

## **CAPÍTULO SEGUNDO**

“Me gustaría que el Sistema Sanitario Argentino contuviera la relación social de los canadienses, la conciencia comunitaria de los alemanes y la vocación solidaria de los cubanos”...  
(Ginés González García. 15.03.02)

### **Mesas de Enlace**

Una vez acordados y refrendados los puntos centrales en el Acta Acuerdo, y según las demandas producidas durante el debate de los mismos, se decidió crear cuatro mesas de trabajo en el ámbito del Ministerio de Salud a las que se las denominó Mesas de Enlace.

Los temas elegidos fueron:

- A. Prestadores y Financiadores.
- B. Medicamentos, insumos y tecnología
- C. Recursos Humanos
- D. Financiamiento y gasto en Salud

Las Mesas fueron coordinadas por funcionarios del Ministerio de Salud y participaron de ellas representantes de todas las entidades participantes en la primera etapa de la Mesa del Diálogo. Además se convocaron a otras cuya participación se consideró indispensable para la elaboración de determinados instrumentos.

La metodología fue similar para todas ellas. La primera reunión, cada representante expuso en un tiempo previamente determinado, su diagnóstico de situación.

Finalizadas las ponencias, los coordinadores de las mesas, solicitaron a los presentes redactar para el próximo encuentro un listado de cuatro o cinco aspectos a ser resueltos en el corto y mediano plazo.

En el siguiente encuentro, se debatieron y seleccionaron un máximo de cuatro instrumentos a ser diseñados o reformulados por todos los integrantes en el transcurso de un plazo no superior a los sesenta(60) días.

Todos los objetivos planteados se fueron cumpliendo en tiempo y forma. La Mesa de Enlace sobre Recursos Humanos por las características de la temática a tratar, permanece trabajando con la novedosa incorporación de autoridades del Ministerio de Educación, cuya presencia se consideró imprescindible.

Cumplidos los objetivos iniciales, se considera que esta mecánica de trabajo, debe dar paso a otra modalidad que contemple la permanencia de las instituciones en el ámbito oficial a través de un grupo representativo y ejecutivo a efectos de acompañar el período decretado de emergencia sanitaria y poder efectuar de manera conjunta el adecuado monitoreo que la misma merece.

Finalmente, debe rescatarse la enorme voluntad manifestada por todos los participantes, y los innumerables aportes realizados por los mismos.

Esta actitud renueva nuestras esperanzas de que una argentina mejor es posible y está al alcance de nuestras manos .

## **Logros de la Mesa de Diálogo del Sector Salud**

### **1) MENU PRESTACIONAL**

- Acta Compromiso

### **2) PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO**

#### Criterios del Nuevo Menú Prestacional:

- Mantener el espíritu Solidario del Sistema
- Asegurar un conjunto de prestaciones de cumplimiento efectivo por los agentes del seguro de salud
- Priorizar políticas de prevención de la enfermedad por sobre acciones curativas
- Priorizar los grupos de riesgo (niños en edad escolar, embarazadas, mayores de 65, leyes especiales, HIV, discapacitados, diabetes, etc.)
- Asegurar el listado de medicamentos con principios activos de efectividad clínica comprobada, más costo-efectivos, distribuidos en bandas terapéuticas
- Asegurar la provisión de tecnología adecuada acorde a los criterios de la medicina basada en la evidencia
- El PMO como instrumento de políticas de cobertura, sin inmiscuirse en aspectos de gestión.

### **3) MEDICAMENTOS**

- Listado de Medicamentos esenciales de cumplimiento obligatorio
- Basados en doscientos seis principios activos, tomados del listado de drogas esenciales de OMS y formulario COMRA
- Listado de precios de referencia

### **4) ACUERDO SOBRE EXCENCIÓN ARANCELARIA A LAS IMPORTACIONES DE INSUMOS CRÍTICOS PARA EL SECTOR SALUD**

- Acta Acuerdo presentada a las Autoridades
- Decreto de Exención Arancelaria
- Listado de Insumos Críticos (piezas y partes, medicamentos terminados, reactivos e insumos)

### **5) MEDICINA PREPAGA**

- Proyecto de Ley para regular las entidades del sector.

## **6) RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA**

- Proyecto de Ley sobre Mala Praxis

## **7) RESIDUOS PATOGENICOS**

- Reglamentación Vigente
- Criterios Internacionales

## **8) NORMALIZACIÓN DE CRITERIOS DE REESTERILIZACIÓN Y REUTILIZACIÓN DE MARCAPASOS**

## **9) RECURSOS HUMANOS**

- Acta Acuerdo: Formación de Grado de los Recursos Humanos de Salud
- Acta Acuerdo: Formación de Postgrado de los Recursos Humanos de Salud

## **10) HIV**

- Guías de Tratamiento

## **11) IMPLANTES COCLEARES**

- Normatización

## **12) DÓLAR - SALUD**

- Acta Acuerdo para peticionar un dólar diferencial en Salud

## 1) MENÚ PRESTACIONAL

- **Acta de compromiso firmada el día 15 de marzo por los integrantes de la mesa del Diálogo Argentino de Salud. Menú Prestacional.**

Dialogo Argentino  
Mesa Sectorial de Salud  
Programa Médico Obligatorio

Con el objetivo de alcanzar una serie de coincidencias con relación a la reformulación del Programa Médico Obligatorio que deberá ser modificado a partir de la declaración de la Emergencia Sanitaria acorde a lo indicado en el Decreto 486/2002 del Ministerio de Salud, en su artículo 18, en el cual se faculta a la SSSalud a definir las prestaciones básicas esenciales, que son aquellas necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, mientras subsista la situación de emergencia.

Para ello los firmantes del presente acta de acuerdo se comprometen a asegurar en sus planes de atención de la salud:

Un modelo prestacional basado en la estrategia de la atención primaria de la salud, asegurando una atención continua, integral, integrada, accesible y la utilización racional de la tecnología sanitaria, ya sea diagnóstica o terapéutica, definiendo estas últimas coberturas sobre la base de los principios de la Medicina Basada en la Evidencia. Privilegiando las acciones preventivas por sobre las curativas.

Asegurar el acceso de los beneficiarios a consultas de las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria pertinente.

Asegurar la atención de consultas de emergencia en domicilio, y consultas domiciliarias para mayores de 65 años que no puedan movilizarse, a consideración de la auditoría de los Agentes del Seguro de Salud.

Dar cobertura en internación al 100%, en patologías médicas y quirúrgicas, para el beneficiario sin ningún tipo de coseguros.

Dar cobertura en internación al 100% para el beneficiario, sin ningún tipo de coseguros.

Mantener los programas de prevención que fije la autoridad de competencia, y aquellos adecuados a características regionales y/o de la rama de producción a la que pertenezcan los beneficiarios, incorporando además dentro de la Seguridad Social al Programa de Vigilancia Epidemiológica que actualmente tiene ámbito en el subsector público.

Asegurar los programas de prevención en salud mental, mantener los niveles actuales de cobertura y precisando que la cobertura en consultas queda asegurada a 30 consultas por año calendario, no pudiendo exceder las mismas a 4 consultas mensuales.

Odontología: asegurar la provisión de las prácticas y consultas establecidas pero priorizando a grupos como embarazadas, menores de 15 años y mayores de 65 años. Haciendo énfasis en la prevención y delimitando un tope de coseguros para estos grupos de hasta \$4 y para los restantes grupos un coseguro de hasta \$7. Quedando la provisión de prótesis y ortodoncia aseguradas según las posibilidades financieras de los Agentes del Seguro de Salud por el tiempo que dure la emergencia.

Mantener las actuales coberturas para pacientes dializados.

Asegurar la provisión de ópticas y otoamplifonos al 100% en beneficiarios hasta los 15 años a fin de asegurar la mayor oportunidad de alcanzar logros en los aspectos educativos.

Asegurar un catálogo de prestaciones en donde figuren exclusivamente aquellas prácticas y procedimientos avalados sobre la base de la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia. Fijando para las prácticas de alta complejidad las indicaciones correspondientes y eliminando aquellas que no han demostrado tener efectividad clínica comprobada o bien ser perjudiciales para la salud.

Medicamentos: asegurar la provisión a los beneficiarios del sistema de un conjunto de medicamentos esenciales, creando un formulario terapéutico que de cuenta de no menos del 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria, agrupados éstos en bandas terapéuticas en la cual habrá drogas de segunda elección, normatizadas, para casos especiales. Posibilidad de sustitución y fijación de precios de referencia. La cobertura será del 40% del precio de referencia que la autoridad de competencia fije. Este formulario está referido a principios activos que no se encuentran normatizadas por leyes especiales, en cuyo caso rigen las coberturas correspondientes.

En el caso de prótesis y ortesis se reafirma que las indicaciones se efectúan exclusivamente por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos. La obligación de los Agentes del Seguro se extingue con la oferta de prótesis de origen nacional.

Coseguros: fijar una política de valores de referencia máximos, especificando la falta de obligatoriedad del cobro de coseguro, y quedando el pago del mismo en el lugar que especifique la Obra Social. A su vez se unifica el monto de los coseguros de prácticas en alta y baja complejidad a fin de asegurar el criterio de equidad y solidaridad que rige al sistema.

Asegurar un mecanismo de actualización y revisión permanente de la tecnología a incorporar acorde a los principios de la Medicina Basada en la Evidencia, el consenso de las Sociedades Científicas y sin perder de vista el criterio de costo-efectividad que permita optimizar los escasos recursos hoy existentes.

