consideraba la posibilidad de que fuera la organización mutualista o cooperativa la que sustituyera a la empresa.

14. Se crea el 13 de mayo de 1971, a través de la ley 19.032

15. Dicho organismo habría tenido a su cargo “la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas” (art. 9º). Noviembre 1944, se vincula el origen de las obras sociales con este decreto

Los gremios alcanzaron una posición sin precedentes en lo relacionado no solamente con la dinámica tradicional sino con la nueva instancia de participación activa en la definición de políticas de alcance nacional.

La Ley 12921 de 1947 basada en los decretos de remuneraciones y aguinaldo para el trabajador y el de Asociaciones Profesionales le otorgó a los gremios la autonomía y manejo de los recursos lo que posibilitaron un enorme crecimiento.

En 1955 cae el peronismo (1946-1955) y se interviene la CGT y demás gremios. Recién en 1961 bajo la presidencia de Frondizi (1958-1962) renueva la ley de Asociación profesional (ley 14455) que regulaba la acción sindical, sin embargo la nueva etapa sindical viene de la mano del gobierno de Arturo Illia (1963-1966), empieza a haber menos intervención del Estado, a sustituir la atención de los afiliados en sus centros de salud por particulares financiado por los convenios colectivos.

En este período se produjo lo que se conoció como “sindicalismo múltiple” que comprende al sindicato como explotador de sus recursos económicos provenientes de los aportes de sus afiliados para garantizarle justicia social, y esto no es sólo para los trabajadores propiamente dicho sino también para el núcleo familiar de los mismos. De esta forma surgen las obras sociales emprendidas por los sindicatos, cubriendo un vacío por el Estado desde hacía largo rato.

En lo que respecta a salud en esa época coexistían los hospitales solventados por el Estado carentes de casi todo y los sanatorios de difícil acceso para la población por su elevado costo.

Los sindicatos comenzaron a llenar ese vacío e impusieron la asistencia médica integral en policlínicos propios, que contempla la cobertura al grupo familiar del afiliado tanto en medicina preventiva como en complicadas intervenciones.

A mediados de los años 60 el radicalismo intentó regularizar las obras sociales.

Se realizó la encuesta preliminar sobre Obras Sociales y mutualidades y los resultados dieron que desde la década del 40 hasta el 60 además de Obras Sociales Sindicales, existían Obras Sociales Estatales, Mixtas, de personal jerárquico, provinciales, municipales, de las fuerzas armadas, por convenios con empresas, etc.

A fines de los años 60 las Obras Sociales ya cubrían a 3.5 millones de personas, equivalente al 27% de la población.

En 1966 se creó la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales (Decreto 17230/68) que prestigia los logros alcanzados por las Obras Sociales Sindicales ¹⁶.

En 1970 se crea la ley 18610 de Sistema de Obras Sociales donde implicaba entre otras cosas a el Estado como el regulador de las mismas, también la universalización de la cobertura (Trabajadores y familiares), la unificación de aportes y contribuciones del salario, la creación del Fondo de Redistribución, la declaración de los empleadores como agentes de retención, reconoció también la plena jurisdicción de los sindicatos sobre el manejo financiero, administrativo y asistencial de las Obras Sociales.

Al tiempo se dictaron las leyes complementarias que comprendían una ampliación de la cobertura, la creación del régimen de contrataciones de las prestaciones.

Con el regreso de Perón al gobierno en 1973 devino una nueva reforma causada por el descenso de la partida presupuestaria y demás políticas tomadas anteriormente que deterioraron la cobertura sanitaria; donde el Estado decide actuar en la salud del pueblo, efectivizando el principio de justicia social y además ser co-gestor en la dirección de un Sistema Nacional Integrado de Salud que formula un plan que abarca todos los sectores por igual (pudientes, asalariados e indigentes).

Luego con el gobierno militar de los años 1976 hasta 1982, donde la salud no fue un punto aparte, instauraron el autoritarismo bajo la ley 22269 donde los puntos más importantes son la estatización de las obras sociales, la separación administrativa, financiera y patrimonial de Obras sociales y sindicatos; la eliminación de la obligatoriedad de afiliación; prohibición de montar nueva infraestructura propia, y explícita recomendación de reducir la existente. Todas estas políticas favorecieron rotundamente al sector privado de salud.

En los 80 con la democracia recién constituida el gobierno radical se encontró con un sistema de salud devastado, se intentó recuperar la ley 18610 y realizar un sistema nacional de salud en 1986 pero las diferencias con los sectores sociales trajo como resultado en 1988 un conjunto de normas que trajeron pocos cambios.

Uno de estos cambios son la de volver a reconocer la titularidad patrimonial de las Obras sociales y su derecho a la gestión administrativa financiera, además el Estado absorbió las deudas contraídas del gobierno militar, se mantuvo y aumento al 6% el aporte de los trabajadores.

16. Se encarga establecer un diagnóstico y elaborar un proyecto orientado a integrar en un sistema “coherente y homogéneo” a las obras y servicios sociales estatales. En paralelo, el Decreto n° 2318/67 establece la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales, que también pone en marcha un relevamiento. La Comisión creada por la ley 17230 no deja de considerar el carácter conflictivo de una posible intervención sobre el sistema

Los años 90 fueron de grandes cambios para la salud, se podía vislumbrar dos bloques, uno conformado por las obras sociales, la Administración Nacional del Seguro de Salud y los prestadores privados que sostienen la defensa del sistema de seguridad social y cierto papel regulador del Estado y por el otro, el sector privado (entidades de medicina privada) que plantean una reforma estructural del sistema que no pretenda la seguridad social ni el papel regulador del Estado.

Luego de los elecciones de 1989 las leyes 23660¹⁷ (Nuevo Régimen de las Obras Sociales) y la 23661¹⁸ (Ley del seguro Nacional de Salud) promulgados en el gobierno anterior se fueron dilatándose para tratar temas más urgentes.

Desde ese momento y hasta 1993 (año en que se emitió el decreto N° 9 con el objetivo de desregular las obras sociales) las políticas del sector serán un conjunto de acciones y omisiones en torno a la reglamentación de las leyes mencionadas. (23660 y 23661)

La década del 90 accionó las políticas privatizadoras, en 1993 los ejes políticos eran la liberación, subsidiar la demanda, libre elección y poner al mercado como garante de la satisfacción de estos postulados.

6.2 Desregulación de las Obras Sociales

Estado versus mercado, dos polos opuestos son los que en la década del 90 se debatían en la Argentina en pleno proceso de privatizaciones.

En 1993 asume como Ministro de Salud el presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga¹⁹ (ADEMP) por lo que este grupo logra posicionarse en el gobierno de forma directa y fuerte.

En esos momentos las entidades de medicina prepaga ejercieron fuerte influencia en las decisiones políticas, defendiendo fervientemente las decisiones de este gobierno.

La desregulación es el trámite por el cual una persona económicamente activa puede optar a que Obra Social prefiera derivar sus aportes mensuales para recibir su cobertura médica.

Los impulsores de la reforma pensaban que canalizar las contribuciones del trabajador en un seguro obligatorio a la Obra Social del respectivo sindicato creaba una población "cautiva", con lo cual no habría incentivos para mejorar la calidad y cantidad de los servicios ni para administrar más eficientemente los recursos disponibles y que la generación de cierto nivel de competencia en la captación de beneficiarios entre las distintas Obras Sociales podría, por una parte, estimular una mayor eficiencia en la gestión de la cobertura.

Un impulso más a la desregulación era la creciente proporción de beneficiarios de las Obras Sociales que debía acudir a los servicios del subsistema público para recibir atención, fenómeno ocurrido por la insuficiente cobertura brindada por muchas Obras Sociales, lo que derivó al sistema de copagos (cada vez que se tenga que usar algún servicio, el paciente deberá pagar de su bolsillo siempre una diferencia para poder acceder al mismo) por parte de los Hospitales que se veían desbordados de pacientes y que podían generar ingresos que por los recortes en salud de parte del Estado eran mínimos.

Debido a todo este contorno político-social en ese mismo año, 1993, se dictaminó el decreto n.º 9 que sancionó los fundamentos de la reforma, estableciendo en primer lugar la libre elección de Obras Sociales por los beneficiarios del sistema. Los titulares del beneficio podrán optar entre las diferentes Obras Sociales y cambiar de opción una vez por año. También se produjeron adelantos en la reforma de las relaciones entre las Obras Sociales y los prestadores de servicios estableciéndose la libertad de contratación entre financiadores y prestadores, sin sujeción a honorarios o tarifas prefijadas y posibilitándose de esa manera la competencia de precios entre los prestadores de atención médica.

El decreto n° 578/93 en contexto con estas políticas de desregulación estableció que las Obras Sociales deberán pagar los servicios que sus beneficiarios soliciten a los hospitales públicos, eliminando los copagos en el sistema público de salud.

La estrategia de las entidades de medicina prepaga fue de establecer alianzas con las Obras Sociales para pertenecer al sistema seguridad social y poder brindar sus prestaciones por su intermedio, de esta manera en caso de optar por una determinada Obra Social se accedía a los servicios provistos por determinada entidad de medicina prepaga, aún cuando el Poder Ejecutivo no las había habilitado para ello.

17. Promulgada en enero 5 de 1989 es la nueva Ley Regulatoria de la actividad de las obras sociales, consta de 45 artículos

18. ART. 2º.- El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva. Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente

19. Dr. Alberto J. Mazza se extendió por sucesivas reelecciones a la presidencia de ADEMP hasta el 27 de noviembre de 1991, fecha en la que renunció al ser designado Secretario de Salud de la Nación y luego Ministro de Salud y Acción Social de la Nación

Las prepagas firmaron contratos de concesión y gerenciamiento con obras sociales que delegaron la responsabilidad de la asistencia de sus beneficiarios, asignando para ello un pago mensual per cápita. De este modo, las prepagas entraron a competir de manera indirecta en el sistema de obras sociales, porque si bien los afiliados al sistema solidario no están autorizados a elegir una prepaga, sí pueden cambiar de obra social, las cuales optaron por aliarse con prepagas para mejorar sus atractivos y ampliar su porción en un mercado que a simple vista continuó "cerrado".

También para ampliar sus negocios en salud las prepagas se fusionaron entre sí (por ejemplo la fusión entre Swiss Medical Group y SPM, el grupo que concentra las firmas Galeno, Tim y Life de The Exxel Group. Martes 6/10/1998 diario La Nación)

Con este panorama se abre la posibilidad de elegir entre diferentes obras sociales o agentes del sistema nacional del seguro de salud, quien será la entidad que prestará la asistencia médica al trabajador y a su familia.

Las entidades de medicina prepaga de esta manera accedía a un grupo población que se encontraba fuera de una posible demanda porque sus aportes obligatorios se canalizan al sistema de la seguridad social.

Esta situación genera una competencia desleal entre las distintas entidades de medicina prepaga.

Las Obras Sociales del personal jerárquico conocidas como las del personal de dirección son las que contienen a los trabajadores de mayores ingresos y las que estrecharon fuertes lazos con la medicina prepaga. Al ser ésta una Obra Social goza de la ventaja de estar exentas de impuestos por estar jurídicamente encuadrada como asociaciones civiles sin fines de lucro, dicho beneficios pueden trasladarse a los servicios de menor costo que pueden ofrecer con el ingrediente que en el caso de déficit financiero pueden obtener los subsidios otorgados por el ANSSAL que reintegra gastos como por ejemplo lo de las cobertura por HIV.

Fue entonces lo que profundizó la crisis y se incrementaron las denuncias de corrupción, desvíos de fondos y deficiencia en la calidad de servicio.

El ingreso legal de las entidades de medicina prepaga al sector de las obras sociales estaba previsto para 1998 época en que el gobierno prometió al Banco Mundial²⁰ a fiscalizar el sector.

En este escenario el Gobierno adopta prohibir a las entidades de medicina prepaga competir con las Obras Sociales, política que le costó críticas del empresariado extranjero, el Banco Mundial y el FMI.

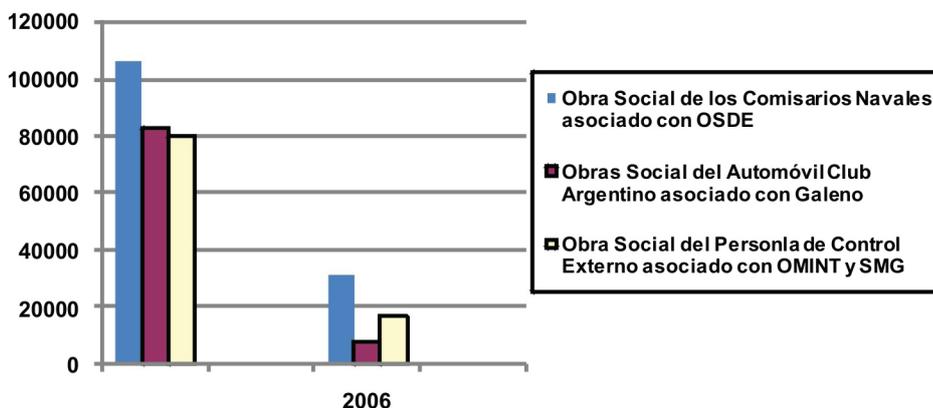
Recién en el gobierno de la Alianza, en el año 2000 se sanciona el decreto 446/00 en cual se determina la desregulación del mercado de la salud y la libre competencia entre prepagas y obras sociales sindicales a partir de enero del 2001.

