



UMANA

Salud de calidad
al alcance de los
más vulnerables

Reportaje



UMANA

Salud de calidad
al alcance de los
más vulnerables

Reportaje



UMANA
Salud de calidad al alcance de los más vulnerables

Depósito Legal: DC2021000191

ISBN: 978-980-422-216-0

Autores
Paula Cardenau,
Njambre

Rómulo Rodríguez,
especialista en desarrollo local

Coordinador Institucional
Ana Mercedes Botero,
Innovación Social CAF

Diseño y diagramación:
Good, Comunicación para el Desarrollo Sostenible

Impreso en Colombia

UMANA

Salud de calidad
al alcance de los
más vulnerables

Reportaje

UMANA

Salud de calidad al alcance de los más vulnerables

UMANA y CAF, desde una perspectiva de innovación social, se han asociado para potenciar un modelo de gestión sanitaria, creado con el propósito de hacer factible el acceso de personas en situación de vulnerabilidad social y económica a servicios de salud oportunos y de calidad.

Al eliminar la intermediación de terceros en la relación entre pacientes y proveedores, este modelo innovador ha demostrado que es posible lograr una oferta sostenible de servicios oportunos y de calidad para personas que, de otra forma, se verían obligadas a padecer las ineficiencias de un sistema de salud pública sobrepasado en su capacidad de atención adecuada a la mayor parte de la población de Argentina. La historia de UMANA es un proceso en pleno desarrollo, cargado de promesas, al cual CAF se ha sumado en cumplimiento de su misión de promoción de iniciativas de innovación social en la región.

Paula Cardenau, consultora, fundadora de Njambre, compañía dedicada al diseño y creación de modelos de negocio que generen impacto social y ambiental positivo en América Latina. Paula ha acompañado a UMANA en su proceso de crecimiento como empresa de impacto y, por tanto, conoce a fondo la realidad y direccionalidad estratégica de esta iniciativa innovadora en materia de salud.

Rómulo Rodríguez, consultor especialista en gestión de proyectos de innovación social en América Latina y el Caribe, ha trabajado como consultor y ha sido autor y editor de publicaciones técnicas del Banco Interamericano de Desarrollo y CAF.

Contenido

| | |
|----|-------------------------------------|
| 06 | Prólogo |
| 08 | Así comienza esta historia |
| 12 | El problema de la sostenibilidad |
| 22 | El usuario típico |
| 28 | La oferta de valor |
| 34 | La relación con el usuario |
| 48 | La lógica de UMANA |
| 56 | Una nueva mirada |
| 60 | Conversación con Jorge Gronda |
| 68 | Lecciones aprendidas |
| 78 | Algunas consideraciones editoriales |
| 82 | Anexos |

Prólogo

Documentar lo que hacemos es crítico para la innovación social, los procesos, los aprendizajes y las dinámicas de participación de todos los actores del ecosistema. No basta, entonces, con la ejecución y desarrollo de las intervenciones, sino que es fundamental capturar ese conocimiento nuevo y práctico que surge de la experiencia en el territorio, así como reflexionar y analizar los factores, tendencias y evidencias que pueden haber facilitado o inhibido dicha innovación.

En esta publicación, presentamos UMANA, un caso de innovación social que, como muchas iniciativas de este tipo, surgió como respuesta de un emprendedor a un desafío que se atravesó en su camino, casi que de manera fortuita. En este sentido, no hubo un diagnóstico inicial, no al menos en los términos que la academia prescribe. Hubo, más bien, una reflexión, un “cómo hacemos para resolver este problema” y, a partir de allí, se inició un proceso de evolución constante, de ensayo y error, de fracasos y éxitos, y de ajustes progresivos.

UMANA es una historia en pleno desarrollo, todavía con un largo camino por recorrer. Su travesía es sumamente interesante y se ha querido presentar de la manera más fiel posible, utilizando las herramientas del *storytelling*. Para ello, acudimos a sus protagonistas y, mediante conversaciones, entrevistas y comunicación escrita, fuimos trazando la ruta recorrida. Una vez más, constatamos el hecho de que los creadores y, sobre todo, los constructores de realidades no suelen ser los mejores cartógrafos –esto es, no suelen dejar bien marcado el derrotero–, pero sí son buenos cronistas. Seguramente, se habrán escapado detalles que, para el lector, quedarán como interrogantes no respondidos, o solo parcialmente. No obstante, creemos que mediante la lectura de este documento podemos adquirir una comprensión adecuada de esta experiencia. Si es así, nuestro objetivo se habrá cumplido.

Dado que se trata de una historia contada por sus protagonistas – desde su perspectiva de lo que es el sistema de salud en Argentina–, el texto resultante es inevitablemente discutible. Reconociendo este hecho, hemos decidido que, en el cuerpo de este reportaje, se respeten las ideas de los creadores de UMANA. En las consideraciones finales, daremos cuenta de aquellos aspectos que los editores consideraron necesario discutir. El resultado esperado es que este documento aporte contenido y aprendizajes al lector.

Ana Mercedes Botero

Directora de Innovación Social
CAF – banco de Desarrollo
de América Latina



1

ASÍ COMIENZA
ESTA HISTORIA...

Nada en la vida sucede porque sí. A Jorge Gronda, con toda una vida dedicada a la ginecología, una complicación en una intervención quirúrgica lo llevó a 4.000 metros de altura de su Jujuy natal con la intención de instalar un criadero de vicuñas. O, quizás, fue que en su conciencia crecía la convicción de que su gestión profesional no estaba contribuyendo a resolver, en la forma que él desearía, los problemas de salud de tantas mujeres que no podían acceder a servicios de calidad similar a la que él ofrecía, por no tener los recursos necesarios para hacerlo. En todo caso, la necesidad latente hasta ese momento de reencontrarse con la Puna de su infancia se disparó, y allá fue a dar.

Las vicuñas se convirtieron en su centro de atención y, con todo aquel que se encontraba, hablaba de ellas; esto incluía a aquellos que por generaciones las habían pastoreado. En una ocasión, mientras se hallaba reunido con un grupo de campesinos, la única mujer presente le preguntó: “¿Usted es el doctor que hace que las mujeres no se mueran de cáncer, el que pone el aparatito para que no tengan hijos las mujeres de la ciudad? Déjese de joder (fastidiar) con las vicuñas y venga a curarnos, que nos estamos muriendo”.

La mujer que así le habló se llama Rosario Quispe. Es de estatura pequeña, con los rasgos típicos de los indígenas de la Puna. En contraste con su fragilidad aparente, Rosario posee extraordinarias dotes de liderazgo y una presencia de ánimo poco común. Para el momento en que Jorge se la topó, ella estaba a cargo de nueve niños, siete de ellos sus hijos y dos sobrinos huérfanos a quienes acogió en su hogar. Las vicisitudes económicas y de todo tipo por las que atravesaba en esa época no la amilanaban para asumir su liderazgo entre las mujeres de la Puna y luchar por sus derechos y por lograr mejores condiciones de vida para la comunidad.

Frente a esa realidad, el llamado de Rosario no podía ser desatendido por Jorge, quien en numerosas ocasiones ha expresado que, a partir del día de ese encuentro, su vida cambió para siempre. Era el año 1996.

Para hacer efectiva su determinación de atender al llamado que Rosario hizo en nombre de las mujeres de la Puna, Jorge tomó dos decisiones importantes: la primera fue renunciar a su cargo de jefe de residentes en el servicio de ginecología en un hospital público de la capital jujeña y, la segunda, reformular la misión del Centro de Estudios Ginecológicos (CEGIN) –su práctica privada– para generar una propuesta de salud de calidad accesible para todos.

Jorge había creado el CEGIN en 1988. La empresa se constituyó como una Sociedad de Responsabilidad Limitada (SRL), en conjunto con el Dr. Sergio Miranda, instructor de la residencia de tocoginecología del Hospital Pablo Soria en Jujuy. Parte del éxito inicial del CEGIN se debió, quizás, a la combinación de las capacidades profesionales y condición personal de quienes lo lanzaron, sumado al capital social de Jorge Gronda. Uno de sus principales mentores y guías en los comienzos del sistema fue el Dr. Carlos Bárcena, médico ginecólogo de excelencia y reconocido por su ética profesional.

Un elemento disruptivo para la época fue que decidieron atender pacientes por la mañana y por la tarde. Brindar servicios matutinos era innovador en esa época en Jujuy, dado que en ese espacio de tiempo todos los médicos trabajaban en el hospital público y no había centros médicos privados que dieran respuestas a las necesidades de la gente que venía del interior de la provincia y que no encontraba turnos en el hospital.

En paralelo, Jorge comenzó a trabajar en la revalorización de la medicina generalista y rural en los programas universitarios. En este sentido, contribuyó a la creación de un sistema de “giras médicas rurales”, para que estudiantes de medicina de diferentes universidades de Argentina pudieran conocer y conectarse, bajo su mentoría y liderazgo, con el mundo rural; un mundo que, más allá de los conocimientos médicos, demanda un alto grado de comprensión y respeto por la cultura de los lugareños.

En 1999, a través de un acuerdo entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucumán y la Empresa de Energía EJESA, los estudiantes jujeños volvían a su provincia natal a cursar los dos últimos años de

la carrera y a participar en giras rurales financiadas por esa empresa. Ese año, también recibió la visita de profesionales del Hospital Universitario de Clínicas, radicado en Buenos Aires, con quienes atendieron a más de 1.500 mujeres y operaron unas 300 lesiones precancerosas.

Con el correr de los años, esas giras rurales fueron mermando hasta desaparecer por falta de financiamiento; sin embargo, durante su vigencia, se logró, por un lado, que una importante cantidad de profesionales de la medicina –bajo la mentoría y el liderazgo de Jorge Gronda y otros dedicados profesionales de la salud–, se nutrieran de la realidad del mundo rural. Por otro lado, se confirmó que la mirada de Jorge era la correcta en cuanto a la necesidad de ofrecer servicios médicos de calidad y accesibles a mujeres provenientes de sectores sociales y económicamente desfavorecidos.

En 2002, Jorge participó de un entrenamiento en el INCAE, Escuela de Negocios con sede en Costa Rica, en donde adquirió herramientas para trabajar en pro de un desarrollo sustentable. Este espacio de reflexión le dio el impulso para hacer crecer al CEGIN e incorporar más personal médico y administrativo, dado que la demanda de asistencia crecía y las salidas a las zonas rurales se hacían cada vez más frecuentes.

“En un momento, llegamos a atender el 80 % de mujeres campesinas, y el 20 % de clase media; esta dinámica no era sustentable, pero a mí me daba vergüenza cobrarles a mis amigas campesinas y, por tanto, no lo hacía. Hasta que un día vino mi secretaria con una caja con dinero y me dijo, las mujeres campesinas quieren pagar, porque no quieren que el CEGIN se funda y usted deje de atenderlas”.



2

EL PROBLEMA DE LA SOSTENIBILIDAD

¿Cómo se podría lograr la sostenibilidad de nuestra operación y, simultáneamente, hacer posible el acceso a las mujeres campesinas?

Ese era el dilema por resolver y la respuesta fue la semilla del Sistema Ser-UMANA. En este momento, a Jorge se le ocurrió introducir un método de pertenencia a través de la Tarjeta Ser. Su visión fue crear un sistema de salud equitativo de representación, que hiciera accesible una atención de calidad e igualitaria para comunidades pobres a un costo muy bajo. La tarjeta, que se comenzó a comercializar a fines de 2004, permitía a las familias que la adquirían acceder a servicios médicos en el CEGIN a precios comparativamente muy bajos y con excelente calidad.

La tarjeta, que comenzó a comercializarse a fines de 2004, permitía a las familias que la adquirían acceder a servicios médicos en el CEGIN a precios comparativamente muy bajos y con excelente calidad.

El flujo de pacientes creció de tal manera que fue necesario agrandar el equipo de CEGIN a un total de 35 personas. Además, se expandieron las prestaciones médicas a través de acuerdos con profesionales privados independientes. A la atención ginecológica original, se incorporaron las especialidades de obstetricia, pediatría, radiología, oftalmología, otorrinolaringología, análisis clínicos, ecografías, cardiología, clínica médica, reumatología, odontología y kinesiología.

En el año 2014, Jorge e Irene se acercaron a Njambre para explorar la posibilidad de una alianza entre ambas organizaciones. Njambre es

una empresa facilitadora de procesos de innovación. Como fruto de esta sociedad, se relanzó el modelo, con una visión de escala y una fuerte apuesta por el uso de la tecnología para crecer geográfica y masivamente en Argentina y América Latina. Se cambió el nombre y la marca a UMANA, y se lanzó en Salta, lo que, además de ser importante por la consolidación de un nuevo mercado, fue un hito, dado que demostró que el modelo podría funcionar perfectamente sin ser CEGIN-dependiente.

El modelo de UMANA, incluidas sus operaciones en Jujuy y Salta, era económicamente viable; había alcanzado su punto de equilibrio. Sin embargo, tanto los Gronda como el equipo de Njambre sabían que ese crecimiento orgánico –basado en las ventas de la tarjeta UMANA–, haría muy lento el desarrollo que el sistema requería para dar un salto de escala. Comenzaron a explorar posibles fuentes de financiamiento que apalancaran tres dimensiones que veían como clave: la primera, el mejoramiento de la plataforma tecnológica; la segunda, la inversión necesaria para ampliar la red de médicos, los puntos de venta y desarrollar el *marketing* para llegar a nuevos usuarios en Salta y Jujuy, y la tercera, el lanzamiento de operaciones en Tucumán.

Y allí se juntan esta historia y la de CAF. Ana Mercedes Botero, directora de Innovación Social de CAF, conocía el modelo de UMANA debido a sus contactos con Ashoka y Skoll Foundation, redes fundamentales que contribuyen con la dirección que ella lidera en la identificación de actores, ideas, dinámicas y ecosistemas de innovación social. Sin embargo, no conocía a Jorge Gronda, su creador, ni los pormenores del modelo de negocio con el que UMANA operaba.

De ahí que, en su siguiente viaje de misión de trabajo a Argentina, Botero decidió ir a Jujuy con el objetivo de explorar la posibilidad de generar una iniciativa en conjunto con UMANA. La idea era que esta iniciativa pudiera agregar valor al modelo existente. La motivación de CAF para iniciar esta exploración se basó en la convicción de que la temática de salud, considerada como capacidad básica, sobre todo por las implicaciones que tiene para colectivos vulnerables, era y es de gran interés para la Dirección de Innovación Social; a lo anterior, se agrega el hecho de que la salud es un área de política pública de interés corporativo, con un alto potencial de escala vía financiamiento externo.

En este sentido, la DIS cuenta en su cartera vigente con varias iniciativas en el campo de salud comunitaria, en especial de salud reproductiva y sexual, así como en el alivio de la desnutrición del binomio madre-niño en poblaciones excluidas en zonas remotas y aisladas.

Con base en lo anterior, resultaba muy interesante abrir una ventana con UMANA, probarla en más territorios y validar su potencial de réplica y escala como alternativa de alto impacto de prestación de servicios inclusivos de salud.

Innovación Social CAF

La Dirección de Innovación Social (DIS) de CAF es un laboratorio que contribuye con el impulso a nuevas tendencias y la construcción de ecosistemas de innovación social en la región, al tiempo de identificar, ensayar y financiar ideas, enfoques y modelos en el territorio que tienen el potencial de convertirse en soluciones útiles a problemas sociales de la región, en especial de colectivos vulnerables. En este sentido, genera y captura, a través de la experimentación directa, conocimiento práctico, y aprende nuevas “formas de hacer las cosas”.

La creación de la DIS obedeció a la necesidad sentida de contar con una instancia de experimentación poco costosa y flexible, que intentara responder a pequeña escala, de forma rápida y eficiente, a una demanda social insatisfecha, al tiempo de construir puentes con actores sociales, contribuyendo, además, a posicionar a CAF como referente de enfoques y espacios novedosos de desarrollo y responsabilidad social.



Llegamos al presente de nuestra historia y es oportuno entrar a detallar el modelo UMANA, tal y como funciona en la actualidad. Para ello, conversaremos con Irene y Simón Gronda, por UMANA, y Paula Cardenau, por Njambre.

Comencemos con dos preguntas, por demás obvias, para este fin. La primera es: ¿Cómo definirías UMANA?

Bueno, UMANA es un sistema que habilita el acceso a servicios sanitarios de calidad a miles de personas que están desatendidas por el sistema de salud. Lo hace a través de una plataforma que une a usuarios con médicos, de una manera transparente y sin intermediarios. Eso es UMANA. Y... ¿cuál es la segunda pregunta?

Antes de ir a la segunda pregunta, ¿de qué forma habilita UMANA ese acceso a salud de calidad?

De manera general –y podemos ir a los detalles posteriormente–, poniendo en contacto directo al paciente con el proveedor de salud, sin mediaciones, y acordando con este último un precio por sus servicios, similar al que ofrece la obra social o las prepagas.

Perdón, pero no me queda claro el concepto de intermediarios. ¿No sería UMANA un intermediario? ¿Cuál es la diferencia entre UMANA y una obra social o prepaga?

“Intermediarios” es una forma de referirnos a todas aquellas intervenciones de índole burocrática o financiera que limitan el acceso de un vasto sector de la población a servicios de salud oportunos y de calidad. Nos referimos, entonces, a los seguros sociales, cuyos procedimientos burocráticos retardan el acceso a la consulta con el médico, quienes están sobrepasados en su capacidad de atención al paciente o de entidades que brindan una cobertura de seguros solo a sectores de altos ingresos que pueden pagarse los altos costos de las primas.