Conformación de un Comité de seguimiento y actualización permanente del PMO, y que a su vez defina una propuesta para un PMO definitivo para el 31 de Diciembre de 2002.

Recomponer en forma inmediata los mecanismos de fiscalización, supervisión y control que la SSSalud tiene sobre los Agentes del Seguro de Salud, así como sobre los prestadores inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores a fin de asegurar el fiel cumplimiento de ésta normativa, y en caso contrario proceder a aplicar las medidas punitivas que correspondieren.

Buenos Aires, 15 de Marzo de 2002.

## 2) PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

- **Revisión del Menú Prestacional Obligatorio vigente para la Seguridad Social y las Entidades de Medicina Prepaga.**
- **Confección de un nuevo Menú Prestacional Obligatorio para la Seguridad Social y las Entidades de Medicina Prepaga según criterios de Medicina Basado en la Evidencia.**

Contexto Global que da lugar a la necesidad de modificar el Menú Prestacional para la Seguridad Social y las Entidades de Medicina Prepaga.

En el marco de la convocatoria al Diálogo se trabajó sobre la confección de un nuevo menú prestacional acorde a la situación de crisis que atraviesa a los distintos subsectores, y afecta no sólo a los sectores proveedores y financiadores de servicios, sino, y sobre todo a la población beneficiaria, a quién todos los sectores acordaron en **privilegiar una adecuada provisión de servicios prestacionales mínimos garantizados**, que les permita mantener, bajo el contexto general que atraviesan estándares mínimos de salud. Para ello, y en función de éstos lineamientos se definió **privilegiar a los derecho-habientes con mayor grado de vulnerabilidad a los efectos de la crisis: las embarazadas, los niños hasta los 15 años, los mayores de 65 años, y todos aquellos otros subgrupos beneficiados por leyes especiales (discapacitados, HIV positivos, diabéticos, etc.)**

El alcance de dichas modificaciones alcanza a las Obras Sociales Sindicales, las Obras Sociales del Personal de Dirección, y a partir de la Ley 24.754 a las Empresas de Medicina Prepaga.

La necesidad de confección de un nuevo menú prestacional se basó, no sólo en la grave crisis económico-financiera que vive nuestro país, sino también en defectos de origen que la Resolución 939/2000 padecía, y que hizo que ya en el mes de Octubre del año 2001:

Un 10,24% de las OS soportaron o soportaban un corte de servicios prestacionales en el último semestre.

En un 23% de las OS aparecía como hipótesis cierta el corte de servicios por elevada deuda prestacional.

En un 15% de las OS existía una falta total o parcial de cobertura según el alcance de los contratos vigentes.

En un 61% de las OS no cumplía con el Programa Médico Obligatorio.

En un 90% de las OS se comprobó la inexistencia de implementación de los programas de prevención que dicha Resolución exigía.

Esta situación se vio agravada a partir de Diciembre de 2001 a partir de lo cual la ruptura en la cadena de pagos, la falta de insumos, la imposibilidad de acceder a insumos de origen importado, el corte generalizado de servicios, esto último reflejado en indicadores tales como que las consultas /beneficiario/año (CBA) que eran de 2,77 hasta Septiembre de 2001 cayera a niveles de 1,49 CBA en el último trimestre del año pasado, y estimado en 0,49 para el mes de Enero de 2002. Datos que dan una idea de que al inicio del Diálogo Social ninguno de los Agentes del Seguro de Salud se encontraba en condiciones de cumplimentar dicha Resolución.

Confección de un nuevo Menú prestacional

Atento a lo referido ut supra se trabajó en la elaboración de acuerdos de un nuevo menú prestacional que se base en criterios explícitos tales como:

- Mantener el espíritu solidario del sistema.
- Asegurar un Conjunto Mínimo de Prestaciones (CMP) que sean factibles de ser efectivamente cumplimentados por los Agentes del Seguro de Salud, a partir de un cálculo actuarial previo que permita asegurar la provisión de servicios en el contexto de una marcada disminución de los

ingresos por aportes y contribuciones al sistema de Seguridad Social, que llego en algunos Agentes del Seguro de Salud a una disminución de hasta un 50% en su recaudación.

Dicho CMP debe contemplar asegurar la cobertura de aquellos problemas de salud con mayor magnitud (cobertura de las patologías de mayor ocurrencia), impacto (dar respuesta a aquellas donde realmente se originen cambios en los resultados a partir de los recursos que se invierten, y que tengan una base científicamente fundada alejada de las presiones de los proveedores de tecnología sanitaria y grupos de interés que actúen en forma corporativa y/o en detrimento de los intereses del conjunto de los beneficiarios), y trascendencia (aquellas patologías que ya sea por tener leyes especiales u otra razón, mas allá de su baja prevalencia sea necesario dar cobertura, ejemplo de ello son pacientes HIV positivos, discapacitados, diabéticos, etc.) todos estos regidos por leyes especiales. A la vez que mantener los beneficios que amparan a grupos tales como materno-infancia a fin de asegurar una adecuada provisión de servicios que les permita mantener y mejorar resultados sanitarios tales como la mortalidad materna e infantil, de modo de atenuar el impacto que las circunstancias socioeconómicas actuales provocan sobre estos sectores mas vulnerables. Igual situación para los niños en edad escolar (hasta los 15 años), y los mayores de 65 años.

- Priorizar políticas de prevención de la enfermedad por sobre las acciones curativas basada en las distintas características sociodemográficas que tiene cada una de las poblaciones de beneficiarios de los Agentes del Seguro.
- Que el PMO sea un instrumento de políticas de cobertura sin inmiscuirse en aspectos de gestión, los cuales son responsabilidad primaria de los Agentes del Seguro de Salud.
- Asegurar la provisión de tecnología adecuada, acorde a los criterios de la Medicina basada en la evidencia, y a un costo que el sistema pueda afrontar (ya estaba esto en los considerandos de la declaración de Alma Ata). Normatizando prestaciones de alto costo y baja incidencia, y también otras consideradas de baja complejidad.
- Priorización de grupos de riesgo: niños en edad escolar, embarazadas, mayores de 65 años y aquellos protegidos por leyes especiales como HIV, discapacitados, epilepsia, diabetes, etc.)
- Asegurar un listado mínimo de medicamentos que de cuenta del 95% de los problemas de salud que se observan en la práctica ambulatoria, con principios activos de efectividad clínica comprobada, más costo-efectivos, distribuidos en bandas terapéuticas.

#### PMO de Emergencia con relación al PMO anterior.

##### Cobertura

Atención primaria de la salud: el modelo de atención se basa en la estrategia de APS, privilegiando la salud sobre enfermedad, en donde las obras sociales no son meras financiadoras del sistema sino, y sobre todo, responsables de la salud de sus beneficiarios.

Operatoria. Se eliminan las normas para EBAMP y se posterga la implementación de la obligatoriedad de la figura del médico de referencia. De éste modo se mantiene un lineamiento general para todo el documento que consiste en no involucrar al PMO en temas específicos de gestión. Los modos de gestión son facultad de las OOSS, o bien contemplados en una normativa separada.

Normas generales. Con igual criterio se elimina en este punto la obligatoriedad de mantener población a cargo y la incorporación a éste sistema de médicos de familia en las cartillas a razón de un 20% de profesionales por año.

##### Programas de prevención

Determinar las características que debe cumplimentar un programa y se enumeran: Plan Materno Infantil, Prevención del cáncer cervicouterino, Cáncer de cuello uterino, Cáncer de mama, Prevención General, se sugiere que las obras sociales adapten sus programas preventivos a las características socio demográficas de cada una de ellas. Se mantienen las coberturas en PMI. Se agrega en el texto las condiciones en que debe ser realizado un programa a efectos de ser considerado como tal. Se eliminan de éste ítem las guías de práctica clínica por distintas razones: a) Las mismas ya existen, y en algunos momentos se contradicen con documentos producidos por entidades oficiales como el



programa nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), o el PROMIN; b) Es necesario mantener una coherencia conceptual manteniendo a éste documento como un listado exclusivamente de cobertura; c) Existen en las guías de la R 939/2000 distintas afirmaciones que no se basan en ninguna evidencia tales como solicitud de eritrosedimentación en la embarazada (que siempre va a estar aumentada) o solicitud inicial de Papanicolau a partir de los 25 años (cuando la evidencia muestra que debe solicitarse desde el inicio de las relaciones sexuales o desde los 18 años en forma de screening)

### Atención Secundaria

Consultas reconocidas por autoridad sanitaria, no se cubren consultas programadas en domicilio y se elimina la modalidad de paso obligatorio por un médico de referencia. Esto implica que no se cubren especialidades tales como flebología –por dar un ejemplo -. También se excluye la atención de pacientes en domicilio por problemas banales (código verde según los servicios de atención domiciliaria y que constituyen un 90% de las consultas), quedando la atención para, por ejemplo lo que los servicios de atención domiciliaria llaman códigos amarillos o rojos. Es decir se cubre sólo la emergencia. De éste modo las OOSS podrían recontractar a menores valores éste tipo de servicios. La cobertura se mantiene completa para mayores de 65 años

Los materiales descartables y medicamentos en diagnóstico y tratamiento constituyen parte de la prestación que se realiza. Por lo que el costo de los mismos queda incluido en el valor de la prestación, y el costo (y la dificultad en la provisión de insumos) es transferido por tanto a los prestadores, en la medida que no se modifiquen los valores. Este concepto es importante porque implica aceptar que en algunos procedimientos, como por ejemplo una seriada gastroduodenal, la accesibilidad a la tecnología de radiología no está separada de la provisión del bario, son necesarios ambos componentes para realizar la práctica.