La fuerte presión sindical, las prepagas perjudicadas y las principales obras sociales hicieron que se "suspenda" el proceso desregulatorio.

Al comienzo de todas estas reformas el sistema contó con la aprobación de los principales referentes sindicales y de los empresarios de la salud, pues ambos se beneficiaron. Sin embargo, en los últimos años las prepagas optaron por una nueva estrategia, consistente en firmar convenios con obras sociales muy chicas que casi no tienen afiliados propios para luego impulsar estrategias de marketing tendientes a seducir a los trabajadores más jóvenes y de mayor poder adquisitivo de las obras sociales más grandes que están viendo cómo sus afiliados "se fugan" a las prepagas haciendo valer este vericuetto legal abierto con la desregulación.

20. En abril del 96 los ministros de salud, economía y el jefe de Gabinete envían una carta de intención donde se comprometían a establecer los mecanismos de la desregulación de la salud a través de los instrumentos legales. El banco Mundial con este compromiso otorga créditos. (clarín 27/06/97)

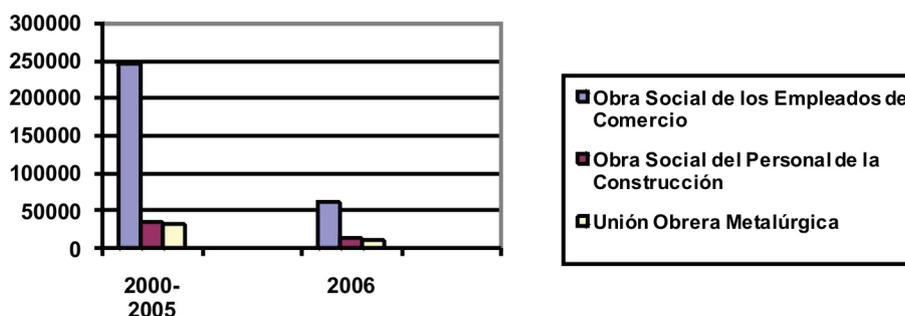
Diferencia de afiliados que captaron las Obras Sociales pequeñas al asociarse con prepagas entre el 2000 y el 2006 (cuadro 1)



Cuadro N°1

Fuente: L Diario Página 12, 30 de octubre de 2006

Pérdida de afiliados de las principales Obras Sociales. (cuadro 2)



Cuadro N°2

Fuente: L Diario Página 12, 30 de octubre de 2006

Cantidad de contratos establecidos por las entidades con Obras Sociales (OS). (cuadro 3)

| Ranking de Facturación Total | Entidades | Cantidad de contratos con OS |
|------------------------------|---------------|------------------------------|
| 1 | Medicus | 13 |
| 2 | SPM | 6 |
| 3 | Swiss Medical | 4 |
| 4 | Docthos | 11 |
| 5 | Omint | 5 |
| 6 | Amsa | 18 |
| 7 | Cemic | 5 |
| 8 | Qualitas | 5 |
| 9 | Medicor | - |
| 10 | OMAJA | 3 |
| | Otras | 75 |
| TOTAL | | 145 |

Cuadro N°3

Fuente: Tobar, F. Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación ISALUD. 2001.

6.3 Prestaciones de Obras Sociales

El beneficio otorgado por las obras sociales se otorga mientras exista la relación de dependencia; sin embargo, cuando se acabe la relación laboral, las prestaciones se mantienen por tres meses adicionales sin abonar aporte o contribución alguna, siempre y cuando el trabajador tenga una antigüedad en el empleo superior a tres meses.

Las prestaciones que las obras sociales deben cumplir, se encuentran estipuladas en la ley, y como mínimo, deben brindar las prestaciones incluidas en el PMO (programa médico obligatorio) por el decreto 492/95 que se pone en vigencia en 1996 por la resolución 247.

El PMO está formado por diferentes leyes nacionales y resoluciones del Ministerio de Salud que regulan cuáles son las prestaciones básicas que deben otorgar los agentes del seguro de salud a sus afiliados o beneficiarios, éstas sufrieron modificaciones que originaron el PMOE²¹ (Programa Médico Obligatorio de Emergencia) que amplió las coberturas.

El PMOE rige por sobre las demás resoluciones hasta que la situación de emergencia finalice (31/12/2009), consta de 4 anexos (I, II, III y IV).

El Anexo I determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas. Coseguros.

El anexo II es un catálogo de prestaciones que muestra un listado que las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar según condiciones que se establecen.

El anexo III es un formulario terapéutico /listado de principios activos y el anexo IV es un listado de monodrogas que figuran en el Anexo III agrupadas según sus distintas dosis y formas farmacéuticas. Se estableció el precio de referencia y el 40% del mismo (mínima cobertura obligatoria para las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud), este último anexo es el que sufre más variación como por ejemplo la resolución 310/04²² que dictamina un cobertura del 70% en medicamentos para enfermedades crónicas preexistentes.

No se pueden establecer períodos de carencia respecto al servicio que deben ofrecer las Obras Sociales, las carencias son suspensiones arbitrarias de los servicios médicos incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y que las empresas de salud están obligadas a cumplir desde el instante mismo de la afiliación.

El afiliado puede cambiar de Obra social una vez al año en cualquier periodo (desregulación de obras sociales explicado en el punto 6.4) excepto a las Obras Sociales Provinciales, Municipales, FFAA, Poder Judicial y DOSUBA, (esta normativa alcanza sólo a los trabajadores nacionales) cabe destacar que debe ser admitido por la obra Social elegida no pudiendo quedar su incorporación supeditada a su estado de salud o a la edad del beneficiario, como así tampoco se le podrán llevar a cabo exámenes psicofísicos previos a la aceptación.

Los afiliados a PAMI pueden optar por otra Obra Social si así lo desean, existe un Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el cual se encuentran inscriptas las obras sociales que desean recibir a los jubilados y pensionados²³ de su propia actividad o de cualquier actividad.

La gestión para el cambio de Obra Social la debe realizar en forma personal el titular; lo puede efectuar en ANSES²⁴ (organismo descentralizado, en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Está facultada para administrar los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, en relación de dependencia y autónomos, de subsidios y asignaciones familiares) o en la sede de la obra social a elegir. El trámite es totalmente gratuito. El beneficiario debe completar el formulario de opción y presentar el último recibo de sueldo y su DNI. La obra social le debe entregar la copia amarilla del formulario de opción de cambio, la cartilla médica con la nómina completa de sus prestadores y la credencial con el nombre de la obra social.

Si en un matrimonio trabajan ambos cónyuges, deben unificar sus aportes en uno de los servicios de salud. En caso que no lo hagan, las autoridades son las que van a elegir la unificación.

21. Resolución 201/2002 Apruébese el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 23.660. Bs. As., 9/4/2002

22. Modificación de la Resolución N° 201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley N° 23.660.

23. Se puede visualizar la lista en la página web www.sssalud.com.ar

24. En el año 1990, la ley 23.769 crea el Instituto Nacional de Previsión Social, cuya finalidad básica consistía en unificar la administración del Sistema Nacional de Previsión Social. Este organismo es disuelto por el Decreto 2284/91, y sustituido por la Administración Nacional de la Seguridad Social -ANSES-, de acuerdo al Decreto 2741/91

6.4 Financiamiento de las Obras Sociales

Las Obras Sociales se apoyan en el principio de solidaridad contributiva el cual permite una redistribución de los fondos recaudados, siendo los aportes proporcionales al nivel de ingreso de cada trabajador, esto indica que el financiamiento es en razón de la distribución de un porcentaje del sueldo del trabajador y no en función del riesgo de enfermar, por lo tanto se produce un subsidio de los que más tienen hacia lo que menos tienen.

Los trabajadores más jóvenes, sanos y de mayores ingresos contribuyen a financiar los servicios de salud de los más viejos, enfermos y/o de menores ingresos.

Las Obras Sociales se financian por el aporte de varios sectores que se detallan a continuación

- La Contribución del empleador (excluyendo del servicio doméstico), organismo previsional (ANSES) o A.R.T²⁵: 5 % sobre todas las remuneraciones o prestaciones que pagan, para la Obra Social de elección del trabajador, más un 2 % adicional con destino al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)

El empleador, A.R.T., organismo previsional o ANSES, están obligados al pago de su **contribución** y son agentes de retención y depósito del **aporte descontado de la remuneración** o prestación del trabajador, beneficiario de A.R.T., de prestaciones por desempleo, jubilado o pensionado.

- El trabajador dependiente: de forma obligatoria aporta 3 % de su remuneración (con límite máximo de remuneración computable -actual \$ 7.800-), para la Obra Social de su elección, más un 1 % (con mismo límite máximo) con destino al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

EL trabajador puede hacer aportes voluntarios de 1,5% por cada familiar no primario a cargo y destinar cuotas adicionales pactadas entre el trabajador y la obra social para una cobertura mayor de los servicios.

- El trabajador autónomo monotributista: si está incorporado al S.I.P.A²⁶ (Sistema Integral Previsional Argentino) aporta una suma fija de \$ 46, 70 y por cada integrante familiar primario un adicional voluntario de \$ 39. Lo abona junto con sus impuestos.
- El trabajador doméstico: Si acumula más de 6 horas semanales en el mismo lugar de trabajo o para un mismo empleador, aporta una suma fija de \$ 8, \$ 15 ó \$ 46,75, según la cantidad de horas semanales trabajadas, las sumas más chicas podrán completarse con aportes voluntarios hasta alcanzar los \$ 46,75, como condición para acceder a las prestaciones y una suma adicional por cada integrante de su grupo familiar primario que incorpore voluntariamente \$ 39.
- Los jubilados y pensionados y aquellos beneficiarios de contribuciones no contributivas aportan % 3 de su haber hasta el importe del haber previsional mínimo (hoy: \$ 770), y del 6 % sobre lo que excede de dicho monto. Este aporte es del 6% sobre todo el haber si el pasivo era trabajador autónomo.
- afiliados voluntarios a una Obra social el aporte es de acuerdo al plan elegido de cobertura.

Las obras sociales deben rescindir entre un 10 y un 20 % (según las remuneraciones y el tipo de beneficiario de la Obra Social) que se destina al Fondo de Redistribución Solidario, este fondo distribuye un %70 de lo recaudado entre las Obras Sociales de cotizaciones por debajo de un promedio general, a esta acción se la conoce como "Distribución por Ajuste de Riego", el % 30 remanente se destina a préstamos y subsidios a las Obras Sociales y a los Programas Especiales, que se distribuyen ante el requerimiento de las Obras Sociales, para ser utilizados en prácticas de mayores costos y bajo la obligación de rendición de cuentas.

Los agentes recaudadores de este sistema son las obras sociales en forma directa (aporte y contribuciones que le corresponden) y la AFIP²⁷ (un porcentual que se destina a la A.P.E, administración de programas especiales).

25. Aseguradora de Riesgos del Trabajo es un seguro obligatorio destinado a cubrir los accidentes laborales. Una manera de prevenir los mismos es la interacción de las Empresas con las Aseguradoras. La Ley N° 24.557 promulgada en 1996 establece que Las empresas en actividad que cuenten con personal en relación de dependencia, tiene la obligación de contratar el seguro de riesgos laborales en una A.R.T

26. Con fecha 9 de diciembre de 2008, entró en vigencia de la Ley 26.425 que crea el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) y elimina el régimen de capitalización individual (las AFJP). El Decreto 2099/08 reglamenta esta ley. Otras disposiciones importantes publicadas en el Boletín Oficial son el Decreto 2103/08, que modifica el Decreto 897/07 en relación al Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino y el Decreto 2104/08, que dispone que las personas quedan incluidas en el nuevo SIPA.

Artículo 1º.- Dispónese la unificación de Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones en un único Régimen Previsional Público [...] financiado a través de un sistema solidario de reparto.

27. La Administración Federal de Ingresos Públicos es el ente encargado de ejecutar las políticas impulsadas por el Poder Ejecutivo Nacional en materia tributaria, aduanera y de recaudación de los recursos de la seguridad social. Este organismo creado en el año 1997 (Decreto 618/1997) está integrado por la Dirección General de Aduanas (DGA), la Dirección General Impositiva (DGI) y la Dirección General de los Recursos de la Seguridad Social (DGRSS).

El destino de los aportes del trabajador y las contribuciones son las obras sociales que a su vez lo destinan (un % 80) a prestaciones de salud; y a través del Fondo de Distribución Solidario a las A.P.E para solventar las enfermedades de poca incidencia pero de alto impacto económico o largo tratamiento.