UMANA actúa como un facilitador del encuentro entre el médico y el paciente. El único trámite necesario para acceder a los recursos de un médico es llamar y pedir la cita. A partir de esa llamada, no hay más trámites ni por parte del paciente ni del médico. Es una relación directa entre médico y paciente.

Bien, volveremos más tarde sobre este punto. Por ahora, la segunda pregunta es: ¿Por qué existe UMANA?

Esta segunda pregunta nos lleva a echar una mirada a lo que es nuestro sistema de salud. A ver, el sistema sanitario en Argentina plantea un escenario complejo que se repite en mayor o menor medida en otros países latinoamericanos.

Por un lado, es uno de los países que más invierte en salud en toda América Latina como porcentaje de su PIB; esto es, un 8,5 %, y cuenta con un sistema de cobertura público, universal y gratuito. El 36 % de la población depende exclusivamente de este sistema y, lo que en teoría parecería una excelente opción para los que menos tienen, en la práctica se traduce en que millones de personas –especialmente de los quintiles de ingresos más bajos– quedan a la deriva de un sistema que adolece de gran inequidad geográfica y carencias severas en términos de infraestructura, medicamentos, insumos esenciales, acceso a tratamientos urgentes y espacio, entre otras.

¿Y por qué sucede esto?

Bueno, esto sucede porque el modelo está basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria y destina sus recursos al nivel secundario (patologías serias), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. De esta

forma, se descuida la atención primaria, y las salas de primeros auxilios –que podrían atender el 80 % de las patologías de una persona– no funcionan; el resultado es que los hospitales no dan abasto para cubrir la altísima demanda de pacientes. Estas dificultades e inequidades en el acceso se traducen en muertes que, en otras circunstancias, serían evitables.

Antes nos mencionaste que este modelo de atención –llamémosle hospitalario– atiende solo a un 36 % de la población. ¿Cuáles serían las opciones, entonces, para el resto de la población?

Bueno, aparte de la atención hospitalaria pública está el sistema de salud basado en la intermediación financiera. Este componente está conformado por entidades públicas, privadas y mixtas, que incluyen obras sociales, prepagas, mutuales, institutos de seguros y otros. Lo que nosotros vemos es que su lógica de funcionamiento consiste en recaudar dinero y luego poner trabas para no gastarlo. Esto tiene varias implicaciones para los asociados; por una parte, costos altos por mes, pagando con la lógica de un seguro “por si pasa algo” y no solamente por el uso del servicio de salud. Por otra parte, la necesidad de hacer “copagos”, la mayoría de las veces en cada consulta o análisis. Además, hay períodos de carencia y, sobre todo, trámites y burocracia.

Por otra parte, para los médicos y otros prestadores de salud, el sistema genera mucha frustración en su trabajo diario, ya que terminan inmersos en una gran maraña burocrática tan solo para cobrar. En síntesis, los grandes beneficiados no son los pacientes ni los prestadores, sino los intermediarios.

Vale acotar que la complejidad, inequidad e ineficiencia del sistema de salud argentino se repite con características similares, en mayor o menor medida, en el resto de la región, y esto deja como saldo que haya alrededor de 125 millones de personas que no acceden a servicios de salud de calidad.

A ver, uno pudiera argumentar que el problema central del sistema de salud argentino reside más en la ausencia o limitaciones de las regulaciones que rigen la actuación de los distintos componentes del sistema, que en el diseño del mismo. De hecho, el pilar central del sistema es la seguridad social contributiva, cuya lógica es la del aseguramiento obligatorio para los trabajadores formales, y cuyo financiamiento es compartido por empleados y empleadores, con

beneficios extendidos a dependientes y jubilados. Este pilar central está acompañado del aseguramiento privado y a la atención pública. Así, todo el mundo está cubierto. No en balde, como bien lo has dicho, este modelo se repite en el resto de la región. ¿Qué opinas de esto?

Bueno, primero que nada, nuestra perspectiva es la de un amplio sector de la población para el cual las opciones disponibles, o son inaccesibles o son de pésima calidad y tardías. Para ese sector, no hay buenas opciones en el sistema nacional de salud, excepto las que podamos ofrecer desde UMANA u otras organizaciones.

Segundo, ciertamente, parte del problema tiene que ver con las regulaciones que rigen el sistema. En nuestra opinión, hay un déficit de regulaciones en lo que respecta a la solución de los problemas de mal funcionamiento de las obras sociales o de acceso a la cobertura a los grupos de menores ingresos y, simultáneamente, un exceso de las mismas, ya que, al poner tantas trabas, burocracia y sectores intervinientes, el sistema se vuelve inamovible por la cantidad de intereses, incapaz de innovar y cambiar.

También puede argumentarse que los sistemas de aseguramiento constituyen instrumentos que mejoran el bienestar social, precisamente por obtener, a cambio de un aporte mensual, la cobertura necesaria en caso de que “efectivamente pase algo”. En el caso de Argentina, cumple también un rol redistributivo, ya que quienes ganan más, aportan más.

Lo que vemos en Argentina es que, al haber muchos intermediarios, la gente de mayores recursos acude a los de mayor calidad (y más costosos); los de recursos medios, a intermediarios de prestaciones mediocres, y los pobres o quedan excluidos o con intermediarios de mala calidad. Aquí, ese carácter redistributivo no existe; los segmentos de mercado, en lo que a servicios de salud se refiere, están claramente estratificados. Ese flujo de recursos de los sectores pudientes hacia la mayoría empobrecida no existe.

Otro punto importante en lo que toca a la solidaridad del sistema social argentino es que, en 1993, se incorporan a la ley cambios que rompen con la solidaridad entre los Intermediarios (obligados antes a aportar parte de su recaudación a un fondo común para igualar intermediarios), de-

bilitando los subsidios cruzados entre los intermediarios, concentrando el mercado y dividiéndolo, de un lado, en pocos intermediarios con muchos recursos y, de otro, en muchos intermediarios con escasos recursos. No podemos olvidar que las empresas aseguradoras tienen un fuerte poder de *lobbying* y, por tanto, una alta capacidad de influir en el diseño de las regulaciones de acuerdo con sus intereses particulares.

Sistema de salud argentino: algunos datos relevantes

| Sector | % de la población argentina | Administración | Característica | Funcionamiento | Oferta médica | Clientes |
|---------------------|-----------------------------|----------------|---|--|--------------------------------------|---|
| Prepagas | 12 | Privada | Sistemas financieros complejos; capitales privados; focos en ganancias económicas | Seguro de salud; pago de prima mensual; intermediarios entre médico y paciente | Trabajan con red de médicos privados | Clases media alta/alta |
| Institutos públicos | 17 | Estatal | Entes grandes y burocráticos; se dividen por provincia | Seguro de salud público; pago de prima mensual; intermediarios entre médico y paciente; administrados por estados locales. | Trabajan con red de médicos privados | Trabajadores del sector público/ estatal |
| Obras sociales | 17 | Sindical | Administrador por gremios, funcionamiento corrupto y de mala calidad | Seguro de salud; pago de prima mensual; intermediarios entre médico y paciente; la prima la retiene el Estado por impuestos y se los da a los administradores (gremios). | Trabajan con red de médicos privados | Trabajadores en general/ trabajadores en relación de dependencia en el sector privado |

| Sector | % de la población argentina | Administración | Característica | Funcionamiento | Oferta médica | Clientes |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|--|---|--|
| Atención pública | 39 | Gobiernos nacional y locales | Ente público y burocrático, pocos a escasos recursos para la demanda; con muchos problemas económicos | Atención gratuita; financiado con impuestos; administración estatal local. | Red provincial de salud, compuesta por hospitales y centros de salud primaria | Gente carenciada, sin ningún tipo de cobertura médica ni capacidad de pago |
| PAMI - INSSPJ (jubilados) | 12 | Estatal | Ente único en el país, extremadamente grande y burocrático, especializado en problemas de la vejez | Financiado por impuestos de la población activa; forma parte del sistema de jubilaciones y pensiones de Argentina; administración estatal nacional | Trabajan con red de médicos privados | Jubilados y pensionados |
| Otros sistemas | 2 | Privada | Mezcla de diferentes sistemas: mutuales, sistemas cooperativistas, sistemas alternativos de financiación de la salud | Mezcla, desde sistemas como UMANA, hasta financiamientos bancarios privados para intervenciones | Trabajan con red de médicos privados | Mezcla de pacientes |

Fuente: UMANA, 2019.

Entiendo, entonces, que UMANA ofrece una alternativa de acceso a salud de calidad para la población más vulnerable.

Cierto, eso es precisamente lo que explica que haya surgido UMANA. El nuestro es un modelo que se ancla en brindar una propuesta de valor y una solución clara tanto a pacientes como a prestadores, ambos disconformes con el funcionamiento del sistema de salud, y ambos con necesidades insatisfechas y complementarias. Digamos que, sin intermediarios, todos ganan.

3

EL USUARIO TÍPICO

Ciertamente, el tema de los intermediarios está en el tapete. Pero sigamos. Antes de entrar en la descripción de la propuesta de valor, ¿podrías describirnos cómo es el usuario típico que acude a UMANA en busca de atención médica?

Mira, te pongo un ejemplo hipotético para responder a tu pregunta. Imaginemos a una señora, a quien llamaremos Lorena; ella es jujeña, tiene 45 años y trabaja como empleada doméstica en una casa de familia. Lorena realiza su trabajo en la informalidad –no tiene obra social– y sus ingresos no le alcanzan para pagar una cobertura privada de salud. Hace unos meses, se encontró unas manchas rojas en la piel y empezó a sufrir una alergia que le hace llorar los ojos y le genera molestias respiratorias. Después de probar distintas soluciones caseras, decide pedir el día en su trabajo y acudir al hospital público.

Se levanta a las tres de la mañana para llegar ahí a las cuatro. Hace fila toda la mañana, hasta las doce del día, y no logra obtener un turno. El hospital solo atiende en la mañana, por lo que va a tener que volver al día siguiente, y perder otro día de trabajo. Vuelve a madrugar, hace horas de fila y consigue un turno para dentro de dos meses. Mientras tanto, tendrá que recurrir a alguna solución casera y esperar a que los síntomas no empeoren.

“El hospital público es para el que tiene tiempo”.

Liliana, usuaria de UMANA, 45 años

Pero, lo más probable es que empeoren...

Así es; después de dos meses, Lorena, muy probablemente, tendrá síntomas nuevos, por ejemplo, que las molestias no la dejen respirar bien y sufra consecuencias en su trabajo y su vida personal. Acude al hospital impaciente por conocer su diagnóstico y una solución. Le preocupa lo que puedan decirle.

Llega media hora antes por las dudas y espera a que la llamen. Le avisan que el médico no pudo venir ese día y pasan su turno para dentro de dos semanas.

Vaya... pero eso sí que es un contratiempo. ¿Cómo sería entonces la situación si Lorena contara con los servicios de UMANA?

Si Lorena tuviera UMANA, solo tendría que llamar al centro de contacto telefónico gratuito y consultar a cuál médico debe visitar y cómo puede sacar un turno. Con esta información, Lorena llamaría o iría en persona para sacar un turno en el mismo o día o los siguientes. Pagaría solamente unos ocho (8) dólares por esa consulta y se iría a su casa con la tranquilidad y el alivio de contar con un diagnóstico claro y una solución para sus síntomas.

OK... sin embargo, más arriba ustedes afirmaban, a modo de crítica, que en el sistema de obras sociales se deben realizar copagos. Pero, en UMANA, también se debe pagar por el servicio. Ocho dólares en Argentina es una suma elevada para personas de bajos ingresos.

La crítica a los servicios de seguridad social es que, además de la prima mensual, se realiza un copago, lo que deforma el concepto de seguro y termina molestando mucho al paciente, esto lo sé de primera fuente, ya que los pacientes se molestan por este “maltrato”, así lo llaman ellos.

El copago de UMANA no es un copago; es el pago directo al médico. Ocho dólares al cambio oficial son 550 pesos aproximadamente, y es la manera más simple como pudimos monetarizar UMANA. La pregunta sería: ¿Cómo hace UMANA para generar ingresos propios y poder crecer? ¿Le cobramos al médico? Esto puede presionar para que suba el precio de las consultas. ¿Le cobramos por mes al paciente y lo hacemos más burocrático? Entonces, la lógica y la forma de trabajar no son las de un seguro social, no existe una prima de riesgo ni un cálculo estadístico de ocurrencia de enfermedades, ni hay una barrera o costos mayores para un paciente con enfermedades preexistentes.

De tu ejemplo, podemos deducir que UMANA está enfocada en un segmento de población desfavorecida tanto social como económicamente...

Exacto, el usuario típico de UMANA se caracteriza por pertenecer a una familia inserta en la economía informal, que depende exclusivamente del sistema público para la atención de su salud.

Para esa persona, estar enferma o tener que esperar un día o dos para

que le asignen un turno en el hospital tiene un impacto directo en su salud y también en sus ingresos: si no sale a trabajar ese día, no produce. Es el caso de personas que son empleadas domésticas por horas (como Lorena), albañiles, vendedores ambulantes o, en general, realizan algún tipo de actividad productiva informal. Basados en nuestra experiencia, te puedo decir que, si se les das a elegir, preferirán evitar desperdiciar largas horas en el hospital público o perder los ingresos del día, y estarán dispuestos a pagar un precio accesible para recibir atención médica inmediata.

“El hospital no me da confianza, los médicos no hacen todo lo que pueden. Hay médicos que no están para médicos. Prefiero pagar y, si tengo que hacer un esfuerzo, lo hago”.

Claudia, usuaria de UMANA, 48 años

Si usamos la jerga del modelo de negocio, ese perfil de paciente sería su segmento de mercado, el grupo de “clientes” para el cual está diseñada su propuesta de valor.

Bueno, sí; estamos hablando de una población constituida, en su gran mayoría, por mujeres con edades comprendidas entre 25 y 50 años. Un 85 % de nuestros usuarios son mujeres, y un 75 % de ellos pertenecen a este grupo de edad. Un 15 % son hombres y, entre todos, un 95 % viven en barrios periféricos de la ciudad.

La predominancia de mujeres dentro de nuestra población de usuarios seguramente tiene que ver con nuestro origen como proveedores de salud en el área de especialización ginecológica; no obstante, el hecho de que la población femenina siga predominando, aun cuando nuestros servicios se han diversificado hacia otras áreas de especialización de la medicina, significa que otros factores están actuando.

Yo me atrevo a afirmar que un factor importante está asociado a la dinámica económica de la región y, particularmente, al carácter estacional del empleo. El padre de familia es lo que llaman un “trabajador golondrina”, esto es, uno que se desplaza de acuerdo con la época de cosecha del algodón, del tabaco o la zafra. La mujer queda, entonces, en el hogar, cuidando a los niños o desempeñándose en aquellas tareas que le permiten estar cerca

de ellos. Por supuesto, hay otros factores influyentes. En nuestra experiencia, el carácter estacional del empleo es casi una constante.

Personas con menores urgencias económicas, por ejemplo, de clase media, ¿también pueden beneficiarse del modelo o no tendría sentido para ellos hacerlo?

Sí tiene sentido. Cada vez hay más personas que, aun con seguridad social (obra social o sistema de seguro prepago privado), se asocian a UMANA como un complemento; esto se da por muchas razones, puede ser porque su cobertura les exige pagos extra o “copagos” cada vez que realizan una consulta con algún profesional; por ser sistemas burocráticos que llevan mucho tiempo, o puede ser que ese seguro no tenga cobertura real en determinada región.

UMANA también apunta a jóvenes universitarios o recién graduados que no tienen cobertura médica porque ya no dependen económicamente de sus padres y aún no ingresaron en el mercado de trabajo formal para pagar su propia cobertura. Inclusive, mochileros, turistas y extranjeros que residen por un tiempo largo en el país optan por UMANA debido a su simpleza, efectividad e inmediatez. Ello es así porque los únicos requisitos que UMANA solicita a sus usuarios son el documento de identidad, la tarjeta Ser-UMANA y el nombre del doctor a quien quieren acudir. No hay más exigencias de naturaleza burocrática.

Los únicos requisitos que UMANA solicita a sus usuarios son el documento de identidad, la tarjeta Ser-UMANA y el nombre del doctor a quien quieren acudir.

Esta característica de UMANA la convierte en una opción muy relevante en una situación de alta movilidad demográfica como la que actualmente vive el mundo y, por supuesto, América Latina; sobre todo, porque un grueso de los movimientos es realizado por personas o grupos familiares en situación de vulnerabilidad, que buscan un mejor destino para sus vidas que el que les ofrece su país de origen.

¿Podría decirse, entonces, que UMANA busca ser un modelo de atención para toda la población, independientemente de su condición social o económica?

Personalmente, no creo que UMANA sea un modelo universal de salud. Evidentemente, la organización de un sistema de salud es algo más complejo que una sola opción. A mediano plazo, UMANA apunta a ser simplemente una alternativa válida. Una opción ancilar más que una oposición al sistema de 'seguro social'.

¿Y cuál es el perfil de los prestadores de salud?

Por lo general, son profesionales jóvenes con una nueva visión de la medicina, quienes valoran la tecnología y los procesos innovadores que mejoren la atención al paciente. Profesionales que recién se inician en la práctica de la medicina, tienen el desafío de ampliar su base de clientes, y UMANA les proporciona una solución para eso.

Me imagino que también tendrán un aliciente económico...

Por supuesto, aparte de la competitividad de los precios, el pago en el momento es un gran atractivo para los prestadores de salud. El viejo refrán "Más vale pájaro en mano que cien volando" aplica muy bien en este caso.

Entonces, para redondear, ¿cómo definirías la oferta de valor de UMANA?