### Internación

La cobertura es de un 100% sin coseguro y sin límite excepto en salud mental que se mantiene la cobertura que se especifica actualmente. Igual para hospital de día y cirugía ambulatoria.

### Salud Mental

Se mantienen todos los programas de prevención. Se elimina la obligatoriedad de la modalidad de talleres, dejando los modos en que se ejercerá la misma sobre la base de la decisión de las OOSS. Es dable destacar aquí que no sólo se desconoce si alguna obra social implementó éste sistema, sino también que no existe ningún prestador que se haya registrado en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud a fin de brindar éstas prácticas, desde que esta modalidad fue incluida en el PMO.

Se explicita que la atención ambulatoria es hasta 30 sesiones por año calendario, no excediendo la cantidad de 4 sesiones mensuales.

### Rehabilitación

Se mantiene la cobertura. Se eliminan del texto los párrafos específicos dedicados a accidentes cerebrovasculares y postoperatorio de traumatología y grandes accidentados. Dado que las prorrogas de la cobertura son potestad de la obra social, y el texto de la Resolución 939/2002 da lugar a entender que la misma esta limitada a 60 días.

### Odontología

Se establecen bandas de coseguro que privilegian la atención en prácticas preventivas, para embarazadas y menores de 15 años y mayores de 15 años. Se mantiene la cobertura, a excepción de prótesis y ortodoncia, la que queda librada a la posibilidad financiera de los Agentes del Seguro de Salud por el tiempo que dure la emergencia.

### Cuidados Paliativos

El tratamiento del dolor será realizado por profesionales debidamente acreditados en su especialidad. La cobertura será al 100% exclusivamente para prácticas y medicamentos incluidos en los anexos II y III.

Se mantienen la hemodiálisis y la diálisis peritoneal continua ambulatoria explicitándose en el catálogo de prestaciones las indicaciones de las mismas.

Se elimina la provisión de otoamplifonos por el tiempo que dure la emergencia. Manteniendo dicha cobertura exclusivamente para niños en edad escolar, con una cobertura del 100%, a fin de asegurar la mayor oportunidad de alcanzar logros en los aspectos educativos.

### Optica

Cobertura al 100% a todos los niños en edad escolar, y un 50% en personas mayores de 65 años. A fin de asegurar la mayor oportunidad de alcanzar logros en los aspectos educativos en los niños y por el grado de prevalencia que tienen estos problemas en las personas mayores.

### Prótesis y ortesis

Mantener los criterios actuales. Las indicaciones se efectúan exclusivamente por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con éstos requisitos. La obligación de los Agentes del Seguro se extinguirá con la oferta de las prótesis de origen nacional. Los traslados son parte de la prestación que se realiza.

### Coseguros:

Se exige del pago de coseguros sólo a beneficiarios del Plan Materno Infantil, leyes especiales, programas preventivos y mayores de 65 años. Se cambia el texto donde dice "de" por "hasta". Es decir se plantea una política de precios máximos, explicitando además la ausencia de obligatoriedad de establecer coseguros por parte de los Agentes del Seguro.

Se unifica en un solo valor los coseguros para todas las prácticas médicas y odontológicas. Se unifica el monto de los coseguros para alta y baja complejidad a partir de un criterio de solidaridad del sistema que no puede castigar a aquellos que necesitan mayor complejidad. Esto es porque dada la asimetría informativa existente entre médicos y pacientes no es éste último quien puede elegir la práctica, y quienes la necesitan son aquellos que en general están con mayores necesidades de atención médica. Por ejemplo una tomografía cerebral en un paciente accidentado (hoy paga \$10) debería estar pagando, por lo menos, el mismo coseguro que un hemograma para un examen de salud (hoy paga \$5 y no está comprobada su efectividad clínica), y no como marca hoy la resolución donde el primero pagaría el doble que el segundo.

Se elimina el anexo III existente de guías de práctica clínica las cuales se trabajaran en conjunto con el Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica y se establece la implementación del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGIA) en el ámbito de la Seguridad Social (según marca el Decreto 865/2000)

### Catálogo de prestaciones

Constituye el anexo II del PMO, el mismo tiene 85 prácticas de alto costo y baja incidencia los cuales fueron normatizados a fin de acotar el universo de indicaciones que hoy les dan los prestadores. Aproximadamente unas 20 prácticas tales como el Spect Cerebral o el stent carotídeo son eliminados del catálogo por no haber mostrado efectividad clínica, o bien por haber mostrado un aumento en el riesgo de salud para los pacientes. Para esto no sólo se ha definido que constituye cada práctica sino también las indicaciones de la misma, y ocasionalmente si se conoce una indicación frecuente no apropiada y validada por la evidencia se hace observación de la misma.

Prácticas consideradas de baja complejidad muchas de ellas en función de la magnitud con que se realizan representan un volumen no despreciable que impacta financieramente en las obras sociales. Ejemplo de ello es el hepatograma, el cual no está definido a que determinaciones corresponde por lo que los prestadores pueden facturar hepatograma, colesterol y KPTT sin que ello constituya ninguna irregularidad. Tampoco se dan las indicaciones para la colecistectomía por vía quirúrgica, y se pone a la misma en un pie de igualdad con la cirugía laparoscópica. En este caso hay dos cuestiones, en primer lugar se operan una gran cantidad de pacientes que no tienen indicación ya que la cirugía está indicada para pacientes que han tenido síntomas, y en segundo lugar la vía laparoscópica si bien disminuye el tiempo de internación y recuperación ha demostrado que su inclusión dentro de las coberturas aumenta en un 70% a 80% este tipo de procedimientos, por lo que en definitiva el desembolso que tienen que asumir las obras sociales es mayor. Aquí se insiste en que los Agentes del Seguro de Salud deben ejercer toda su potestad de auditoría y gestión en la atención de sus beneficiarios.

## **Anexo II – Prácticas normatizadas sobre la base de los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia y comparación con coberturas en otros países.**

### Prácticas con normatización

Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardíacas, aferesis de plaquetas, angioplastia coronaria con colocación de stent, angioplastia periférica con colocación de stent, angioplastia trasluminal coronaria con rotablator/simpson, anticuerpos monoclonales con técnica inmunohistoquímica, búsqueda de hemorragia digestiva por eritromarcadores, cama para acompañante, Cámara hiperbárica, colocación de desfibrilador implantable, colocación de prótesis esofágica, colocación de stent endobronquial, colocación de stent vía biliar, colocación de stent vía biliar percutánea, colocación stent ureteral, densitometría ósea, ecocardiograma de stress físico/ farmacológico imagen digital, ecocardiograma transesofágico, ecodoppler cardíaco fetal color, ecodoppler color vascular fetal (circulación placentaria), ecodoppler transcraneal, ecodoppler transesofágico, ecografía de partes blandas, epstein barr anti vca igG, epstein barr anti vca igm, erb b 2, estudio electrofisiológico completa, estudio electrofisiológico del haz de Hiss, fotocirugía con diodo láser, fotocirugía con dye láser, fotocirugía con kriptón láser, Fotocoagulación con láser only green, Fotocoagulación con yag láser, hepatitis A HAV IgM anticuerpo, hepatitis B HBc AC anticuerpo IgG, hepatitis B HBsAg antígeno, hepatitis B HBsAc anticuerpo, hepatitis C HCV IgG anticuerpo, holter electroencefalográfico, ictectomía con láser, litotricia extracorpórea renal, litotricia extracorpórea ureteral, marcador ca 125 ovario, marcador ca 15 3 mama, marcador ca 19 9 colon, mediastinoscopia con o sin videoscopia, microcirugía tubaria para tratamiento de esterilidad, operaciones del mediastino vía torácica o videoscopia, paquimetría computarizada, polisomnografía con oximetría en neonatos, polisomnografía con oximetría nocturna en adultos con CPAP, PSA (antígeno prostático específico), Puvaterapia, Radioterapia conformada tridimensional ca próstata, receptores hormonales inmunohistoquímica ca mama, receptores hormonales inmunohistoquímica, RMN articulaciones, RMN cerebral, RMN cerebral con gadolín, RMN columna, RMN completa abdomen, RMN hepato biliar, esplenica pancreática, RMN otras regiones encefálicas, RMN tiroidea, RMN torácica, RMN vejiga y próstata, rubéola anticuerpos igG, rubéola anticuerpos igM, spect cardíaco con mibi tc 99, spect cardíaco con talio 201 dipiridamol, spect cardíaco con talio 201 , dobutamina y 4 hs, , spect cardíaco con talio 201 esfuerzo, spect cerebral, spect pulmonar, spect renal, test de función pam potencial acuity meter y test de lotmar, Tirotrófina ultrasensible, topografía corneal, toracovideoscopia diagnóstica terapéutica, toracovideoscopia para resecciones, trabeculoplastia con láser, tratamiento desembolizante con quinasas cateterismo , tratamiento endoscópico de próstata y vejiga, ureterorenoscopia con litotomía litotricia y ectomía, Valvuloplastia mitral, Valvuloplastia pulmonar.

