

Ránking de Hospitales y Clínicas 2012

e=mc⁴

La fórmula del Hospital
Albert Einstein funciona
por **cuarto** año seguido

Lo siguen las clínicas Alemana y Las Condes de Santiago,
Santa Fe de Bogotá y Hospital Samaritano de São Paulo.



Por cuarto año consecutivo publicamos un Ránking que es referente único y exclusivo para comprender la complejidad de aquellos hospitales que mejor lo hacen en América Latina. Y los resultados de esta edición dan cuenta de cómo se estrechan las brechas.

Andrés Almeida Farga,
AméricaEconomía
Intelligence

Definiciones fotográficas



Qué hace mejor un hospital en comparación con otro? Ésa fue la pregunta de investigación que llevó a la elaboración de este

Ránking, y que en su cuarta versión arroja que el mejor de América Latina es el Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo.

Es un resultado consistente en el tiempo, y producto de la comparación de 372 datos clave que revelan la gestión de los hospitales en seis dimensiones: Seguridad y Dignidad del Paciente, Capital Humano, Capacidad, Gestión del Conocimiento, Eficiencia y Prestigio. De las seis, este hospital paulista obtiene las máximas puntuaciones en dos: Capacidad y Gestión del Conocimiento, manteniendo altísimos puntajes en el resto.

Y es que el Albert Einstein –en cuanto Capacidad– es un enorme nosocomio que al año hospitaliza a 46.000 pacientes a través de 74 especialidades y subespecialidades médicas, alcanzando la suma de, por ejemplo, 878 trasplantes, los que a su vez son subconjunto de 40.000 cirugías. En síntesis, una institución de altísima complejidad, que logra resultados destacados en todas las otras dimensiones del Ránking, incluyendo Seguridad, lo que es doblemente meritorio, pues la complejidad y carga multiplican la dificultad de gestionar procesos complejos y mantener buenos resultados en esa dimensión clave.

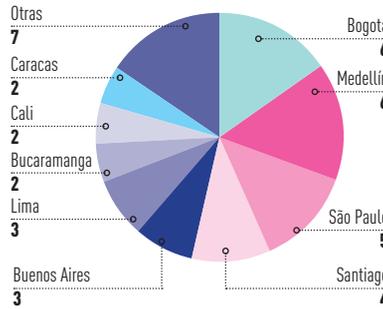
Este hospital es también, por lejos, la entidad que mayor esfuerzo dedica a la investigación médica, sumando la cifra de 1.348 publicaciones indexadas en base ISI en cuatro años. Un resultado que está por encima de cualquier otro hospital de la comparación, y –por cierto– de varias grandes universida-



Domicilio conocido

Distribución de hospitales, según ciudad (%)

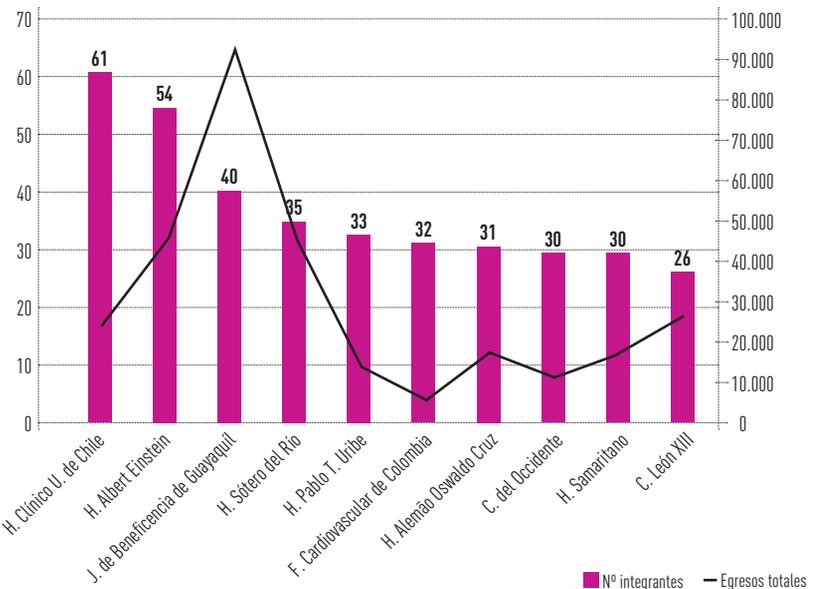
Fuente: AméricaEconomía Intelligence



Homeland security

Nº integrantes del comité de vigilancia de infecciones y egresos totales

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



des latinoamericanas, lo que explica en parte su predominio en Gestión del Conocimiento.

Sin embargo, el Einstein no está solo.

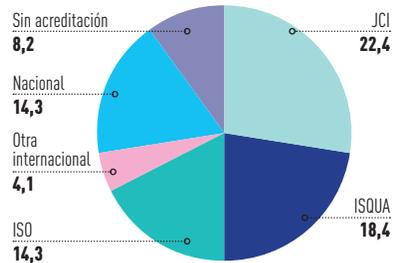
Muy de cerca lo siguen tres instituciones que no bajan de los 80 puntos,



Panóptico

Distribución de hospitales, según principal acreditación (%)

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



lo que en términos prácticos implica que mantienen una altísima competitividad entre ellas, logrando desafiar al Einstein en más de una dimensión. Son las santiaguinas Clínica Alemana (2º) y Clínica Las Condes (3º), y la bogotana Fundación Santa Fe (4º).

(Continúa en página 50)

RÁNKING DE CLÍNICAS Y HOSPITALES 2012

RK 12	RK 11	Hospital o clínica	País	Ciudad	Tipo de Hospital	Nº Egresos 2011	Nº Trasplantes 2011	Médicos 2011		Médicos por cada 100 egresos 2011	Nº camas 2011
								Nº	FT%		
1	1	Hospital Israelita Albert Einstein	BR	São Paulo	Privado	45.988	878	998	48,7	2,2	614
2	2	Clínica Alemana	CL	Santiago	Privado	29.050	302	784	58,2	2,7	330
3	4	Clínica Las Condes	CL	Santiago	Privado	23.957	93	740	60,4	3,1	257
4	3	Fundación Santa Fe	CO	Bogotá	Universitario Privado	13.897	630	445	79,6	3,2	205
5	6	Hospital Samaritano de São Paulo	BR	São Paulo	Privado	16.341	0	1.069	2,8	6,5	313
6	5	Hospital Clínica Bíblica	CR	San José	Privado	4.461	9	246	89,8	5,5	110
7	8	Fundación Valle del Lili	CO	Cali	Universitario Privado	17.734	691	388	86,6	2,2	431
8	10	Fundación Cardioinfantil	CO	Bogotá	Universitario Privado	13.406	218	306	53,9	2,3	300
9	14	Fundación Cardiovascular de Colombia	CO	Bucaramanga	Privado	4.718	103	145	86,9	3,1	193
10	7	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	BR	São Paulo	Privado	16.216	217	183	55,7	1,1	263
11	12	Médica Sur	MX	C. de México	Privado	36.464	12	139	100,0	0,4	170
12	15	Hospital Universitario Austral	AR	Buenos Aires	Universitario Privado	9.436	323	605	38,5	6,4	138
13	11	Hospital Alemán	AR	Buenos Aires	Privado	14.375	254	601	100,0	4,2	187
14	9	Hospital Moinhos de Vento	BR	Porto Alegre	Privado	17.687	0	189	65,1	1,1	374
15	-	Hospital São Vicente de Paulo	BR	Rio de Janeiro	Privado	5.358	0	69	100,0	1,3	116
16	-	Hospital Metropolitano	EC	Quito	Privado	10.865	170	703	47,4	6,5	123
17	23	Clínica Internacional	PE	Lima	Privado	14.181	0	402	54,7	2,8	183
18	24	Hospital Pablo Tobón Uribe	CO	Medellín	Privado	12.387	1.085	334	54,5	2,7	371
19	18	Hospital San Ignacio de Bogotá	CO	Bogotá	Universitario Privado	22.206	37	308	74,7	1,4	271
20	25	Centro Médico Imbanaco	CO	Cali	Privado	8.783	118	312	92,6	3,6	121
21	20	Policlínica Metropolitana	VE	Caracas	Privado	11.248	116	325	85,2	2,9	208
22	21	Clínica Ricardo Palma	PE	Lima	Privado	16.927	0	348	49,7	2,1	179
23	-	Junta de Beneficencia de Guayaquil	EC	Guayaquil	Privado	91.099	55	568	41,7	0,6	1.862
24	17	San Vicente de Paul Medellín	CO	Medellín	Universitario Privado	22.315	1.439	315	85,4	1,4	658
25	13	Sanatorio Americano	UY	Montevideo	Privado	9.634	49	370	95,4	3,8	166
26	27	Clínica Las Américas	CO	Medellín	Privado	12.705	443	232	10,3	1,8	212
27	19	Clínica Angloamericana	PE	Lima	Privado	4.641	0	123	52,8	2,7	64
28	16	Hospital Clínico U. de Chile	CL	Santiago	Universitario Público	23.528	152	589	51,6	2,5	546
29	35	Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	CO	Bogotá	Universitario Privado	6.214	219	99	23,2	1,6	118
30	-	Foscal	CO	Bucaramanga	Privado	15.904	214	287	78,0	1,8	290
31	22	Hospital General de Medellín	CO	Medellín	Público	18.844	0	496	46,8	2,6	407
32	36	Hospital Edmundo Vasconcelos	BR	São Paulo	Privado	12.524	0	745	31,9	5,9	220
33	-	Hospital de Clínicas Caracas	VE	Caracas	Privado	15.774	125	96	44,8	0,6	180
34	32	Clínica León XIII	CO	Medellín	Universitario Público	23.013	194	417	68,6	1,8	635
35	43	Clínica del Occidente	CO	Bogotá	Privado	12.204	0	206	63,6	1,7	180
36	-	Clínica Marly	CO	Bogotá	Privado	8.117	580	64	40,6	0,8	128
37	30	Hospital Sótero del Río	CL	Santiago	Público	44.463	20	270	40,0	0,6	779
38	-	Clínica Medellín	CO	Medellín	Privado	9.918	1	73	53,4	0,7	167
39	39	Hospital El Cruce Dr. Néstor Kirchner	AR	Buenos Aires	Universitario Público	3.264	10	228	53,5	7,0	118
40	28	Hospital Bandeirantes	BR	São Paulo	Privado	12.000	0	114	52,6	1,0	254