Comencemos por nuestra oferta de valor a los usuarios. La propuesta de valor de UMANA se basa en un modelo de acceso inmediato a una atención de calidad –consultas médicas y estudios complementarios–, sin trámites, a un precio accesible y pagando solamente por el uso que se haga del servicio.



4

LA OFERTA DE VALOR

En términos concretos, ¿cómo se manifiesta esta oferta de valor para los usuarios?

Primero que todo, está el acceso a una amplia red de prestadores médicos (profesionales de primer nivel de 20 tipos de especialidades, farmacias, laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes) y otros servicios asociados. Esta dimensión es de las más valoradas, ya que una de las carencias más grandes de los usuarios potenciales de UMANA es la atención médica confiable. En este sentido, este tipo de usuario tiene una alta disposición a pagar un precio accesible que le garantice servicios profesionales de buena calidad.

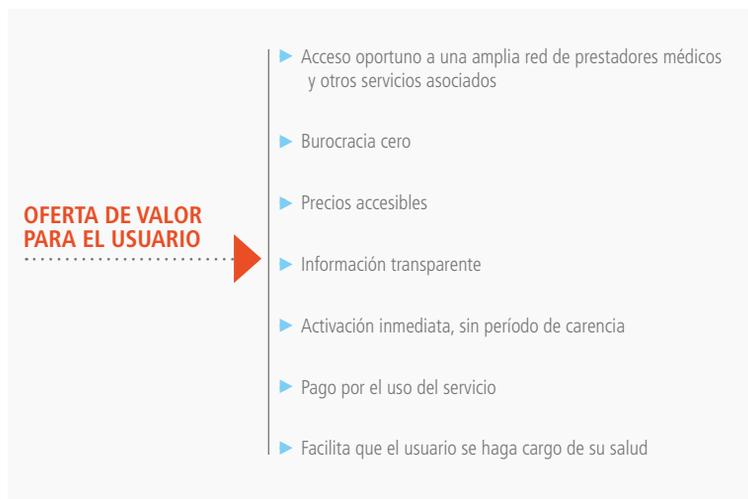
En segundo lugar, está el acceso oportuno: los prestadores UMANA dan turnos dentro de la semana en la que se les solicita. Un hospital público suele dar turnos con meses de espera.

Tercero, UMANA significa burocracia cero. Como ya lo hemos mencionado, el usuario no está expuesto a trámites engorrosos, ni aprobaciones ni órdenes: con solo dar su nombre y presentar su DNI, el paciente recibe atención médica. En muchas obras sociales y prepagas, el paciente debe hacer un trámite postprestación del servicio para que su obra social o pre-paga le reembolse el dinero.

Aunque lo mencionamos de cuarto, esto es muy importante: UMANA ofrece precios razonables al usuario. La suscripción anual a UMANA cuesta entre 6 y 8 dólares, y cada prestación de servicio está en el rango de los 5 a 10 dólares, lo que implica que, con un promedio de

55 dólares anuales, una persona tiene cubierta su atención primaria; esto, a su vez, disminuirá la probabilidad de tener problemas de salud que requieran de los otros niveles de atención. Añade a esto que hay descuentos por grupo familiar extendido, lo que significa que el usuario puede asociar a cualquier persona que viva en la misma casa a un precio menor.

La Información es transparente: el asociado puede chequear prestaciones y precios actualizados ingresando en la plataforma online o mediante el centro de contacto UMANA.



La suscripción es de activación inmediata, sin período de carencia. Apenas el usuario ingresa en la plataforma y abona la suscripción, puede comenzar a utilizar los servicios, aunque sea una mujer embarazada o alguien con una enfermedad crónica preexistente. Muchas coberturas de salud dejan de lado a sus usuarios en algunas circunstancias particulares.

Por último, UMANA facilita que el usuario se haga cargo de su salud, ya que promueve su protagonismo. Por un lado, realiza campañas

de prevención y educación para el cuidado sanitario, sobre hábitos de vida saludable y formas sencillas de autodiagnóstico. Por otro, incentiva a los usuarios para que sean los reguladores del sistema, mediante, por ejemplo, reclamos respecto al desempeño o trato de un profesional, sugerencias o pedidos de una especialidad en particular. Es un sistema altamente autorregulado, donde el paciente juega un rol fundamental.

“A UMANA me la recomendó mi hermana, que ya la usaba. Yo tenía un dolor de muela y no tengo trabajo, así que la consulta me salía muy cara. Mi hermana me contó y me dijo dónde comprar la tarjeta; fui, la compré y me hice atender por una odontóloga que me solucionó el problema.

Por ahora, es el único servicio que usé de UMANA, es el primer año que la tengo, aún no se la recomendé a nadie. Tendría que ver quién la necesita.

Marita, paciente de odontología de Purmamarca

¿Y qué me dices de los prestadores de salud? ¿Cuál es la oferta de valor para ellos?

Antes de responder tu pregunta, te comento que la red de prestadores de salud UMANA está compuesta por médicos de diversas especialidades, ópticas, centros de diagnóstico por imágenes, gimnasios y centros de nutrición, entre otros. Para comprender en profundidad el beneficio que obtienen los prestadores de salud que participan de la red, es importante entender su realidad de trabajo y su vínculo con la intermediación financiera, que casi siempre es de descontento.

¿Sí? Y eso, ¿por qué?

Lo que pasa es que la dinámica con la que funcionan estas entidades no tiene en cuenta las necesidades de los prestadores. El pago que estos reciben por cada consulta que realiza un pacien-

te es menor al que cobrarían si la consulta fuese particular, y la mayoría de las veces es efectuado dos o tres meses después de realizada la prestación del servicio. A este funcionamiento hay que sumarle que, para cobrar por su trabajo, el prestador debe cumplir con varios trámites engorrosos que le consumen un tiempo valioso. En un contexto inflacionario, el impacto de la demora en el pago es considerable.

Frente a esta realidad, el paciente de UMANA paga por la prestación un monto similar al que el sistema de intermediación de racionalidad financiera pagaría, con la diferencia de que el pago se efectúa en el acto y no le demanda al prestador un trámite adicional. El beneficio es más que claro para el prestador. La posibilidad de “irse con la plata en el bolsillo” y cobrar sin la necesidad de presentar papeles ni hacer trámites les resulta altamente atractiva y les permite ahorrar tiempo.

¿En resumen, cuáles serían los beneficios que los prestadores de salud perciben al pertenecer a UMANA?

Primero, les incrementa el volumen de pacientes. Mes a mes, UMANA suma nuevos usuarios y esto tiene un impacto económico positivo en sus prestadores. El precio de los servicios es competitivo; esto es, los valores de las consultas se encuentran dentro de los rangos utilizados como referencia entre las prepagas y obras sociales (de 5 a 10 dólares por consulta); en otras palabras, corresponden al valor que los prestadores reciben de los intermediarios de la salud por cada consulta. Pero, además, el pago es inmediato. El pago de la consulta ocurre en el momento, lo hace directamente el paciente en efectivo (versus los 60 días o más en los que los intermediarios reintegran sus prestaciones) y los trámites burocráticos son mínimos, prácticamente inexistentes, lo que se traduce en ahorro de tiempo y agilidad de la dinámica.

- ▶ Incremento en el volumen de pacientes
- ▶ Precio competitivo de los servicios
- ▶ Pago inmediato
- ▶ Trámites burocráticos mínimos

**OFERTA DE VALOR PARA
PRESTADORES DE SALUD**



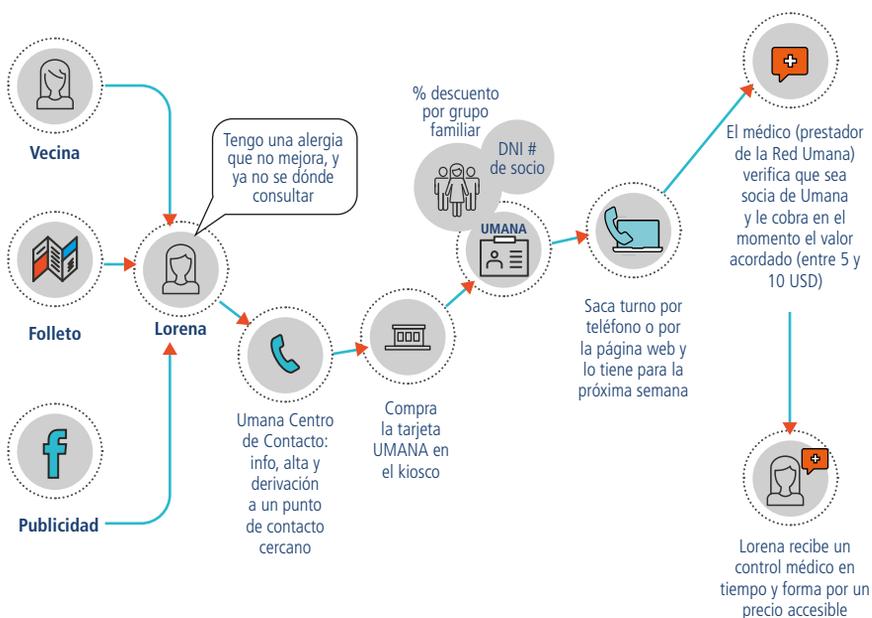
5

LA RELACIÓN CON EL USUARIO

Pasemos a analizar cómo se relacionan los diferentes actores del sistema UMANA y comencemos por entender cómo hace una persona para afiliarse y comenzar a recibir sus servicios.

Para afiliarse, el usuario puede llamar al centro de contacto para darse de alta, donde le indicarán a cuál punto de venta acercarse para abonar la suscripción anual y recibir la tarjeta UMANA con su número de socio.

Como ya lo mencionamos, para utilizar los servicios de la red, el usuario solo tiene que averiguar con cuál profesional debe consultar, reservar un turno, acudir a la consulta y pagarla en el momento. El valor de la prestación está estipulado en la red UMANA y es mucho menor comparado con el de una consulta particular. Los precios se actualizan periódicamente y pueden ser consultados de antemano y de forma simple, ya sea en la plataforma digital, por WhatsApp o llamando al centro de contacto, en donde el usuario recibirá atención personalizada.



¿Cómo se conforma la red de prestadores de salud?

La comunidad de prestadores y su diversidad es fundamental para que el servicio tenga sentido y sea atractivo para los usuarios.

Cada red de prestadores en una ciudad está conformada por profesionales de 21 especialidades médicas, centros de diagnóstico por imágenes, laboratorios, sanatorios, farmacias y centros de estética, entre otros. Por lo general, está integrada por una combinación de prestadores referentes del lugar y otros más jóvenes.

El armado de la red de prestadores en cada ciudad es relativamente fácil, porque los incentivos están muy alineados con las necesidades. Muchos profesionales se acercan proactivamente para sumarse, ya que el “boca a boca” también surte efecto.

Para reclutar prestadores de salud, UMANA desarrolla una estrategia multicanal, que incluye notas en medios de prensa para dar a conocer el modelo, eventos especiales para prestadores, difusión en redes sociales y

la web UMANA, en la cual se encuentra un formulario en el cual los prestadores postulan para ser incluidos en la red.

“Vinieron a verme un día –la coordinadora, Marcela–, y me explicó UMANA. Al principio, no me llamó mucho la atención y, la verdad, estaba muy ocupado con los problemas del consultorio.

Me afilié más que nada porque tenía tiempo y espacio para poder atender a otros pacientes. Como saben, me asocié con dos médicos más y estamos abriendo nuestra clínica de ojos, así que no sabía bien de qué iba UMANA, hasta que los pacientes comenzaron a llegar.

La verdad es que es un sistema muy bueno para nosotros, recibo al paciente y cobro en el momento; estoy recibiendo una buena cantidad de pacientes, no podría saber cuántos, pero sí nos sirve y ayuda con la parte económica... y en estos tiempos de crisis, donde las obras sociales no te pagan o te retrasan el pago, UMANA me ayuda.

No recibimos ninguna capacitación de UMANA, tampoco es que necesite, es recibir los pacientes como cualquier otra obra social, salvo que se cobra en el momento, y no me peleo con ellos por los precios.

Javier Bono, oftalmólogo

Dado que el objetivo de UMANA es brindar salud de calidad, ¿cuáles son los requisitos mínimos que deben cumplir los prestadores de salud para poder formar parte de la red UMANA?

Sí, por supuesto; para incorporar a un médico o prestador a la red, UMANA le pide que:

- presente su título universitario y otras certificaciones relevantes;
- determine el valor de sus consultas UMANA, que deberá ser inferior a las que cobra en forma particular;

- firme un convenio con UMANA, en el cual se establecen los valores UMANA y los estándares de calidad de atención, y
- utilice la plataforma tecnológica UMANA para la gestión de la atención –identificación del paciente y prestación que se realizó–.

Además, UMANA desarrolla una estrategia de fidelización de los prestadores que conforman la red, para reafirmar el sentido de pertenencia, que incluye contacto bimensual, entrenamiento a secretarías, provisión de material promocional, y eventos para interactuar entre ellos y compartir experiencias.

Volvamos a la relación con los usuarios. Utilizando nuestro ejemplo, ¿cómo hizo Lorena para enterarse de la existencia de UMANA y también para entrar en contacto con el sistema? O dicho de un modo más general, ¿cuáles canales de llegada tiene UMANA a los potenciales usuarios?

Mira, utilizamos todos los medios a nuestro alcance. Te menciono algunos.

El “boca a boca” o *word-of-mouth* es la estrategia que más funciona en UMANA para la captación de nuevos clientes. Resulta más efectiva que las estrategias tradicionales de *marketing* –el 50 % de los nuevos clientes llega por este canal–, dado que la recomendación de un amigo o vecino que ya usó el servicio y puede comentar su efectividad, seriedad y beneficios, es más efectiva que la publicidad directa. UMANA fortalece el boca a boca con estrategias como “Si sumas a un amigo, tu renovación es gratis”, o campañas para añadir amigos en redes sociales. De esta forma, los usuarios actuales son los principales promotores de nuevos clientes. El costo de este canal es más reducido y, a la vez, como se basa en la experiencia de los usuarios, genera más compromiso por parte de este y es menos invasivo.

¿Y qué otras estrategias de llegada usan?

Además, tenemos estrategias de difusión en barrios específicos, en donde sabemos que viven usuarios potenciales. En esos barrios, desarrollamos campañas de difusión y prevención en el cuidado de la salud; colocamos stands en la vía pública y repartimos volantes, hasta generar una red de referentes. También, hacemos publicidad en radio, el cual es el

segundo canal más efectivo que tiene hoy UMANA para captar usuarios. En menor medida, está también la publicidad en televisión.

Me imagino que también se valen de las redes sociales.

Correcto, hacemos marketing digital vía Facebook e Instagram; también, usamos WhatsApp, que tiene un rol clave en la captación de nuevos usuarios. Todas estas vías, además del teléfono, son puestas en uso para aumentar el número de personas con acceso a nuestros servicios, no solo para captarlos, sino también para que renueven su suscripción y permanezcan como usuarios del sistema. En este sentido, enviamos mensajes a nuestros usuarios, en los cuales les recomendamos hacerse sus chequeos periódicos y les informamos de nuevos servicios a disposición de los usuarios.

¡Ah! Muy importante, también hacemos alianzas con kioscos locales y comercios en zonas estratégicas, a cuyos empleados capacitamos para que puedan responder preguntas básicas sobre UMANA y actúen como derivadores de los interesados al centro de contacto.

Una vez que el potencial usuario se entera de la existencia de UMANA y se interesa, ¿cómo hace para afiliarse y comenzar a recibir sus servicios?

Para afiliarse a UMANA, el usuario puede llamar al centro de contacto para darse de alta; allí le indicarán a cuál punto de venta acercarse para abonar la suscripción anual y recibir la tarjeta UMANA con su número de socio.

Para utilizar los servicios de la red, el usuario solo tiene que averiguar con cuál profesional debe consultar, reservar un turno, acudir a la consulta y pagarla en el momento. El valor de la prestación está estipulado en la red UMANA, y es mucho menor comparado con el de una consulta particular. Los precios se actualizan periódicamente y pueden ser consultados de antemano y de forma simple, ya sea en la plataforma digital, por WhatsApp o llamando al centro de contacto, en donde el usuario recibirá atención personalizada.

“Acceso oportuno a atención médica de calidad a un precio razonable para todo” parece definir la oferta de valor de UMANA. Aceptando esta afirmación, ¿cuáles serían los componentes estructurales que hacen posible esta oferta?

A ver, para que haya acceso oportuno, uno de los componentes básicos es el centro de contacto UMANA. Como ya queda claro a esta altura, UMANA busca llegar a millones de usuarios de manera eficiente, transparente y económicamente viable, manteniendo una estructura liviana. En este sentido, el centro de contacto UMANA (CCU, para abreviar) es esencial al modelo de negocio en este nuevo paradigma, dado que reemplaza en forma virtual el rol que las oficinas comerciales y de atención al cliente juegan en la intermediación financiera.

Podríamos decir, entonces, que el CCU está impulsando un cambio cultural. ¿Cómo han reaccionado los usuarios a estas nuevas formas de contacto?

El CCU es virtual y está conformado por una combinación de canales múltiples: una línea telefónica gratuita (0800), WhatsApp, correo electrónico y redes sociales (principalmente Facebook e Instagram). Al principio, como en toda situación nueva, hubo algo de resistencia, pero las ventajas de estas nuevas formas de comunicación son tales que, al final, la gente termina adaptándose y aprovechando dichas ventajas.

Entonces, ¿cómo funciona el CCU?

El CCU cumple varias funciones, siendo las principales las ventas y la atención de las consultas de potenciales usuarios sobre los servicios de UMANA. Aquí habría que señalar que, aparte de brindar esa información, es muy importante generar confianza en el sistema.