7. Medicina Privada

Como la historia lo muestra, los esfuerzos de acción y académicos referidos a salud se abocan casi con exclusividad al sector público y al de la seguridad social, es por eso el vacío conceptual que existe entorno de la medicina prepaga que es unos de las pirámides del sistema de salud.

La denominación deriva a que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su cuenta a pagar una cuota periódica y, por parte de la entidad médica, debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzca los riesgos o eventos asegurados.

En Argentina las entidades de medicina prepaga (EMP) representan un 9% de las personas con algún tipo de cobertura, este porcentaje personifica alrededor de 3 millones de afiliados repartidas en más de 260 empresas de medicina prepaga según las cámaras empresarias que nuclean a dichas entidades.

Es difícil obtener información confiable actualizada sobre la población cubierta por los seguros de salud privados. Según la información disponible del censo (incluyendo aquéllos que dijeron tener obra social y seguro privado) los afiliados a algún tipo de prepago privado llegarían a los seis millones de beneficiarios. Esta cifra, que parece excesiva, incluye seguros de diferente tipo y alcance (emergencias, consulta con médico clínico generalista, odontológicas, etc.), siendo una porción de la misma los cubiertos por planes globales.

Es un diverso universo donde algunas pocas instituciones sin fines de lucro conviven con colegios médicos, intermediarios de diferente tipo y un gran número de entidades que tienen como finalidad la búsqueda de ganancias y actúan al margen de instancias públicas de control y fiscalización.

En el cuadro a continuación se puede visualizar los datos de las tres cámaras más importantes que contienen a las entidades de medicina prepaga y la cantidad de afiliados que contienen cada una.

Las cámaras surgieron para tratar la inquietud de los empresarios y dirigentes del sector. Asumen la representación de sus entidades asociadas con el objeto de fomentar el perfeccionamiento de la legislación vigente, relacionada con la actividad del sector, así como prestar y orientar a entidades públicas y/o privadas en beneficio de la defensa de los intereses comunes y de la comunidad asistida.

CIMARA (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina) es la cámara más antigua en la representación de instituciones de medicina privada de la Argentina. Fundada en 1967.

ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Privada) se constituyó el 28 de mayo de 1981 y ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integrales) es la primera Cámara Argentina de Prestadores y Financiadores sin fines de lucro del sector de salud. Fue fundada en el año 1997.

| Cámara (año 2006) | Nº | Cantidad de afiliados (año 2003) |
|---|------------|----------------------------------|
| ADEMP | 39 | 1.185.000 |
| CIMARA | 24 | 1.050.000 |
| ACAMI | 24 | 700.000 |
| Sin afiliación o en cámaras de provincias | 175 | |
| TOTAL | 262 | 2.935.000 |

Fuente: ADEMP (2002). Diagnóstico del sector y propuestas. Mimeo

Principales entidades según cantidad de afiliados. República Argentina. Año 2006

| Entidades | Cantidad de afiliados |
|------------------|-----------------------|
| OSDE | 1.000.000 |
| Swiss Medical | 500.000 |
| Galeno | 500.000 |
| Medicus | 180.000 |
| Omint | 120.000 |
| Consolidar Salud | 100.000 |
| Total | 2.350.000 |

Fuente: Medicina Prepaga. Políticas Públicas y derecho a la salud .Agencia DyN abril 2006

7.1 Reseña histórica de la medicina prepaga

La afiliación voluntaria a seguros privados de salud en Argentina data de los comienzos del siglo XX. Dicha génesis puede situarse en las mutuales de base solidarias de las comunidades agrupadas por oficio, rama laboral o lugar de origen (inmigrantes).

Se financiaban estas mutuales por un sistema de abonos voluntarios que se destinaban a cubrir la atención médica, fúnebre y medicamentos.

Con el transcurrir del tiempo se fue modificando las sociedades, cambios profundos epidemiológicos, demográficos y tecnológicos que conllevaron dos guerras mundiales que generaron un aumento de la cobertura por la seguridad social por parte del Estado y la seguridad privada.

La necesidad de un grupo poblacional de abonar una cuota anticipada y periódica es el antecedente de lo que hoy se reconoce bajo el término de prepagas.

Los grupos profesionales tuvieron vital importancia en este inicio dado que advirtieron la necesidad de mantener sus pacientes ante el aumento de la cobertura pública o la seguridad social a la vez que se incrementaba los costos por la incorporación de tecnología que ponían en riesgo sus intereses. Al mismo tiempo los sanatorios privados organizan prepagas sanatoriales como por ejemplo el Centro Médico Pueyrredón (1955).

La medicina privada funcionaba como un sistema de internación en sanatorios de alto nivel por tiempo limitado y el acceso a consulta médica a valores accesibles, de esta forma mantenía la relación médico-paciente.

La década del 60 fue la pionera en cuanto al comienzo de las actividades de las entidades de medicina privada, la creación de AMSA (Asistencia Médica Social Argentina) que concibe un sistema cerrado en el que a través de una cartilla se ofrece profesionales que atienden en sus propios consultorios, estudios de diagnóstico y/o tratamientos en distintos institutos especializados o sanatorios en la proximidad del domicilio del afiliado.

La Capital Federal inició este sistema de salud junto con el conurbano bonaerense, al poco tiempo Rosario, Córdoba y Tucumán se acoplaron a este sistema privado de salud.

La creación de CEMES (centro médico del Sur) consolida un aseguramiento que rige en todo el país que se veía truncada por la oposición de los colegios médicos y las asociaciones de clínicas y sanatorios (éstas fijaban sus propios aranceles).

De esta forma se empieza a buscar regular un poco este avance de lo que la Federación Médica de Capital Federal llamó "medicina asistencial industrializada" pidiendo la intervención de Salud Pública y Asistencia Social. Esto dio origen a jornadas médico gremiales donde se solicitaba un reglamento del sistema de prepagos que lograra frenar el avasallamiento del ejercicio liberal de la profesión médica.

En 1966 se realiza en Tucumán el primer congreso Argentino de Prestaciones Médicas Privadas donde en consecuencia de dicha reunión distintas provincias intentaron regular a través de decretos y leyes a la medicina privada (corporaciones médicas y/o profesionales) que ejercían presión y se vinculaban cada vez más con las agencias estatales que las habilitaban.

El naciente sector de la medicina prepaga representaba virtualmente una amenaza para el gremialismo médico, que tenía disputas internas entre los agremiados profesionales (a favor del médico de consultorio que establece relación con el paciente, libre de la burocracia) y los no agremiados (se ocupaban de armar grupos médicos para incrementar sus intereses) por el control del mercado.

A medidas de los 60' se crea CIMAP (cámara de instituciones de Medicina Prepaga) que en los 70' se transforma en CIMARA con la inclusión de sanatorios, clínicas e institutos de diagnóstico y una estrecha relación con la secretaría de salud pública de la Nación con la cual se proyectó una ley para regular la medicina prepaga.

Las instituciones privadas se centraron en una estrategia administrativa que logre organizar la actividad empresarial con la finalidad de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

Durante la década del 70 se consolida la importancia de las Obras Sociales, CIMAP se decae a virar el sostén político gobernante.

En el 71' se sanciona la ley 18.610 donde en el artículo 4 se le otorga a las Obras Sociales utilizar la modalidad de prestaciones por convenio a prestadores no precisamente gremiales.

La misma ley 18.610 formaliza el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) que establece los aranceles y el control contable y médico de las Obras Sociales. Dichas medidas ponían en peligro, según el gremio médico, fuentes, modalidades y formas de trabajo.

En esta época se mantiene la difusión del sistema de obras sociales como estandarte de políticas de pleno empleo y el confortamiento de los gremios administradores de abundantes fondos resultantes de los aportes de trabajadores y empleadores.

Las entidades de medicina prepaga empezaron a trazar lazos con las obras sociales del personal de dirección (creadas en la década del 70) para acoplar el sector de población con poder adquisitivo, insatisfechos de los servicios prestados o no cubiertos por el sistema de obras social.

En la década del 80 la tendencia de las prepagas era ofrecer coberturas conjuntamente con las obras sociales a través de planes complementarios y así surgieron muchas empresas que brindaban servicio de ambulancia, emergencias a domicilio y traslado a centros de salud.

La creciente competencia y el ajustado mercado probable llevaron a las entidades a reducir costos con el objetivo de bajar los precios de cobertura y acceder de esta forma a un margen mayor de la población. Empieza entonces a integrarse con algún sanatorio u hospital de comunidad que ofrecen aseguramiento para expandir o mantener su público o bien integran centros médicos, laboratorios y sanatorios en sus propios establecimientos. A su vez la caída del nivel de los servicios en los hospitales públicos y Obras Sociales, las mayores exigencias de los afiliados, el sector financiero y su mayor capacidad de negociación hacia los prestadores por poseer el capital, hicieron que las prepagas fueran sumando nuevos servicios a los planes de cobertura, entre los que se encuentran los descuentos en medicamentos, los servicios de urgencias, la salud bucodental y mental.

La competencia entre las mismas entidades de medicina prepaga fue la que hizo que empiecen a ofrecer servicios como el incremento de prestadores en las cartillas, disminuyendo el tiempo de espera para acceder a los servicios así como las limitaciones y exclusiones de coberturas. Con el afán de distinguirse unas de otras las prepagas ofrecían hasta servicios de sepelio, acceso a clubes de deporte o asistencia legal.

Esta dinámica conllevó el aumento y actualización de equipos tecnológicos y capacidad operativa.

En 1981 se crea ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Prepaga) que reúne a las prepagas carentes de instalaciones propias y al poco tiempo nace CAPYMEP que es la Cámara de Pequeñas Y Medianas Empresas de Medicina Prepaga que agrupa un sector no representado en las anteriores agrupaciones.

El incremento en la cantidad de usuarios los colocó como la principal competencia para las obras sociales y los prepagos gremiales ya que se quedaban con el sector poblacional de mayores ingresos, además fueron cobrando mayor presencia pública (participaban mediante opinión difundida en todos los medios de comunicación en cuestiones de políticas públicas)

En los 90 se afronta un contexto distinto marcado por la crisis económico financiera lo que concluyó en una recaída en la asociación con prepagas ya sea por pérdida de empleo o por no poder mantener las cuotas al día, también el sector público se veía perjudicado por los individuos y/o familia que al perder su relación de dependencia se separan de las Obras Sociales.

En 1992 el plan de convertibilidad monetaria termina con la inflación e hizo ver al sector privado de salud una rentabilidad financiera amenazada, imponiendo a las prepagas a trabajar sobre los costos de la atención médica con el fin de obtener mayor rentabilidad.

La globalización y la desregulación económica también colaboraron en el impacto financiero de las prepagas haciéndolas ingresar a un proceso de transnacionalización de la economía.

El perfil de las prepagas cambió, incorporando filosofías netamente empresariales, con gerencias altamente capacitadas y apoyando las áreas financieras vinculadas con el comercio y el marketing.

Por aquella época diversos capitales internacionales adquirieron entidades del sector, así como también directamente ingresaron al mercado de la medicina prepaga, atraídos por las promesas de un mercado constituido a partir de la desregulación total de las Obras Sociales.

Ante esta nueva situación las prepagas Argentinas sufrieron la falta de visión en cuanto a elaborar alianzas estratégicas, fusiones o adquisiciones para poder afrontar este nuevo contexto de competitividad (Tafani 2001).

Terminado los años 90 la obligatoriedad del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio por parte del sector privado de salud (ley 24.754) no garantizaba los márgenes de ganancias por lo cual los capitales migraron hacia otros países que le reflejara una experiencia más alentadora.

Desde 1994 al 2003 las fusiones y adquisiciones concentraron el mercado en grandes grupos oligopólicos. (En 1998 el 41% de los afiliados los reunía las 10 empresas líderes de prepagas, para el 2004 el 63% se concentraban en las primeras 5 entidades líderes, fuente: Página 12 27/06/04 suplemento Cash).

La crisis del 2001 agudizó aún más los problemas financieros de las prepagas, aumentaba abruptamente el costo de las prestaciones, retraso de pagos a prestadores, reducción de afiliaciones.

Después de la crisis socioeconómica de 2001-2002, que elevó los niveles de cobertura de salud exclusivamente provista por el sector público, se revirtió gradualmente la tendencia y, a partir de 2005, se observa un aumento del porcentaje de personas cubiertas tanto por obras sociales como por prepagas en todo el país. **Las obras sociales ganaron terreno** de la mano del aumento del nivel de actividad económica y del empleo. Y las prepagas, como consecuencia del aumento de la actividad económica (Oscar Martínez, Clarín-iEco 24/01/08)

7.2 Prestaciones de las Entidades de Medicina Prepaga

La calidad médica que presta las entidades de medicina prepaga es semejante a las que obtienen de los mismos prestadores de las obras sociales, diferenciándose fundamentalmente por el confort y las comodidades brindadas.