### 3) MEDICAMENTOS

- **Revisión de distintos listados de medicamentos vigentes para conformar un vademécum.**
- **Elaboración de un vademécum con doscientos seis principios activos.**

#### Medicamentos

Los medicamentos pasan a formar parte del anexo III del PMO, el cual se constituye en un listado de medicamentos esenciales que no pueden dejar de ser cubiertos durante el tiempo que dure la emergencia.

Este listado está agrupado por bandas terapéuticas de modo tal de dar respuesta a no menos de un 95% de los problemas de salud. Otras características que tienen las drogas allí presentes son: a) haber sido aprobadas en su país de origen; b) conformar parte del listado de drogas esenciales de la OMS; c) haber demostrado efectividad clínica a partir de ensayos clínicos y estudios correctamente diseñados; d) constituir la mejor oferta en términos de riesgo – beneficio y costo- beneficio dentro de la banda terapéutica en que se encuentran. Las drogas aquí no incluidas, que respondan a patologías de baja incidencia y alto costo formarían parte del Seguro para enfermedades catastróficas en las que el Ministerio de Salud se encuentra trabajando. Mientras tanto todas aquellas patologías de alta complejidad y baja incidencia serán cubiertas por la Administración de Prestaciones Especiales, quien a su vez eliminó a través de la Resolución 077/2002 los subsidios discrecionales a los Agentes del Seguro de Salud con pasivos crónicos, orientando dichos recursos a asegurar la provisión de servicios de alta complejidad.

Se trabajó con documentos básicos tales como el Listado de Drogas Esenciales de OMS. y el formulario de la COMRA. Más el consenso de una subcomisión que se desprendió de la mesa de Insumos y Medicamentos para tal fin.

Se normatiza el uso de las drogas de alto costo y baja incidencia ya sea que reciban o no reintegros de la APE.

Este listado está conformado por 206 medicamentos ambulatorios de drogas que serán cubiertas al 40% por los Agentes del Seguro, a excepción de aquellas que tienen otro tipo de cobertura establecido por la ley (por ejemplo antidiabéticos orales) y el listado de medicamentos al 100% que van ya sea por vía APE o por leyes especiales (insulina, epilepsia, HIV, tuberculostáticos, etc.). Se considerará la posibilidad de implementar por decreto la norma de protocolos oncológicos que realizó el PNGCAM y que fue rechazada por las sociedades de oncología durante el año pasado.

Las drogas que aquí se presentan son exclusivamente drogas de efectividad clínica comprobada, no se incluyen drogas tales como el ginseng que se usa como energizante pero que además provoca hipertensión arterial (el cual a su vez es uno de los factores de riesgos más importantes para la principal causa de muerte en nuestro país que son los problemas cardiovasculares), o drogas de reciente incorporación al mercado a fin de no cometer errores tales como la inclusión de la cerivastatina que debió ser retirada del mercado el año pasado al comprobarse múltiples casos de rabiomilosis por mal utilización de los médicos. O bien casos más frecuentes pero no menos deletéreos como el uso de compuestos de magnesio en pacientes con problemas renales que puede llevar a la insuficiencia renal crónica a muchos de ellos. Cuando no la falta de eficacia comprobada en drogas para el mal de Alzheimer, vasodilatadores cerebrales, o la pérdida de eficacia terapéutica ( y riesgo de adicción agregado) luego del uso de más de tres semanas de varios ansiolíticos de gran utilización en el mercado.

- **Elaboración de precios de referencia para un listado de doscientos seis principios activos**

Los efectos de la devaluación, sumados a la escasez de recursos, la fluctuación del dólar y la imprevisibilidad del cobro ha producido incrementos en los precios, muchas veces mayores de los esperados. Las conductas especulativas que pueden producirse bajo estas condiciones, no pueden ser toleradas cuando lo que está en juego es la salud de la población.

El medicamento, como bien social, requiere que se pongan a disposición de los usuarios todos los instrumentos disponibles para favorecer la accesibilidad a los mismos.

Dado que el 30% del gasto en salud corresponde al gasto efectuado en medicamentos y que el mismo constituye una herramienta indispensable para la curación y rehabilitación de ciertas patologías, así como resulta imprescindible para conservar la vida en otras, se estableció un Listado de Precios de Referencia con el objetivo de inducir a los agentes de seguros de salud a la conformación de Formularios Terapéuticos con productos de menor precio dentro del mercado, a fin de incrementar la accesibilidad de los beneficiarios al medicamento.

Los participantes de la mesa de enlace correspondiente a Medicamentos, Insumo y Tecnología plantearon la necesidad de conformar una subcomisión técnica con representantes de las entidades y miembros de la Superintendencia de Servicios de Salud y el ANMAT, para determinar la manera adecuada de efectuar el cálculo de los precios de referencia y conformar el listado correspondiente.

#### **4) ACUERDO SOBRE EXCENCIÓN ARANCELARIA A LAS IMPORTACIONES DE INSUMOS CRÍTICOS PARA EL SECTOR SALUD**

ACTA

En la ciudad de Buenos Aires, a los quince días del mes de abril del año 2002, los abajo firmantes, en representación de las instituciones que en el anexo se detallan, participantes de la Mesa de Enlace sobre "Medicamentos, Insumos y Tecnología" que se realiza en el Marco de la Mesa de Diálogo Argentino quieren dejar constancia de la necesidad de petitionar ante las autoridades nacionales competentes la instrumentación de la exención del pago de derechos de importación y todo otro impuesto, gravamen, contribución, tasa o arancel aduanero o portuario, de cualquier naturaleza u origen para insumos críticos importados destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades humanas con el objeto de garantizar su provisión.

Justifica este pedido la imposibilidad de adquirir los insumos, farmacéuticos y partes y piezas de recursos tecnológicos importados que resultan indispensables para la atención de pacientes, lo cual compromete seriamente la vida de los habitantes en nuestro país, así como lesiona el inalienable derecho a la vida que todo ciudadano detenta.

Es por ello que solicitamos se deje constancia de nuestro reclamo y se eleve el mismo al Sr. Ministro de Economía, Dr. Remes Lenicov así como al Sr. Presidente de las Comisiones de Salud de las Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación.

#### **DECRETO DE EXCENCIÓN ARANCELARIA DE INSUMOS CRÍTICO PARA EL SECTOR SALUD**

##### **FUNDAMENTACIÓN**

##### **I. INTRODUCCIÓN**

- Se seleccionó una canasta acotada de bienes a ser alcanzados por una reducción de tributos aplicables a la importación.
- El objetivo de la medida es morigerar por esta vía el impacto de la depreciación monetaria sobre los costos prestacionales del sector salud –en particular del sector privado-.
- La medida no supone alteración alguna de la normativa vigente respecto de requisitos de autorización previa por parte de ANMAT.
- Tampoco implica de ninguna manera que se limite la importación de los productos no incluidos en el listado.

##### **II. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- A. Productos que resultan críticos, entendiendo como tal, aquellos cuya carencia comporta riesgo de vida para el paciente*
- B. Productos para los que no existe producción local*

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA CANASTA SELECCIONADA**

La canasta de bienes seleccionada puede dividirse en tres categorías:

Insumos de tecnología médica  
Reactivos para diagnóstico  
Medicamentos

**A. Insumos de tecnología médica**

Se trata de una categoría amplia que a su vez puede subdividirse en

- a) Insumos, partes y accesorios de Equipos
  - b) Implantes;
  - c) Estériles y Descartables;
  - d) Otros productos de tecnología médica no agrupados
- No se incluyeron Equipos de ninguna naturaleza por considerarse que no se registran carencias críticas en el parque existente. Por otro lado, los equipo ya están alcanzados por beneficios tributarios (de reducción de aranceles e IVA) en virtud de beneficios concedidos a la importación de bienes de capital.
  - Se incluyeron, en cambio, partes, accesorios e insumos de equipos siempre que respondiera a los criterios previstos
  - Se hizo una excepción parcial al criterio de no fabricación nacional en aquellos casos en que esta es manifiestamente insuficiente en cantidad o calidad. Se tuvo en cuenta además, en el caso de los equipos, que estos pueden requerir repuestos o accesorios sólo de determinado proveedor externo.

**B. Reactivos para diagnóstico**

- En el caso de reactivos de diagnóstico por definición no suponen riesgo vital en forma directa. La inclusión **se evaluó en forma indirecta, en función del riesgo vital que comporta la decisión clínica asociada al resultado del procedimiento de diagnóstico.**

**C. Medicamentos**

- En el caso de medicamento solo se incluyeron medicamentos terminados que respondían a los criterios mencionados. Es decir, no se incluyeron farmoquímicos utilizados en la elaboración de medicamentos.
- Si bien los farmoquímicos, casi en su totalidad, no son fabricados en el país, las características del mercado de medicamentos, en particular, la escasa incidencia de los farmoquímicos en el costo final, ponen en duda que la aproximación propuesta en esta medida resulte efectiva.

**III. ELABORACIÓN**

La elaboración de los listados estuvo a cargo de un grupo de técnicos del ANMAT especialistas en las áreas respectivas.

En la elaboración de los criterios y evaluación de los resultado, tomaron intervención profesionales del Ministerio de Salud.

A través de encuentros u otras formas de comunicación se recogió la opinión de las distintas Cámaras de los sectores involucrados tales como ADEMP, CEDIM, CONFELISA, CAPRODI, CADIME y CADIEM.

**IV. IMPACTO**

En un estudio de prefactibilidad, sobre una canasta de bienes similar a la seleccionada, y en base a las importaciones realizadas durante el 2001, se estimó en 24% en promedio la reducción del valor que asume el importador, y en US\$56 Millones como máximo el costo fiscal de la medida.