Enfermeras por cama	Ocupación de camas 2011 (%)	Papers ISI publicados (2008-2011)	Horas de visita diarias internación general	Mts. ² construidos	Publica resultados clínicos adversos en web	Seguridad	Capital Humano	Capacidad	Gestión del conocimiento	Eficiencia	Prestigio	Índice de Calidad 2012	RK 12
5,6	82,9	1.348	24	281.277	Sí	96,55	84,98	100,00	100,00	94,5	95,9	94,42	1
4,0	79,1	178	24	131.654	Sí	91,93	100,00	73,26	76,36	92,7	100,0	89,54	2
4,8	70,0	132	24	95.573	Sí	100,00	85,30	64,20	77,04	90,6	86,3	84,55	3
3,0	84,7	88	11	24.630	No	88,64	97,24	64,72	81,94	91,8	63,4	83,12	4
2,5	79,0	7	15	60.000	No	90,08	72,56	61,65	62,57	88,9	44,4	72,58	5
1,1	61,0	0	12	77.904	No	94,99	79,00	52,70	45,35	87,4	51,7	72,48	6
1,7	84,0	61	24	80.000	Sí	66,57	90,88	65,12	72,42	86,5	38,8	72,16	7
2,2	86,4	93	11	54.200	No	69,97	97,00	55,64	70,63	92,8	26,8	71,89	8
2,1	84,0	51	8	15.116	No	88,70	81,92	46,51	71,98	87,1	27,5	70,62	9
2,9	83,4	0	24	96.717	No	81,56	65,52	59,69	66,38	87,1	52,0	69,26	10
3,7	69,0	93	11	104.000	No	82,61	66,51	55,57	72,15	83,9	46,9	68,69	11
3,1	90,6	120	9	22.000	No	61,90	89,78	51,29	75,33	83,1	40,3	68,05	12
2,5	87,0	0	12	28.500	No	63,21	82,88	56,48	56,01	72,9	71,7	67,88	13
3,1	64,8	79	9	84.000	No	78,55	73,30	53,36	71,65	92,2	28,2	67,84	14
2,6	75,1	0	11	27.619	No	73,74	93,63	46,81	42,96	94,6	25,4	67,50	15
2,2	78,0	0	8	31.110	No	80,84	76,42	52,14	69,86	75,4	24,4	66,72	16
2,8	84,0	2	24	26.104	No	60,74	87,30	53,63	65,70	94,0	26,8	66,38	17
1,9	90,9	35	12	44.630	Sí	70,90	66,85	64,31	62,85	85,3	38,9	66,01	18
2,5	93,5	11	10	23.000	Sí	62,60	72,40	59,66	84,06	90,9	25,7	65,75	19
2,9	90,5	23	11	35.000	No	70,16	76,92	58,27	56,02	90,3	25,9	65,65	20
2,9	34,0	0	16	56.000	No	68,91	94,94	46,71	67,28	64,0	17,5	65,18	21
2,7	91,1	7	12	9.448	No	60,21	81,94	59,60	56,34	86,2	28,5	64,57	22
1,0	76,3	81	3	99.755	No	66,94	60,32	75,77	70,54	85,5	14,8	64,05	23
1,6	95,0	98	2	62.000	No	68,78	60,41	55,95	73,40	86,4	43,0	63,77	24
3,0	81,0	82	3	8.633	No	63,07	68,90	50,53	81,72	80,5	31,5	62,47	25
2,3	79,7	7	12	29.623	No	62,86	74,38	55,61	49,81	91,2	28,0	62,33	26
2,9	74,4	11	S.D.	S.D.	No	63,81	80,33	42,67	43,54	91,3	27,9	60,85	27
1,5	63,3	42	1	55.420	No	64,19	61,10	55,48	72,30	67,3	43,6	60,74	28
1,2	76,7	9	9	26.000	Sí	65,56	85,56	31,19	58,03	90,2	13,1	60,15	29
2,1	90,2	22	11	24.870	No	62,70	65,32	57,98	55,40	81,3	22,1	59,49	30
1,4	90,2	10	4	43.913	No	66,40	70,19	43,76	53,19	89,7	16,5	58,83	31
2,7	74,0	36	12	26.100	No	69,28	50,27	48,20	54,15	100,0	26,9	57,63	32
3,5	73,3	0	11	37.148	No	51,58	69,39	53,49	57,01	85,2	15,3	56,69	33
1,7	94,0	22	10	41.220	No	69,69	55,82	44,12	54,96	88,0	15,8	56,08	34
1,9	89,8	9	11	9.600	Sí	66,36	59,65	44,57	47,75	90,4	16,4	55,87	35
1,7	34,0	5	13	24.200	No	54,82	64,43	53,48	46,88	80,0	26,4	55,84	36
2,2	86,2	0	7	35.000	Sí	59,52	60,36	54,08	32,95	89,3	25,5	55,55	37
1,9	82,7	9	7	14.737	No	62,04	65,59	40,31	39,14	92,3	21,3	55,23	38
2,1	86,1	1	7	22.000	No	54,92	67,95	40,93	70,68	70,0	15,8	54,55	39
2,4	85,0	0	13	30.000	No	54,57	49,35	45,39	62,93	90,9	27,6	53,20	40

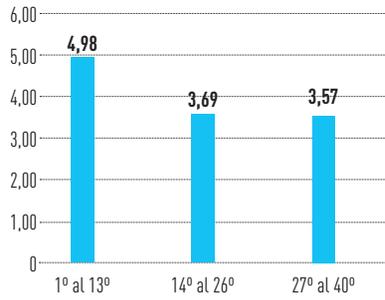


Seguridad

Medir bien para vigilar mejor

Promedios de tasas de infecciones intrahospitalarias, según tramos del Ránking

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



Cada una de ellas es una entidad que muestra resultados muy por encima de los promedios en cada indicador del Ránking, y suele tener también varios mejores desempeños. Así, los primeros cuatro hospitales de este listado generalmente obtienen los puntajes “100” en la mayoría de las 28 variables que componen este Ránking, organizándose el resto de manera proporcional hacia abajo. Esto los transforma en auténticos referentes de gestión de salud y calidad hospitalaria de la región.