Es fundamental entender los prejuicios, miedos y barreras invisibles que se pueden generar hacia un sistema que es totalmente virtual, comparado con un sistema de salud tradicional, en el cual el usuario acude a una oficina con gente de “carne y hueso”, y donde se siente más seguro a pesar de que debe enfrentarse a contratos confusos y con “letra chica”. En este sentido, una clave para lograr la confianza de los usuarios es el entrenamiento especializado que se da a las personas que trabajan en el centro de contacto, para que aprendan a actuar de forma empática.

Me imagino que la precisión de la información que se suministra es también muy importante...

Así es. Por eso, UMANA cuenta con procedimientos estandarizados que garantizan que todos los usuarios, en todas las ciudades y a través de todos los canales, reciben la misma información, y quienes lo atienden son capaces de hacer sentir al usuario la seguridad acerca del servicio, y acompañarlo en el proceso de compra y activación de su tarjeta UMANA.

Nuestro objetivo es atender al socio y acompañarlo en su experiencia. Para ello, cada asociado a UMANA puede acceder a la información sobre los diferentes prestadores en su ciudad, los precios y las prácticas vía la plataforma virtual, y también tiene la posibilidad de hacerlo a través del centro de contacto. En este sentido, el CCU tiene un rol fundamental en asesorar y transparentar la información.

Para lo cual, es indispensable escuchar al usuario...

Definitivamente; en el centro de UMANA están las personas y sus necesidades, y esto significa que la empresa constantemente integra nuevas soluciones y servicios basados en sus demandas y necesidades específicas. La única forma de identificarlas es a partir de una escucha empática por parte del CCU. En sus inicios, por ejemplo, UMANA no contaba con nutricionistas, los cuales se incorporaron por la demanda de los usuarios.

Interesante porque, al final, como ustedes mencionaron antes, esta comunicación permanente entre la organización y sus usuarios inevitablemente funciona como un mecanismo virtuoso de regulación del sistema, ¿no es así?

Exacto; el único sistema de control que UMANA tiene sobre su red de prestadores es el que ejercen los propios usuarios a través del CCU. Cuando ellos expresan su conformidad o disconformidad sobre, por ejemplo, la calidad de la atención de un profesional, UMANA puede tomar decisiones informadas, entre las cuales pudiera estar el dar de baja a ese profesional.

Que no se nos olvide que un aspecto importante de la función informativa del CCU es la promoción del cuidado de la salud, a través de mensajes que incluyen la promoción de los beneficios del cuidado sanitario, hábitos de vida saludable y dimensiones clave de prevención.

El modelo UMANA se desarrolla bajo estos tres principios:

1. **Transparencia:** porque entendemos que la transparencia genera confianza, y la confianza genera relaciones humanas de calidad. Eso es fundamental para la relación médico-paciente. La transparencia le da más información al paciente, y eso hace que sea un consumidor de salud más racional.
2. **Dignidad:** bajo este concepto, tratamos de dignificar el trabajo del médico, y que el paciente tenga una atención digna y de calidad.
3. **Justicia:** apuntamos a que el sistema de salud sea más equilibrado, tanto para el paciente que paga, como para el proveedor de salud que recibe ese pago.

Simón Gronda

En todo esto, las tecnologías de información y comunicación juegan un papel crucial. ¿Cuán generalizado es el uso de estas tecnologías entre la población potencialmente usuaria del sistema UMANA?

Es cada vez mayor; en la actualidad, los teléfonos inteligentes, en especial aquellos que permiten el acceso a internet y ofrecen servicios que van más allá de los mensajes de texto, representan un segmento del mercado importante y está creciendo muy rápidamente. Los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos demuestran que, para el año 2015, en Argentina, 7 de cada 10 personas utilizan computadora o internet, y 8 de cada 10 emplean celular. El 78 % de los celulares vendidos en la Argentina son *teléfonos inteligentes*.

Eso te da una idea de la importancia de esta tecnología para un modelo como UMANA, que quiere llegar a millones de usuarios, en términos de accesibilidad a la atención primaria de salud, con bajos costos de transacción y uso ilimitado por parte de los usuarios. Aún más, en términos de trazabilidad del usuario, estas tecnologías nos permiten sistematizar la información sobre el recorrido del usuario sin intervenir en la transacción libre entre usuario y prestador. Esta información valiosa permitirá crear campañas de salud y generar acciones personalizadas por usuario.

Lo cual, a su vez, favorece el potencial de expansión del modelo...

Cierto, favorece su potencial de crecimiento. La plataforma UMANA, con un alto volumen de usuarios adheridos, puede proveer cuidados sanitarios informatizados, desarrollar acciones vinculadas a la telemedicina, administrar digitalmente la información, gestionar historias clínicas digitales, diagnosticar enfermedades y generar acciones de prevención personalizada mediante algoritmos. Esto, sin contar que la aplicación de *Big Data* permitiría inferir una capa de inteligencia, en la cual resulta de especial relevancia la aplicación de modelos predictivos que ayuden a anticiparse a las necesidades sanitarias y que ofrezcan una atención médica más eficaz. Y paremos aquí, porque podríamos estar hablando sobre esto todo el día y más.

Por supuesto, estas son ideas que permanentemente estamos visualizando y cuya factibilidad exploramos. En todos los casos, sabemos que la cuantía de los recursos requeridos, no solo financieros, sino también tecnológicos y de talento humano, es alta, pero si no estamos pensando en ello y explorando constantemente, nunca van a convertirse en una realidad. Parafraseando la famosa frase atribuida a Pablo Picasso, “La inspiración tiene que encontrarte trabajando”, podríamos decir que la oportunidad tiene que encontrarnos explorando opciones.

Todo esto luce fascinante y ambicioso, pero ¿de dónde saldrían los recursos para hacerlas realidad? ¿Con cuántos recursos cuentan para eso?

Para el trabajo que realizamos actualmente, contamos con un equipo relativamente pequeño, que busca ser ágil, el cual se apoya en dos herramientas clave para el crecimiento: la tecnología y la autorregulación en manos de los pacientes. Estos últimos nos aportan información valiosa para saber lo que está funcionando bien, lo que no, y lo que falta.

El grupo está conformado por un equipo central con roles de director general, generación de usuarios y canales, atención a prestadores, administración general y cobranzas, centro de contacto UMANA y tecnología.

Además, cada vez que UMANA lanza una nueva plaza, se crea un equipo de promoción y campaña para las acciones de lanzamiento correspondientes –armar una red de prestadores de salud, seleccionar promotores,

organizar el lanzamiento comunicacional y la difusión correspondiente—. Cada nueva plaza pasa a estar bajo la órbita de un coordinador regional.

¿Y cómo se paga todo eso?

En cuanto a los recursos financieros, actualmente, el principal flujo de ingresos de UMANA es la suscripción anual de sus socios. El número total de socios activos en red al día de hoy es de alrededor de 11.000. En promedio, se renueva anualmente el 50 % de las suscripciones. El crecimiento de usuarios por zona se viene logrando sin realizar grandes inversiones en adquisición.

Es importante acotar que las estadísticas de la organización son muy dinámicas. Cuando hablamos de 84.000 usuarios, nos referimos al número total de personas que han utilizado nuestros servicios. Como ya mencionamos, la salida y entrada de usuarios en el sistema es a voluntad y sin obstáculos. UMANA no ofrece pólizas de seguro que deben pagarse continuamente, para no perder la cobertura. La lógica es simple; si la persona necesita atención médica, adquiere la tarjeta, cuyo período de vigencia es de un año, y accede a la atención médica. Si no la necesita, pues, sencillamente, no renueva su suscripción hasta que vuelva a necesitarla.

OFERTA DE VALOR PARA EL USUARIO



- ▶ + de 11.000 usuarios activos anuales
- ▶ + de 35 especialidades médicas
- ▶ + de 180 profesionales activos
- ▶ + de 4.400 consultas médicas anuales
- ▶ 6 laboratorios
- ▶ 11 farmacias
- ▶ 6 centros de diagnóstico por imagen
- ▶ 2 sanatorios

El segundo flujo de ingresos, incipiente por ahora, proviene del “banco de la salud”, que financia intervenciones quirúrgicas programadas y simples (ej., operación de vesícula, parto, intervención oftalmológica, entre otras).

¿Financiar intervenciones con un banco no es conceptualmente un seguro?

No, ofrecer soluciones financieras, créditos o cuotas para poder acceder a una intervención de calidad, aunque suene parecido, no es un seguro; es el pago financiado de un procedimiento concreto, de una intervención quirúrgica, por ejemplo, con un precio determinado, un lugar de atención y un profesional definido.

Pongo un ejemplo poco delicado, pero el concepto de “banco de la salud” está más cerca de la compra de un televisor por cuotas que de un seguro social.

¿Y cómo funciona este banco?

Para lograrlo, se identifican clínicas que puedan brindar el servicio, y se estandarizan los procesos y costos para negociar una tarifa para la comunidad UMANA. Actualmente, este servicio se encuentra en estado de testeo/piloto y se financia con esfuerzos propios. A mediano plazo, se espera escalar, a partir de la obtención de un financiamiento externo.

Estos temas, por supuesto, están condicionados por el entorno económico. Factores como las fluctuaciones en la paridad cambiaria o la inflación impactan directamente la viabilidad de estos mecanismos. Nosotros asumimos el ensayo y error como método; proponemos, probamos y, si funciona, bien, si no, entonces, buscamos alternativas y así vamos aprendiendo y mejorando. Creo que esta es la forma de proceder de todos aquellos que intentamos fórmulas novedosas.

UMANA, al ser un sistema de salud intrínsecamente innovador, no tiene puntos de referencia o marcas de las cuales puede validar o aprender. La mayoría de las prácticas son una evolución del mismo sistema, lo que hace que la operatividad tenga una dinámica de ensayo y error.

Esto también obliga a que la estrategia sea lo suficientemente abierta para abarcar dichos cambios y que no se modifique en períodos relativamente cortos; la operatividad se vuelve más bien lenta, por lo que se necesita probar-fracasar-aprender-probar-fracasar y así sucesivamente, hasta encontrar lo que funciona.

Operativamente, hemos aprendido que es mejor avanzar lentamente, validar lo que se está haciendo y seguir avanzando y validando en

períodos relativamente cortos de tiempo; esto ahorra esfuerzo y recursos. ¿La contra? La estrategia no es tan sólida como lo puede ser en las empresas tradicionales.

¿Tienen otras fuentes de financiamiento?

Claro, cuando se trata de proyectos especiales, recibimos financiamiento de la cooperación técnica internacional; sin ir muy lejos, la valiosa contribución que CAF, a través de la Dirección de Innovación Social, nos está brindando para ampliar nuestra cobertura poblacional y fortalecer nuestra plataforma tecnológica. También, estamos permanentemente considerando otras oportunidades de generación de ingresos a explorar en el futuro.

A este punto volveremos más adelante, pero me estabas comentando sobre otras oportunidades de generación de ingresos; dame unos ejemplos de esas oportunidades...

Por ejemplo, la generación de productos propios, tales como seguros de sepelios y de internación, entre otros; alianzas con socios, para promocionar sus servicios o productos a través de nuestra plataforma, a quienes se cobraría un porcentaje o fee; publicidad en aplicación y en la red, georeferenciada, por edad, género, etc.; el usuario tendrá siempre la opción de desactivarla en caso de resultar irrelevante o molesta. Más ambicioso aún es el uso de Big Data para orientar la oferta de servicios de salud con base en las tendencias de la población. Como ya te contamos antes, son ideas que estamos explorando constantemente.

Dos elementos claves de cualquier innovación son el impacto social que genera y su sostenibilidad; ya hemos visto que UMANA satisface una demanda concreta de atención médica y servicios complementarios de un considerable número de usuarios. Sería interesante considerar el impacto en términos de morbilidad/mortalidad que la satisfacción de esta demanda genera. ¿Tienen datos al respecto?

Desafortunadamente, no tenemos acceso a las historias clínicas de los usuarios de UMANA, lo cual nos ha impedido obtener datos sobre el efecto en términos de morbilidad y mortalidad. Naturalmente, el solo acceso a los servicios de salud de una gruesa capa de la población más vulnerable es ya en sí un impacto social muy grande. Por otra parte, el porcentaje de renovación de tarjetas es alto y esto funciona como una muestra de satis-

facción de los usuarios con la calidad de los servicios, lo que a su vez nos estaría indicando que, al acudir a los servicios sanitarios vía UMANA, los usuarios que renuevan encontraron solución satisfactoria a sus problemas de salud.

Obviamente, una investigación específica sobre este tema sería de gran importancia, pero eso es un proyecto en sí mismo, que requeriría experticia y recursos considerables.

Pero, me parece que hay algo más que reseñar en materia de impacto. Todos sabemos que una de las carencias más graves que experimenta la gente que vive en situación de exclusión social y pobreza es la carencia de capital relacional. Esto es, en palabras simples, tener alguien a quien acudir en caso de necesidad, alguien que nos conozca y a quien conozcamos, alguien que tenga la capacidad de ayudarnos cuando sea necesario. Este es el papel de las redes de solidaridad en la comunidad. UMANA, al facilitar la relación con un médico a quien el paciente escogió –y no quien le tocó en un momento y, probablemente, nunca más–, abre una nueva ventana de posibilidades para superar el desamparo en que viven las personas vulnerables en cuanto a atención especializada en materia de salud.

6

LA LÓGICA DE UMANA

*De acuerdo; el otro aspecto, es lo relativo a la sostenibilidad.
¿Cuán sostenible es UMANA?*

Tu pregunta me trajo a la memoria una anécdota que Jorge [Gronda] nos relató hace un tiempo. La historia comienza cuando una mujer, asociada a una prepaga y que acudió a su consultorio, le entregó a la secretaria un papel. En ese momento, allí estaba una señora campesina que, intriguada, le preguntó a la secretaria:

“¿Cómo? ¿Es que al doctor le pagan con papeles?”.

La secretaria le contestó: “No, ese papel es un bono que nosotros recibimos y lo elevamos a la prepaga y dentro de 60 días le pagan al doctor”.

La campesina le pregunta, entonces: “¿Y cuánto le paga esa señora a la prepaga?”.

“No sé, unos 15 mil pesos por mes”.

“Nosotros –dijo la campesina– no podemos pagarle a la prepaga 15 mil pesos por mes”.

“¿Y cuánto le paga la prepaga al doctor por la atención de la señora?”.

La secretaria: “Doscientos pesos”.

“Bueno –dijo la campesina–, yo al doctor le puedo pagar 200 pesos, pero no puedo pagarle 15 mil al seguro”.

Y eso es...

¿Eso es? ¿Es esa la lógica de UMANA?

Así de simple. Al eliminar la intermediación financiera, el acceso a la salud se vuelve una realidad para miles de personas como nuestra campesina. Allí está la clave de la sostenibilidad: hay un gran segmento del mercado de salud que puede pagar al médico, pero no puede costear la intermediación. ¿Qué hace UMANA? Ofrece una opción de atención de calidad en materia de salud, lo que es vital para las personas que no pueden pagar los servicios de un seguro ni pueden darse el lujo de perder días de trabajo, y para quienes estar sanos es la diferencia entre pasar hambre o tener para comer; ofrece ingresos directos al prestador de salud y se mantiene con una estructura de costos bajos.

Pero, además, para afiliarse, no hay necesidad de pasar por trámites engorrosos que consumen parte de su tiempo. Simplemente, con adquirir la tarjeta de afiliación en algún punto de venta y ponerse en contacto con el centro de atención, puede comenzar el ágil proceso que lo llevará a la sala de espera del proveedor de salud en una semana o menos.

Desde este punto de vista, UMANA es sostenible porque atiende una demanda clara de un segmento de mercado muy grande en Argentina, y podríamos afirmar que en todas partes del mundo: me refiero a la población social y económicamente vulnerable. Allí, UMANA puede actuar y crecer permanentemente.

Dado que la principal fuente de ingresos de UMANA es la suscripción que cada usuario hace anualmente, inferimos que este es un modelo de negocio que depende del número de suscriptores; siendo así, entonces, el número de usuarios es una variable clave y, por tanto, su incremento progresivo es fundamental para la sostenibilidad de UMANA. ¿Cómo abordan ustedes el tema de la escala?

Queremos expandirnos territorial y demográficamente. Como bien lo dices, es fundamental para nuestra sostenibilidad lograr un crecimiento constante a lo largo del tiempo. Obviamente, no se trata de crecer por crecer, se trata de crecer con calidad. Por eso, cada vez que nos extendemos a un nuevo sector, abrimos un proceso de entrenamiento del personal y de información a los potenciales usuarios, lo que nos da una garantía razonable de calidad en la atención.

Formulo la pregunta de otra manera; entiendo que, con una estructura ligera, UMANA puede financiar sus operaciones por el mo-

mento, pero ¿cómo se paga esa expansión del modelo a otra ciudad, por ejemplo?

En la actualidad, tenemos un acuerdo con BID-FOMIN y con CAF para desarrollar el sistema, lo cual nos permitirá llevarlo a otras zonas del país; esperamos poder modelar la expansión, de manera que tengamos un presupuesto definido para esto y, así, poder costear la expansión; en este momento, lo que estamos haciendo es aprender y tratar de entender cómo crecer. No es una tarea fácil.

La estrategia de escalamiento

Dado lo anterior, ¿cuál es su estrategia de escalamiento territorial o demográfico?

Mira, a corto plazo, nuestra estrategia consiste en extender la cobertura demográfica en los territorios donde operamos actualmente, esto es, Jujuy y Salta. Consideramos que es importante maximizar nuestra presencia aquí antes de proceder a crecer en otros territorios. Mientras tanto, estudiamos cuál es la mejor metodología para expandirnos a otros territorios dentro y fuera del país.