Podemos diferenciar dos tipos de Entidades de medicina prepaga según el servicio que brindan

- *Integrales o globales*: Ofrecen planes con servicios de salud para todo tipo de problemas y/o patologías.
- *Especializadas*: Brindan servicios de una sola especialidad médica, tales como emergencias médicas, odontología, que por lo general están excluidas de las integrales.

Según el tipo de personería jurídica podemos encontrar a entes públicos no estatales (sistemas de adherentes de las obras sociales) o entidades privadas que pueden o no, perseguir fines de lucro.

Con objetivo de rentabilidad económica podemos encontrar:

- Sociedades comerciales anónimas o de cualquier naturaleza
- De resposabilidad limitada,
- Asociaciones y colegios profesionales, etc.

Sin fines de lucro se debe considerar:

- *Cooperativas*: Una Cooperativa es una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controladas
- *Mutuales*: Las Mutuales son entidades sin fines de lucro, prestadoras de servicios, sostenidas por el aporte de sus asociados, actuando con seriedad y eficiencia de empresas, donde un grupo de personas asociadas libremente, bajo una forma legal específica, se reúne para solucionar problemas comunes, teniendo por guía la solidaridad y por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros.

Tanto las mutuales como las cooperativas están reguladas por las leyes números 20.321 y 20.337 y están bajo la fiscalización del INAES²⁸ (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía social) por tratarse de entidades con fines solidarios en los cuales la reinversión de los excedentes son aprobados mediante el voto de los asociados. Los sectores que suelen poseer este servicio son los sectores con bajo poder adquisitivo que optan por recibir coberturas primeras a un bajo costo.

Los servicios de salud se brindan a través de planes basados en dos modalidades. La modalidad abierta permite la libre elección del profesional o centro de atención asegurando la cobertura a través de un sistema de reintegros monetario pagado por el usuario hasta un determinado tope. La modalidad cerrada se basa en la contratación de un limitado número de prestadores.

Existe una nómina donde el asociado puede elegir libremente al profesional o centro de atención, se conoce como "cartilla".

Las empresas de medicina prepaga carecen de regulación legal específica por lo que los contratos se rigen por las normas generales y la Ley de Defensa del Consumidor (Ley 24.240 de Defensa del Consumidor). Hay que tener presente, que cuando uno ingresa a un sistema de salud prepago, lo hace firmando un

28. Según datos del INAES durante el 2006 el número de entidades empadronadas son 8.184 de las cuales un %38 son mutuales (de ese %38 un %28 brindan servicios de salud) y un %62 cooperativas (de ese porcentaje el %3,9 brindan servicios de salud) y durante el período 1998-2006 han experimentado un crecimiento del %71.

contrato de adhesión. Esto significa que las cláusulas contractuales han sido preescritas por el servicio de medicina y lo único que tiene que hacer el contratante es adherir o no a ese contrato, pero no podrá discutir el contenido de las cláusulas que se encuentran preimpresas. Esta relación que se da entre el proveedor del servicio y el contratante, está prevista en la ley de defensa de los consumidores mencionada y el usuario. En los contratos se disponen diferentes planes de cobertura y a distintos precios (cada entidad establece su propio contrato de aseguramiento que define las condiciones de la cobertura, la cuota y los requisitos exigidos). Es muy importante tener en cuenta que el contrato opera como una especie de seguro de cobertura, es decir, se ofrecen los prestaciones con base en las cuotas que se van abonando regularmente y por adelantado ya que ante la falta de pago de las mismas opera una suspensión de los servicios y luego la conclusión del contrato (la falta de pago es la única causa justificada que tienen las prepagas para rescindir el contrato con el afiliado).

Dicha norma junto con su decreto reglamentario (Res 9/2004: protección del usuario ante las cláusulas abusivas), regulan expresamente a los contratos de adhesión y a las cláusulas que dentro de éstos deben considerarse como abusivas, favoreciendo por lo general al proveedor.

Desde el año 1997 y ante la entrada en vigencia de la Ley N° 24.754, las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo y en todos los diferentes planes que ofrezcan -básicamente- todas las prestaciones previstas en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96 Plan Médico Obligatorio (PMO), reemplazada en la actualidad por la Resolución 210/02 y 310/04 el Plan Médico Obligatorio de Emergencia y sus modificaciones.

En nuestro país a través de la sanción de la ley 23.661, se encuentra vigente el Sistema Nacional de Seguro de Salud, que como la misma norma lo expresa, tiene los alcances de un seguro social, para intentar que todos los habitantes de la Nación tengan pleno goce del derecho a la salud. A su vez, se pretende una protección igualitaria e integral, lo que significa que se quiere garantizar que toda la gente tenga la misma cobertura sin ser discriminados de ninguna forma.

Existen cientos de maniobras que utilizan las medicinas prepagas para que su comercio funcione sólo generando ganancias, muchas veces dejando de lado lo más importante, la salud humana.

Entre los abusos más importantes que se encuentran son los períodos de carencia ante algunos servicios como por ejemplo, la restricción de atención para mujeres embarazadas durante los primeros 9 o 10 meses de afiliación, intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes, la exclusión de prestaciones como la protección ante las patologías preexistentes o el aumento de la cuota para las mismas o para los afiliados mayores de edad.

Horacio Bersten, representante de Consolidar Salud (Prepaga) dijo "*La prepaga tiene derecho a hacer una revisión médica y puede admitir o no, o admitir pero con ciertas precisiones [en cuanto a cubrir la preexistencia]*" (29/04/2008 La Nación).

Hay muchas formas de violar los derechos del usuario reconocidos en el artículo 42 de la Constitución Nacional, afectando directamente el derecho a la salud, reconocido este último no sólo en el ámbito interno, sino también en el ámbito internacional por diversos tratados de los que nuestro país es parte y ha incorporado a nuestro ordenamiento jurídico interno.

Si el afiliado desea elegir un plan superior al PMO, con ciertos beneficios adicionales, existen los diferentes planes, con el consecuente aumento en la cuota; estos nuevos planes de medicina, en vez de ocuparse de la salud de sus afiliados como están obligadas por ley a cubrir determinadas prestaciones en forma gratuita, se ocupan de ofrecer servicios tales como descuentos en gimnasios, en algún Spa, comercios adheridos etc.

7.3 Financiación de la medicina prepaga

Las empresas de medicina prepaga, son entidades privadas, con fines de lucro. Y se han regido históricamente por las leyes del libre mercado en un marco de respeto por las leyes comerciales. No reciben subsidio alguno por parte de estado, y se financian a través de las cuotas periódicas que, voluntariamente, pagan sus asociados al renovar en forma continua su decisión de continuar adheridos a las mismas.

El gasto privado se divide en dos categorías básicas. La primera es el desembolso directo de las personas o las familias, que generalmente es imprevisto o no programado. El segundo es el pago de cuotas de seguros de salud de afiliación voluntaria. En términos generales tales cuotas son consideradas Primas, aunque en Argentina la modalidad que predomina se corresponde con la denominada medicina prepaga y no involucra reembolsos al paciente sino pagos a prestadores contratados (calificados profesionales, y en instituciones sanatoriales de primer nivel).

Las entidades de medicina prepaga se entienden como un sistema de ahorro y capitalización. El propio beneficiario debe acumular aportes para poder afrontar el suceso futuro. Difiere del sistema solidario

que abarca a las Obras Sociales (este sistema no contempla mayores aportes por edad, composición del grupo familiar, etc. Son, además, entidades sin fines de lucro, de carácter público, aunque no dependen del estado).

Si se piensa como un sistema de capitalización se debe tener en cuenta el margen de solvencia que permita dar tranquilidad de que en el momento en que se necesiten van a estar. Esta solidez económica-financiera que garantiza que están capacitadas para solventar el riesgo que están asegurando, es lo que muchas entidades de medicina prepaga no dan a conocer y por eso se resisten a que se las entienda con el concepto de “seguro” ya que deberían cumplir con los requisitos propios del campo del aseguramiento, y sí se comprendan como instituciones de servicios (Alderete, presidente de CIMARA, 1994).

La entidad de medicina prepaga se le abona mensualmente según el plan que ellas mismas generan. El cálculo de las cuotas se puede hacer considerando diferentes variables:

- a) cuotas similares para todos, admitiendo variaciones según el plan elegido y la composición de grupo familiar.
- b) cuotas por categoría de asociado, que incorporan el sexo y la edad, como factores de corrección.
- c) cuotas ajustadas según los antecedentes de salud y la utilización registrados durante un periodo determinado.

En nuestro país las cuotas se calculan con el sistema de categoría de socio: teniendo en cuenta: el plan elegido, la composición del grupo familiar y la edad de los asociados. (fuente: www.medprepaga.com.ar)

Como se detalló en el punto 6.2 de este trabajo, se observa la profundización de la asociación entre entidades de medicina prepaga y obras sociales, aun a expensas de la fallida desregulación de las obras sociales, lo que en realidad hace que no se considere a la medicina prepaga como un subsector con funcionamiento independiente de los restantes subsectores del sistema ya que por intermedio de las obras sociales obtienen, por ejemplo, los beneficios por el ANSSal y dado su crecimiento y expansión durante las últimas décadas así como a esta progresiva interrelación con el subsistema de la seguridad social se hace evidente la necesidad de una mirada pública sobre la cuestión. Los clientes le reclaman al Estado la protección de sus derechos en tanto consumidores y/o usuarios. El sector público debe destinar recursos que se destinarían en un principio a personas sin cobertura para atender patologías y daños a la salud de pacientes cubiertos por un seguro privado, en los casos frecuentes de negación de las prestaciones por parte de las entidades aseguradoras. El Poder Judicial debe resolver conflictos y acciones de amparo. Y pese a los esfuerzos realizados desde hace más de diez años por el Poder Legislativo Nacional la regulación de la medicina prepaga sigue siendo hoy una materia pendiente.

8. ¿Cómo atender a un paciente con cobertura de salud en la farmacia?

El farmacéutico debe agregar a su lista de prioridades de lo que debe comunicar al paciente, como la descripción de la terapia con medicamentos, de hacerle saber sobre la importancia de el cumplimiento de un tratamiento, de cómo administrar correctamente al medicamento, como conservarlo y observar los vencimientos, potenciales efectos adversos, interacciones droga-droga, droga-alimento, toxicidad, contraindicaciones, advertencias, las precauciones al prepararlos (Ej. jarabes), al descartarlos, uso apropiado de elementos especiales (Ej. vaporizadores, nebulizadores, atomizadores, “puff” de medicamentos para asma), a estimular los cambios en los hábitos de vida como medida no farmacológica cuando sea necesario, a todo esta gran lista de responsabilidades hay que agregarle lo referido a su sistema de salud.

Cuando contratamos un servicio de salud no estamos en igualdad de condiciones con quien ofrece ese servicio. No podemos discutir las condiciones del contrato y, muchas veces, ni siquiera sabemos exactamente lo que adquirimos. Así, por ejemplo, si adquirimos un plan de cobertura médica ¿acaso podemos saber acerca de su exacto alcance e, incluso, su condición de eficiencia e integralidad?

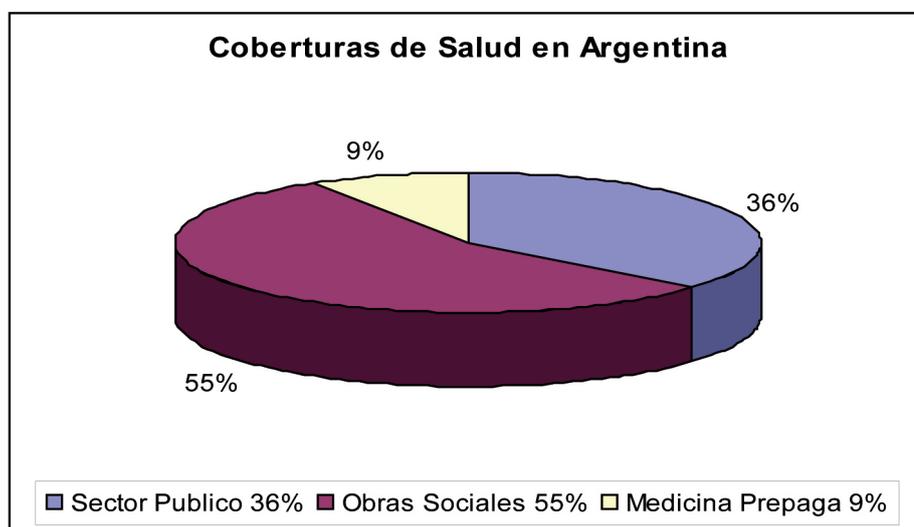
Estos puntos de inflexión son los que debemos tomar para establecer una relación más cercana, estrecha con el paciente, tratando de que se lleve la mejor y más actual información sobre su sistema de cobertura de salud en lo que compete al medicamento y a los servicios brindado por la farmacia, poder ofrecer al paciente-cliente unos instructivos para que facilite su paso por la farmacia, que pueda servirle para que disminuya los errores al momento de comprar y obtener un medicamento.

Se espera que las personas que ingresen a la farmacia puedan encontrar una solución que reduzca los inconvenientes que ocasiona la desinformación y el desconocimiento sobre los beneficios que nuestro seguro de salud debe cumplir.