La batalla de los 60

Una de las novedades de este año fue la asunción del Hospital Samaritano de São Paulo al Top 5, en su segunda participación en el Ránking. Destaca especialmente en Seguridad, donde da cuenta de bajos resultados adversos considerando múltiples mediciones, tales como las tasas de infección intrahospitalarias, los reingresos por el mismo diagnóstico o las cirugías en sitios erróneos, y de los procedimientos adecuados para asegurar que estos resultados sean no sólo bajos, sino realmente bien medidos. Y también en Eficiencia, una dimensión que combina indicadores hospitalarios como tasas

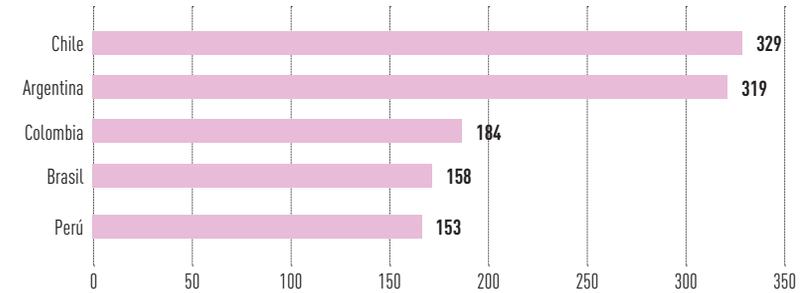


Capital Humano

Equipo titular

Promedio de médicos full time, según países

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



Capital Humano

Viene el doctor

Médicos por cada 100 egresos, según tipo de hospital

Fuente: AméricaEconomía Intelligence

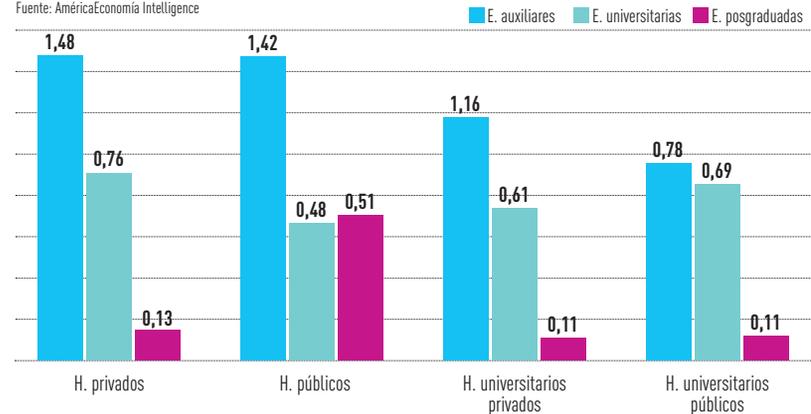


Capital Humano

¿Quién me cuida?

Tipo de enfermera por cama, según tipo de hospital

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



de ocupación y días de espera, junto con el desempeño financiero de estas entidades.

Su encumbramiento también responde al contexto paulista de atención en salud, pues São Paulo es una de las ciudades con más hospitales presentes en el Ránking (5), detrás de Bogotá y Medellín (6), pero con la ventaja de que la gran ciudad brasileña tiene dos hospitales en el Top 5 y uno de ellos es el líder del listado.

Desde el Hospital Samaritano hacia abajo, el Ránking muestra una línea de puntaje de mínimas diferencias entre hospitales sucesivos, la que se pone cada vez más estrecha en el segmento de aquellos que están en los 60 puntos.

Lo que pasa es que la competencia se ha vuelto estrecha. La gran mayoría de estos hospitales producen y reportan mejores datos que hace cuatro años, y se comienzan a notar cambios de gestión. En especial, esto sucede en las estructuras y organigramas de las entidades, pues a lo largo de los años muchas entidades comenzaron a sumar cargos y profesionales a las unidades hospitalarias que se miden en este Ránking, por ejemplo, las unidades responsables de la ética, la calidad o la investigación. Así, este año todos los hospitales reportan la presencia de una unidad de calidad con profesionales y técnicos especializados, distinta a la de investigación. Lo que no sucedió en las primeras versiones de esta medición.

A su vez, los mecanismos de validación que la metodología contempla favorecen la entrega de datos cada vez más claros, comprobables y comparables, lo que en términos prácticos significa que se ha llegado a la madurez de los indicadores, los que se han ido estandarizando cada vez más, limando las diferencias regionales y nacionales. Esto explica ciertas alzas y bajas, tanto

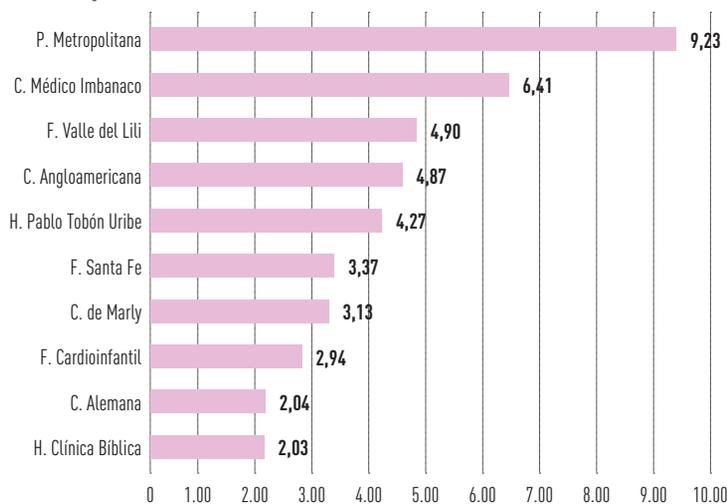


Capital Humano

Del Olimpo

Médicos especializados en las escuelas de salud presentes en Ránking de The Guardian, 2011 (%)

Fuente: AméricaEconomía Inteligencia

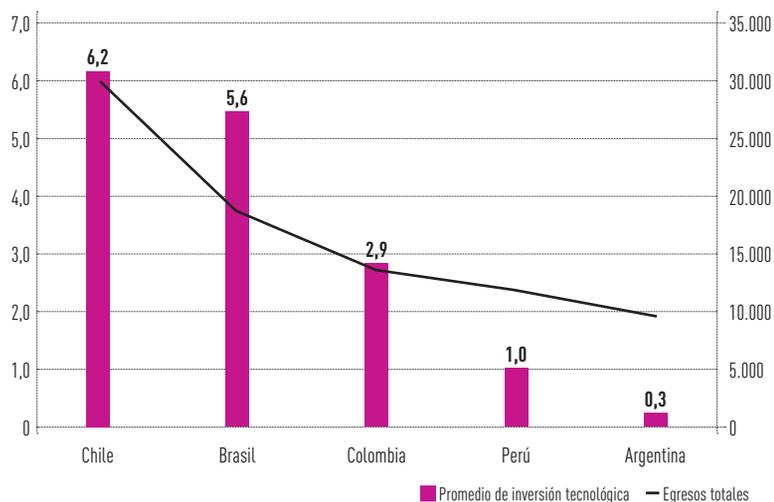


Capacidad

Tecnología y salud

Promedio de inversiones tecnológicas (US\$ MM) y egresos totales anuales según país

Fuente: AméricaEconomía Inteligencia



en indicadores específicos como en las dimensiones e incluso en el ranqueo final. Son claro ejemplo de esto las mejoras en las mediciones de papers ISI publicados por las entidades (no solamente por sus médicos) o la disposición de especialidades y subespecialidades, las que se acotaron este año solamente a aquellas que reconoce la Organización Panamericana de la Salud.

Bajo estas premisas, la composición del Ránking se realizó con un rigor redoblado, que aumentó los controles, tanto estadísticos como de soporte documental, y acudió a definiciones operativas más estrictas. En este espíritu, también se cerró la línea de corte de entidades rankeadas en 40 hospitales, a diferencia de 2011, cuando se calificaron 45.

La competencia en el mapa

Esta lista de 40 trata entonces de un conjunto de hospitales que puede compararse con los más altos estándares de América Latina. Y si bien esto no implica que haya un conjunto de excelentes hospitales por fuera del Ránking, que no han querido ser parte del proceso que contempla la entrega de cientos de datos complejos de mostrar al equipo investigador de AméricaEconomía Intelligence, esta medición es cada vez más representativa de los mercados más competitivos en cuanto a atención en salud se trata.

El caso de Colombia es el más claro. Cuatro ciudades (Bogotá, Medellín, Bucaramanga y Cali) se reparten la presencia de 16 hospitales, el subconjunto nacional más grande del Ránking. Y es que el mercado colombiano, fuertemente descentralizado, multiplica su competencia por cada polo de salud que se encuentra repartido por el territorio.