A mediano plazo, nuestro plan de crecimiento se orientará a implantar el modelo en ambientes urbanos del país. Aquí vale una explicación. Nuestra gestación ocurrió en la Puna, que es un ambiente eminentemente rural. Es obvio que en esos territorios abundan los problemas de salud no resueltos. Es allí donde encontramos las tasas de mortalidad materno-infantil y de mortalidad/morbilidad más altas. Por otra parte, estas áreas son las que representan el mayor desafío desde el punto de vista de la implantación del modelo UMANA. Ello obedece a diversos factores, tales como la dispersión de la población y la escasa disponibilidad de recursos necesarios para la prestación del servicio.

Esto nos plantea un dilema que, podríamos decir, no está completamente resuelto y tiene que ver con la interrogante de hacia dónde debemos crecer. Tanto en los espacios rurales como en los urbanos, hay un grueso sector de la población que, en la práctica, no está bien atendido en lo que toca a sus necesidades de salud. Tenemos, enton-

ces, que tomar una decisión: hacia dónde enfilamos nuestros esfuerzos de crecimiento.

No es una decisión fácil, pero considerando los factores asociados a la factibilidad de nuestra operación, dados los altos costos que supone la implantación del modelo en otras partes del país y nuestras capacidades instaladas, creemos que debemos pensar en buscar territorios con una alta concentración de población y, también, con presencia de los recursos necesarios –de infraestructura, de talento humano disponible y financieros– que viabilicen el crecimiento del modelo.

¿Buscarían, por ejemplo, implantar el modelo en la ciudad de Buenos Aires?

Correcto; la ciudad o la provincia de Buenos Aires sería una localización para explorar a mediano plazo. Pero, te digo, esto todavía es objeto de discusión, no es materia clara todavía. Por lo pronto, nos consolidamos en Jujuy y Salta, donde todavía queda mucho trabajo por hacer. Por otra parte, estamos en las fases iniciales de implantación del modelo en Tucumán, pero esta parte del proceso es inevitablemente lenta y consumidora de recursos.

¿Han pensado en convertir a UMANA en una política pública o en un modelo de gestión pública?

Eso es algo que todavía no consideramos. Concentrar esfuerzos en promover los acuerdos políticos necesarios para lograr la aprobación de una política pública con base en el modelo es algo que, por ahora, no vemos factible. El panorama político de Argentina es inestable y eso hace muy difícil este tipo de iniciativas.

De todas formas, como bien lo dices, la salud es un área de política de Estado y, en buena medida, un bien público. No obstante, la práctica privada de la prestación de los servicios de salud es, en los hechos, universal, también. ¿Se visualizan ustedes, entonces, como un sistema al margen del Estado?

La salud es una política de Estado y un tema de gran sensibilidad pública en Argentina; por eso, no creemos factible que se apliquen soluciones muy radicales. Nosotros definimos a UMANA como un servicio público

de gestión privada. En principio, no nos proponemos como objetivo que el Estado tome a UMANA como una solución o una política pública.

“Mira... soy médico hace 40 años y el sistema de salud público en Argentina no cambió nada; cambian las prácticas, los edificios, las campañas, pero la lógica de fondo es igual que hace 40 años”.

Jorge Gronda

Míralo de esta forma, si UMANA funciona, al Estado se le soluciona un problema desde el sector privado y no tendría necesidad de cambiar. Mientras mejor funcione UMANA, la presión sobre los hospitales disminuiría, y eso, a su vez, contribuiría a que mejorara la salud pública; entonces, habría menos necesidad de cambio. Bajo esta lógica, si imaginamos un UMANA muy exitoso, se podría llegar a un equilibrio, con menos gente acudiendo a la salud pública, y a una mejora en el sistema. Esto luce más factible, al menos a corto y mediano plazo, que un cambio radical en el sistema de salud pública en Argentina.

Uno de los aspectos claves para el desarrollo de la innovación social es la generación de un ecosistema de innovación, es decir, la existencia de una red de organizaciones promotoras de innovaciones en campos afines de trabajo, las cuales cooperan entre sí, cada una en su área de acción. A lo largo de su existencia, UMANA ha desarrollado un conjunto de alianzas con otras organizaciones para potenciar su acción. ¿Podrías hablarnos sobre ese particular?

Sí. UMANA generó muchas alianzas desde que comenzó a funcionar. Una particularidad es que todas fueron diferentes. Creo que todas sirvieron para un propósito y siempre fueron positivas. Hubo alianzas a nivel estratégico, operativo, comercial y no comercial, solo para nombrar algunas:

Njambre: la alianza comenzó en 2014, con el objetivo de mejorar cualitativamente UMANA. Fue una alianza estratégica y, gracias a Njambre, se

mejoró la imagen, cambió el nombre (antes era Sistema SER), se empezó a pensar y operar en forma más digital, y se pudo abrir en la provincia de Salta, para validar que el sistema podría funcionar en otros lados.

Sancor Seguros: fue una alianza que duró tres años, aproximadamente; UMANA ofrecía seguros de vida para los afiliados (por un monto extra, Sancor cubría un seguro de vida).

Con Alumbra, fundación del Banco Macro: Alumbra ofrece UMANA a sus clientes, compra la membresía de forma masiva y luego la reparte como un sistema para las personas que sacan microcréditos en su entidad. Ellos entienden que una persona sana puede trabajar y pagar su crédito.

Fundación Pass: es una organización en Salta, que funciona como punto de venta, quedándose con un porcentaje de las membresías que venden.

Minka: es una escuela de negocios en el NOA (noroeste argentino); la alianza es estratégica y no comercial, para apoyar el emprendedurismo y colaborar con el ecosistema emprendedor en Jujuy.

mHealth: alianza no comercial, para estar actualizados con las novedades en tecnologías de salud y salud móvil.

Incae y Universidad Di Tella: ambas hicieron casos de estudio sobre UMANA.

Con CAF, la alianza es poderosa y estratégica. Más que como un cooperante internacional, CAF actúa como un socio promotor de la innovación social, y su apoyo no se limita al tema financiero. Desde el inicio, CAF es socio de los modelos que impulsa, acompaña de cerca la ejecución de las experiencias en el terreno, y fortalece relaciones y contactos que sumen al ecosistema de cada una de sus intervenciones. Esta alianza ha sido fundamental para lograr en UMANA el mejoramiento de la plataforma tecnológica, la página web, la consolidación del modelo en Salta y Jujuy, la ampliación de operaciones a Tucumán y la creación de una aplicación para teléfonos inteligentes.



7

UNA NUEVA MIRADA

¿Por qué consideran ustedes que UMANA trae una nueva mirada al tema de la atención de salud en Argentina?

Entre otras cosas, UMANA ofrece una mirada nueva porque visibiliza a cientos de miles de personas que no estaban siendo consideradas por el mercado. Se ancla en el potencial de pago y el protagonismo de los usuarios, y no en la ayuda ni en el asistencialismo; evidencia que un servicio de salud gratuito tiene altos costos económicos y humanos cuando no es brindado respetando los tiempos de los usuarios.

Una de las definiciones más aceptadas dice que innovación social es “una solución nueva a un problema social, la cual es más efectiva, eficiente, sostenible o justa que las soluciones existentes y a través de la cual el valor creado es capitalizado primariamente por la sociedad en vez de por los particulares”. Tomándola como referencia, ¿podríamos decir que UMANA responde a esta definición y por qué?

Pues sí, veamos: UMANA es una solución novedosa al problema social generado por la inadecuada respuesta del sistema de salud pública a un grueso sector de la sociedad, particularmente, al más vulnerable, que representa más del 50 % de la población argentina.

Pero ¿por qué es novedosa?

Bueno, primero, porque no hay precedentes en Argentina de una oferta de servicios de salud que reuniera los atributos de calidad, acceso oportuno, precios accesibles a este segmento de la población, sin burocracia –lo que posibilita el ingreso de personas que, de otra forma,

no podrían registrarse en el sistema de salud–, pago por uso, sin período de carencia y, en general, que convirtiera al usuario en protagonista de su propia salud. En síntesis, antes de UMANA no existía esta oferta de valor para los sectores más vulnerables de la sociedad argentina. Lorena no tenía esa opción.

¿Y cumple con el requisito de efectividad y eficiencia mencionado en la definición anterior?

Claro, como ya te habíamos mencionado, una persona que se convierte en usuario de UMANA accede al servicio que requiera en un plazo con el cual, con excepción de los servicios privados, nadie puede contar. Es eficiente porque la relación precio-calidad del servicio que UMANA ofrece es excelente para el usuario, y porque todo esto se logra con una estructura de costos mínimos.

Además, es efectiva y eficiente también para los prestadores de salud, quienes reciben sus ingresos sin dilación, directamente del usuario, sin intermediación financiera ni trámites engorrosos y, aunque los precios no son tan altos como en el sector privado, son razonables y, sobre todo, ingresan sin demora alguna. Digamos que, en este caso, aplica el viejo adagio “Más vale pájaro en mano que cien volando”.

¿Y en cuanto a la capitalización de valor social primariamente por la sociedad en vez de por los particulares?

También, tenemos razones para pensar que la acción de UMANA genera un impacto positivo en términos de morbilidad y mortalidad de la población usuaria; esto es solo nuestra presunción, ya que nunca pudimos medirlo, necesitaríamos una medición base y una constancia y metodología profesionales y tiempos de medición que no tenemos. Pero, escuchando a la gente, entendiendo las opciones que tienen y observando la recurrencia en la adquisición de la membresía, creemos que hay una demanda social que se satisface con el servicio que UMANA presta; en ese sentido, hablamos de un impacto positivo. Este impacto, por ahora restringido a los usuarios de UMANA, sería potencialmente recibido por un amplio sector de la población más vulnerable, la cual, como ya te habíamos dicho, representa más del 50 % de la población argentina.

¡Sí! Definitivamente, calificamos como una iniciativa innovadora en Argentina y, estamos seguros, en el contexto latinoamericano. Somos conscientes de la responsabilidad que esto implica para nuestra organización, responsabilidad que asumimos gustosos.





8

CONVERSACIÓN CON JORGE GRONDA

Comencemos nuestra conversación hablando de la mortalidad materno-infantil en la población indígena de la Puna jujeña. En CAF, desde la antigua Dirección de Desarrollo Cultural y Comunitario, hemos acompañado y promovido varias experiencias en materia de salud y, particularmente, de salud sexual y reproductiva. Por citar tres, está el proyecto Construyendo puentes entre la comunidad y el sistema de salud, el cual estaba dirigido a reducir los índices de mortalidad materno-infantil en población indígena perteneciente a las etnias aymara y quechua, en el altiplano boliviano. Más recientemente, participamos en el proyecto Pango, en la Amazonía peruana, una iniciativa centrada en materia de telemedicina. La más antigua de ellas fue un proyecto en la costa norte de Venezuela, que tuvo como inicio la promoción de Bankomunales, un modelo de microfinanzas basado en la organización y educación financiera, el cual ha tenido una difusión importante en varios países de América Latina. De este proyecto, por iniciativa de las mujeres de la zona, surgió una propuesta sanitaria, basada en la organización de las demandas de la comunidad y su relación con los prestadores de salud.

Toda esto viene a cuenta porque en cada una de ellas hubo un diagnóstico previo muy particular; en donde predominaron factores culturales, económicos y de política pública en materia de salud. En el caso de UMANA, que tuvo un disparador en la demanda de mujeres indígenas de la Puna jujeña, ¿cuál fue el diagnóstico inicial?

Mira, yo diría que no hubo un diagnóstico en el sentido formal de la palabra. De hecho, no hay una buena valoración de la sociedad argentina,

la cual se debate en una dualidad entre la Argentina blanca europea y la Argentina, para llamarla de alguna manera, cobriza, ¿tú ves? Eso se refleja en el diseño del sistema de salud en Argentina, donde podríamos decir que existen dos sistemas de salud: uno para los blancos, y otro para los indígenas y sectores desfavorecidos de la sociedad. Entonces, como te decía, más que un diagnóstico, hubo una demanda concreta de las mujeres indígenas de la Puna, la cual reflejaba una situación objetiva de desatención adecuada en materia de salud, situación que afecta, no solo a las mujeres de la Puna, sino también a miles, millones de personas en Argentina.

Me llama la atención que hagas referencia a una cuestión racial en Argentina. Cierto que en todas partes existe algún grado de racismo, pero tendemos a creer que se trata de uno atenuado, por llamarlo de alguna manera. En algunos países, se puede ver que el racismo permea de una manera transversal la sociedad entera. Eso se refleja, por ejemplo, en las políticas migratorias actuales, las cuales responden al temor de que en unas pocas décadas la población blanca pase a ser una minoría étnica. El más ignorante y excluido de los supremacistas blancos vería con horror que su hija se casara con un hombre de negocios negro o cobrizo, no importa cuán exitoso sea. En mi opinión, esto no existe en América Latina, al menos no como fenómeno social. En nuestro caso, creo que se trataría más bien de un tema de exclusión social y económica, que se correlaciona con el origen étnico, pero no es causado por este, ¿no te parece?

Yo creo que, en el fondo, existe una coincidencia entre las poblaciones excluidas y los pueblos indígenas. Cada uno le puede dar la definición que más crea. ¿Es exclusión social? Sí. ¿Hay subyacentes prejuicios raciales en América Latina? Para mí, sí, aunque no tan desembozado como en EE. UU. Solo hace falta ver la película *Roma*, que expresa una realidad común a toda la región.

Si se pudiera sacar una fotografía a los miles de niñas embarazadas por falta de acceso a los sistemas de salud, o a los miles de mujeres jóvenes que mueren por cáncer de cuello uterino en América Latina, o a los miles de niños que engrosan las estadísticas de mortalidad infantil, veríamos principalmente personas con rasgos indígenas y de piel cobriza. Y si cruzamos esos datos con el oficio de las mujeres, veremos que en su gran mayoría el único destino laboral de las que sufren muertes pre-

maturas e injustas es el del servicio doméstico en el mejor de los casos, por no hablar de la prostitución y la trata de personas. Sinceramente, creo que los sistemas de salud invisibilizan a las personas de la base de la pirámide.

A través de los últimos 30 años, esta iniciativa se inicia en el CEGIN como una práctica en el campo de la ginecología y obstetricia, y evoluciona hacia un espectro más amplio de campos de la medicina. ¿Cómo ocurrió este proceso evolutivo?

Esto ocurrió de forma espontánea y progresiva por demandas de las mujeres que nos hablaban de los problemas de sus hijos o sus esposos o familiares. Estos eran problemas para cuya solución no estábamos preparados y, por tanto, no podíamos dar una respuesta adecuada. Pero, y esto es interesante, también resultó de la curiosidad que despertaba en algunos colegas el que nuestra consulta permaneciera llena y la de ellos no. Ellos preguntaban y se enteraban del por qué ocurría esto. Se trataba de una lógica económica muy simple: mis pacientes pagaban lo mismo que por sus consultas si estuvieran afiliados a una empresa de seguros o a una obra social, pero sin tener que pagar por una póliza ni pasar por complicados trámites burocráticos. Al principio, algunos colegas se molestaban porque eso les afectaba el negocio, pero con el tiempo comenzaron a entender la lógica económica implícita en nuestro planteamiento y a interesarse en afiliarse a este modelo de práctica profesional.

Así que, respondiendo a tu pregunta, la ampliación de los servicios ocurrió como un proceso natural, que nosotros no buscamos, de demanda de servicios por parte de nuestros usuarios y, por la otra, del interés de algunos colegas en afiliarse, dadas las ventajas que un pago pronto ofrecía. Si puedo recibir lo mismo ahora y sin complicaciones, ¿cuál sería la ventaja de no hacerlo?

En otras palabras, lo que ustedes hicieron fue eliminar la intermediación financiera –sea de la aseguradora o de la obra social–, al poner en contacto al usuario con el prestador de salud.

Exacto, en los hechos, nosotros “desglosamos” el sistema de salud tal como existe, y extrajimos de él aquellos elementos que son de naturaleza financiera o burocrática. Mira, una compañía de seguros es básicamente

una empresa financiera cuyo mercado es la salud. Ningún problema con eso, excepto porque la salud es un derecho, y cuando su intermediación –me refiero a la de la aseguradora–, se transforma en los hechos en un factor de exclusión, entonces, sí vemos un problema.

Por otro lado, el discurso de la salud como derecho universal que el Estado debe proveer en forma gratuita a la población, en los hechos, por defecto, también falla en asegurar ese derecho. Pareciera que la salud universal y gratuita funciona bien como planteamiento, pero falla como realidad. ¿Qué opinas?

En Argentina, ese tema de la salud gratuita y universal es un discurso político, atractivo sin duda, pero más nada. En primer lugar, no es gratuito porque los costos de transacción que el paciente debe pagar para obtener el servicio son muy altos, en términos de lucro cesante, por tener que perder días de trabajo para lograrlo, porque la tardanza en la obtención de las citas contribuye a que las dolencias iniciales se agraven y luego requieran de atención especializada. En la práctica, sí tiene un costo y, además, no funciona.

Ahora bien, podríamos decir que en el diseño del sistema de salud argentino están presentes las características de los sistemas de varios países; esto es, la fragmentación de este en tres subsectores –público, privado y las obras sociales–. Uno pudiera explicar este diseño como una diversidad de opciones para que todos puedan acceder a servicios de salud de acuerdo con sus posibilidades. En tu opinión, ¿por qué no funciona?

No funciona porque el diseño original de los sistemas de salud de América Latina está basado en prejuicios de clases. La salud pública para los indígenas, los indigentes y los pobres de toda pobreza y la estética y la ética se adapta y se mimetiza con la pobreza. Eso se ve claramente en la suciedad y la falta de respeto por la intimidad de los pacientes. Es impensado que en un sistema público de salud exista una habitación con baño privado. El paciente en su peor estado tiene que compartir baños en total estado de abandono.