Desde la existencia de los sistemas encargados de la salud de los argentinos, la farmacia tuvo que iniciar cambios profundos para lograr la mejor adaptación e inserción en este nuevo panorama.

Los objetivos a cumplir no dejan de ser los de siempre, impulsado por la ética y la moral, la mejor atención al paciente por sobre todas las cosas.

El 55% de la población posee una obra social y un 9% medicina prepaga, es decir que más de la mitad de los habitantes del país son afiliados de algún agente de salud, lo que significa que las probabilidades de que una persona adquiera un remedio en la farmacia con cobertura sean muy altas, por lo tanto, atender a los afiliados de dichas prestadoras de servicio de salud son un potencial importante de posibles nuevos pacientes-clientes.



Fuente: Encuesta permanente de Hogares (EPH) primer trimestre 2007.

Las personas a las que le destinan un porcentaje de su sueldo para tener un resguardo en lo que respecta a salud tanto como los que desembolsan de forma privada una cuota, por lo general muy alta, para tener una cobertura médica, al momento de adquirir un medicamento prescripto por el médico quiere que se le reconozca los descuentos que tienen sobre los remedios incluidos en los beneficios por ser parte de cualquiera que sea su cobertura, por ello hay que brindarles a dichos pacientes una atención profesional y darle toda la información útil con respecto a su obra social o prepaga para su uso en la farmacia.

Esta tarea es una responsabilidad más que debe asumir el profesional farmacéutico en la farmacia comunitaria ya que él se encuentra en contacto directo con el paciente y trata de resolver sus dudas e inquietudes, y que de esta forma se complementa junto a las demás obligaciones, en una completa atención farmacéutica.

8.1. Accionar del Farmacéutico

La función que cumple el farmacéutico en una farmacia ante la sociedad no deja de ser vital para la comunidad a pesar de que la gran mayoría de las farmacias paulatinamente dejaron de elaborar los medicamentos prescriptos por el médico, dado que las obras sociales no cubren preparados magistrales, por ello se dedican a dispensar los fármacos provistos por las industrias farmacéuticas que si poseen cobertura. De todas maneras la farmacia puede combinar ambos servicios, el preparado recetado por el médico y la dispensación de medicamentos con cobertura.

Hoy la farmacia establece un vínculo fuerte con el paciente, éste muchas veces pasa por la farmacia sin antes haber consultado con un doctor o especialista, debido a que los médicos, hospitales o clínicas que pertenecen a su cobertura están muy lejos de su hogar o porque le dan un turno para atenderse mucho tiempo después de la consulta, también puede existir o coexistir con todo esto, el entrecruzado burocrático que se debe hacer para conseguir una orden para luego ser atendido por un médico o para conseguir una receta para los medicamentos. Entonces el paciente opta por ingresar a la farmacia y consultar al farmacéutico, (que nunca debe diagnosticar ni dispensar medicamentos bajo receta, sin la misma) que le puede recomendar algún medicamento venta libre para aliviar los síntomas, siempre analizando todos los factores como por ejemplo la edad, si está utilizando algún otro medicamento, y toda la rutina necesaria para que el medicamento se administre responsablemente, sin embargo siempre se debe consultar con un médico, *“La responsabilidad del médico es intransferible. De esa manera estaríamos desnaturalizando la esencia de la relación médico paciente. Sería un parche”* (Jorge Yansenson, presidente del Comité de Bioética de la Asociación Médica Argentina-2009), este es un mero ejemplo de

lo que ocurre cotidianamente en una farmacia comercial, en este ejemplo solo se aconseja un remedio venta libre, donde la ley argentina define a este concepto como: "Corresponde la condición de Venta Libre a aquellos medicamentos destinados a aliviar dolencias que no exigen en la práctica de la intervención médica y que además, su uso en la forma, condiciones y dosis previstas, no entraña, por su amplio margen de seguridad, peligros para el consumidor"²⁹.

En el año 1990 la OMS (Organización Mundial de la Salud) adoptó como definición la Venta Libre u OTC (Over The Counter) a los "medicamentos cuya entrega y administración no requieren de la autorización de un facultativo. Pueden existir diferentes categorías para estos medicamentos, de acuerdo con la legislación de cada país. Asimismo, el lugar de estos productos puede estar limitado a las farmacias o puede darse en establecimientos comerciales".

El cuidado de la salud en general, y el buen uso del medicamento como parte de ese cuidado, son elementos esenciales para la atención de la salud de la comunidad, que se basa en el uso racional del medicamento y el farmacéutico debe orientar y comunicar sus saberes para que esto sea así, para concientizar al consumidor que la automedicación no es recomendable y que siempre está el profesional para ser consultado y de esta forma hacer un buen uso del medicamento.

Este problema aquí planteado pasa a menudo y ocurre debido a que los sistemas de salud tienen varios puntos débiles para con los pacientes, el sistema está colapsado, las demoras en los turnos para atenderse por un médico y para conseguir una receta, que además frecuentemente suele ocurrir que estas recetas están mal realizadas y el paciente no pueden obtener los descuentos que le corresponden, o también que el paciente no esté enterado de ciertos prestaciones y beneficios por desinformación de parte del agente de salud.

La mayoría de estos problemas pueden ser paliados por el farmacéutico, informándose y ofreciéndole al paciente-cliente, una atención farmacéutica orientada a los sistemas de salud.

Parece difícil pensar en algo así cuando existen alrededor de 300 obras sociales y de 260 entidades de medicina prepaga (fuente: ADEMP 2002) lo que haría realmente dificultoso brindar este servicio, pero una farmacia por lo general suele hacer un estudio del mercado y de esta forma ver cuales obras sociales o prepagas conviene atender y cuáles no, en consecuencia podemos observar por lo general en ciudades de mucha población que las grandes farmacias y cadenas de farmacia como así también las farmacias que están ubicadas en zonas centrales de venta (donde no es vital el tamaño) atienden desde aproximadamente 40 entidades del sistema de salud entre obras sociales y prepagas (dato de la cámara Argentina de Farmacias) debido al potencial caudal de personas que puede concurrir y una farmacia más chica por lo general entre 10 y 20. A su vez suele existir que los pacientes pertenecen al mismo tipo de cobertura, por ejemplo, hay más probabilidades que en un barrio donde habitan personas de clase media, media alta haya más afiliados a entidades de medicina prepaga que en un barrio más humilde, es decir que aunque se atiendan por ejemplo 15 obras sociales distintas, un gran porcentaje de las personas poseen la misma, esto genera que se haga más estrecho el campo laboral que puede generar realizar esta tarea y hacerla más amena para el profesional, que pueda pensar en llevarla a cabo tratando de lograr el propósito de esta idea, una buena atención farmacéutica.

Podemos aspirar de esta manera a lograr la captación del paciente-cliente para que vuelva a nuestra farmacia por la atención prestada y que aproveche todos los demás servicios que la farmacia puede dar.

Una verdadera atención farmacéutica además de su fin en sí mismo como lo es mejorar la calidad de vida del paciente-cliente, es una idea sumamente potable como estrategia comercial y para contar con un arma más ante la competencia que estos últimos años ha sido desleal ante la aparición de las grandes cadenas por lo general carentes de este servicio.

A modo de ejemplo sobre la atención farmacéutica con sistemas de salud vamos a utilizar una prepaga, OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios) y una obra social como PAMI para tener un panorama de dos sistemas de salud distintos.

Existen fuertes discrepancias entre los agentes de salud y las farmacias por el poco margen económico que deja un medicamento cubierto por algún tipo de cobertura y por el sistema de pago de las mismas.

Estos inconvenientes lamentables pero reales al fin, ponen en una situación compleja y poco agradable al farmacéutico que muchas veces opta por suspender la atención de las obras sociales o prepagas y que a su vez dicha decisión provoca una disminución notoria de las personas concurrentes afectando al ingreso económico que permite el funcionamiento de la farmacia.

Además el suspender el servicio de la atención de los agentes de salud puede llegar a causar que las farmacias que están en los barrios, pueblos, aquellas que son unas de las pocas o la única opción de la zona para los pacientes, provoque en dichos afiliados la imposibilidad de acceder a los beneficios de la prepaga u obra social en dicha farmacia, una lamentable consecuencia directa hacia las personas que poseen cobertura.

29. Disposición ANMAT N° 7625/1997 (con las modificaciones de la Disposición ANMAT N° 2843/2002)

Tiene que quedar en claro, que la ética y moral de un profesional de la salud vela por la integridad del paciente. Las cuestiones que aquí se abarcan son de carácter netamente de servicio y comercial entre los agentes de salud y las farmacias. Se hace un apartado de este tema en el anexo II.

En el momento de atender a un paciente-cliente que se acerca para adquirir medicamentos, posee una prescripción médica (receta), se entiende por receta médica como “el documento normalizado por medio del cual los [facultativos médicos](#) legalmente capacitados [prescriben](#) la [medicación](#) al paciente para su [dispensación](#) por parte de las [farmacias](#)”[□].

La receta es el documento necesario que necesita el farmacéutico por lo menos por dos motivos, el primero es que nos garantiza la legitimidad de que un doctor después de un chequeo u/o análisis clínicos y demás estudios realizados al paciente considera que es necesario se le administre una medicación, salvo excepciones (leches en planes materno infantil por ejemplo) para que tenga cobertura el medicamento no debe ser venta libre.

El segundo de los motivos es que los sistemas de salud necesitan de la receta que les garantice que su afiliado recibió la medicación y de esta manera poder hacer el reintegro de dinero a la farmacia.

Es fundamental que las recetas estén bien realizadas, de lo contrario la obra social o prepaga no hace el reintegro, que es un porcentaje acordado entre la farmacia y la prestadora de salud sobre el monto económico de la medicación, generando pérdida a la farmacia.

Las condiciones de contrato son por parte del agente de salud. La farmacia puede o no aceptar las condiciones para atender a sus afiliados.

Uno de los problemas más recurrentes que podemos encontrar en la farmacia es la formulación errónea de las recetas, lo que genera que no se pueda dispensar los remedios al paciente con el descuento produciendo una situación para nada agradable tanto para el afiliado como para el farmacéutico. (Este problema fue cuantificado por primera vez por el Colegio de Farmacéuticos de la Ciudad y la provincia de Buenos Aires: dos de cada diez prescripciones no son aceptadas, según el relevamiento realizado en capital y Provincia (clarín 19/10/2009) durante 2008 las recetas mal hechas son todavía más: una de cada tres). Este concepto de erróneo es relativo, dado que la prescripción médica puede estar bien realizada a nivel profesional, quiere decir, que cumple con los requerimientos legales, (ley 25.649, sancionada en 2002) pero no cumple los requerimientos de la obra social o prepaga, fundamental para el descuento al medicamento y el reintegro. Los problemas, en general, ocurren cuando el error de la receta representa un elemento que vuelve a la prescripción médica impresentable desde el punto de vista comercial. Es decir, cuando las farmacias saben que la receta no será reconocida por las empresas de salud.

Es una situación muy incómoda dado a que la medicación es necesaria para el enfermo, los descuentos son un derecho del afiliado y el farmacéutico generaría una pérdida económica significativa hoy en día con el precio en los que se encuentran los remedios.

Queda a criterio del profesional, de su ética y moral, considerar cuando es vital que no importe el interés económico ante la enfermedad, pero sólo es un riesgo que injustamente debe tomar el farmacéutico, dado que la pérdida en esta situación sólo se vería reflejada en la farmacia, ni la obra social o prepaga, ni el médico se hace responsable del gasto económico.

En este conflicto queda más alejado el médico dado que no posee una sanción por la receta mal prescripta por parte del agente de salud, es decir no sufre las consecuencias que genera en el paciente si paga el monto total del medicamento sin descuento y en la farmacia si se encuentra con un rechazo por parte del agente de salud y debe asumir el costo total del remedio.

Este problema es sumamente evitable si nos educamos tanto el paciente, el médico y el farmacéutico.

8.2. Propuesta para una Atención Farmacéutica

Cada agente de salud posee requisitos en lo que respecta a recetas que pueden ser distintos a otros agentes de salud, dado que el farmacéutico es el que está más informado sobre estos requerimientos debe explicarle al paciente como deben ser la recetas para que no tengan inconvenientes al momento de llegar a la farmacia y evitar malos momentos, porque pudo haber pasado que el paciente se encuentre con largas colas hasta ser atendido por el médico de su cobertura, y además el consultorio donde generaron la receta puede quedar lejos de la farmacia para que el médico la arregle. Esta y todas las situaciones injustamente incómodas que ya se mencionaron son las que provocan un stress en el afiliado y su entendible enojo.

La alternativa propuesta es de realizar desde la farmacia un folleto con los requerimientos básicos con los que debe contar la prescripción médica, entregársela al paciente-cliente para que tome conocimiento de cómo debe estar la receta, también el afiliado puede entregarle al médico este cuadro para que no se le pase por alto ningún detalle necesario al momento de formular la receta y ésta quede en perfecta condiciones de ser recibida por el farmacéutico, de esta forma la cadena médico-paciente-farmacia queda en armonía y el servicio se perfecciona disminuyendo los errores.