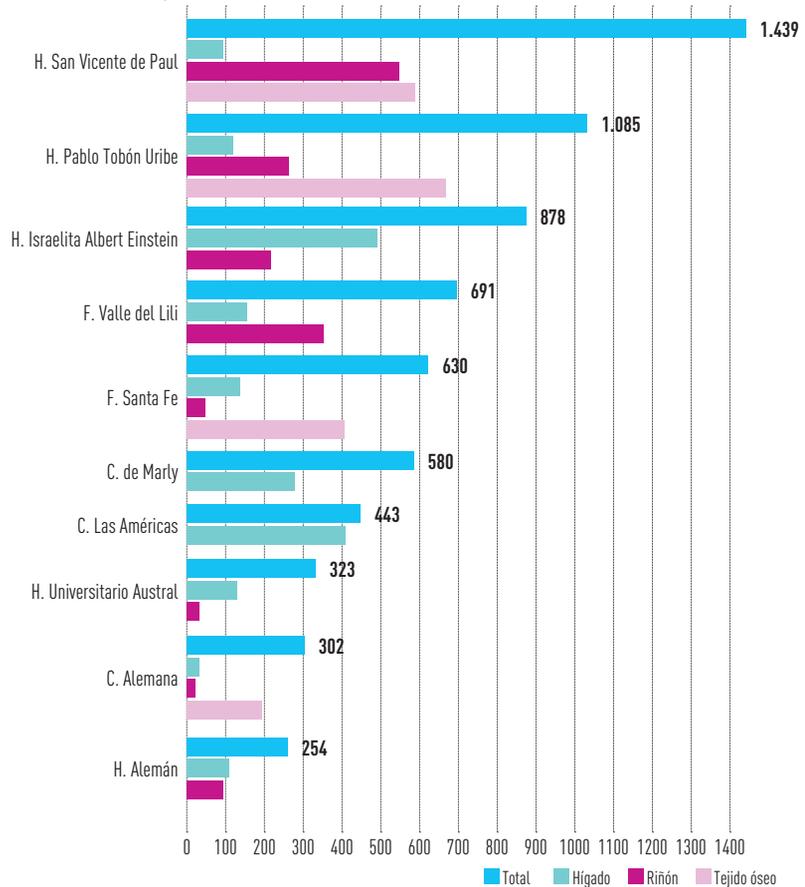
Esto se puede comprobar en la composición de los planteles médicos de los



Extra Play

Nº de trasplantes anuales

Fuente: AméricaEconomía Intelligence



hospitales colombianos, los que tienen, en general, mayores proporciones de médicos especialistas y subespecialistas. Por ejemplo, en promedio, 85,4% de los médicos de los hospitales colombianos del Ránking tienen especialidad, y 27,7%, subespecialidad, mientras que el promedio general para los 40 es de 82,2% y 22,8%. Después de todo, la calidad de la formación médica es uno de los aspectos clave de la medición de Capital Humano, dimensión que también

observa la formación, composición y disposición de los cuerpos de enfermeras y del gobierno hospitalario.

El caso de Colombia es distinto al de Brasil, donde São Paulo concentra la mayor proporción de hospitales rankeables. Lo mismo sucede con Chile, Argentina o Perú, donde Santiago, Buenos Aires o Lima también concentran la oferta de atención en salud de alta calidad. De este modo, sin otros polos de competencia dentro

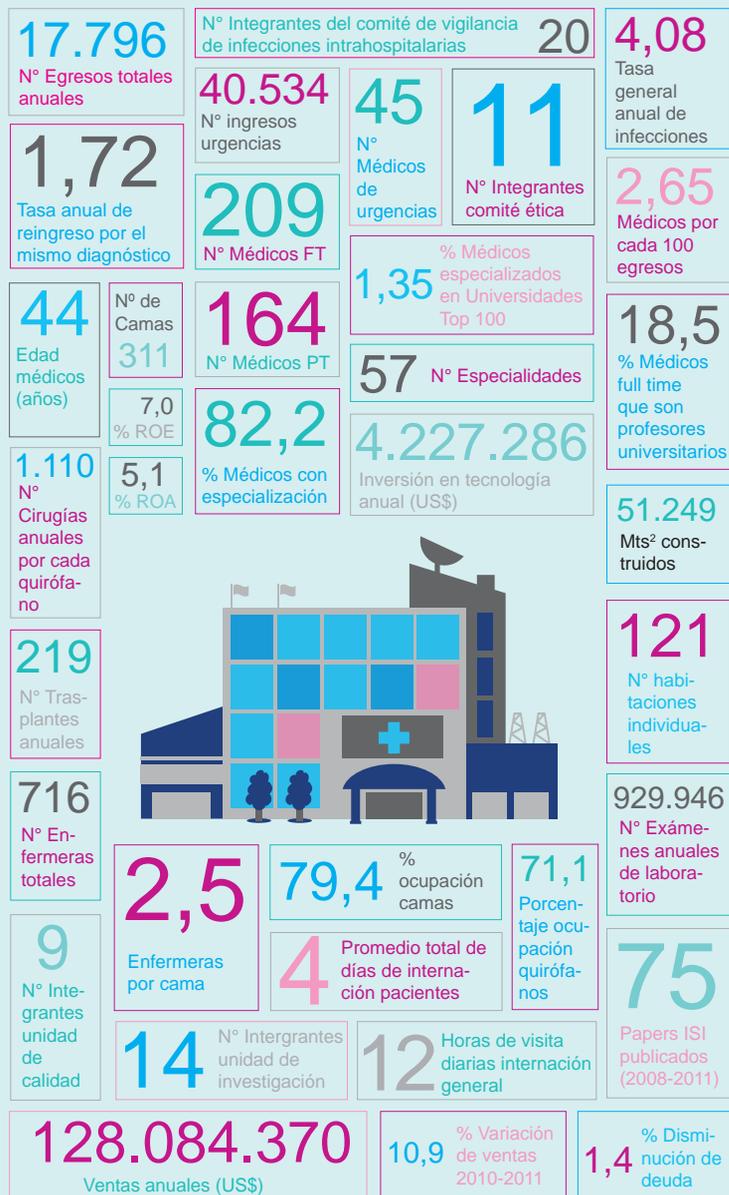
del país, algunas buenas entidades se marginan de la medición, presumiblemente porque ven más los riesgos que las oportunidades de compararse con los mejores de sus mercados o por

medio de estándares regionales, lo que sucede en especial con aquellos que por ahora tienen ya ganadas buenas posiciones de mercado sin necesidad del Ránking.

Así es el hospital promedio del Ránking

Principales datos de referencia

FUENTE: AMÉRICA ECONOMÍA INTELLIGENCE



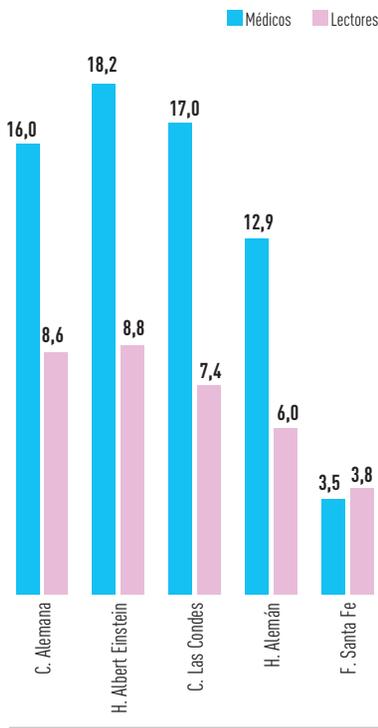
El caso de México es particular, pues salvo la presencia de Médica Sur (11°), presente desde la primera edición del Ránking, este inmenso mercado se ha resistido a ser parte de un benchmark regional, que implica, entre otras cosas, un ejercicio de transparencia inusual para América Latina. Esperamos que pronto se convengan de que este Ránking no sólo sirve al márketing, sino también es una poderosa herramienta de producción de conocimiento y análisis de gestión, que observa múltiples variables del quehacer hospitalario de los mejores de América Latina. ■



El pueblo y los expertos

Preferencias de hospitales, según lectores y médicos 2012 (%)

Fuente: Encuestas a lectores y médicos, AméricaEconomía Intelligence



INFOGRAFÍA: ÁLVARO ARAYA URQUIZA / ILUSTRACIÓN: PATRICIO OTNIEL

NOTA: LA PREGUNTA DE MÉDICOS CORRESPONDE A LAS MENCIONES OBTENIDAS FUERA DEL PAÍS DE ORIGEN DE CADA HOSPITAL Y NO CORRESPONDE A LA TOTALIDAD DE LA MEDICIÓN DEL INDICADOR.