El sistema político comete una gran incoherencia al defender la salud pública, pero a la vez las leyes laborales promueven los seguros de salud privados. En Argentina, el sistema se agrava al haberle cedido a sindica-

tos corruptos el manejo de los fondos de salud. Por último, existen los sistemas prepagos, que son para las clases más altas y económicamente pudientes. Lo ideal, a mi entender, sería que todos los fondos de salud que se gastan en Argentina se unificaran y que todo el mundo asistiera a los mismos hospitales de excelencia. Es sabido que todos los presidentes de América Latina, cuando tienen un problema de salud, se atienden en los lugares más costosos y exclusivos, o viajan a Estados Unidos o Europa. Cuando existe más de un sistema de salud, significa que no existe ninguno, por lo menos, uno que sea universal o de excelencia.

Entonces, ¿cuál sería la alternativa a este complejo diseño del cual dependen millones de personas?

Es un tema muy complejo. En primer lugar, un sinceramiento del poder político que acepte la realidad y que se pueda unificar en un discurso coherente. Hoy, se dan casos como la crisis chilena, donde la población reclama justamente eso: la misma calidad de atención entre los ricos y la clase media. Yo no creo que la política esté en condiciones de dar respuesta al problema, ya que para ellos no es un problema; ellos y sus familias se atienden en los lugares más exclusivos y de excelencia. Otra sería la historia si la mujer de un diputado o un senador tuviera que parir en un lugar sucio, donde muchas veces tiene que compartir la cama con otra mujer que recién parió. Creo que la única forma para que en América Latina la salud se convierta en un bien público y un derecho básico es que el reclamo salga de otro lugar, no desde la política o la corporación médica. La democratización de la salud va a venir de la mano de movimientos sociales de los jóvenes utilizando la tecnología y las nuevas alternativas de comunicación.

Creo que el cambio va a venir a través de plataformas como UMANA y las que son similares. Siento que es una gran oportunidad para que los millones de personas en América Latina que no tienen acceso a un sistema de salud de excelencia se empoderen a través de compartir la problemática, utilizando herramientas como la plataforma que están co-creando con UMANA.

La tecnología puede cumplir la función de catalizador de las demandas de esos movimientos sociales de jóvenes que visualizas, pero, para que ello ocurra, debería haber una acción deliberada a fin de que esas demandas sean satisfechas. UMANA es

una alternativa que, de ser escalada, podría ser parte de esta intención de proveerse de una excelente atención en salud que la sociedad tendría. ¿Cuál es el rol que UMANA debe cumplir en todo esto? ¿Es solo ampliar su acción para llegar a millones de personas? ¿Tendría que asumir proactivamente la tarea de facilitar el encuentro con otras iniciativas que contribuyan a generar un ecosistema de innovación social en materia de salud? ¿Cuál sería el rol que deberían tener en todo esto los aliados estratégicos de UMANA?

Bueno, vamos por partes. ¿Cuál es el rol que UMANA debe cumplir en todo esto?

Creo que UMANA tendría que ser un promotor, un facilitador y un catalizador en el tema de la desigualdad que existe en la industria de la salud, a través de una estrategia comunicacional que ponga sobre la mesa el problema y las posibles soluciones. Creo que, si la sociedad no asume un rol totalmente protagónico en la búsqueda de soluciones, UMANA nunca podrá ser tenida en cuenta como una solución al problema.

Siempre pensé que si el Estado se hacía cargo de cerrar la enorme brecha de desigualdad que existe entre los pobres y los ricos en relación con el acceso a sistemas de salud de excelencia, UMANA desaparecería, ya que no tendría ningún sentido su existencia. Ese pensamiento me permitió sacarme de encima la preocupación de que UMANA debía ser exitosa. Tener la capacidad de soltar la idea de que UMANA salvaría a muchos y que tendría una vida acotada, paradójicamente, hizo que, con el correr del tiempo, no solo no desapareciera, sino que estuviera más vigente que nunca. En definitiva, el rol de UMANA, basado en la idea de que tiene que morir en algún momento, es interpelar a la sociedad en su conjunto para que sea ella misma la que se haga cargo y responsable del cambio de paradigma. Y que ella decida si UMANA le es útil o tiene que desaparecer.

El objetivo de llegar a millones de personas debe estar legitimado por la decisión y el empoderamiento de la sociedad. Tecnológicamente, hoy, UMANA puede llegar a millones de personas, pero si la sociedad no la elige, no será posible. “No hay nada más potente que una idea a la que le ha llegado su momento”.

¿Tendrían que asumir proactivamente la tarea de facilitar el encuentro con otras iniciativas que contribuyan a generar un ecosistema de innovación social en materia de salud?

Totalmente, y lo tendría que hacer de una forma valiente, disruptiva e irreverente con la libertad de que, si logra la inclusión de millones de personas a un sistema de salud más justo, más humano y más ético, aunque UMANA desaparezca, habrá cumplido su objetivo.

¿Cuál sería el rol que deberían tener en todo esto los aliados estratégicos de UMANA?

Los aliados estratégicos que decidan apoyar y compartir la visión de UMANA deberían estar dispuestos a sentarse a una mesa para tener conversaciones valientes y éticas y dejar los egos y la codicia de lado. Estamos hablando de la vida y de la muerte de millones de niños, de mujeres y de hombres a los cuales el sistema imperante los descartó como basura.



9

LECCIONES APRENDIDAS

Oeij y colaboradores proponen asumir la innovación social como una travesía que puede llegar a su destino o no, que puede cambiar de ruta a lo largo del camino y que puede fracasar o lograr sus objetivos total o parcialmente. Aun cuando cada iniciativa es particular, es posible reconocer elementos comunes a todas. En este sentido, ellos identifican tres grandes etapas en el proceso: una, de gestación –que viene precedida de lo que denominan un shock–; otra, de desarrollo –el recorrido de la ruta–, y una última de implementación/término, que podríamos interpretar como su conversión en práctica social aceptada, parte del ADN de la sociedad, con lo cual, pasa a convertirse en práctica convencional.

En el caso de UMANA, es posible identificar estas fases. La primera, la de gestación, correspondería al tiempo durante el cual Jorge Gronda, principal instigador y constructor de UMANA, decide volver a la Puna, de donde es originario, y dedicar su energía creativa a la cría de vicuñas. Es la época en la cual conoce a las mujeres indígenas que allí viven y, particularmente, a Rosario Quispe, una pequeña gran mujer, líder natural de su comunidad, quien le insta a dejar lo que a su juicio pudiera haber parecido un dislate del doctor y a ocuparse de las mujeres de la comunidad que “se están muriendo”. Previo a ese tiempo, dos *shocks* están ocurriendo, uno en la ciudad y otro en la Puna.

En la ciudad, el prestigioso Dr. Gronda, reconocido por sus éxitos en el quirófano, está acumulando frustraciones, habida cuenta de que cada vez es más evidente para él que, por cada paciente que salva en el quirófano, muchas mujeres mueren por el mismo mal que acaba de erradicar con su bisturí. Al comienzo de esta historia, se habla de un fracaso; eso es, quizás, a lo que hacemos referencia.

Por otro lado, en la Puna, las mujeres mueren de cáncer, y la mortalidad maternoinfantil y los índices de embarazo no deseado son muy altos, entre otras cosas porque estas mujeres no reciben la atención que las de la ciudad de clase media para arriba sí reciben. Se trata de la dura realidad, lamentablemente, típica de muchas comunidades indígenas de Suramérica.

Olvídese de las vicuñas y venga a hacer el trabajo que usted sabe hacer, le espetó Rosario a Jorge, y este aceptó. Pero, si usted viene acá, no va a hacer lo que cree que tiene que hacer, sino lo que nosotros queremos que usted haga. Allí comienza el proceso de cocreación de esta importante iniciativa.

Tres lecciones emergen de esta fase de gestación:

La primera es que el origen de una innovación social es una demanda social sentida –podría ser que no revelada, pero tiene que ser sentida–, en la cual el emprendedor se afina para dar el primer paso de la travesía. En el caso de UMANA, una terrible situación en términos de salud reproductiva y sexual encuentra la oportunidad en la presencia, precisamente, de un ginecólogo con 30 años de experiencia práctica y académica, oriundo de esa geografía y con ganas de hacer algo efectivo en términos de salud. Serendipia es el término utilizado para definir el encuentro por casualidad y es el origen de numerosas innovaciones.

La segunda es que la innovación social encuentra un suelo fértil para florecer en una comunidad donde las relaciones de cooperación y reciprocidad son parte esencial de su cultura. Esta forma de relacionarse es la que permite la existencia de liderazgos locales fuertes, comprometidos, como el de Rosario Quispe. Es lo que en la literatura se conoce como capital social, cuyo grado de acumulación es determinante para el éxito de las iniciativas de cambio social. UMANA, en sus orígenes, cuando todavía no llevaba ese nombre, contó con una comunidad con un alto grado de acumulación de capital social, particularmente, entre las mujeres de la Puna.

La tercera es que la oferta de salud es más efectiva y eficiente, en la medida en que encuentra una demanda organizada, la cual pone de relieve esas necesidades sentidas no reveladas. En la condición que Rosario estableció desde el principio –Usted viene a hacer lo que nosotras queremos que haga–, se definió el juego y la cancha donde se iba a jugar. En ese contexto, la relación oferta-demanda se hace fluida y efectiva; la relación recursos-resultados tiende al óptimo. El prestador de salud sabe lo que tiene que hacer. Esta ha sido nuestra experiencia en CAF en las iniciativas que hemos emprendido en materia de salud tanto en Venezuela como en Bolivia y, por cierto, es una clave de la metodología *Warmi*. Lo que se haga viene direccionado por las aspiraciones de cambio de la comunidad. Es el enfoque de abajo hacia arriba, tantas veces mencionado en la literatura, hecho carne y hueso en la realidad.

La segunda fase de la travesía es la de desarrollo, durante la cual todos los esfuerzos se concentran en convertir las ideas en realidades concretas. En consecuencia, es la fase más compleja y rica en interacciones, en la cual ocurren las mayores dificultades, los avances y retrocesos, tanto por factores internos como del entorno. También es la fase de los conflictos, “cuando se acaba la luna de miel”, a decir de Salomón Raydan, emprendedor social creador de los Bankomunales.

UMANA es, sin duda, un emprendimiento social; decimos esto porque es, en buena medida, el resultado de la voluntad férrea, de la riqueza de recursos y habilidades, ambición, persistencia (Phills y colaboradores, 2008), que caracteriza a la gente de UMANA. No puede haber éxito en una travesía de este tipo, larga, que en ocasiones se cruza con tormentas, si no se cuenta con el espíritu de misión que caracteriza al emprendedor social. Pero, al mismo tiempo, si la solución propuesta no ofrece eficiencia, efectividad y una diferencia en el margen con respecto a las soluciones convencionales, todos los atributos del emprendedor y sus esfuerzos irán a estrellarse contra la pared del fracaso. UMANA ha contado con la presencia favorable de los dos factores clave del éxito: testarudos emprendedores y solución adecuada.

Por su condición de empresa social, los retos que ha debido enfrentar –y enfrenta– UMANA son los de una empresa cualquiera; esto es, rentabilidad, capacidad de crecimiento, competitividad, etc. Pero, como no es una empresa cualquiera sino una empresa social, también debe enfrentar desafíos asociados al requisito ineludible de no perder su perfil, de seguir siendo un instrumento de los que más los necesitan, es más, de profundizar en ese sentido. Suena obvio, pero en este particular, hay que poner mucha atención a las críticas que Yunus hace a su criatura, el Grameen Bank, el cual, según él, en un momento dado se extravió en el camino y ha perdido mucho de la esencia como banco de los pobres que en un inicio tuvo.

De la historia que conocemos, en el caso de UMANA, quizás una de las más complicadas tuvo que ver con la inhabilitación, por razones de salud, del padre de la criatura. En ese momento, se podría decir que UMANA había alcanzado un desarrollo notable, con alrededor de 50.000 usuarios, y quizás la responsabilidad que eso implicaba llegó a abrumar a Jorge. Lo importante a recalcar aquí es el valor de un liderazgo colectivo. Haber estimulado la participación de los miembros del core, haber cultivado ese liderazgo, permitió a la tripulación de ese avión en pleno vuelo tomar el control de la nave y llevarla a tierra con todos

sus pasajeros a salvo. Esa es una lección muy importante en cuanto al rol del líder. Los liderazgos únicos terminan por llevar al traste las empresas potencialmente más exitosas. El verdadero líder promueve su relevo prácticamente desde el principio. Esto es particularmente importante, cuando se trata de una iniciativa innovadora, donde los mapas de navegación son meramente indicativos, razón por la cual no queda otra que hacer camino al andar.

Pero aquí no termina la historia. Una vez recuperado de sus dolencias y vuelto a las andanzas, Jorge Gronda se consiguió con un equipo de trabajo empoderado ejerciendo el liderazgo y con la nave en pleno vuelo. En este momento, dio una nueva demostración de autoridad y, por qué no decirlo, de humildad. Lejos de querer retomar su rol de líder máximo, decidió hacerse a un lado y reinventarse para cooperar. Aun cuando su vocación es la de un hacedor –sus palabras–, decidió convertirse en vocero de la iniciativa, cosa que ha venido realizando en numerosas presentaciones, en eventos nacionales e internacionales, entrevistas y otras actividades. Lección valiosa: la alternabilidad del liderazgo a medida que avanza la travesía es clave para el éxito del emprendimiento. Ello no es el producto de la casualidad, sino de un esfuerzo consciente de construcción de organización y liderazgo.

En palabras de Irene Gronda, hay que animarse a los cambios necesarios en el equipo para crecer. La mayoría de los emprendimientos, y sobre todo los de impacto social o ambiental, son excesivamente dependientes de sus fundadores. Un gran aprendizaje de los Gronda fue poner en primer lugar el sistema y no a las personas que lo lideraron. Esto les permitió darse cuenta de que la fase de consolidación requería de nuevas habilidades, además de las que había aportado Jorge con su innovación y su visión sobre la posibilidad de una economía diferente.

Este fue el momento de gestionar la organización que había crecido, y se necesitaba de las habilidades de Irene. Años más tarde, volvieron a poner el bienestar del emprendimiento en el centro, y supieron que la etapa de expansión requería de la visión de negocios y la pasión por la tecnología que Simón podía aportar a UMANA. “Tenés que entender que el emprendimiento va primero, hay que estar atento a las necesidades de la empresa, y ahí decidir quién la lidera o la gestiona. Esto, a veces, implica conversaciones y decisiones difíciles”, reflexiona Irene.

Hoy, UMANA está en plena fase de desarrollo y ha acumulado experiencias que le permiten extraer lecciones valiosas, como son:

La disposición a pagar de los usuarios. Un mito generalizado es que las personas que viven en situación de vulnerabilidad económica no tienen capacidad de pagar y que, por tanto, se les debe proveer de servicios gratuitos. En la historia de este caso, se muestra cómo son las usuarias del CEGIN, quienes se presentaron en el consultorio del doctor Gronda con una caja que contenía dinero para pagar por el servicio que recibían, con el argumento de que no querían que ese servicio no pudiera mantener sus costos y desapareciera.

Esta es una demostración de la comprensión por parte de aquellas mujeres –prácticamente, todas viviendo con grandes carencias económicas–, de que todo tiene un costo y que alguien lo tiene que pagar. “No hay tal cosa como un almuerzo gratis” reza el famoso dicho de los economistas, y ellas, que saben lo que cuestan las cosas, deciden pagar siempre y cuando los precios estén a su alcance.

Por otra parte, este pasaje de la historia de UMANA también nos enseña lo que la práctica cotidiana demuestra, que vivir en estado de pobreza no significa la ausencia permanente de dinero, sino la discontinuidad del flujo de ingresos en el tiempo. Esto es, una familia viviendo en estado de carencia económica recibe ingresos modestos en determinados momentos, pero no continuamente. Ello les impide acumular y, en ausencia de opciones de ahorro o inversión adecuadas, les incentiva a gastar lo que eventualmente reciben en cubrir sus carencias inmediatas.

La discontinuidad en el flujo de ingresos familiares y la ausencia de opciones viables de ahorro o inversión (por ejemplo, en salud) contribuye a mantener a estas familias en situación de vulnerabilidad general. La tarjeta Ser-UMANA representa una opción de inversión en acceso a salud con calidad, y los usuarios están dispuestos a pagar por los precios razonables a los que se cobra el servicio médico.

Conocer al usuario. El crecimiento del modelo de UMANA y su nivel de impacto está directamente relacionado con incrementar el volumen de usuarios. Llegar a los usuarios es uno de los desafíos más importantes. Para ello, hay algunos aprendizajes generales, y otros particulares que se relacionan con cada ciudad o geografía en la que UMANA se implementa. Es clave entender el perfil de los usuarios en cada ciudad, en dónde viven, qué zonas frecuentan, qué escuchan, qué miran, a quién siguen, en qué gastan sus ingresos. Conocerlos muy bien para poder transmitir el mensaje adecuado y

por los canales que aseguren que puedan conocer los beneficios de UMANA y de su propuesta superadora respecto de alternativas que pueden tener en la actualidad. Identificar qué barreras invisibles pueden frenar al usuario de querer ser parte de UMANA, como desconocimiento, desconfianza de un sistema que es virtual, y pensar que ser parte de UMANA podría afectar una eventual atención en el hospital público, entre otras.