Estos folletos deben contar con una fecha de actualización, de esta forma tanto al paciente como al médico se le deja una constancia de que después de esa fecha cabe la posibilidad de que haya habido modificaciones con respecto a las prestaciones brindadas por el agente de salud. Cuando estos cambios se van sumando, sería lo correcto actualizar el folleto con las novedades y con la nueva fecha de actualización y entregárselo al paciente en la próxima visita a la farmacia o si existe una cartera de pacientes-clientes de consideración entregárselo a domicilio si se posee ese servicio.

Para prestar este servicio es de suma importancia contar con Internet, mucha información de parte de los organismos como ANMAT, Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, etc.; como así también los distintos agentes de salud utilizan este medio para brindar novedades e información.

El folleto debe ser claro y conciso, debe contener lo que puede llegar a ser de utilidad para el paciente en la farmacia, que antes de retirarse del médico con la receta pueda observar los puntos que el cuadro tiene como fundamental para que no sea rechazada luego en la farmacia. La gran mayoría de médicos u odontólogos atienden más de un agente de salud lo que es común que confundan el protocolo que pretende cada prestadora de salud en particular, por ese motivo lo pueden utilizar para prescribir de forma correcta y no olvidar los requisitos que el agente de salud quiere.

El formato del folleto queda a criterio de quien lo formule, hay que tener en cuenta a quien va dirigido, pudiendo ser más dinámico para aquellos planes de cobertura que son para jóvenes o más formal cuando se dirige a personas mayores, también se puede generalizar y hacer uno estándar, queda a criterio del farmacéutico, lo importante es que se entienda, que la información expresada en ese cuadro se pueda interpretar y comprender.

En el que se realizó en este trabajo se pone el nombre de la Farmacia con una frase propagandista, y la fecha de actualización en la primera columna.

Además en la primera columna se nombra la obra social o prepaga con sus datos como página de Internet y distintos teléfonos de utilidad, en la segunda columna los planes y coberturas que ofrece. En la tercer columna titulado "Requisitos para una correcta prescripción médica" ofrece todo lo referido a la receta, lo que ese agente de salud necesita para que sea aceptada en la farmacia y no tener inconvenientes al momento de adquirir los medicamentos, en ese mismo cuadro se aclara "revise su receta para que no sea rechazada, evite problemas en la farmacia" para que se entienda mejor el título principal.

En la cuarta columna titulada "¿Qué debo llevar a la farmacia?" Están los papeles, documentos, credenciales, y todo lo que sea necesario que debe llevar el paciente para presentar al farmacéutico con respecto a su agente de salud.

En la primer parte del dorso del folleto, se presenta una breve anotación de las prestaciones de los agentes de salud en general.

En la segunda parte del dorso del folleto se hace un apartado con un breve resumen sobre los pasos a seguir por el afiliado para conseguir los beneficios que les corresponden y se titula "A tener en cuenta... (Obtención de beneficios)"

8.2.1 Ejemplo: OSDE

En lo que respecta a farmacia, OSDE como cualquier prepaga u obra social debe ofrecer el descuento en medicamentos para pacientes crónicos (Res 310/04 y sus anexos), plan materno (ley 25.929), y la dispensación de anticonceptivos del programa de salud sexual y preconcepción responsable (ley 25.673) esta última siempre que pertenezca la farmacia a una de las seleccionada por la prepaga para dicho servicio.

El plan materno infantil: corresponde al descuento del 100% en medicamentos, productos de ortopedia, vacunas y la atención especializada indicado por el médico para la mujer desde el embarazo hasta los 30 días posteriores al parto (incluyendo el parto) y para el recién nacido hasta el primer año de vida.

Para el beneficio de este plan materno infantil hay que presentar el certificado de embarazo por el obstetra en algunas de las sucursales con las que cuenta OSDE donde rápidamente le otorgarán una credencial provisoria de papel con la sigla MI (materno infantil) hasta una definitiva de plástico con la sigla MI y su correspondiente fecha de vencimiento.

La cobertura del %100 es en los institutos y con los médicos de cartilla, de no ser así el reintegro es según el plan con el que cuenta el afiliado.

El recién nacido obtiene los beneficios del Plan materno infantil con la credencial de la madre hasta los 30 días de vida, tiempo que cuenta la madre para gestionar el documento de identidad, afiliarlo y que se gestione su credencial.

En el caso de que el afiliado de OSDE sea a través de una empresa debe tener en cuenta que para la licencia por maternidad debe entregarle al empleador el certificado de embarazo del obstetra y en el caso de que la empresa sólo abone los aportes por ley deberá por carta notificar a OSDE la licencia, de esta forma no se efectuarán retenciones a la empleada.

Para obtener el descuento de los **medicamentos para los pacientes con patologías crónicas prevalentes** el afiliado debe conseguir en los centros asistenciales o en Internet (www.osde.com.ar) el formulario que debe llenar el médico, poner su firma y sello, y una vez completo dicho formulario volver a entregarlo al centro asistencial donde a la brevedad le darán la credencial con la insignia de CX (crónico mixto) o papel provisorio.

Para los medicamentos que están dentro de **salud sexual y procreación responsable** el afiliado debe conseguir el formulario que debe ser llenado, firmado y sellado por el médico especialista y ser devuelto a las oficinas de la prepaga para que luego mediante la receta pueda concurrir a la farmacia, que la prepaga destina para este servicio, todos los meses o cada tres meses (puede llevar hasta tres cajas anticonceptivos por receta) para retirar la medicación al %100, es decir sin abonar. El trámite se hace una vez al año, sólo debe asistir a la farmacia con la receta del médico.

Es de importancia para el farmacéutico conocer los pasos que debe seguir el afiliado para que este pueda aprovechar estos beneficios en caso de que no se haya enterado tanto por el médico de la prepaga o por la misma prepaga que no aclara estos puntos.

A modo de ejemplo se presenta una de las posibles formas en la que puede realizarse el folleto explicativo.

Folleto de OSDE: (ver anexo III)

8.2.2 Ejemplo: PAMI

En el otro caso ponemos como ejemplo al INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) más conocido como PAMI.

Estas obras sociales por lo general son más burocráticas y engorrosas a la hora de atender en la farmacia, como lo dice su nombre está constituida por uno de los sectores de la sociedad de las más vulnerable en nuestro país.

Los afiliados de PAMI deben recibir, como todas las personas, una buena atención farmacéutica, y por lo tanto realizamos un folleto del estilo de las prepagas pero obviamente con la información necesaria para esta obra social, que al estar dirigidas a personas mayores (en este caso) sea más clara y precisa y explicarle detenidamente, en el caso que requiera, que pretendemos nosotros farmacéuticos con la entrega de este folleto, el propósito del mismo.

En el caso de este tipo de obra social si los afiliados llegan a la farmacia acompañados de familiares, enfermeros, gente que los cuida, sería bueno que ellos también tomen conocimiento de lo que contiene el folleto ya que volver al médico para la enmienda de la receta y demás problemas planteados anteriormente, que sufren la gran mayoría de las personas, es un verdadero dolor de cabeza, es decir en esta clase de pacientes un error cuesta el doble.

PAMI cuenta con una gran cantidad de afiliados (más de dos millones según la encuesta permanente de hogares para el año 2007) y desde el año 2005 La ex-directora ejecutiva del PAMI Graciela Ocaña dispuso un sistema de entrega gratuita de medicamentos por razones sociales, que hoy brinda a más de 400.000 afiliados la posibilidad de tener remedios sin costo alguno en todo el país.

La cobertura de medicamentos del PAMI en general oscila entre el 40 y el 80 por ciento, fuera del plan de patologías crónicas.

Estos descuentos benefician a los afiliados que consumen mensualmente casi 4 millones de cajas de remedios, y representará para ellos un ahorro de hasta el 33 por ciento (fuente:www.pami.org.ar)

La resolución 337/05 solicita la provisión de medicamentos sin costo alguno para el afiliado a PAMI que no tiene acceso al mismo por razones sociales, como ser recursos económicos insuficientes, tanto del afiliado como de los familiares legalmente obligados a prestar asistencia o por ausencia o inexistencia de éstos. Por esta vía PAMI después de efectuar dos evaluaciones, una médica y otra social, subsidia la adquisición de medicamentos asumiendo el porcentaje a cargo del afiliado, con relación al precio de venta al público, para aquellos medicamentos de cobertura inferior al 100%. Así, una vez efectuado el trámite el afiliado o su representante, con la autorización respectiva emitida por PAMI, podrá presentarse en la farmacia prestadora de su elección a retirar el medicamento prescripto por el médico de cabecera o especialista.

La única salvedad se da con medicamentos ambulatorios incluidos en el Listado Resolución 337 del Centro de Autorización de Medicamentos Oncológicos y Tratamientos Especiales (Camoyte), que por sus características y costos serán provistos vía operador logístico. El Camoyte solamente autorizará y proveerá productos oncológicos o tratamientos especiales y los ambulatorios incluidos en el Listado Resolución 337 Camoyte. El resto, para cualquiera de los planes contemplados por la resolución, la provisión recaerá en forma directa en la farmacia.

En lo que respecta a la farmacia para obtener el beneficio de la resolución 337/05 el afiliado debe presentar la siguiente documentación:

- 1.- Documento de identidad (DNI, LC, LE). Original y fotocopia de la primera y segunda hoja donde conste domicilio actualizado.
- 2.- Última Orden de Pago Previsional (OPP) o Comprobante de Pago Provisional (CPP). Original y fotocopia.
- 3.- Constancia de Afiliación. Se tramita en la misma dependencia y momento en que efectúa el trámite.

El médico tratante (debe ser perteneciente al sistema PAMI) debe llenar y hacer lo siguiente:

- 1.- "Receta PAMI" en la que conste fecha, el nombre de la droga, concentración, forma farmacéutica, dosis diaria y tiempo estimado de tratamiento con firma, sello aclaratorio de la firma del profesional y número de matrícula.
- 2.- Resumen de historia clínica.
- 3.- Estudio médico que avale la solicitud del medicamento a proveer (Ejemplo: análisis de perfil tiroideo para solicitar medicación para el hiper o hipotiroidismo).

Para el Informe social el afiliado deberá presentar:

- 1.- Contrato de alquiler o título de propiedad de la vivienda que habitan. Original y fotocopia.
- 2.- Documentación probatoria de ingresos de los familiares obligados legalmente a prestar asistencia, convivientes o no con el afiliado. Recibo de sueldos para empleados en relación de dependencia, Declaración Jurada de ingresos o certificación de ingresos por contador público en el caso de trabajadores autónomos.
- 3.- Comprobantes originales y fotocopias de gastos del afiliado y de los familiares obligados legalmente a prestar asistencia (luz, gas, teléfono, expensas, pago de alquiler o alojamiento, patentes, seguros, impuestos municipales, medicina prepaga, televisión por cable). (fuente: www.argentina.gov.ar)

En caso de requerir un medicamento que no se encuentre incluido en el Vademécum, la solicitud será considerada como vía de excepción³⁰.

Toda esta documentación debe presentarse en el área Prestaciones Médicas, de la dependencia administrativa de PAMI (Unidad de Gestión Local, Agencia o Corresponsalía) correspondiente a su domicilio, con la documentación completa, allí se efectuará la evaluación médica de la solicitud, si se aprueba ésta se pasa al análisis socioeconómico realizado por el sector de servicio social de PAMI. Con el informe social aprobado, se le comunica al afiliado para que pase a retirar la receta y la autorización para buscar en la farmacia prestadora los medicamentos.

Se deberá presentar una nueva receta en cada solicitud de provisión.

El folleto propuesto en el caso de PAMI sería: (ver Anexo IV)

8.3.Cuestionario

Con la idea de tener un punto de vista sobre la utilidad del folleto explicativo realicé una encuesta que fue respondida por 60 personas.

8.3.1 Resultado

Los resultados analizados se muestran a continuación.

| CUESTIONARIO PARA EL AFILIADO | SI | NO |
|---|-----|-----|
| 1¿Le han rechazado alguna vez en la farmacia la receta por estar mal realizada (falta de datos, falta de sello y firma del doctor, enmiendas no corregidas, etc)? | %70 | %30 |
| 2¿Por falta de algún tipo de documentación (credencial, DNI, etc) no le han dispensado los medicamentos de la receta en la farmacia? | %40 | %60 |
| 3¿Tiene conocimiento de todos los beneficios con que usted cuenta en la farmacia por ser poseedor de una obra social/prepaga? | %15 | %75 |
| 4¿Le gustaría que en la farmacia le informe de dichos beneficios? | %80 | %20 |

30. Solicitar la provisión sin costo alguno para el afiliado a PAMI de:- Medicamentos imprescindibles y/o que se encuentran excluidos de la cobertura por el actual convenio entre éste y la industria farmacéutica.