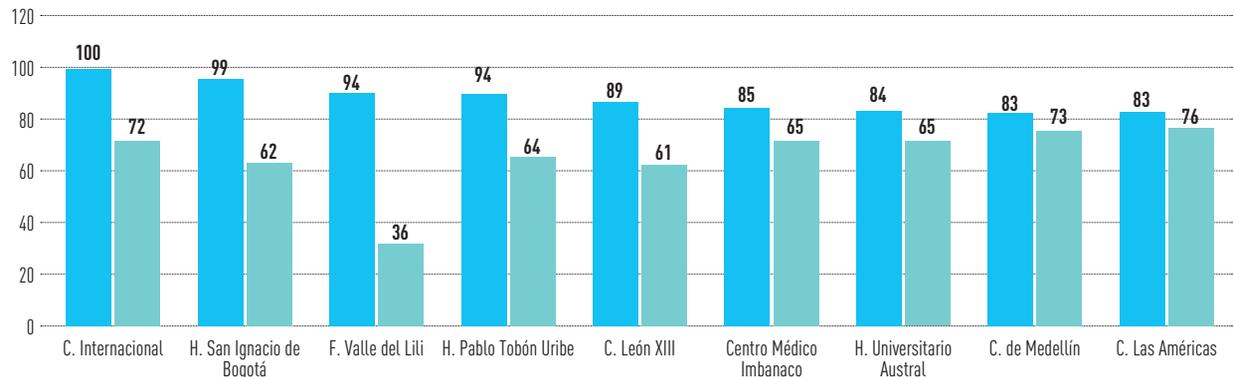
Eficiencia

Anillo al dedo

Tasas anuales de ocupación de quirófanos y de camas (%)

Fuente: AméricaEconomía Inteligencia

■ Tasa ocupación de quirófanos ■ Tasa ocupación de camas

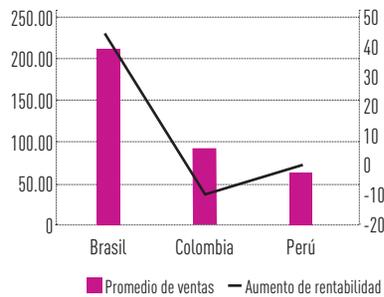


Eficiencia

Sangre verde

Promedio de ventas netas 2011 (US\$ MM) y aumento de rent. 10-11 (%)

Fuente: AméricaEconomía Inteligencia

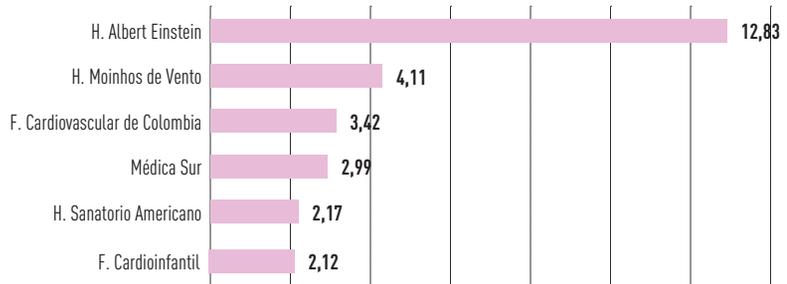


Gestión del conocimiento

Ríos de tinta

Papers ISI por cada 10 médicos

Fuente: AméricaEconomía Inteligencia



METODOLOGÍA 2012

Qué hospitales pueden participar. Cualquier hospital o clínica de alta complejidad latinoamericana que preste múltiples servicios en una amplia gama de especialidades médicas, y que haya sido mencionado como referente por los ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela u otras fuentes pertinentes. Pueden ser tanto públicos y privados, como universitarios. En total se invitó a más de 190 entidades de esos países.

Qué hospitales participaron. Aquellos hospitales y clínicas que enviaron un gran cúmulo de datos relevantes a través de un cuestionario que recoge datos clave en torno a seis dimensiones de la calidad hospitalaria, más un conjunto de documentos que avalan dicha información.

Qué mide el ranking. Seguridad y Dignidad del Paciente (25%), es decir, indicadores de procesos y resultados que permiten minimizar riesgos hospitalarios, y transparencia. Capital Humano (25%), considerando el análisis del plantel médico, de enfermería y el gobierno hospitalario. Capacidad (20%), es decir, indicadores de cantidad de egresos, camas, especialidades y subespecialidades médicas,

exámenes de laboratorio, cirugías, etc., además de inversiones. Gestión del Conocimiento (10%), es decir, indicadores que permiten medir la capacidad de generar, obtener y difundir la vanguardia del saber médico en la entidad. Eficiencia (10%), considerando variables de eficiencia médica, como tasas de ocupación de camas o quirófanos, eficiencia financiera (balances y estados de resultado) y los mecanismos de gestión de la calidad. Y Prestigio (10%), que considera, a través de encuestas, la opinión de los médicos de los hospitales participantes y de los lectores de **AméricaEconomía** suscritos al portal web, y los hitos, logros y alianzas estratégicas alcanzadas por las entidades.

¿Quién paga mi salud?

Al igual que en Colombia, los planes privados de salud también están en el ojo del huracán en Brasil. El sistema enfrenta a las aseguradoras contra médicos, laboratorios y hospitales.

Paula Pacheco en São Paulo

Gislaine Rodrigues Maeda tiene 34 años y hace 10 que paga un plan de salud en una aseguradora privada. En 2010 se sometió a una cirugía para extraerle el apéndice. Los exámenes posteriores revelaron que tenía cáncer. Se le extrajeron parte del intestino y un ovario, pero el problema persistía en el abdomen, y Gislaine recurrió a un especialista en São Paulo que la sometería a una nueva cirugía, esta vez en el prestigioso hospital Sirio-Libanés. Pero su aseguradora de salud, según ella, se negó a cubrir la intervención, pese a que estaba prevista en el contrato. ¿La solución? Recurrir a la justicia. Gislaine fue

operada, pero ha debido seguir litigando para someterse a nuevos exámenes y procedimientos, como una tomografía PET Scan para descartar la presencia de nuevas células cancerígenas.

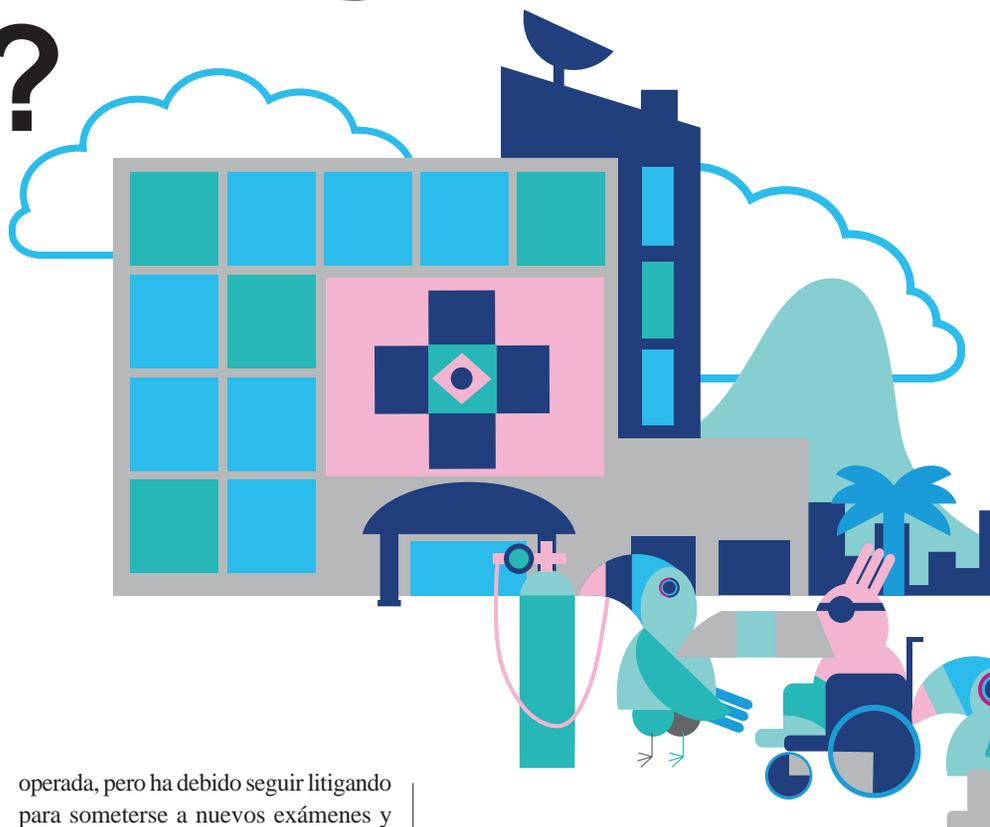
“El juez entendió que ellos están obligados a costear los gastos mientras yo esté en tratamiento. Sin estas decisiones favorables yo podría haber muerto”, dice la mujer.