**VI. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Existen antecedentes de una medida similar implementada por Brasil luego de la devaluación.

- a) Normas involucradas.

Decreto N°3.015 del 31 de Marzo de 1999 y Convenio ICMS N°1 del 2 de Marzo de 1999 entre el Ministro de Hacienda del Gobierno Federal y los Secretarios de Hacienda de distintos Estados; cuya vigencia se extiende hasta el 2003 por el Convenio N°127 del 14 de Diciembre del 2001.

b) Medida

Por el Decreto mencionado se altera el AEC (Arancel Externo Común) para un conjunto de importaciones relacionadas con la salud. El arancel se reduce a 0% durante el año 1999, se aumenta durante el 2000, para converger con el AEC finalmente en el 2001.

Los convenios citados, por su parte, eximen del pago de ICMS a las operaciones realizadas con estos productos.

c) Características de la canasta

La canasta de bienes seleccionada corresponde a determinados insumos, en general, de uso corriente (reactivos de diagnóstico, placas para radiografía, determinadas prótesis, y otros insumos como catéteres, grampas, guantes para cirugía, etc.).

Prácticamente no incluye aparatos -a excepción de los de oxigenoterapia-. Tampoco incluye medicamentos, ni farmoquímicos para su elaboración.

- **Elaboración de un listado de insumos críticos (piezas y partes, medicamentos terminados, reactivos e insumos) que deben ser exceptuados de gravámenes.**

**LISTADO DE PARTES Y ACCESORIOS DE EQUIPOS, DESCARTABLES, IMPLANTES Y OTROS INSUMOS**

<b>A) Insumos, partes y accesorios de los siguientes equipos:</b>
1. Angiógrafos
2. Bombas de circulación extracorpórea
3. Bombas de contrapulsación
4. Bombas de infusión
5. Cámaras Gamma
6. Centellografía
7. Defibriladores
8. Ecógrafos
9. Ecógrafos doppler
10. Electrocardiógrafos
11. Electroencefalógrafos
12. Endoscopios (de diagnóstico, de cirugía)
13. Equipos de rayos X
14. Equipos dentales
15. Incubadoras
16. Laser quirúrgico
17. Litotriptores (por onda de choque, otros)
18. Mamógrafos
19. Máquinas de anestesia
20. Maquinas de hemodiálisis
21. Monitores de signos vitales
22. Oxímetros
23. Resonadores nucleares magnéticos
24. Respiradores (de oxigenoterapia, de reanimación, pulmones de acero)
25. Servocunas
26. Tomografos computados



27. Programadores y analizadores de marcapasos implantables
28. Equipo para plasmaféresis
<b>B) Insumos, partes y accesorios de equipamiento de laboratorio para uso clínico</b>
29. Analizadores automáticos para química clínica
30. Analizadores de enzimas
31. Analizadores de gases y electrolitos en sangre
32. Aparato de electroforesis
33. Centrífugas para microhematocrito
34. Coagulómetros
35. Contadores gamma/densitómetro con scanner
36. Contadores hematológicos
37. Cromatógrafos de gas/líquido
38. Espectrofotómetro de absorción atómica
39. Espectrofotómetro de masa
40. Espectrofotómetros
41. Fluorómetro
42. Fotómetro de llama
43. HPLC (High Pressure Liquid Chromatography)
44. Lavadores de microcubetas
45. Microscopios
46. Microtituladores
47. Nefelómetro
48. Osmómetros
49. Refractómetro
50. Separadores cromatográficos de materiales
51. Sistemas de análisis urinario automático
52. Viscosímetros
<b>C) Esteriles y/o descartables</b>
53. Agujas
54. Agujas de sutura
55. Agujas gingivales
56. Agujas hipodérmicas
57. Balones de contrapulsación
58. Bisturís (eléctricos y otros)
59. Bolsa de alimentación enteral (s/ contenido, c/ alimentos para propósitos médicos)
60. Bolsas de orina
61. Bolsas de sangre
62. Cánulas
63. Catéter balón
64. Catéteres
65. Electrodo (de electrocardiógrafos, electrodos de electroencefalografos, de PH)
66. Filtros para hemodiálisis
67. Guantes de látex estériles y no estériles
68. Guías e introductores p/hemodinamia (de caucho; otras)
69. Instrumental quirúrgico

70. Insumos para colostomía
71. Jeringas descartables
72. Lancetas (para vacunación y cauterios, otras)
73. Oxigenadores de sangre
74. Sets de infusión venosa
75. Sets de nutrición enteral
76. Sets para transfusión sanguínea
77. Sistemas de diálisis peritoneal
78. Sondas
79. Suturas (sólo estériles)
80. Tubos endotraqueales
81. Tubos de mayo
<b>D) Implantes y accesorios para su colocación</b>
82. Cardiodesfibriladores implantables
83. Cardioversores
84. Cemento de huesos
85. Clips p/cirugía
86. Electrodo para marcapasos
87. Filtros venosos
88. Marcapasos
89. Prótesis traumatológicas implantables
90. Prótesis vasculares (revestidas y s/ revestir)
91. Stents
92. Válvulas cardíacas (mecánicas y biológicas)
93. Válvulas para neurología o hidrocefalia
94. Corazón artificial
95. Lentes intraoculares y accesorios para su colocación
96. Implantes cocleares
<b>E) Otros</b>
97. Audífonos
98. Placas Radiográficas e insumos para su revelado.
99. Dosímetros de glucosa

**LISTADO DE REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO  
PRODUCTOS TERMINADOS**

<b>PERFIL</b>	<b>PRODUCTO PARA LA DETERMINACION DE</b>	
<b><u>EMBARAZO</u></b>	Estradiol	
	Progesterona	
<b><u>NEONATAL</u></b>	Galactosemia	
	TSH Neonatal	
	Fenilalanina en sangre	
	Tripsina	
	17 OH Progesterona	
<b><u>DIABETICO</u></b>	Hemoglobina glicosilada	
	Insulina	
	Peptido C	
	Anticuerpos anti Insulina	
	Anticuerpos anti islote de langerhans	
	Proinsulina	
	Tiras reactivas para monitoreo de glucosa en sangre para lectura exclusivamente instrumental	
<b><u>RIESGO CV</u></b>	Antitrombina III	
<b><u>HIPERTENSION</u></b>	Renina	
	Catecolaminas	
	Cortisol	
	ACTH	
<b><u>ONCOLOGICO</u></b>	Antígeno carcino embrionario (CEA)	
	Subunidad B de gonadotrofina corionica humana (cuantitativa)	
	Marcadores Tumorales específicos	CA 19/9 (digestivo)
		CA 15/3 (mamario)
		CA 125 (ovarico)
		CA 72-4 (estomago)
		CA 21-1 (pulmonar)
		PSA/Antígeno pros- tático específico
		Calcitonina(tiroides)
		B2 microglobulina (mieloma múltiple)

<b><u>VIRALES</u></b>	SIDA	Western Blot para HIV
		Carga Viral para HIV
		Antígeno p 24 (HIV)
		Ensayos de secuenciación
		CD8
		CD4
	HEPATITIS B	PCR para HBV
		Anticuerpos anti HBe
		Ensayo de disociación (confirmatorio)
	HEPATITIS C	Anticuerpos anti HCV por metodos complementarios (RIBA, LIA)
		Carga viral para HCV
		PCR para HCV
	HEPATITIS DELTA	
	EPSTIEN BARR (EBV)	Anticuerpos IgG
		Anticuerpos IgM
		Anticuerpos anti VCA IgG
		Anticuerpos anti VCA IgM
	CITOMEGALOVIRUS	
	HERPES SIMPLES HSV 1 Y HSV 2	Anticuerpos anti hsv1 (IgG e IgM)
		Anticuerpos totales (hsv1 y hsv2)
SARAMPION		
RUBEOLA	Anticuerpos anti IgM	
	Anticuerpos totales	
	Anticuerpos IgG	
	Anticuerpos I	

<b>MONITOREO DE DROGAS TERAPEUTICAS</b>	Anticonvulsivantes	Fenobarbital
		Fenitoina
		Carbamacepina
		Oxocarbacepina
		Primidona
	Acido valproico	
	Antiasmaticos	Etosuccimida
	Antiasmaticos	Teofilina
	Cardiotonicos	Digoxina
	Antibioticos	Amikacina
		Gentamicina
	Antidepresivos	Amitriptilina
		Desipramina
		Imipramina
		Nortriptilina
		Clolmipramina
		Diazepan
		Nitrazepan
		Lorazepam
		Flurazepam
Oxazepam		
Bromazepan		
Clorazepato		
Flunitrazopan		
Clobazan		
Inmunosupresores	Ciclosporina	
Citostaticos	Metotrexato	
<b>HISTOCOMPATIBILIDAD</b>	HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-D, HLA-DR	
<b>HEMOSTASIA</b>	Factores de la coagulacion y productos de degradacion de fibrinogeno excepto Tromboplastina y KPTT	
<b>INMUNOHEMATOLOGIA</b>	Paneles de globulos rojos y sueros hemoclasificadores excepto Anti A, Anti B, Anti AB y Anti D	
<b>OTROS</b>	Leptospirosis-Dengue	