- Medicamentos no incluidos en el Vademécum previsto para los que se proveen sin cargo por razones sociales.

-Alimentación enteral (por sonda nasogástrica).

-Pedidos de leche entera en polvo, leches maternizadas y especiales.

- Fármacos no incluidos en el Vademécum de provisión de medicamentos sin cargo por trámite normal para los beneficiarios signatarios del Plan Materno Infantil.

| | | |
|--|-----|------|
| 5¿Cree que el farmacéutico tiene el deber de informar los beneficios? | %60 | %40 |
| 6¿El folleto brindado le puede ser de ayuda? | %80 | %20 |
| 7¿El precio de los remedios es el único motivo por el que volvería a una farmacia? | %10 | %90 |
| 8¿Volvería a la misma farmacia si recibe una buena atención profesional? | %90 | %10 |
| 9¿Recibió alguna vez un folleto de este estilo en una farmacia? | %0 | %100 |
| 10¿Reconoce el folleto como parte de una buena atención? | %95 | %5 |

El objetivo de la encuesta anónima es contrastarlo con la realidad, saber si cubre las expectativas del afiliado, si puede llegar a servir.

La encuesta fue dirigida a los empleados que son afiliados a OSDE de la empresa Nufarm S.A (Tornado 4890-CP 1430 Capital Federal) y a personas allegadas que tienen esta prepaga.

Para tener un punto de vista sobre PAMI (obra social) la encuesta fue respondida por enfermeros y pacientes afiliados, del geriátrico "El solar del sauce" ruta 8 KM 156 Capitán Sarmiento, Provincia de Buenos Aires.

9. Conclusión

La encuesta puede dar una proyección a futuro ya que si consideramos el resultado de la misma el folleto sería recibido como un buen servicio (pregunta de la encuesta número 10), a los afiliados le sería de utilidad (pregunta de la encuesta número 6) .

Las personas encuestadas prefieren ser bien atendidas a comprar solamente barato (pregunta de la encuesta número 8 y 7) y se reducirían errores evitables (pregunta de la encuesta número 1 y 2) como también se reducirían las personas que desconocen los beneficios de su servicio de salud (pregunta de la encuesta número 3) y confortaría a la gran mayoría el hecho de que esa información sea brindada desde la farmacia (pregunta de la encuesta número 4) aunque consideren más de la mitad de los encuestados que el farmacéutico no tiene el deber de brindar la información que si tendría que dar la misma prepaga u obra social (pregunta de la encuesta número 5)

El folleto resultó ser innovador (pregunta de la encuesta número 9) y puede llegar a ser una opción para mejorar la atención farmacéutica a los sistemas de salud.

Como se profundizó en todo este trabajo, la atención de los agentes de salud para la farmacia comunitaria es un ingreso importante de clientes-pacientes, considero entonces que hay que lograr con esfuerzo, originalidad y todo aquello que haga falta para poder brindar un buen servicio a los afiliados de los agentes de salud.

Existen otras ideas con respecto a las fallas de las recetas, como es la informatización de las prescripciones (La ley ya tiene media sanción de Diputados y ahora espera en el Senado 19/10/2009, clarín) pero que requiere un gasto importante el ponerlo en marcha ya que se necesitaría a todo el sistema trabajando al unísono como así también la comunicación por red de todas las farmacias con los centros de salud, médicos particulares, etc. Puede ser una gran idea, existe en otros países, pero en Argentina sería una apuesta a futuro.

En el caso de los pacientes crónicos existen dos resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, la 468 (2005) y la 94 (2006) que se refieren a ese punto, con la indicación de que el médico recetará el primer mes y el resto (los tres meses siguientes) lo seguirá haciendo el farmacéutico. Pero estas normas, en la práctica, nunca llegaron a cumplirse y confronta a las cámaras representantes de los farmacéuticos con la de los médicos.

Lo que planteo con este folleto es una solución más pronta y que involucre al paciente, al médico y al farmacéutico, además de poder mostrar ciertos beneficios que los agentes de salud otorgan y que sus afiliados no están enterados.

Considero que este servicio forma parte de una atención farmacéutica, si nos basamos en las definiciones mencionadas en este trabajo se centran en mejorar la calidad de vida del paciente mediante un seguimiento farmacológico, pues el paciente puede llegar a suspender un tratamiento o el consumo de una medicación ya sea por una receta mal prescrita que concluye en que el medicamento no puede llegar a manos del paciente o que el paciente no pueda pagar el medicamento al precio de descuento general que le realiza su agente de salud y no lo consume por no saber que para ese remedio en particular tendría un descuento adicional poniéndolo al alcance de su bolsillo.

Anexo I

Decreto N° 828/2006
Estado de la Norma: Vigente

DATOS DE PUBLICACIÓN

Fecha de Emisión: 06 de Julio de 2006
Boletín Oficial: 10 de Julio de 2006
Boletín AFIP N° 109, Agosto de 2006, página 1459

ASUNTO

LEY DE MINISTERIOS - Modifícase la Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto N° 438/92), sus modificatorios y complementarios, con el propósito de ampliar las competencias de la Jefatura de Gabinete de Ministros asignándole las relativas a la implementación de la política ambiental, la preservación y protección de los recursos naturales y el desarrollo sustentable. Adécuese la denominación del Ministerio de Salud y Ambiente. Vigencia.

Artículo 3:

Art. 3° - Sustitúyese el artículo 23 ter de la Ley de Ministerios (texto ordenado por Decreto N° 438 del 12 de marzo de 1992), sus modificatorios y complementarios, por el siguiente:

ARTICULO 23 ter.- Compete al MINISTERIO DE SALUD asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad y, en particular:

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia.
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL.
3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.
4. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.
5. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.
6. Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma.
7. Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.
8. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo.
9. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte.
10. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional.
11. Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos.
12. Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.
13. Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.
14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado.
15. Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.
16. Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.

17. Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
18. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
19. Intervenir en la normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION.
20. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial.
21. Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia o necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.
22. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.
23. Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.
24. Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.
25. Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.
26. Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.
27. Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.
28. Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.
29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.
30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA.
32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de los enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles.
34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario.
35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades.
36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.
37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.
38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.
39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.
40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga.
41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del PODER EJECUTIVO NACIONAL con competencia en la materia.

Anexo II

Problemas entre agentes de salud y Farmacias

Los inconvenientes que surgen entre las Farmacias (representadas por las distintas cámaras) y las prepagas o mandatarias³¹ ya son de público conocimiento.

Las Farmacias saben que es muy difícil solventar los gastos para el mantenimiento de la misma y que a la vez sea redituable el negocio sin la atención de los afiliados de los distintos agentes de salud.

Según las cámaras farmacéuticas como ASOFAR (Asociación Propietarios de Farmacias Argentinas) la Cámara Argentina de Farmacias (CAF) y el Colegio de Farmacéuticos de la Capital Federal (COF) los problemas que se encuentran son los siguientes:

- las empresas las obligan a realizar bonificaciones extra por la venta de medicamentos y que las dejan casi sin ganancia
- esas bonificaciones, más los incrementos de los alquileres y los aumentos salariales al personal provocaron un alarmante cierre de farmacias en los últimos tiempos
- fueron disminuyendo los descuentos realizados por las droguerías sobre los precios establecidos por la industria, algo que se agrava por la venta de medicamento por fuera de las farmacias.
- Las mandatarias, obras sociales y prepagas extienden demasiado los plazos de pago (cancelan sus deudas a 90, 120 y, a veces, 150 días) y a las droguerías se les abona a un plazo de 45 días
- Según los cálculos: un medicamento con valor de precio al público de 100 pesos, es vendido por la droguería a la farmacia con un 33 por ciento de bonificación. Si el remedio es comprado por un afiliado a una obra social o prepaga, la farmacia recibe la mitad del precio directamente del cliente y el otro 50 por ciento es cubierto por la entidad de salud. Pero en los hechos, la obra social o prepaga sólo termina haciéndose cargo del 25%, mientras que la diferencia debe ser absorbida por la propia farmacia

Consecuencias:

- según las distintas entidades que representan a las más de 11.000 farmacias que existen en el país, están financiando a todo el sistema porque le dan crédito a la mayoría de las prepagas y mandatarias, y esos créditos no son avalados. Entonces llega un momento en que se funden, quiebran y no se pagan. (Oscar Pozzi, vicepresidente de la Cámara Argentina de Farmacias)
- La Cámara Argentina de Farmacias asegura que el 50 por ciento del sector está a punto de quebrar.
- Suspender los descuentos de los medicamentos a las prepagas y obras sociales.

Según las mandatarias, obras sociales y prepagas sus reflexiones sobre el tema son los siguientes:

- Las mandatarias sostienen que no se puede generalizar, y las entidades de salud afirman que cumplen con los pagos fijados en los contratos.
- En la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP), aseguraron que a las intermediarias (mandatarias) se les paga todos los meses. (Pablo Giordano, presidente de la entidad)
- Según Farmasistem (una mandataria) algunas pagan recetas a 30 días y otras a 90, y eso depende de las prepagas u obra social, además aseguran que las farmacias no financian el sistema y, en todo caso, también sufren las consecuencias de obtener crédito caro, como toda Pyme (Enrique Braun (h.), vicepresidente de Farmasistem)

La idea de el sector farmacéutico es no llegar a la suspensión de la atención de los agentes de salud, ya que del 90 % de los medicamentos que se venden en las farmacias el 50% es a través de una prepaga u obra social, y es una medida que termina volviéndose en contra debido que para compensar la ausencia de clientes, los locales se vuelcan a hacer descuentos en el mostrador. Y los cercanos lo imitan para no perder clientes, descuentos de 20, 22 o 25 por ciento, los números no dan y se terminan fundiendo.

Según la CAF una solución puede ser que se administre a las mandatarias de forma similar a como se administra el PAMI y la existencia de documentos que acrediten la fecha de cancelación y monto del pago.

Fuente: <http://www.pagina12.com.ar>
<http://www.lanacion.com>
<http://www.26noticias.com.ar>

31. Se entiende como una mandataria a una empresa privada que se encarga los temas referidos que tienen los agentes de salud con las farmacias (liquidación, pagos, contratos)

Anexo III

Debido a los márgenes establecidos, el folleto con el ejemplo de OSDE (medicina Prepaga), se anexa por fuera del formato

Frete del folleto

| OSDE | Coberturas | Requisitos para una correcta prescripción médica revise su receta para que no sea rechazada, evite problemas en la farmacia | ¿Qué debo llevar a la farmacia? |
|---|--|--|--|
| internet www.osde.com.ar teléfono 0810-555-6733 atención lunes a viernes de 9 a 20 hs urgencias 0810-888-7788 riesgo de vida 0810-666-111 | Descuento General: 40% Crónico: CX 70% Plan materno: PMI 100% Planes: <ul style="list-style-type: none"> • 210 • 310 • 410 • 450 • 510 • Osde neo (18 a 25 años) • Plan Joven (26 a 35 años) | <ul style="list-style-type: none"> • Sello claro y obligatorio, donde figure nombre del médico, número y tipo de matrícula • La receta se debe escribir con un solo color de birome • Debe estar la firma del médico y la fecha en la que se realizó la receta • La receta posee una validez de 30 días corridos, sólo el médico puede extenderla • Se cuenta como día 1 de la receta el día en que se emitió, no se dispensa por adelantado • Salvar con sello y firma las enmiendas • Deben figurar: nombre y apellido del afiliado, n° de credencial, plan • Debe figurar la dosis, forma farmacéutica y cantidad de unidades del medicamento (en n° y letras) • Se prescribe por genérico o DCI (denominación común internacional), se puede sugerir marcas • 3 remedios distintos por receta • Se puede repetir sólo una vez cada remedio (2 cajas iguales) • El tamaño es según lo prescripto, si no se aclara se dispensa el más chico • No utiliza recetario oficial, se acepta recetas del propio médico • No cubre medicamentos SIN TROQUEL • Sin troquel sólo leches para el plan materno infantil, hasta 4kg en una sola receta • Acepta fotocopias de Psicotrópicos, no hace falta duplicado • Acepta prescripción pre-impresa pero la fecha y la firma deben ser de puño y letra, más sello • Tanto el PMI y el CX tienen un vademécum con los remedios que cubren no posee cobertura medicamentosa venta libre, preparados, con fines cosméticos, etc | <ul style="list-style-type: none"> • Receta en condiciones, respetando requisitos • Credencial vigente, tienen vencimiento • Si tiene descuento del 70%, la credencial debe tener las letras CX • Si tiene descuento del 100%, la credencial debe tener las letras MI • Documento que acredite que usted es el afiliado • Si la receta está a nombre de un familiar directo menor de 18 años y no posee su documentación puede mostrar la suya más DNI, cambian los últimos n° |
| Farmacia Alvarez Servicio y atención para la salud del paciente. Información actualizada a Septiembre 2009 | | | |