Casos como éste se han multiplicado en los últimos años. Porque mientras la posibilidad de comer mejor y comprar una casa propia dejó de ser un sueño para millones de brasileños, el acceso a la salud no es precisamente un carnaval.

Después de 14 años desde la publicación de la Ley de Planes de Salud, se comienza a configurar un escenario que ya se ha dado en Chile y Colombia, países que abrieron antes que Brasil el

sector salud a las aseguradoras privadas. Las cifras son elocuentes: según datos de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS, por sus siglas en portugués), entre 2003 y 2012 la cartera de clientes aumentó en un 50%, alcanzando un total de casi 48 millones de personas. Y las aseguradoras facturaron US\$ 40.000 millones, o sea, un 5% más que todo el presupuesto del Ministerio de Salud.

El problema es que estos números esconden un desacople cada vez más marcado entre el número de usuarios y la oferta de servicios. Al punto que en julio la ANS, bajo presión de los usuarios, suspendió la comercialización de 268 planes de salud por no respetar los



plazos de atención establecidos por la ley. En total, unos 3,5 millones de personas se atienden con ellos, casi el 10% del sistema en su conjunto.

“La fiscalización es pasiva, o sea, hay una reacción cuando los reclamos llegan a la ANS”, dice Joana Cruz, abogada del capítulo de salud del Instituto de Defensa de Consumidor (Idec).

Según el organismo, los planes de salud han liderado sistemáticamente la

reclamos más comunes se relacionan con la baja cobertura, los reembolsos. “Estos reclamos muestran que las empresas carecen de una red adecuada para atender a sus clientes”, dice Amaral. “El hecho es que vendieron más planes de los que podían”, agrega.

Relación delicada

Uno de los elementos que explican el problema es la pulseada entre las aseguradoras y los prestadores de servicios (laboratorios de análisis, clínicas y hospitales y, especialmente, con los médicos). Y en el eje de la polémica están las tablas de remuneración de todos ellos. Según Florisval Meinão, presidente de la Asociación Paulista de Medicina, los contratos con las operadoras no contemplan índices de reajuste ni su periodicidad. “Los planes de salud cobran caro por las mensualidades y no entregan un valor justo a los médicos”, afirma.

La Asociación Nacional de Hospitales Privados y algunos de los principales establecimientos del país, prefirieron no participar en este reportaje de **AméricaEconomía**.

El gremio médico, por su parte, se ha movilizado en dos frentes: protestas públicas y la suspensión temporal de la atención a los afiliados a ciertos planes. La ANS ha recomendado a las aseguradoras incluir índices de reajuste en los contratos, pero hasta el momento pocas se han animado a negociar con los médicos. El resultado, según Meinão, es una reducción de la red de atención de las aseguradoras y una baja en la calidad. Muchos médicos, explica, han preferido cerrar su consulta porque el valor pagado es muy bajo, y hay incluso algunos que se rehúsan a hacer operaciones. “Se gana más por dos consultas de plan (unos US\$ 30 en promedio) en un día que hacer una cirugía de amígdala que remunera unos US\$ 50 y exige mucho



El elemento frágil del conflicto son, por cierto, los usuarios del sistema.

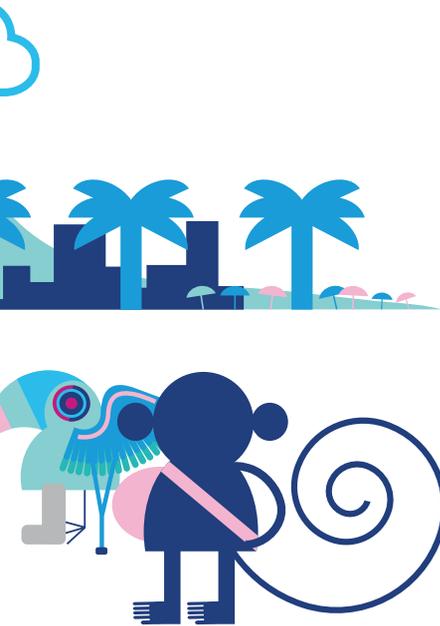
más del profesional”, detalla.

Por cierto, el elemento frágil de este conflicto es el usuario, enfrentado a contratos incomprensibles y a continuos obstáculos para ser atendido. De ahí la judicialización de las prestaciones y una creciente tendencia de parte de éstos a buscar atención en el sistema público.

Sin embargo, no siempre el villano es la aseguradora, sino los desajustes del sistema. Milton Sanches fue despedido a los 70 años, luego de 20 años de trabajo en una misma empresa. Sanches se dirigió al departamento de recursos humanos para extender el contrato de su plan de salud. La ley establece que, en caso de que el trabajador pague parte de la mensualidad adquirida por la empresa, tendrá derecho a continuar como afiliado durante un período proporcional al que estuvo empleado. Pero la empresa había cambiado de operador varias veces mientras estuvo empleado. “Decidieron desconocer todo el período que yo ya había pagado por los distintos planes y no querían cumplir la ley”, cuenta hoy. Como miles de brasileños, se vio obligado a recurrir a la justicia.

Lo mismo tuvo que hacer Luiz Carlos Alcântara. Hace dos años recibió una carta de su aseguradora avisándole que el costo de su plan subiría en un 49% debido a que acababa de superar los 60 años. “Me sentí pasado a llevar. Recurrí a la justicia, que actuó rápidamente en mi favor”, cuenta este funcionario público.

Todos estos problemas muestran que no sólo la salud pública goza de mala salud en Brasil. El sistema privado necesita también un buen especialista. Y con urgencia. ■



lista de reclamos en los últimos años, apenas por debajo de los servicios financieros. Algo que refutan en la Asociación Brasileña de Medicina de Grupo, que reúne a 250 aseguradoras.

“A las empresas se les está pagando por algo que no pueden cumplir. Es una estafa”, dice José Eduardo Tavolieri, presidente de la comisión de derechos del consumo de la Orden de Abogados de Brasil (capítulo paulista).

Selma do Amaral, directora de atención de la Fundación para la Defensa del Consumidor en São Paulo, afirma que los

De mala a buena medicina

Inicialmente vista como una amenaza, la reforma al sistema de salud de EE.UU. ahora luce como el antídoto a la crisis para el turismo médico.

Antonio María Delgado en Miami

El turismo médico no era tan inmune a la crisis como se pensaba. La desaceleración económica mundial impactó a través de la caída en el gasto discrecional de los estadounidenses y un menor número de personas viajando al exterior para atenderse. Pero los representantes de esta industria que mueve US\$ 50.000 millones anuales aún mantienen el optimismo, centrando sus esperanzas en un importante aliado que pronto podría salir en su auxilio. Se trata, curiosamente, de la reforma al sistema de salud que comienza a ser ejecutada en Estados Unidos, ley que hacía sólo un par de años se vislumbraba como una amenaza para el sector.

La ley, promovida por el presidente Barack Obama y convertida en blanco favorito del opositor partido Republicano, obtuvo un importante espaldarazo en junio, cuando la Corte Suprema de Justicia rechazó los argumentos de que era inconstitucional. Aprobada en 2010, la legislación introduce escalonadamente

una serie de medidas para brindar seguro médico a cerca de 45 millones de personas que actualmente no tienen acceso al costoso sistema.