## LISTADO DE REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN

<b>Yodo 131</b> para elaboración de productos para diagnóstico de uso in vivo y tratamiento oncológico
<b>Agar</b> para la elaboración de medios de cultivo
<b>Peptonas</b> para la elaboración de medios de cultivo
<b>Papel de filtro troquelado o papel de filtro en hoja</b> para elaboración de discos para evaluación de susceptibilidad a agentes antimicrobianos.
<b>Enzimas</b> para la elaboración de productos para diagnóstico de uso in vitro
<b>Antígenos y antisueros</b> para la elaboración de productos para diagnóstico de enfermedades infecciosas
<b>Reactivos sobre soporte de papel, en rollos sin soporte adicional no aptos para uso directo</b> para elaboración de tiras reactivas para orina y tiras para monitores de glucosa por lectura visual por pacientes diabéticos

## LISTADO DE MEDICAMENTOS TERMINADOS

Producto
Abacavir
Abciximab
Activador tisular del plasminogeno
Aminoglutetimida
Amprenavir
Anatoxina tetanica
Antigenos de streptococos pneumoniae
Antiinhibidor Factor VIII
Basigliximab
Busereline
Busulfano
Carmostina
Cetrolerix
Ciclosporina p/microemulsion
Cisatracurium
Dactinomicina
Eptifibatide
Etanercept
Exemestano
Factor IX
Factor VII
Factores de Coagulación
Fotemustine
Gabapentin
Gadodiamida
Gemtuzumab-Ozogamicin
Infliximab
Inhibidor c1-esterasa
Isradipina
Lanreótido
Lomustina
Melfalano
Milrinona
Mivacurium Clorh.
Nafarelina
Nilutamida
Nomenestrol
Oprelvekin
Palivizumab
Piridostigmina
Pralidoxima

Pramipexol
Raltitrexida
Reviparina
Riluzol
Ritonavir
Rivastigmina
Ropinirol
Sirolimus
Suero antilinfocitario
Temozolomida
Teniposido
Thio-tepa
Tiludronato
Tinzaparina
Tioguanina
Tioguanina
Tolcapone
Topiramato
Tracolimus
Triflusal
Trimetrexato
Verteporfin
Vigabatrin
Vindesina
Virus atenuados de fiebre amarilla
Virus atenuados de parotiditis
Virus atenuados de rubeola
Virus atenuados de varicela



## **5) MEDICINA PREPAGA**

- **Revisión de los proyectos de ley para regular las entidades de medicina prepaga.**
- **Elaboración de un proyecto de ley para regular las entidades de medicina prepaga (en proceso)**

Las empresas de medicina prepaga operan en el mercado desde hace más de treinta años. Brindan cobertura de salud a más de tres millones de personas y no cuentan, hasta la fecha, con un marco jurídico de regulación.

La ley 24.754 las somete a las mismas obligaciones de cobertura, en cuanto al menú prestacional, que las Obras Sociales Nacionales.

A partir de la década del 80, se han presentado numerosos proyectos de ley para regular el desempeño de estas empresas.

Por distintas razones los mismos no han prosperado en su tratamiento legislativo.

La Mesa de Enlace de Prestadores y Financiadores, decidió conformar un grupo especializado para analizar todos los proyectos de ley elaborados y elaborar un informe con las primeras conclusiones.

Finalizada esta etapa, el grupo de trabajo se encuentra en la fase de elaboración de un proyecto totalizador y abarcativo de los distintos aspectos que un proyecto de ley debiera incluir.

## 6) RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA

### MALA PRAXIS

**Plazo de prescripción.** La demanda puede entablarse en un período muy prolongado. En nuestro sistema actual para las obligaciones contractuales, el Código Civil en el artículo 4023, establece que "toda acción personal por deuda exigible se prescribe por diez años, salvo disposición especial". El plazo de 10 años para la **prescripción** (período máximo que reconoce la ley) es excesivamente prolongado. Las aseguradoras lo resuelven parcialmente con la cláusula Claims Made, pero es controvertido ya que dejan descubiertos a los asegurados. Asociaciones científicas y de prestadores, así como varios proyectos de ley, entre ellos el del Dip. Nac. Vitale, proponen igualar los plazos de prescripción de la acción con las obligaciones extracontractuales llevando el plazo a los 2 años de ocurrido el hecho generador para responsabilidad civil contractual derivada del ejercicio profesional. Otras alternativas son la incorporación en el Código Civil de un nuevo artículo 4037 bis "**Prescribese por dos años, la acción por responsabilidad civil contractual derivada del ejercicio profesional**", o la unificación de los Códigos Civil y Comercial de la Nación elaborado por el Ministerio de Justicia y que se encuentra en el Congreso de la Nación.

**Beneficio de litigar sin gastos**, por el que el demandante está exento del pago del 3% de tasas judiciales y de los honorarios periciales y de su letrado, facilita la realización de demandas. Se propone poner límites al litigio sin gastos a través de modificaciones en los Códigos Civil y Comercial de la Nación. La parte demandada podría pagar la tasa de justicia solamente en caso de resultar condenada. Deberían haber mayores exigencias para el otorgamiento de dicho beneficio.

Los **montos indemnizatorios** solicitados en los juicios crecen en forma logarítmica, no así las condenas. Pero ello influye directamente en las tasas de justicia y en los costos de peritos. Por otro lado, la demanda exige reservas técnicas a las aseguradoras, con la consiguiente inmovilización del dinero por 10 años (prescripción actual) que resta viabilidad a las compañías. El mismo Proyecto de Ley define un tope de monto de 300.000 pesos por cada caso, que equivale a la media de las demandas actuales. La justicia laboral y otras ramas de la actividad aseguradora (ej. automotores) presentan topes.

**Reducción de penas.** La Ley 25.189 modifica el Código Penal e incrementa las penas de los delitos de homicidio y lesiones culposas originadas en accidentes de tránsito sin efectuar una adecuada diferenciación para el ejercicio profesional y para los profesionales del arte de curar. Algunas entidades propugnan que se reduzca la pena prevista en el primer párrafo de los artículos 84 y 94 del Código Penal y que se mantenga sólo para conductas tipificadas en el segundo párrafo de dichos artículos. En el Artículo 7 del proyecto de ley del Dip. Nac. Vitale se establecen penas que deben ser debatidas.

**Falta de compañías aseguradoras.** Los problemas antes mencionados determinan la falta de compañías aseguradoras, ya que ellas están abandonando el ramo. Debido a las razones expuestas previamente, no tienen reaseguros por considerar a la mala praxis un "mal riesgo".

La Superintendencia de Servicios de Salud exige a los prestadores que contraten un seguro de responsabilidad civil para poder trabajar. Pero hay falta de compañías aseguradoras. En ninguna otra profesión se exige a sus profesionales el contrato de un seguro. La exigencia de contratar un seguro que hoy no existe agrega más dificultades al funcionamiento del sistema de salud.

Las **pericias** están mal organizadas. Las realizan profesionales que no están capacitados. Se podrían derivar a profesionales capacitados del Hospital Público, que se especialicen en el tema de la demanda. Ello generaría, por otro lado, ingresos al hospital. Dentro de las reformas legales se puede exigir la obligatoria participación del **Cuerpo Médico Forense**, previa a la sentencia.

Falta de un organismo nacional, autónomo, que realice **arbitrajes y conciliaciones prejudiciales**. Son medios alternativos para la solución de conflictos de un modo civilizado, libre y voluntario, salvaguardando los principios fundamentales de la relación médico paciente. Deben realizarse en un terreno imparcial, planteando formas concretas de resolver la disputa. El ámbito judicial aleja las posibilidades de entendimiento y transforma la relación de confianza médico paciente en un terreno

de enfrentamiento, polarizando las posiciones. Allí el médico no reconocerá sus errores, mientras que el paciente esperará un lucro indebido con su actuación. La conciliación busca en forma objetiva el acuerdo de las partes. El arbitraje, es una opción cuando fracasa la conciliación. Constituye en otros países, como Méjico, una figura jurídica reconocida bajo la modalidad de un juicio de expertos, que garantiza un pronunciamiento objetivo e imparcial y no sustituye a la demanda legal.

Facilitar **contrademandas** y **por montos temerarios**, como modos de desincentivar los juicios por mala praxis.

Prevenir el desarrollo de la **medicina defensiva**. La amenaza de incurrir en una mala praxis y de ser demandado por ella, incorpora incentivos para que los profesionales de la salud evadan riesgos. Se denomina medicina defensiva al conjunto de conductas profesionales que en lugar de controlar los riesgos (gerenciándolos) los evita de forma inadecuada. A grandes rasgos se identifican dos tipos de conductas inadecuadas, la sobreprestación y la subprestación. La medicina defensiva es preocupante no sólo porque encarece los costos de la atención médica, sino porque contrapone y polariza la relación médico-paciente. La medicina defensiva genera un excesivo incremento en los costos que debería estar orientado hacia la mejoría de la atención médica. Se debería trabajar con **normatizaciones** desde el estado y las sociedades científicas como forma de mitigar la medicina defensiva.

Existen ámbitos y fueros independientes debido a la organización institucional representativa, republicana y federal de gobierno, inspirada bajo el principio de autonomía, donde cada estado provincial, dispone como facultad propia no delegada la de dictar **sus propios códigos de procedimientos**, que regulan la tramitación de los respectivos juicios, según la jurisdicción. Ello resta posibilidades al Congreso de la Nación de legislar para todo el país.