Dorso del folleto

| Prestaciones de las Prepagas (medicina privada) | A tener cuenta... (Obtención de Beneficios) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de una Prepaga se otorga una vez que la persona se hace afiliado (los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura) • La Ley N°24.754 dice que las empresas de medicina privada deben cubrir, como mínimo y en todos los diferentes planes que ofrezcan todas las prestaciones previstas en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social del Plan Médico Obligatorio (PMO) con sus actualizaciones y modificaciones <ul style="list-style-type: none"> • Los contratos de adhesión se rigen por las normas generales y la ley de defensa del consumidor (ley N° 24.240) debido a que no tiene una regulación legal específica • La Resolución 9/2004 protege al usuario ante las cláusulas abusivas como por ejemplo los periodos de carencia (restricción de atención a embarazados durante los primeros meses de afiliación, prótesis, implantes, intervenciones quirúrgicas, pacientes con enfermedades preexistentes, etc.) • Según el anexo II del PMO están obligados, los agentes de salud, de brindar como mínimo los siguientes beneficios con respecto a los medicamentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. 40% descuento en medicamentos de uso ambulatorio 2. 70% descuento en medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes 3. 100% descuento en medicación durante la internación 4. 100% Eritropoyetina (Insuficiencia renal), Dapsona (lepra) Piridostigmina (miastenia Gravis) 5. 100% medicamentos oncológicos y para su tratamiento (según protocolos aprobados por el agente de salud) 6. 100% Insulina 7. 100% anticonceptivos | <ul style="list-style-type: none"> • Se ofrecen prestaciones con base en las cuotas que se abonan regularmente. Si se desea un plan superior al PMO existen planes con el consecuente aumento de la cuota. • Si un trabajador desea una Prepaga, se debe afiliar a una Obra Social gerenciada por la prepaga de interés. Además del descuento, por ley, sobre el sueldo destinado a la Obra Social, se realiza un pago adicional (más barato debido a los beneficios impositivos que tienen las O.S.) • La falta de pago es la única causa justificada que tiene la Prepaga para rescindir el contrato con el afiliado <p>A tener cuenta... (Obtención de Beneficios)</p> <p>Plan Materno</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% descuentos en remedios • Presentar certificado de embarazo por el obstetra en oficinas de OSDE • Le otorgan papel provisorio hasta que le brinden una definitiva de plástico (ambas deben tener sigla MI) • Posee cobertura desde el embarazo hasta 30 días posterior al parto • El bebé tiene cobertura hasta el año de vida <p>Plan Crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% descuentos en remedios • Conseguir formulario para pacientes crónicos • El médico debe llenar el formulario, que verifica la existencia de patología crónica • Entregar formulario completo a una central de OSDE • Le harán entrega de credencial o papel con sigla CX <p>Anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir formulario "Salud sexual y procreación responsable" • Llenar por médico especialista • Entregar formulario completo a una central de OSDE • El trámite se realiza una vez por año • Retirar anticonceptivos con receta médica • Hasta 3 cajas de anticonceptivos por receta |

Anexo IV

Ídem anexo III para el folleto del ejemplo de PAMI (Obra Social)

Frente del folleto

| PAMI | Coberturas y Descuentos | Requisitos para una correcta prescripción médica revise su receta para que no sea rechazada, evite problemas en la farmacia | | ¿Qué debo llevar a la farmacia? |
|--|---|---|--|---|
| internet www.pami.org.ar teléfonos: 0800-222-7264 PAMI escucha: 138 Emergencias: 139 CAMOYTE (011) 4630-4459 | Según medicamentos 40% (mínimo) 50%, 60%, 70% 80% (crónicos) Res 337/05 100%, crónico y ambulatorio fuera o dentro del Vademécum con autorización o validación on-line CAMOYTE 100% según droga se entrega o no en farmacia PLANES • Subsidio Social o Discapacidad • Méd.c. HIV • Recurso Amparo • Via de excepción y trat. especiales | PAMI general (ambulatorio) → posee validación on-line de afiliados y medicamentos • Receta oficial, con todos los casilleros completos. • Sello claro y obligatorio, donde figure nombre del médico, número y tipo de matrícula. • Debe estar la firma del médico y la fecha en la que se realizó la receta. • La receta posee una validez de 30 días , el médico puede extenderla, prohibido nº romanos. • Se cuenta como día 1 de la receta no hay cambio, no se dispensa por adelantado. • El médico debe salvar con sello y firma las enfermedades. • Deben figurar: nombre y apellido del afiliado, nº afiliado, edad y diagnóstico. • Se prescribe por genérico o DCI (denominación internacional), si está solo la marca no hay cambio. • Se puede repetir una vez cada remedio si son envase chico, (2 iguales x receta), sólo uno grande. • Debe figurar la dosis, forma farmacéutica y cantidad de unidades del medicamento (en nº y letras). • No cubre medicamentos SIN TROQUEL • Duplicado en caso de psicotrópicos, con sello, fecha, firma del médico. • No posee cobertura medicamentos venta libre, preparados, con fines cosméticos, etc. | PAMI Res 337/05 → mismos requisitos generales que PAMI ambulatorio • Receta vencida posee 30 días más con autorización a partir de la fecha de autorización. • Las recetas deben estar acompañadas de su correspondiente Autorización de la Delegación. • Receta autorizada vía AMPARO, debe contar con la leyenda de AMPARO claramente (en rec + aut) • La Autorización debe guardar correspondencia con las características prescriptas en la receta. • Recetas que mezclen remedio con autorización con los que no la tienen, se prioriza el autorizado y se pide receta aparte para el medicamento no autorizado. • Fotocopia sólo si la receta mezcla remedios ambulatorios con los del CAMOYTE, el original p/CAMOYTE. • La UGL (Unidad de Gestión Local) pueden salvar las recetas con firma y sello del médico auditor. • La autorización vale por una sola receta. • Puede haber 2 autorizaciones para una sola receta. • La cantidad de productos o el tamaño de los mismos son los que establece la autorización (sin efecto norma operativa) • Via de excepción para medicamentos fuera de vademécum. | PAMI AMBULATORIO • Recetario oficial completo y respetando los requisitos • Validación del afiliado: on-line. (llevar boleta de cobro de haber) • Boleta de cobro de haber con leyenda "PAMI vigencia 90 días" u Orden de Pago Previsional (OPP) en caso de falla on-line • Documentos de identidad PAMI RES 337/05 • Los mismos requisitos que PAMI ambulatorio • Recibo de Fondo Fiduciario (de color blanco-UGL) o cupón amarillo (ambos están por triplicado) • Debe coincidir el nº de receta y los medicamentos autorizados con los prescriptos |
| Farmacia Alvarez Servicio y atención para la salud del paciente. Información actualizada a Septiembre 2009 | | | | |

Dorso del folleto

| Prestaciones de Obras Sociales | A tener cuenta... (Obtención de Beneficios) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> El servicio brindado por las Obras Sociales se otorga mientras el trabajador esté en blanco Si el trabajador tiene una antigüedad mayor a 3 meses y se acaba la relación laboral, la prestación se mantiene por 3 meses sin abonar aporte alguno. Se puede cambiar de Obra Social una vez al año en cualquier periodo. En el registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentran las Obras Sociales que desean recibir a los de PAMI La admisión por la Obra Social elegida no debe tener en cuenta el estado de salud física y mental ni la edad del futuro afiliado. La gestión para el cambio la debe realizar el titular en el ANSESO o en las sedes de la Obra Social elegida. El trámite es gratuito. Se llena un formulario de opción de cambio y se presenta el último recibo de sueldo. La Obra Social le entrega la copia de color amarillo (opción de cambio) | <ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones mínimas que deben brindar las Obras Sociales están estipuladas en la ley bajo el Programa Médico Obligatorio (PMO) y sus resoluciones y modificaciones Según el anexo II del PMO las Obras Sociales están obligados a brindar como mínimo los siguientes beneficios con respecto a los medicamentos: <ol style="list-style-type: none"> 40% descuento en medicamentos de uso ambulatorio 70% descuento en medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes 100% descuento en medicación durante la internación 100% Eritropoyetina (Insuficiencia renal), Dapsona (lepra) Piridostigmina (miastenia Gravis) 100% medicamentos oncológicos y para su tratamiento (según protocolos aprobados por el agente de salud) 100% Insulinas 100 % Anticonceptivos |
| | <p>Resolución 337/05 (%100 descuento en remedios) Vademécum incluye aprox. 400 medicamentos.</p> <p>Qué documentación se debe presentar (Requisitos) Documentación a presentar por el afiliado: 1. DNI, LC, LE. Original y fotocopia (1ª y 2ª hoja). 2. Ultima (OPP) o (CPP). Original y fotocopia. 3. Constancia de Afiliación. Se tramita en la misma dependencia y al momento en que efectúa el trámite. Documentación a completar por el médico tratante (de PAMI) 1. "Receta PAMI", completa y con tiempo estimado de tratamiento. 2. Resumen de historia clínica. 3. Estudio médico que avale la solicitud del medicamento. Para el Informe social deberá presentar: 1. Contrato de alquiler o título de propiedad de la vivienda que habitan (original y fotocopia) 2. Documentación probatoria de ingresos 3. Comprobantes originales y fotocopias de gastos del afiliado y de los familiares Cómo se hace (llevar documentación completa) 1. En área Prestaciones Médicas de UGL, agencia, etc., se hace la evaluación médica. 2. Evaluación socioeconómica por servicio social PAMI. 3. Retirar la receta y comprobante de autorización para la farmacia.</p> |

Bibliografía

Libros consultados

Belmartino Susana, "La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos." Editorial Siglo XXI, 2005

Beneyto Damián, Herrero Víctor M y Prados de Solís José Miguel. "2000 Soluciones de Seguridad Social". Editorial Ciss-2007 pag.336

Caro Javier, Fernando Abellán "Atención farmacéutica y responsabilidad profesional" (Tapa Blanda), editorial Sanchez Comares 2004

Castro Beatriz, Casal Ana, la Lellis Martín, "Medicina prepaga, políticas públicas y derecho a la salud", Editorial Proa XXI, 2007

Cotillo Zegarra Pedro A., "Atención Farmacéutica: bases farmacológicas" Editorial UNMSM 2004

Frías Osuna Antonio, "Salud Pública y Educación para la Salud", Ediciones Masson 2000

Hepler CD, Strand LM. "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care". Am J Pharm Assoc 1990; 53 (winter suppl.):75-155

Menenses Rodríguez Luis.A. "Salud pública y políticas nacionales de salud, antología", 2da impresión de la 1ª ed-San José C.R, editorial EUNED 1999

Peretta, Marcelo Daniel, "Reingeniería Farmacéutica. Principios y protocolos de atención al paciente", Editorial Médica Panamericana S.A. 2a edición (2005)

Peretta, Marcelo Daniel, "atención farmacéutica para pacientes hipertensos", editorial Eudeba 1999

Rubio Gálvez, José, "Manual de la nueva farmacia", editorial Díaz de Santos 1998

TAFANI ROBERTO "Economía Sanitaria". UNRC 2000 Argentina

Tobar, F y colaboradores. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Ediciones Isalud N° 5. Buenos Aires. 2002.

Trabajos consultados

Cetrángolo Oscar, Devoto Florencia, Organización de la Salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual, realizado para ser presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Destéfano Roberto Dr, González Escudero Alejandro Dr, "Que hacer con la desregulación de las Obras Sociales", nota publicada en el BAE 23/02/2001

Revista Medicamentos y Salud, grupo argentino para el uso racional del medicamento, vol 4 N°1,2 y 3 pág.28-33,2001

Turbina Paola -"El acceso a la medicina prepaga en la Argentina y el Mercosur. Perspectiva del Derecho Privado de ante las exigencias sociales y económicas del nuevo milenio", Tesis Doctoral, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2007

Páginas consultadas

www.atencion-farmaceutica.com

http://es.wikipedia.org/wiki/Atención_farmacéutica

<http://www.msc.es>

<http://www.pharmaceutical-care.org> – España

<http://www.femeba.org.ar>

<http://www.indec.mecon.gov.ar>

<http://www.paho.org>

<http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar>

www.sepadefenderse.com.ar

<http://www.federicotobar.com.ar>

http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_pública

<http://www.msal.gov.ar>

<http://www.who.int>

<http://www.iecs.org.ar>

<http://www.anses.gov.ar>

<http://www.obras-sociales.com>

<http://www.servicios.ieco.com.ar>

<http://www.pami.org.ar>

www.safjp.gov.ar

<http://www.afip.gob.ar>

www.cimara.com.ar

www.ademp.com.ar

www.acami.org.ar

<http://www.scielosp.org>

<http://www.inaes.gob.ar/es/>

www.argentina.gov.ar

www.osde.com.ar

<http://www.ama-med.org.ar>

<http://www.capemvel.org.ar>

<http://www.econ.uba.ar>

<http://www.sssalud.gov.ar>

<http://www.periodismosocial.org.ar>

<http://www.sgp.gov.ar>

<http://www.cofybcf.org.ar>

<http://www.facaf.org.ar>

<http://www1.hcdn.gov.ar>

<http://www.cobermed.com>

<http://www.isalud.org>