Muchos de ellos son hispanos que residen en Estados Unidos y quienes, al no tener acceso al sistema, viajan al extranjero para atenderse. Por ello la reforma fue inmediatamente vista como una amenaza mayor que la crisis económica para el sector. Y, sin embargo, el efecto ha sido al revés, explica Renee-Marie Stephano, presidenta de la Asociación de Turismo Médico en Estados Unidos.

“Nosotros creemos que, al final, la reforma al sistema de salud terminará beneficiando al turismo médico porque, esencialmente, fue diseñada para brindarle a la gente acceso a la atención médica primaria”, dice Stephano.

Pero la reforma no brinda cobertura para una serie de procedimientos médicos

selectivos, los cuales van desde operaciones cosméticas hasta intervenciones ortopédicas y procedimientos cardiológicos. Este tipo de tratamiento constituye el grueso de los procedimientos que la mayoría de los turistas estadounidenses buscan en el exterior.

“La reforma va a aumentar los costos para las compañías privadas, encargadas de contratar los servicios de las empresas de seguro médico y cuyas pólizas van a subir”, sostiene Stephano.

Y esta alza de las pólizas va a obligar a las empresas, que deben ahora suministrar cobertura a todo el mundo, a buscar alternativas de ahorro.

Los facilitadores

Antes de la crisis la industria alardeaba de contar con una gran tasa de crecimiento en el número de estadounidenses que viajan a distintos puntos del planeta en busca



de atención médica. Hoy sigue creciendo, pero la desaceleración es visible. Un estudio de Deloitte estimó que para este año el número de pacientes empacando las maletas sumaría sólo 1,6 millón, un incremento considerable frente a los 750.000 registrados en 2007, pero muy lejos de los seis millones que la misma firma ha pronosticado previamente para 2012.

“Es innegable que estamos atravesando por una recesión y hay problemas económicos que han tenido un impacto en los flujos normales de pacientes, pero un número cada vez mayor de personas están viendo al turismo médico como una verdadera alternativa, y un mayor número de compañías están ingresando a esta industria”, comenta Stephano.

Med Tourism & Consulting es una de ellas. Radicada en San Juan, Puerto Rico, inició sus operaciones como “facilitadora” hace un año, sirviendo de puente entre los pacientes y las instalaciones hospitalarias de Puerto Rico y República Dominicana, según explica Eileen de Choudens, gerenta de Marketing y Servicios de la compañía.

Al igual que las decenas de facilitadoras que han aparecido en los últimos años, parte del trabajo de Med Tourism & Consulting consiste en hacer todos los arreglos para el paciente -actuando en ese caso como agente de viajes- y al mismo tiempo cerciorándose de las capacidades de los médicos y los hospitales a visitar, limitando así la renuencia de muchos estadounidenses a salir de su país para buscar atención médica.

Esa renuencia inicial, no obstante, comienza a desaparecer cuando el faci-



litador demuestra que ha realizado la investigación correcta de los diferentes centros para asegurar que brindan un servicio de alta calidad y que los doctores están altamente capacitados para atenderles con un servicio incluso mejor de lo que obtendrían en Estados Unidos.

Pero el gran atractivo es otro. “Los precios son mucho más bajos y sin afectar la calidad de servicio; por ejemplo, Puerto Rico

está acreditado por la Joint Commission (organización que vela por la calidad de la asistencia médica en EE.UU.) y, en el caso de República Dominicana, los precios son también muy competitivos y las instalaciones son acreditadas por Joint Commission International (la homóloga internacional del organismo estadounidense)”, señala De Choudens.

Pero Puerto Rico y República Dominicana son en realidad nuevos jugadores dentro de la industria latinoamericana. Países como Brasil, Costa Rica, México, Colombia y Argentina llevan ya algún tiempo promocionando sus instalaciones médicas en el exterior. Otros países que han comenzado a destacarse son Guatemala y Chile, países que, detectando el potencial de la industria, han empezado a promocionarse como destino en las convenciones que realiza la industria. En Costa Rica, por ejemplo, la actividad es impulsada enérgicamente por el gobierno.

“El turismo médico se ha establecido como el quinto aspecto del turismo en este país. No sólo es una actividad que beneficia al médico, sino también beneficia a los hoteleros, a los agentes de viajes y

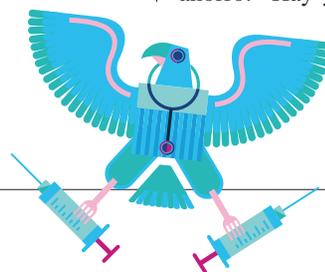
las aerolíneas”, declaró recientemente el ministro de Turismo de Costa Rica al diario *La Nación*.

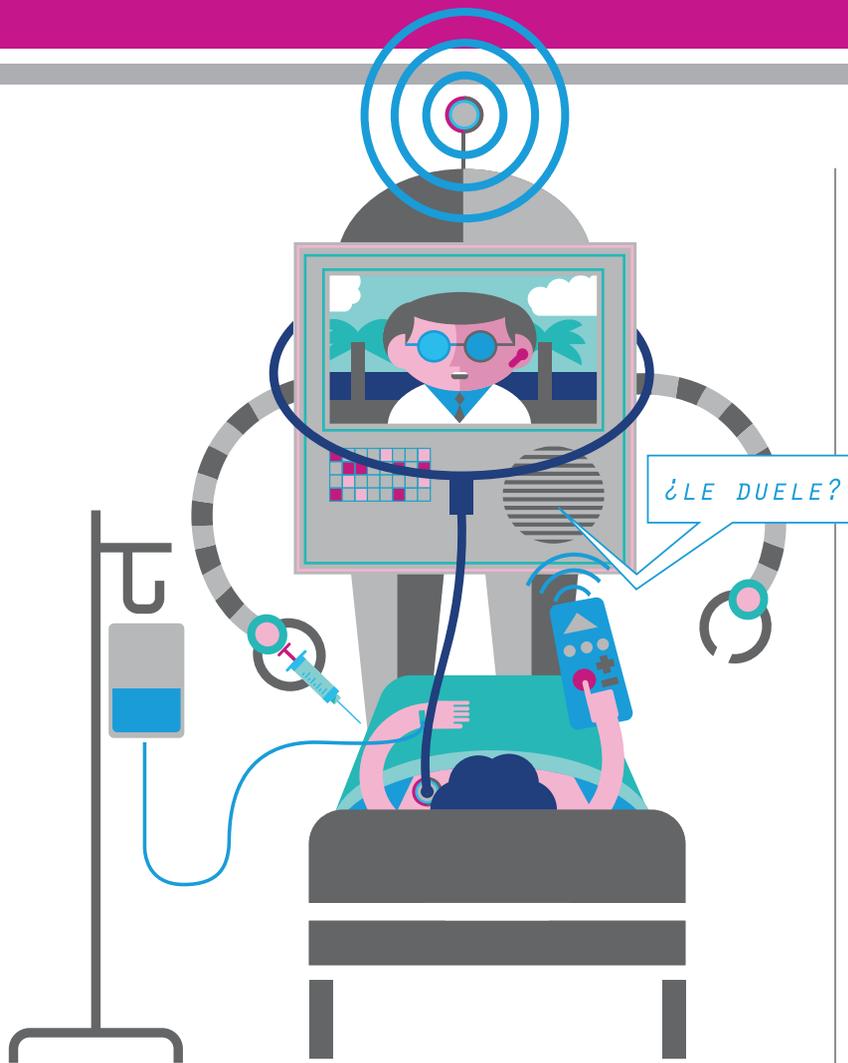
El interés de los centros de asistencia médica de la región en atraer pacientes estadounidenses también ha estado aumentando en los últimos años, según explica Stephano, destacando que un buen número de ellos están entre las nuevas instituciones acreditadas por Joint Commission International, cuyas certificaciones han aumentado a cerca de 350 desde el centenar que habían sido otorgadas en 2008.

Y el número probablemente crecerá aún más en los próximos años, en la medida en que la reforma al sistema de salud estadounidense comience a elevar los costos a la atención médica de Estados Unidos, obligando a las compañías a buscar maneras de recortar los costos.

Señales de esto ya han comenzado a verse en el país, explica la presidenta de la asociación. “Las compañías de seguros están explorando las oportunidades que brinda el turismo médico, y una de las grandes compañías en este momento está ofreciendo el turismo médico para sus propios empleados. Esto es algo que nosotros estimamos eventualmente va a comenzar a suceder”, dice Stephano.