**Falta de información objetiva y centralizada.** Ninguna política racional relacionada con la mala praxis médica puede surgir sin el conocimiento objetivo previo que le dé sustento. La **implementación de un banco nacional de datos sobre mala praxis médica** por parte de organismos públicos o privados sería de beneficio para el conjunto de la sociedad. Bases nacionales de datos existen en otros países, como los Estados Unidos de Norteamérica. Su implementación requiere de una decisión política del Ministerio de Salud de la Nación y Ministerios de Salud o Secretarías de provincias y municipios y la coordinación del trabajo de los distintos organismos involucrados en la mala praxis médica como la Superintendencia de Seguros de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud y la Justicia. Sería importante contar con la información sobre mala praxis recabada por los Círculos Médicos o Fondos Solidarios. También de Sociedades Profesionales. Se debería registrar la siniestralidad, litigiosidad, sentencias judiciales, acuerdos conciliatorios, valorización económica de los distintos tipos de riesgos, indemnizaciones efectivamente pagadas por las aseguradoras. Todo ello para especialidades, prácticas, individuos o instituciones.

A partir del mes de abril, las Obras Sociales podrán acceder de manera rápida y sencilla a una página de Internet donde podrán controlar la evolución de los trámites iniciados para obtener reintegros por prestaciones de alta complejidad y con los hospitales de autogestión.

En distintas Mesas de Enlace se debatió sobre la necesidad de impulsar todas las herramientas de gestión modernas que agilicen los trámites y que además aporten la necesaria transparencia que la sociedad demanda. Las páginas de Internet resultan un recurso potente y valioso para cumplir con estos objetivos. Se espera poder volcar cada vez mayor información a través de esta vía.

## **7) RESIDUOS PATOGENICOS**

- **Revisión de la reglamentación vigente de residuos patogénicos**

En las reuniones de la Mesa del Diálogo Argentino la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), solicitó se arbitren medidas para reducir los costos, que les insume el tratamiento especial al que son sometidos los residuos patogénicos a los fines de perder peligrosidad para su disposición final como relleno sanitario, los que se ven agravados por la crisis económica general

Allí se planteó la posibilidad de reformar la ley N° 24.051 de residuos peligrosos, norma que contiene prescripciones sobre los residuos patogénicos en sólo un articulado, o la creación de una ley específica en la materia.

Ello se origina en la aseveración que los participantes realizan de que no todos los residuos considerados por la norma como patógenos lo son en verdad.

- **Investigación internacional sobre los criterios utilizados para definir residuo patogénico (en proceso)**

Investigaciones realizadas por la EPA (Agencia para el Control Ambiental de EEUU) y el CDC (Centro de Control de Enfermedades) de EEUU que consideran que algunos de estos residuos son asimilables a los residuos domiciliarios, los que no requieren tratamiento especial para su disposición final.

Las acciones realizadas hasta el momento consistieron en analizar los antecedentes científicos acercados por la Asociación conjuntamente con el área ambiental técnica del Ministerio (Dirección de Promoción y Protección de la Salud) a los fines de tener una visión integral del tema que abarque también el punto de vista ambiental.

En la actualidad todos los participantes del grupo de trabajo se encuentran relevando las normativas internacionales en la materia para obtener la mayor información respecto de la tendencia internacional.

## **8) NORMALIZACION DE CRITERIOS DE REESTERILIZACIÓN Y REUTILIZACIÓN DE MARCAPASOS**

La escasez de recursos y el proceso devaluatorio ha llevado a rever los criterios vigentes para la reesterilización de insumos de uso médico.

El pedido surgió a través de los participantes de la mesa de enlace de Medicamentos, Insumos y Tecnología y se encuentra en revisión por las autoridades del ANMAT.

## 9) RECURSOS HUMANOS

### • Formación de Grado de Recursos Humanos en Salud

La formación de los Recursos Humanos para la Salud forma parte y debe ser coherente con las políticas de salud y estas no están escindidas de las definiciones, preocupaciones y formas de resolución de la crisis que actualmente enfrenta la Argentina. La educación en salud es una cuestión en la que deberemos integrar el conocimiento científico, los enfoques y recursos pedagógicos y las propuestas políticas que sobre el sector se formulen.

Qué competencias, requiere hoy la Argentina de sus egresados profesionales y no profesionales de la salud?

Qué nivel (standares) de capacitación y formación acreditan hoy las instituciones formadoras universitarias y no universitarias?

La estructura de formación es adecuada o sobrepasa los requerimientos del país en el marco de las actuales transformaciones?

Cuál es el marco de trabajo de un médico, enfermero, técnico, etc., habilitado pero de reciente egreso sin experiencia práctica? Tiene posibilidades de inserción laboral dentro del Sistema de Salud argentino?

La actual formación de los profesionales de la salud debería estar orientada a la Atención Primaria, la Prevención y la Promoción y no a un sistema basado en el fraccionamiento y la ultraespecialización.

Podemos acordar que tal vez la gran oportunidad que nos ofrezca la situación actual sea repensar la problemática de la salud desde una perspectiva decididamente epidemiológica frente a las concepciones prevalentes, que privilegian respuestas parciales y fragmentadas.

La Atención Primaria de la Salud debería ser un contenido transversal en la formación de grado de los profesionales de la salud. Asimismo, se debería garantizar enfoques pedagógicos que permitan la integración docencia – servicio y teoría – práctica.

La Atención Primaria de la Salud deberá ser algo más que una declamación para las ceremonias y en tal sentido la estructura, el proceso y los resultados de la formación de los Recursos Humanos deberían subordinarse a estas definiciones.

Este planteo en relación a la APS no se opone a la formación de especialistas, sino adecuar su dimensión en función de las necesidades del Sector.

Parece existir consenso en que la formación de Recursos Humanos para la Salud se halla en un estado de transformación, con abordajes que, desde el punto de vista de una concepción de sistema nacional de salud aparecen parciales respondiendo más a intencionalidades y experiencias particulares que a un proyecto integral de salud para nuestro País.

En tal sentido tenemos la pretensión de que este espacio permita debatir libremente y sin prejuicios, problemáticas y temas que no siempre han encontrado un lugar apropiado para su desarrollo.

Consideramos también que no puede estar ajena a esta problemática los ámbitos decisorios del poder del Estado en materia educativa, que en la actualidad tiene un activo papel de intervención en la titulación, no solo de los profesionales, a través de las universidades sino también de las instituciones terciarias no universitaria.

Resulta evidente que como punto de partida para abordar la problemática es indispensable un relevamiento serio que permita conocer:

La cantidad de profesionales de la salud (médicos, odontólogos bioquímicos, enfermeros, técnicos y otros profesionales y no profesionales de la salud) existentes en el país y su distribución regional.

Las necesidades de las distintas regiones y jurisdicciones, según sus características sociodemográficas y epidemiológicas.

En tal sentido como se ha informado oportunamente, el Ministerio se halla abocado a la conformación del Observatorio Permanente de Recursos Humanos en Salud y en el marco del mismo a un intenso esfuerzo para concentrar información dispersa del subsector público, por lo que creemos necesario solicitar el aporte de los subsectores privado y de la Seguridad Social a los fines de contar en lo posible con el conjunto de la información sectorial.

Con respecto a las necesidades sanitarias consideramos que este espacio puede ser el ámbito adecuado a fin de consensuar los perfiles deseados de los profesionales de la salud, tanto desde una perspectiva nacional, regional y jurisdiccional.

Somos consientes que existe un vacío de información en áreas significativas de la compleja problemática de recursos humanos en salud. Creemos que hemos comenzado a recorrer el camino para recuperarlo y los convocamos para hacer de este, un trabajo colectivo.

## ACTA I

En la Ciudad de Buenos Aires, a los veinticuatro días del mes de Abril de 2002, los abajo firmantes, participantes de la Mesa de Enlace sobre Recursos Humanos en Salud, que se realiza en el marco de la Mesa del Diálogo Argentino, dejan constancia de los acuerdos logrados con respecto a la formación de grado de los Recursos Humanos de Salud.

Colaborar con las acciones iniciadas por el Ministerio de Salud de la Nación a fin de realizar un relevamiento del conjunto de los recursos humanos profesionales y no profesionales de la salud existentes en el país y su distribución regional y jurisdiccional, como así mismo determinar las reales necesidades de formación de recursos humanos.

Colaborar con las acciones encaradas por el Ministerio de Salud de la Nación a fin de realizar un relevamiento de todos los espacios de formación de grado existentes y los títulos que emiten, a nivel nacional y jurisdiccional, de gestión pública y privada.

Tender a la conformación de Consejos de Grado por profesión y uno general, vinculando el sector salud con el sector educación, en el que haya representación de todas las profesiones, a fin de establecer un consenso de los perfiles deseados para los profesionales y no profesionales de la salud.

Promover la articulación de estos acuerdos con las jurisdicciones provinciales y en el marco de los procesos de integración regional

- **Formación de Posgrado de Recursos Humanos en Salud**

Como afirmamos en la reunión pasada, la formación de los Recursos Humanos para la Salud debe formar parte y ser coherente con las políticas de salud y éstas no están escindidas de las definiciones, preocupaciones y formas de resolución de la crisis que actualmente enfrenta la Argentina. La formación de posgrado como la de grado en salud es una cuestión en la que deberemos integrar el conocimiento científico, los enfoques y recursos pedagógicos y las propuestas políticas que sobre el sector se formulen.

Existe consenso generalizado que la capacitación en Servicio y en especial el sistema de Residencias en el área de salud es la instancia pedagógica más adecuada a los fines de completar la formación de los recursos humanos en la práctica de las respectivas especialidades y profesiones.