Invertir en llegar al usuario, a través de los canales adecuados. Por lo general, un riesgo alto en este tipo de modelos es asumir que, dado que la propuesta de valor cubre una necesidad crítica de millones de personas, no es necesario invertir en publicidad, y el crecimiento se va a dar de manera orgánica. En el caso de UMANA, uno de los grandes aprendizajes en esta dimensión es que, por un lado, sí es necesario invertir recursos en publicidad para captar un mayor número de usuarios. Por el otro, esta publicidad tiene que ser basada en una estrategia integrada multicanal, que contemple los conductos más usados por los potenciales usuarios UMANA. Entre los canales que más funcionan para UMANA se encuentran la radio, la promoción personalizada en la vía pública, la publicidad no tradicional en determinados programas de televisión y, cada vez más, las redes sociales. Lo que no dio tantos resultados es la publicidad tradicional en la televisión, en los periódicos o en la vía pública.

Generar confianza en el usuario. Si bien la propuesta de valor de UMANA resuelve una necesidad crítica de sus potenciales usuarios, no lo hace en un formato típico asociado a los servicios de salud tal como los conocen. Por un lado, UMANA no es una prepaga ni una obra social. Por el otro, su modalidad es absolutamente virtual que, si bien es una tendencia cada vez mayor en los servicios de salud, todavía no está definitivamente instalada en los sectores de bajo ingreso. Por lo tanto, uno de los mayores desafíos del sistema es identificar los puntos de confianza con el usuario y nutrirlos: que los mensajes sean claros y se anticipen a potenciales barreras invisibles, por ejemplo, “si comprás la tarjeta UMANA, también vas a poder atenderte en el hospital público”. Que el centro de contacto esté disponible para consultas por diferentes vías. Que la experiencia de usuario del momento en que la persona se entera de UMANA, decide comprarla y se activa su participación en el sistema, sea muy fluida y simple.

Puntos de venta no tradicionales, pero que generen confianza en los usuarios. Por lo general, los puntos de venta de UMANA

son no tradicionales. Uno de los aprendizajes es que los kioscos no funcionan tanto como punto de venta inicial –la primera vez que un usuario se asocia a UMANA– porque no genera la suficiente confianza, pero sí son clave como puntos de renovación de la asociación. Es recomendable que los puntos de venta iniciales estén más asociados a la salud, que sean referentes para el usuario: farmacias, ópticas y policlínicos, entre otros ejemplos.

Los profesionales médicos no se suman por ser solidarios.

Cuando se está armando la red de prestadores y convocando a los médicos a ser parte, es clave presentar el sistema UMANA como un modelo de negocio que es ganar-ganar para todos los involucrados. Un sistema en el que el prestador, al ver aumentado su volumen de pacientes, va a incrementar sus ingresos y mejorar su esquema financiero.

La importancia del centro de contacto. Al no existir oficinas comerciales, el centro de contacto adquiere una relevancia clave para gestionar la cercanía con el potencial socio y con el cliente de UMANA. Es muy importante ir aumentando su calidad, lograr que sea personalizado y que pueda brindar asesoramiento e información médica, con calidez, empatía y conocimiento de temas de salud, en el tiempo en el que la persona lo necesita. Además, es clave que ese centro de contacto sea omnicanal, incluyendo redes sociales, WhatsApp, Messenger, teléfono.

Capacidad de pago de personas de bajo ingreso. Para diseñar el modelo, es fundamental entender la capacidad de pago de los potenciales usuarios del sistema. Se entiende que, para personas que son microemprendedoras, la atención gratuita en el sistema público deja de serlo cuando tienen que perder días de trabajo por no ser atendidas. En la mirada de Irene, “las personas toman conocimiento de que su tiempo desperdiciado también vale, y prefieren pagar un precio accesible por su atención efectiva de la salud, en lugar de perder tiempo valioso por consultas que no pagan, pero que no son gratuitas para ellos”.

Elegir bien las alianzas estratégicas para el crecimiento y expansión del modelo. En momentos del emprendimiento, es clave sumar socios para crecer. Los socios estratégicos aportan miradas, estrategia, financiamiento, conocimientos técnicos. Uno de los grandes aprendizajes de UMANA es la necesidad de generar, además, mucha confianza, para poder ir alineando miradas y visiones.

Conclusiones

Para emprender una iniciativa que trata de dar respuesta a debilidades del sistema de salud, es necesaria una paradójica combinación de espíritu aventurero con actitud mesurada. Por ello, los equipos de trabajo dedicados a la innovación, sea esta tecnológica, organizacional o social, requieren de equipos que se complementen. En estos equipos, hace falta el creativo, el que saca de aquí y de allá para generar una idea o un producto nuevo, pero también el que lleva ese producto o idea a su concreción en un prototipo o modelo, el que sale a la calle a validar ese prototipo, y quien dice basta de ideas, hay que tomar una decisión ya. Todo eso se requiere en el interior de una organización para generar una estrategia que abarque los diferentes retos implicados en el objetivo general de proveer servicios de salud oportunos y de calidad para quienes no disponen de estos.

UMANA enfrenta un desafío ineludible. Quiere y tiene que crecer. La tarea es monumentalmente compleja. UMANA no trabaja con cosas materiales, desechables en caso de que no funcionen. Lo suyo es la salud de los seres humanos, y con eso no se juega. De ahí que necesitemos ser prudentes y mesurados. No obstante, ya se exploran opciones de crecimiento y los medios para lograrlo. En este sentido, se han planteado algunas ideas interesantes.

Una, la tecnología como medio para incrementar su llegada a más personas necesitadas y para, una vez logrado ese propósito, responder con la agilidad requerida. Hay razones para pensar que este elemento de la estrategia es adecuado. La penetración de los *smartphones* en el mercado argentino es muy extendida, donde siete de cada diez argentinos poseen uno de estos dispositivos, lo que representan el 75 % del total de teléfonos celulares activos en Argentina.

La segunda es una estrategia de crecimiento horizontal –de expansión territorial– y no vertical, o sea, de institucionalización de UMANA como modelo de política a ser implementada por la administración pública en sus diferentes niveles. Esto, de por sí, constituye una diferencia con respecto a una buena parte de las iniciativas de innovación social, las cuales aspiran y dedican esfuerzos a institucionalizarlas como políticas públicas.

Esta decisión se basa en la percepción que los promotores y ejecutores del modelo UMANA tienen en cuanto a la institucionalidad de los organismos del Estado, la cual consideran débil y, por tanto, vulnerable a la mediación de

partidos políticos y organizaciones gremiales. Estos últimos orientarían su acción basados en intereses grupales y no en los de la sociedad en su conjunto. Esta debilidad institucional se traduce en inestabilidad política y social y en una tendencia a la conflictividad social, lo que hace muy difícil la consistencia y carácter constructivo de la acción del Estado.

Por lo pronto, UMANA busca su consolidación en los territorios donde actualmente actúa y donde todavía hay espacio para crecer. Eso, mientras se definen y obtienen los recursos necesarios para expandirse a otros territorios de la geografía argentina.

Está por definirse el modelo de crecimiento a implementar. Es decir, ¿será una expansión basada en el crecimiento de UMANA como organización, con el esquema corporativo de una oficina central y oficinas locales o regionales? ¿Será a través del diseño de una franquicia social? ¿Será a través del acuerdo con organizaciones sociales afines, a las que se les transmita el conocimiento de las metodologías y mecanismos de operación de UMANA?

Quizás la solución a este problema no surja de la respuesta a los interrogantes antes planteados. Es posible que sea necesario pensar el problema desde un ángulo que arroje una pregunta diferente.

Estas decisiones no son fáciles. Los saltos de escala son riesgosos por naturaleza. No hay panaceas en este tema. Hace falta un cuidadoso análisis a realizar con la ayuda de gente experta y con experiencia en estos temas. También, se necesitan esfuerzos adicionales para rescatar información mediante la cual se logre evaluar el impacto de la acción de UMANA con base en los indicadores internacionales de salud. Esto, en sí mismo, es un proyecto para cuya implementación será necesario el concurso de los prestadores de salud y, de ser posible, de los usuarios del sistema.

Dicen los futuristas que el presente es un futuro que comienza hoy. Con esto, quieren decir que no se trata de adivinar el futuro para actuar, sino que es necesario actuar hoy para construir el futuro. Una vez definida la necesidad que la sociedad tiene de que UMANA crezca para alcanzar al máximo número de personas que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad general, es necesario tomar acciones conscientes y deliberadas para hacer de ese crecimiento una realidad. Ese es el gran desafío que UMANA tiene enfrente.

Esta historia continúa...

10

ALGUNAS CONSIDERACIONES EDITORIALES¹

¹ Comité Editorial CAF

Una característica muy común de los emprendimientos sociales que inician su travesía como respuesta al reto que dispara su iniciativa es que no responden a un esquema prediseñado, rigurosamente pensado y planificado. Son, más bien, el resultado de una búsqueda de respuesta al desafío que enfrentan, un “cómo hago para resolver este problema” y un iniciar las acciones con más interrogantes que certezas.

Progresivamente, en la medida en que su comprensión del problema se incrementa, van ajustando la ruta sobre la marcha y encontrando formas de operar más factibles en términos de los objetivos propuestos. En el caso de UMANA, algunos de los virajes iniciales no resultaron de la reflexión que hacía Jorge Gronda sobre su práctica –recuerden que no cobraba a las mujeres porque le daba vergüenza–, sino de la perspicacia de las mujeres, sus pacientes, que rápidamente captaron que si no pagaban el CEGIN, se fundía; y así, abriendo camino a campo traviesa, se fue avanzando en la búsqueda del objetivo trazado.

Una consecuencia de estar “haciendo camino al andar” es que “al volver la vista atrás”, como dice el poema, no hay una cartografía detallada del camino recorrido. En términos concretos, mucha de la información se pierde, o no hay un parámetro inicial de referencia contra el cual compararla. La evaluación en estas circunstancias se hace difícil. Afortunadamente, hay una crónica rica en testimonios y anécdotas, que permiten reconstruir a grandes rasgos la ruta recorrida.

Métodos de estudio basados en el *storytelling*, que permiten reconstruir la historia de las experiencias sociales, son de gran importancia.

Ciertamente, no tienen el rigor científico que la evidencia estadística provee, pero en ausencia de la información requerida para sustentar dicha evidencia, un buen recuento de los hechos aporta bases para generar un conocimiento valioso del cual aprender.

Obviamente, no basta el solo recuento de la secuencia de hechos ocurridos a lo largo de la historia de una determinada iniciativa. Hace falta acompañar dicho balance con la reflexión necesaria para aprender de esta historia y de allí extraer lecciones útiles para otros emprendedores y para los mismos ejecutores de las iniciativas contadas y analizadas.

En este sentido, consideramos necesarias las siguientes precisiones:

De ese recuento, nos queda claro que el aporte de UMANA consiste en proveer un mecanismo complementario, no sustitutivo, al sistema de salud pública, la cual se encuentra saturada por oferta insuficiente o deficiente para quienes tienen cobertura por seguridad social (obra social). Este mecanismo, además, reduce los costos para vincular a pacientes y médicos privados.

Por otra parte, UMANA es también un mecanismo de intermediación (de hecho, incurre en algunos costos administrativos como, por ejemplo, su centro de atención) con la característica, como ya hemos dicho, de que permite vincular pacientes y médicos privados a un menor costo del que se debería incurrir en su ausencia. Es una plataforma que facilita el vínculo entre estos actores, sin costos administrativos adicionales para el afiliado más que los de suscripción.

En ausencia de UMANA, la gente podría atenderse en una práctica privada (nada lo impide en Argentina), pero enfrentaría mayores costos de búsqueda y mayor incertidumbre sobre los precios. Por lo tanto, la reducción de costos de UMANA viene a través de dos vías: 1) los afiliados deben incurrir en menos costos de búsqueda de médicos privados, y 2) garantiza un precio predeterminado por las consultas médicas y algunas prácticas ambulatorias.

La existencia de iniciativas como UMANA está directamente asociada a las falencias del sistema de salud en Argentina, las cuales se podrían atenuar o incluso eliminar con regulaciones que generaran condiciones efectivas, para la población de menores recursos, de acceso oportuno y de

calidad a la salud. En la medida en que esto ocurra, UMANA no encontraría la demanda que en la actualidad genera.

Es importante insistir en la idea de que en toda evaluación de experiencias sociales –para solo mencionar el caso que nos concierne–, la evidencia científica es la reina. No hay sustituto para ella. En este sentido, la selección de métodos como el *storytelling* se justifica por la ausencia de la información que sustente la evidencia científica. Por ello, el contenido de esta publicación puede ser considerado el reporte de un caso más que un estudio de caso.

El tema de los sistemas de salud es muy complejo; no hay soluciones mágicas. En naciones tan poderosas como los Estados Unidos, es el objeto de gran controversia; incluso, los sistemas de salud más positivamente evaluados presentan debilidades para resolver la satisfacción del derecho humano a una atención de salud oportuna y de calidad para todos. UMANA es, pues, un modesto aporte a este tema en el contexto argentino.

En su serie de publicaciones RED 2020, CAF dedica a este tema un análisis que refleja su posición al respecto. Dado que este reportaje recoge las concepciones, ideas que fundamentaron la creación y acción de UMANA, en ella se hace referencia a algunas cuestiones que, desde lo conceptual, no están en correspondencia con los contenidos de la RED 2020. No obstante, se respetan sus opiniones sin perjuicio de hacer las consideraciones anteriores, que consideramos pertinentes.



11

ANEXOS

Anexos 1. Avances en el mejoramiento de la plataforma tecnológica

Como cambios tangibles en la plataforma tecnológica, realizados en el marco del convenio CAF-UMANA, podemos mencionar los siguientes:

El mejoramiento de la página web: en este sentido, conectamos la página con el sistema de gestión, para que muestre información actualizada. Se formuló la página para dejar solo lo que es esencial para el paciente (quien es el usuario de la misma); se sistematizaron los informes de uso, para saber quién entra (por la dirección IP), la cantidad de entradas (con el día, la hora, y la ubicación aproximada) y cuáles herramientas son usadas (búsqueda de médico, de especialidad, de provincia); qué encuentra, si baja o no la cartilla médica o si se comunica a través del formulario de contacto.

Mejora del sistema de gestión: todos los pacientes de UMANA, así como los médicos y los puntos de venta, están registrados en el Sistema de Gestión UMANA. Desde allí, se pueden ver los precios de cada consulta, el lugar de atención de cada médico, localización de los puntos de venta, vencimiento de membresía y datos de contacto de cada paciente.

Esto tiene como resultado que UMANA es capaz de:

- enviar mensajes personalizados a los usuarios cuando se les vence su membresía;
- enviar mensajes o correo masivo para campaña de prevención o comunicación;

- saber si un paciente tiene la tarjeta vencida;
- saber si una tarjeta está perdida o siendo utilizada por otro paciente;
- enviar la cartilla *online* con los datos actualizados a cualquier paciente, y
- permitir al paciente ver los puntos de venta en tiempo real.

Todo este sistema se ha desarrollado y se ha mejorado en los últimos años, desde que se produjo nuestra alianza con Njambre y, naturalmente, con CAF.

También, estamos avanzando en la aplicación móvil: nos encontramos en las últimas etapas de desarrollo, de modo que el paciente pueda, desde su celular, ver los puntos de venta y la cartilla médica actualizada, y hacer consultas al centro de contacto UMANA. Asimismo, el médico puede comprobar los datos del paciente y si es usuario activo de UMANA.

Como potencial de desarrollo, podemos pensar otros usos para la aplicación móvil, como, por ejemplo, pagar el médico por medio virtual, obtener el recetario en línea, y conectarse con farmacias y ópticas sin tener que ir físicamente. El campo de opciones es muy grande, pero, como siempre, estas deben ser validadas e implementadas.

Anexo 2. Características del sistema actual de salud en Argentina¹

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da, en primer lugar, en tres grandes subsectores:

- público,
- de la seguridad social y
- privado.

Esta fragmentación se expresa en:

- distintas fuentes de financiamiento;
- diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, y
- diferentes regímenes y órganos de control y fiscalización.

La fragmentación continúa hacia dentro de cada uno de los subsectores:

El subsector público, fragmentado en los niveles nacional, provincial y municipal, queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público.

El subsector de la seguridad social implica cuatro universos diferentes:

1. Obras sociales nacionales (285 en total, con cobertura a una población de 11 millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente tres millones de habitantes.
2. Obras sociales provinciales (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – CABA), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.

¹ Reproducimos este material elaborado por la Sociedad Argentina de Cardiología como contenido transversal de la residencia de Cardiología, para dotar al lector de información de contexto sobre el sistema de salud argentino. El texto cubre de manera bastante completa los distintos aspectos del mencionado sistema. No encontramos referencia alguna en materia de derechos de autor, razón por la cual nos tomamos la libertad de reproducirlo, reconociendo en todo momento los créditos de los autores. Estos fueron colocados al final del texto.

3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente 800.000 personas.
4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes legislativo y judicial, con 320.000 beneficiarios.

El subsector privado, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente 2.800.000 personas.

Las obras sociales sindicales, el PAMI y las obras sociales provinciales, en conjunto, aportan cobertura a alrededor de 22 millones de personas, según las estadísticas disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Según datos del censo de 2010 (los últimos disponibles), el 36 % de la población no tiene cobertura médica, seguridad social (PAMI y obras sociales sindicales) ni capacidad para pagar atención privada, y se atiende en hospitales y centros de salud públicos.

El porcentaje de personas que se atienden en hospitales y centros de salud públicos en todo el país esconde importantes desigualdades, ya que hay grandes diferencias entre las provincias. Mientras que en Chubut, Tierra del Fuego y CABA la población carente de cobertura es menor al 30 %, en Chaco, Formosa y Santiago del Estero es del 50 % y más.