Ésa es una de las posibilidades. La otra es el desarrollo del mercado autofinanciado “donde las compañías asumen el riesgo de suministrar el servicio médico directamente a sus empleados, aportando los fondos y contratando a un administrador para que los maneje”. Stephano estima que esto último podría darse incluso con mayor rapidez, en base a la palabra mágica que sesga todo el debate sobre los sistemas de salud: ahorro. “Hay ya muchas compañías que lo saben y que en este momento están evaluando esa oportunidad”, señala. ■





Dr. Robot

La telemedicina podría terminar con los inconvenientes que provoca la falta de especialistas en América Latina. Altos costos y falta de regulaciones generan tensión.

David Cornejo y Tamara Muñoz

Aunque cueste asociarlos, hay una relación entre las caderas de Jennifer López, los indígenas de la selva panameña y la tecnología médica. En junio pasado, en medio de su visita promocional al país centroamericana-

no, la cantante donó siete equipos de telemedicina a distintos hospitales de Panamá, incluyendo tres centros médicos y pediátricos. El sistema permite la atención a distancia interconectada entre los servicios de salud del país y doctores ubicados en Los Ángeles,

EE.UU. “Estamos aquí para ofrecer educación a los médicos y enfermeros que pueden mejorar aún más la vida de miles de pequeños en este país”, señaló López leyendo un discurso en spanglish. Los indígenas panameños, como en gran parte de la región, no cuentan con atención médica por su lejanía con centros urbanos.

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina la cantidad de médicos va desde los 66,3 médicos por cada 10.000 habitantes en Cuba hasta los tres que tiene Honduras. Es en este contexto donde la tecnología médica remota resulta una alternativa atractiva frente al déficit de médicos de zonas apartadas.

Los procesos médicos electrónicos, robotizados y conectados en red son parte del concepto acuñado hace una década bajo el nombre de eHealth, dentro del cual se incluye la telemedicina. América Latina necesita más médicos y tecnología que haga más expedita la atención. “Acá las tecnologías médicas vienen perfecto por las características geográficas y el hecho de que hay pocos médicos especializados en las zonas rurales”, dice Mariano Pablo Groiso, Healthcare Industry Leader de IBM para Sudamérica. El futuro ya está entre nosotros.

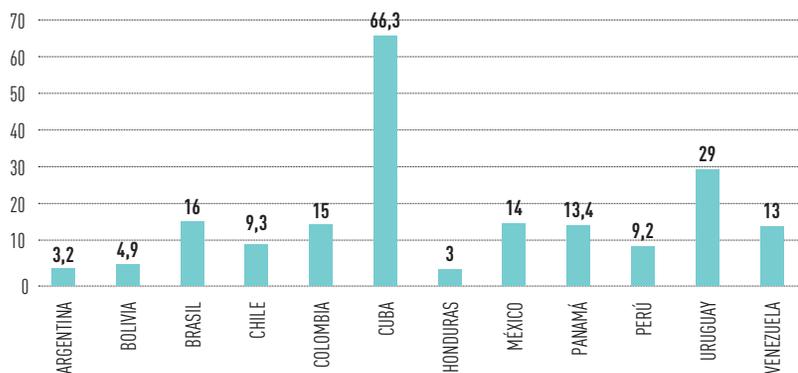
Ciencia ficción latinoamericana

La telemedicina se desarrolla en dos formas: síncrona y asíncrona. La primera es en tiempo real, incluye cirugías complejas y requiere conexiones de banda ancha superiores a 512 kbps. La forma asíncrona se refiere al monitoreo de datos a distancia analizados con posterioridad a su envío, por lo que funciona con menos de 256 kbps. Por ahora, si el sistema de telefonía móvil e internet es precario en la región, lo recomendable es no implementar cirugías complejas.

¿Hay un doctor en la sala?

Número de médicos y enfermeras profesionales cada 10.000 habitantes

FUENTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010.



Esta tecnología involucra la ayuda de sectores con alta profesionalización médica hacia otros con menos recursos. “Esta transferencia de conocimientos puede servir también para unir, en casos complejos, a especialistas de centros de excelencia globales con médicos de países menos privilegiados”, comenta Adriana María André, coordinadora del MBA Ejecutivo en Salud de la Fundación Getúlio Vargas en Brasil. Si en el futuro se realiza una conexión global, los especialistas estarán en cada emergencia como verdaderos súper héroes.

Por el momento, los avances en América Latina se ven privilegiados con la renovación y creación de nuevos centros de salud. “La región está un poco atrás, pero recuperando terreno con mayores inversiones. Acá se dan nueva inversión y recambio, con instituciones que apuntan a los últimos avances, y otras que cotizan a tecnología de menor valor según sus presupuestos”, dice Carlos Emilio Álvarez, director de Healthcare Phillips para la región sur de América Latina. Estos recambios de equipos están llevando la telemedicina a sectores tan apartados como la selva, el altiplano o las islas de la región.

Para Carol Hullin, líder de la División de Informática Médica del Banco Mundial y miembro de la Escuela de Salud del Instituto DUOC (dependiente de la Universidad Católica de Chile), el principal beneficio de la telemedicina hoy es este acortamiento de las distancias geográficas. “Brinda servicios hacia lugares que no existían en el mapa de la salud. Como Isla de Pascua”, agrega. Esta isla chilena que menciona Hullin está en medio del Pacífico, a cinco horas en avión del continente, y por décadas, contó sólo con un pequeño hospital de campaña llamado Hanga Roa.

Hoy este hospital está en renovación, incorporando la telemedicina. Ya posee un

sistema de electrocardiograma remoto que permite tratar emergencias cardiacas con especialistas en el continente, en forma síncrona. “Lo más reciente en la isla es el ‘Arturito’, un robot que examina al paciente monitoreado en tiempo real desde Santiago”, comenta María Angélica Silva Duarte, directora del Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago, que supervisa Hanga Roa. Este “dispositivo móvil de teleasistencia” fue rebautizado en recuerdo al R2D2 de la película Star Wars.

En América Latina la brecha entre la realidad y la ciencia ficción se acorta. Según Álvarez, de Phillips, incluso la máquina de auto-operación de la película Prometeo no está muy lejos de la realidad latinoamericana. “Conozco sistemas de intervención quirúrgica manejados a distancia de forma robótica. En el futuro podría un médico desde Chile operar hacia Argentina, es decir, aplicar la robótica a la intervención quirúrgica”, comenta.

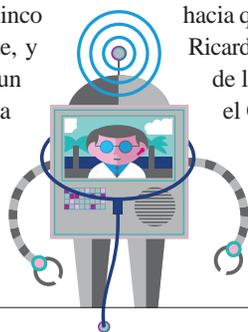
Con estos avances, cambia también cómo percibimos la medicina. “Cada vez más, ante un problema de salud, se piensa en qué tecnología médica o dispositivo me puede ayudar. La pregunta irá cambiando desde qué fármaco tomas hacia qué dispositivo usas”, señala Ricardo Sánchez, director regional de la compañía Medtronic para el Cono Sur.

hasta un centro de salud. Gastar dinero y tiempo en búsqueda de especialistas. Ésta es la realidad de millones de latinoamericanos. En este contexto, la telemedicina se presenta como un remedio ideal a esta situación crítica. Sin embargo, todavía existen ciertos obstáculos para su expansión.

Salvo excepciones, la tecnología médica no aparece entre las prioridades de las políticas públicas regionales, en gran parte porque benefician a sectores apartados. No a grandes masas de población urbana y sus votos en las urnas.

A ello se suman los altos costos de estas tecnologías. “Acá se necesita tiempo, pues los presupuestos son menores a los países del primer mundo y los costos son una limitante”, explica Mariano Pablo Groiso, de IBM. Además, el vacío legal que existe en América Latina tampoco ayuda. El uso de la telesalud exige la gradual construcción de un marco ético y legal complejo, que no sólo debe abordar la relación del médico y el paciente, sino el acceso a la información confidencial de los enfermos. Algo delicado en una era donde prácticamente todo es hackeable.

“Estamos en la era digital y en el futuro los países dependerán de una buena salud para progresar”, recalca Carol Hullin. Los especialistas coinciden en que América Latina es territorio fértil para la telemedicina. Ya tenemos a “Arturito”; quedamos a la espera de los demás robots. ■



Políticas públicas

Recorrer largas distancias