Existe consenso también en que esta formación, a pesar de las dificultades enormes que existen, no puede estar supeditada a la mera práctica, sino que debe integrar a la misma a un cuerpo orgánico de actividades pedagógicas y científicas que provean no solo la formación integral del profesional sino que coadyuven al necesario proceso de socialización profesional.

Por lo tanto consideramos que el presente espacio de diálogo debe constituirse en el ámbito de análisis para extender el acuerdo de especialidades profesionales vinculadas al arte de curar a fin de iniciar un proceso de consenso de un marco reconocido de especialidades y áreas de acción o incumbencias de los distintos actores involucrados en la problemática de la salud a fin de avanzar en la elaboración de un marco federal de acuerdo que permita extenderlo a todo el país.

Consideramos también que no puede estar ajena a esta problemática los ámbitos decisorios del poder del estado en materia educativa, que interviene en la titulación de un importante número de especialidades no universitarias otorgadas por sector salud o asociaciones profesionales.

Tal vez como pocas otras áreas de la actividad humana en la actualidad, la organización económica de nuestra sociedad, se ve enfrentada contradictoriamente con la salud pública (*"derecho inalienable de la población"*) y esto se evidencia claramente en la situación de los recursos humanos.

En el punto 5° de la Declaración del Acta Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud, se establece la necesidad de *"mejorar la accesibilidad a los servicios de salud"* y en el 6°, *"comprometer esfuerzos para lograr una mayor racionalidad económica y social del sector"*.

Accesibilidad y racionalidad en la Crisis, significa hoy para el Estado la definición de prioridades estratégicas en el marco del acuerdo sectorial y federal que permita ordenar, relegitimar y establecer un marco regulatorio concreto que superando los intereses corporativos avance hacia un modelo de salud que contemple los dos conceptos previamente esgrimidos.

Definición y especificidad de las especialidades y profesiones de la salud, clarificación de interlocutores (Asociaciones profesionales y Científicas), reactualización de un Comité de evaluación de Residencias y especializaciones del área de la salud, que tienda a la conformación de un Consejo Federal de Residencias y especialidades del área de la salud y finalmente consensuar un sistema de certificación y recertificación de profesionales de la salud cuyo objetivo exclusivo este orientado al permanente mejoramiento de los niveles de calidad profesional y atención de la salud de nuestra población.

Esta es una tarea que concebimos colectiva con el conjunto de los aquí presentes y con el resto de las instituciones representativas del quehacer científico y profesional de la salud y por supuesto con las jurisdicciones provinciales.

## ACTA II

En la Ciudad de Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de Abril de 2002, los abajo firmantes, participantes de la Mesa de Enlace sobre Recursos Humanos en Salud, que se realiza en el marco de la Mesa del Diálogo Argentino, dejan constancia de los acuerdos logrados con respecto a la formación de posgrado de los Recursos Humanos de Salud.

Colaborar con las acciones encaradas por el Ministerio de Salud de la Nación a fin de realizar un relevamiento de todos los espacios de formación de posgrado (residencias u otras formas) existentes y los títulos de especialidad que emiten, a nivel nacional y jurisdiccional, de gestión pública y privada.

Tender a la conformación, en el más breve lapso posible, de un Comité de Evaluación de Residencias para acreditar las especialidades del área de la salud, que tienda a la conformación de un Consejo Federal de Residencias y especialidades del área de la salud a fin de validar y articular las residencias en salud en todo el país.

A partir del análisis y la evaluación de los acuerdos ya alcanzados con anteriores gestiones conformar consejos de posgrado por profesión y uno general en que haya representación de todas las profesiones.

Establecer mecanismos armónicos y coherentes de los procesos de certificación y recertificación profesional en todo el país respetando nuestro federalismo

Promover el registro de especialidades por profesión con esquemas homogéneos y armonizados con la definición de incumbencias y modalidades de acceso a la especialidad.

Establecer en el ámbito del Ministerio de Salud, el Registro Nacional de Entidades Profesionales y Científicas de la Salud.

Promover la articulación de estos acuerdos con las jurisdicciones provinciales y en el marco de los procesos de integración regional

## 10) HIV

- **Se realizaron guías de atención y tratamiento de HIV a fin de disminuir la variabilidad medica en esta patología.**

## 11) IMPLANTES COCLEARES

- **Se trabaja en la normatización de Implantes Cocleares.**

## 12) DÓLAR - SALUD

- **Elaboración de un Acta Acuerdo para petitionar ante las autoridades competentes por la Implementación de un dólar diferencial en salud.**

ACTA

En la ciudad de Buenos Aires, a los quince días del mes de abril del año 2002, los abajo firmantes, en representación de las instituciones que en el anexo se detallan, participantes de la Mesa de Enlace sobre "Medicamentos, Insumos y Tecnología" que se realiza en el Marco de la Mesa de Diálogo Argentino quieren dejar constancia de la necesidad de petitionar ante las autoridades nacionales competentes la instrumentación de un dólar diferencial para el sector de la salud, con el objeto de garantizar la provisión de insumos críticos.

Justifica este pedido la imposibilidad de adquirir los insumos, medicamentos y partes y piezas de aparatos tecnológicos que resultan indispensables para la atención de pacientes, lo cual compromete seriamente la vida de los habitantes en nuestro país, así como lesiona el inalienable derecho a la vida que todo ciudadano detenta.

Es por ello que solicitamos se deje constancia de nuestro reclamo y se eleve el mismo al Sr. Ministro de Economía, Dr. Remes Lenicov así como al Sr. Presidente de las Comisiones de Salud de las Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación.

- **Elaboración de un Acta Acuerdo para petitionar ante las Autoridades Competentes por la emisión de aranceles e impuestos a los insumos considerados críticos.**
- **Revisión de las normativas vigentes para la regulación de redes prestacionales y empresas gerenciadoras. (en proceso)**

Los participantes de la mesa de enlace han manifestado en numerosas oportunidades las distorsiones que producen empresas conocidas con el nombre de "gerenciadoras" que no poseen capacidad instalada propia y tampoco patrimonio propio. Muchas de ellas actúan tercerizando el riesgo a los prestadores de servicios médicos, ocasionando un aumento del gasto administrativo. Muchas veces se retiran del mercado dejando enormes pasivos a los efectores contratados con el consabido problema que ello acarrea.

En base a lo expuesto, los participantes han decidido revisar las normativas vigentes y redactar los considerandos para una nueva reglamentación.

- **Confeción de algoritmos para enfermedades prevalentes a fin de brindar un marco de referencia para elección de criterios diagnósticos, terapéuticos, así como la utilización y oportunidad de uso de recursos tecnológicos (en proceso)**

La normatización de criterios diagnósticos y terapéuticos, así como la oportunidad de utilización de tecnología resultan de suma utilidad para asegurar la misma atención a los pacientes, más allá de su ubicación geográfica, tipo de cobertura, etc.



Esta normatización también acota los riesgos de incurrir en juicios de responsabilidad profesional y resulta de suma utilidad a la hora de contener costos en salud.

Este tema ha sido recurrente entre los participantes de las distintas mesas de enlace, razón por la cual se decidió formar un grupo técnico que confeccionará los algoritmos de las primeras diez patologías prevalentes.

## **Participaron de la Mesas de Enlace**

<u>Presidente:</u>	Sr. Ministro de Salud de la Nación Dr. Ginés Mario González García
<u>Coordinadores:</u>	Sr. Superintendente de Servicios de Salud: Dr. Rubén Torres Sr. Interventor del ANMAT: Dr. Manuel Limeres Sr. Subsecretario de Regulación y Políticas: Dr. Héctor Conti Sr. Jefe de Asesores: Lic. Federico Tobar
<u>Secretarios Ejecutivos:</u>	Lic. Walter Valle Dra. Ana C. Pereiro
<u>Secretarios Técnicos:</u>	Dr. Rubén Roa Dra. Claudia Madies Dr. Guillermo Williams Lic. Mauro Dobruskin Lic. Lucas Godoy Dra. Patricia Silva Lic. Pablo Vizzotti Lic. Valeria Garay

## Entidades:

Representantes de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Senadores de la Nación  
Representantes de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación  
Dirección Nacional de Prestaciones Médicas de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales  
UNICEF  
Organización Panamericana de la Salud  
Academia Nacional de Medicina  
Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA)  
Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)  
Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA)  
Confederación Farmacéutica de la República Argentina (COFA)  
Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA)  
Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME)  
Confederación General del Trabajo de la República Argentina (CGT)  
Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA)  
Consejo Federal de Salud (COFESA)  
Asociación de Clínicas de la República Argentina (ADECRA)  
Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP)  
Colegio Oficial de Bioquímicos y Farmacéuticos de la Capital Federal  
Cámara Argentina de Proveedores de Insumos Hospitalarios  
Asociación Médica Federal (AMF)  
Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA)  
Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI)  
Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA)  
Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA)

Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA)  
Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA),  
Federación de Obras Sociales de Dirección  
Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA)  
Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME)  
Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)  
Confederación General de Profesionales de la República Argentina  
Federación Médica de Capital Federal (FEMECA)  
Cámara Argentina de Distribuidores e Importadores de Equipos Médicos (CADIEM)  
Confederación Argentina de Mutualidades  
Confederación Nacional de Mutualidades de la República Argentina  
Federación de Psicólogos de la República Argentina  
Foro Regional de Salud  
Cámara de Reactivos Diagnósticos  
Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro  
Consumidores Argentinos