En síntesis: de cada diez personas de la población, casi seis están afiliadas a una obra social, menos de una a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía obra social), y tres no están afiliadas a ningún sistema.

Recursos disponibles

Actualmente, el sistema de salud argentino cuenta con 17.485 establecimientos asistenciales, incluyendo los de gestión pública, de la seguridad social y del sector privado.

- 14.534 establecimientos sin internación, de los cuales 6.456 son del subsector público (45 %)
- 3.311 establecimientos con internación, de los cuales 1.271 son del subsector público (38 %)

Cantidad de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes

- En Argentina, hay 4,5 camas por cada 1.000 habitantes. Alemania tiene 8,3 camas; España, 3,2; Italia, 3,5 y EE. UU., 3.
- Países de la región: Bolivia, 1,1 camas; Paraguay, 1,3; Colombia, 1,4; Perú, 1,5; Chile, 2; Brasil, 2,3, y Uruguay, 3.

Cantidad de médicos

- En el país, hay 166.187 médicos: 3,94 médicos por cada 1.000 habitantes.
- En la comparación internacional, Argentina aparece posicionada al mismo nivel que varios países, como, por ejemplo, España, Suiza, Italia y Australia.
- Argentina duplica la cantidad de médicos por cada 1.000 habitantes con que cuenta Brasil, por ejemplo, y casi cuadruplica los de Chile y Perú.

Matrículas de médicos por jurisdicción por 1.000 habitantes

Como cada provincia realiza su propia habilitación para el ejercicio, los profesionales pueden contar con más de una matrícula vigente. Por lo tanto, hay más matrículas que profesionales, lo que significa que un médico está trabajando en distintas jurisdicciones. Por ejemplo: en Capital Federal y Vicente López (provincia de Bs As), en Corrientes y Resistencia (provincia de Chaco). En relación con las matrículas de médicos por jurisdicción, se evidencian disparidades en el ámbito nacional.

Media nacional: 5,99 matrículas/1.000 habitantes

- CABA: 31,30
- Misiones: 1,75
- Patagonia: 5,35
- 3,5 registros

Personal de enfermería:

179.175, esto es, 4,24 por cada 1.000 habitantes. Poco más de la mitad tiene calificación profesional.

Superintendencia de Servicios de Salud

Las obras sociales (OS) nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados.

Las OS nacionales y las empresas de medicina prepaga (EMP) tienen la obligación de cumplir con las prestaciones que establece el programa médico obligatorio (PMO), cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS.

Programa médico obligatorio (PMO)

Creado por Decreto N.º 492/1995, es una canasta básica de prestaciones. Surgió como un decreto nacional en 1995 (y ha sido objeto de diversas modificaciones a lo largo del tiempo). Garantiza el acceso de todos los beneficiarios y/o afiliados de obras sociales y prepagas de la Argentina a una serie de prestaciones.

PMO: obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes.

El PMO contempla el 95 % de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.

Por ejemplo:

- Cobertura del 40 % en todos los medicamentos, y del 70 % en los casos de aquellos requeridos para patologías crónicas (como diabetes, hipertensión, asma, epilepsia, hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria, entre otras).
- Cobertura del diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones de carácter maligno, especialmente de cáncer de mama y de cuello uterino, y del 100 % para medicamentos oncológicos.
- Cobertura 100 % de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria y tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que viven con Superintendencia de Servicios de Salud. Las obras sociales (OS) nacionales son reguladas por

la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados.

- Las OS nacionales y las empresas de medicina prepaga (EMP) tienen la obligación de cumplir con las prestaciones que establece el programa médico obligatorio (PMO), cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS.

Programa médico obligatorio (PMO)

Creado por Decreto N.º 492/1995. Es una canasta básica de prestaciones. Surgió como un decreto nacional en 1995 (y ha sido objeto de diversas modificaciones a lo largo del tiempo). Garantiza el acceso de todos los beneficiarios y/o afiliados de obras sociales y prepagas de la Argentina a una serie de prestaciones.

PMO: obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes.

El PMO contempla el 95 % de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.

Por ejemplo:

- Cobertura del 40 % en todos los medicamentos, y del 70 % en los casos de aquellos requeridos para patologías crónicas (como diabetes, hipertensión, asma, epilepsia, hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria, entre otras).
- Cobertura del diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones de carácter maligno, especialmente de cáncer de mama y de cuello uterino, y del 100 % para medicamentos oncológicos.
- Cobertura 100 % de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que viven con VIH/Sida.
- Cobertura completa desde el inicio del embarazo hasta el primer año de edad del nacido. Cobertura total durante el embarazo,

desde exámenes y análisis de rutina, consultas médicas, ecografías y atención del parto.

- Cobertura absoluta de los niños durante el primer año de vida: medicaciones específicas, controles, internación y atención ambulatoria. Vacunas obligatorias gratuitas.

El PMO no aplica:

- para el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal, ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales;
- para las OS provinciales, ni
- para el sector privado que no pertenece a esquemas de EPM.

En materia regulatoria, es relevante destacar el papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica – ANMAT, que tiene competencias de carácter nacional para garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sean eficaces y seguros.

VIH/Sida

- Cobertura completa desde el inicio del embarazo hasta el primer año de edad del nacido. Cobertura total durante el embarazo, desde exámenes y análisis de rutina, consultas médicas, ecografías y atención del parto.
- Cobertura absoluta de los niños durante el primer año de vida: medicaciones específicas, controles, internación y atención ambulatoria. Vacunas obligatorias gratuitas.

El PMO no aplica:

- para el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales;
- para las OS provinciales, ni
- para el sector privado que no pertenece a esquemas de EPM.

En materia regulatoria, es relevante destacar el papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT, que tiene competencias de carácter nacional para garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sean eficaces y seguros.

El gasto en salud en Argentina

El gasto en salud en Argentina equivale a un 10 % del PIB, aproximadamente. Es el más elevado de América Latina y con niveles casi similares a los países desarrollados, pero alrededor de 17 millones de habitantes carecen de cualquier cobertura.

Es imprescindible distinguir entre prestar efectivamente un servicio (ser un prestador) y hacerse cargo del costo de ese servicio (ser un agente financiador).

- Los hospitales públicos son financiados por las distintas jurisdicciones con fondos obtenidos con el cobro de impuestos a los ciudadanos.
- Las obras sociales financian los servicios propios y los que contratan con los fondos de los sindicatos, aportes de los trabajadores y de los empleadores.
- Los prepagos médicos privados se financian con el pago directo de sus asociados y/o con los contratos con las obras sociales.

También existe un gasto “de bolsillo”, que es el que las personas pagan directamente (por ejemplo, compra de medicamentos).

Distribución del gasto según subsectores

- Público, 27 %
- De bolsillo, 30 %
- Prepagas, 6 %
- Obra social + PAMI, 37 %

Fuente: Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina.

Medicina (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418.

Este sistema de salud implica una superposición de dos y hasta tres tipos de coberturas. Mucha gente cuenta con el beneficio de su obra social, pero utiliza alternativamente ese servicio y el hospital público y otras personas –por ejemplo, contribuyentes del monotributo– pagan algún servicio de medicina prepaga, aunque disponen de obra social.

Cuando se analiza el gasto en salud, la pregunta inmediata que surge es: ¿Este gasto es mucho o poco?

Una de las maneras tradicionalmente empleadas para dimensionar el tamaño del gasto es relacionarlo con el PIB. Para el año 2003, el gasto total del sector fue de un 7,3 % del PIB; en 2016, se informó que aproximadamente es del 10 %.

Para saber si el gasto en salud en la Argentina es mucho o poco, se puede comparar este indicador con las magnitudes que se observan en otros países. En una muestra de países latinoamericanos y europeos seleccionados, se verificó que el gasto en salud varía entre 5,6 % y 10,8 % del PIB. O sea que Argentina se ubica dentro de ese rango, en el límite superior.

- El gasto público y de la seguridad social representa el 5,28 % del PIB. Ese porcentaje se desglosa en 2,19 % del PIB de gasto público, y 3,09 % del PIB de gasto de la seguridad social.
- El presupuesto nacional transfiere a la salud pública el 0,34 % del PIB, los presupuestos provinciales en salud aportan el 1,52 % del PIB, y los municipios contribuyen con 0,33 % del PIB. Entre los tres, redondean el 2,19 % del PIB, que corresponde al gasto del subsector público.
- El sector privado representa el 4,92 % del PIB. En Argentina, se destinan anualmente 658 dólares por habitante para la atención de la salud; la cifra es una de las más altas de América Latina y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar. Chile: 336 dólares por habitante. Brasil: 267 dólares por habitante.

Resultados alcanzados en materia de salud de la población

Es importante aclarar que no existe un consenso claro acerca de cómo medir la eficiencia de un sistema sanitario, pero, en general, se entiende que cuanto mejores son las tasas de morbilidad y de mortalidad infantil y materna, mejor es la calidad del sistema.

Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al sector.

Hugo Arce destaca: “Comparando el gasto de la Argentina con el de otros países latinoamericanos, se observa que tiene el mayor gasto en dólares de la región. Sin embargo, la mayor dimensión del gasto no se refleja en mejores resultados sanitarios, ya que al menos Chile, Uruguay y Costa Rica tienen mejores indicadores de morbimortalidad que la Argentina”.

Se observan inequidades en los resultados en salud y en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los servicios en los diversos territorios y grupos poblacionales de la nación. Por ejemplo:

Tasa de mortalidad ajustada por edad

Cada 1.000 habitantes:

- Buenos Aires: 7
- CABA: 5,5
- Chaco: 8,3
- Córdoba: 6,3
- Misiones 7,5
- Neuquén: 5,9
- San Juan: 6,3
- Santa Cruz: 7,4
- Tucumán: 7,1

Indicadores básicos. Argentina. Publicados en 2014 . Los datos corresponden a años anteriores.

- Esperanza de vida al nacer ambos sexos: 75,34 años.
- Tasa bruta de mortalidad general: 7,7 por 1.000 habitantes.
- Tasa bruta de natalidad: 17,7 por 1.000 habitantes.
- Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer menor a 1.500 g: 1,1 %
- Porcentaje de muertes neonatales reducibles: 61 %
- Porcentaje de muertes post-neonatales reducibles: 66,8 %
- Tasa de mortalidad infantil: 11,1 por 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años: 13 por 1.000 nacidos vivos.

Prioridades en materia de salud

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas para mejorar la salud de las poblaciones.

Dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la salud pública es conveniente definir subconjuntos con objetivos o tareas específicas: funciones esenciales.

Funciones esenciales de salud pública

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

FESP 3: Promoción de la salud

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión de salud pública

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en de salud pública

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva

FESP 10: Investigación en salud pública

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

En la actualidad (2015-2019), se han propuesto como prioridades:

- Cobertura universal en salud
- Desarrollo de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias
- Un sistema de acreditación de la calidad

Estas propuestas requerirán –más que de recursos financieros– de la capacidad de concitar acuerdos entre los diversos organismos para un acceso equitativo a similares servicios de salud en términos de oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia y/o nivel de ingresos.

La cobertura universal de salud (CUS), establecida por Resolución 475/2016, tiene por objetivo que todos los individuos, especialmente los más vulnerables, tengan acceso, a lo largo de su vida, a servicios de salud de calidad, sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos.

Es una iniciativa para la reformulación del sistema sanitario argentino, que apunta a lograr mayor eficiencia y transparencia. Se busca corregir la fragmentación del sistema, que se caracteriza por la existencia de tres subsectores (público, privado y seguridad social) y la superposición de funciones de las distintas jurisdicciones (nación, provincias y municipios). También, se procura corregir la fragmentación de los programas, con financiamiento nacional y/o internacional, del propio Ministerio de Salud de la nación.

En un trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Modernización, se está diseñando un documento nacional de salud. Ya se ha creado un padrón que inicialmente está compuesto por los 16 millones de beneficiarios inscriptos en programas de medicamentos, y los 12,7 millones de personas que forman parte del programa SUMAR.

Uno de los pilares de la atención sanitaria en el primer nivel de atención es la distribución de los medicamentos esenciales que anteriormente se realizaba a través del programa Remediar. Se piensa optimizar y ampliar esa prestación para las personas más vulnerables. Ya está en marcha la licitación pública para la adquisición de los medicamentos esenciales. Los medicamentos serán entregados en los mismos puntos del país que antes.

Además, existe un proyecto de ley que propone la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (AGNET), que tendría la responsabilidad de realizar estudios y evaluaciones de medicamentos, equipos e instrumentos técnicos, procedimientos clínicos y quirúrgicos y de modelos organizativos, con el fin de determinar la oportunidad y el modo de incorporación, y su uso o exclusión del plan médico obligatorio.

Legislación sobre ejercicio profesional

Nacional N.º 17.132, sancionada en enero de 1967, bajo un gobierno de *facto*. Esta misma ley también rige el ejercicio de la odontología y de aquellas profesiones que, durante esos años, eran consideradas actividades auxiliares de colaboración.

Esta ley ha sufrido numerosas modificaciones y ampliaciones, que respondieron a las diferentes tendencias y paradigmas, pero nunca fue derogada y es la vigente en la actualidad.

La Ley 17.132, en su Artículo 2, explicita a qué acciones se las considera “ejercicio profesional”. En este sentido, dentro del ejercicio profesional de la medicina, se contemplan acciones tales como anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento, directo o indirecto de uso de diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud, el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales.

La ley utiliza dos términos que se presentan como garantía de formación académica: títulos y certificados habilitantes. Estos deberán ser presentados a la Secretaría de Estado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud), la que autorizará el ejercicio profesional otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

En las provincias –como la Argentina es un país federal– las matrículas son expedidas por los ministerios o secretarías de salud, que en la mayoría de los casos delegan esta acción a los colegios médicos. Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires, la matriculación está delegada a los colegios médicos de cada jurisdicción. La matrícula es jurisdiccional, por lo que debe renovarse con cada cambio de domicilio profesional en donde se ejerce.

Obligaciones y prohibiciones de los médicos. La Ley N.º 17.132 de 1967 explicita detalladamente a qué están obligados los profesionales que ejercen la medicina (Arts. 19 y 20) y qué les está prohibido.

A continuación, se transcriben algunos ejemplos de los que figuran en el texto de la ley.

Los médicos están obligados a:

- Prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias. Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o tentativas de delitos. En las operaciones mutilantes – que implican pérdida de algún miembro u órgano–, se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.
- No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial.
- Extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de la muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de

acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud) y de los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias.

- Fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, que estos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por estos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Los profesionales médicos tienen prohibido:

- Anunciar o prometer la conservación de la salud.
- Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades reconocidas del país.
- Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.
- Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país.
- Anunciar por cualquier medio, especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud).

A finales del siglo pasado y en los inicios del presente emergieron nuevas legislaciones: se han actualizado las vinculadas a la donación de órganos, se legislaron los derechos del paciente y ha surgido la llamada “Ley de Muerte Digna”, entre muchas otras.

Funciones esenciales de salud pública

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud:

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.

- Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

2. Vigilancia de la salud pública y control de riesgos y daños:

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

3. Promoción de la salud, con énfasis en enfermedades no transmisibles:

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.

- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
 - Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.
4. Participación de la comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables:
- Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
 - Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.
 - Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud.
 - Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
 - Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
 - Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
 - Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
 - Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

5. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud:
 - Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
 - Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
 - Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
6. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud:
 - Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
 - Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
 - Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
 - Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.
7. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud:
 - Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
 - Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlo para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
 - Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.

- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

8. Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos:

- Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

9. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud:

- Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con centros de investigación e insti-

tuciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

- Desarrollo de políticas, planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Fuente: Galli, Amanda; Pagés, Marisa; Swieszkowski, Sandra. (Colaboradores: Kevorkian, Rubén; Grancelli, Hugo; Blanco, Patricia; Gimeno, Graciela; Lobianco, Daniela). 2017. El sistema de salud argentino. Residencias de Cardiología. Contenidos Transversales. Sociedad Argentina de Cardiología. Buenos Aires, Argentina. Página web visitada el 04-11-2019.



Imagen de la portada:

Enrique Grau

El regalo, 2002

Litografía, 32/100

48x60 cm

Fundación SER, organización sin fines de lucro, creada en 1988 y dedicada al desarrollo de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida en Argentina. Enfocada tanto en el paciente como en el prestador de salud, su visión es la de una sociedad incluida en un sistema de salud eficiente, transparente, cómodo y accesible. Es en este contexto que surge UMANA, un programa desarrollado por la Fundación para brindar salud de calidad, con enfoque de género, a colectivos vulnerables. Reconocida internacionalmente por la "Schwab Foundation" y galardonada con varios premios internacionales, trabaja de la mano de socios estratégicos como Endeavor, Ashoka, Grameen Creative Labs, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización de Naciones Unidas.

CAF-Banco de desarrollo de América Latina, fue creado en 1970 y está conformado por 19 países -17 de América Latina y el Caribe, España y Portugal- y 13 bancos privados de la región. Promueve un modelo de desarrollo sostenible, mediante operaciones de crédito, recursos no reembolsables y apoyo para la estructuración técnica y financieros de proyectos de los sectores público y privado de América Latina. La Dirección de Innovación Social de la CAF es un laboratorio que contribuye con el impulso a nuevas tendencias y la construcción de ecosistemas de innovación social en la región al tiempo de identificar, ensayar y financiar ideas, enfoques y modelos en el territorio que tienen el potencial de convertirse en soluciones útiles a problemas sociales de la región, en especial de colectivos vulnerables. En este sentido genera y captura, a través de la experimentación directa, conocimiento práctico, aprende nuevas "formas de hacer las cosas".

