



### Voces

Una mirada a largo plazo del sistema de salud

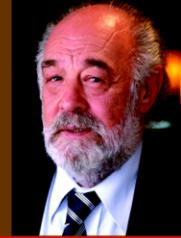
Por Flavio Devoto



### Opinión

Red Pública de Salud del Área Metropolitana

Por el Dr. A. Sánchez de León



### Columna

Lo primero, primero: la jerarquización de la enfermería

Por el Dr. Ignacio Katz

# Médicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XIX. N° 105. Julio 2018



II CONGRESO DE SALUD  
ADECRA+CEDIM 2018

“Inflación de hasta un 30 por ciento o más a lo largo de diez años, aumentos en las tarifas de servicios públicos, devaluación del peso, retraso en los aranceles, y delay, entre la facturación y la cobranza, que llega a los 120 días”, enfatizó el presidente de Adecra, Jorge Cherro, para reflejar la realidad del sector durante el “II Congreso de Salud”.

## ¿Hacia dónde va la salud privada en la Argentina?



**ESTAR BIEN  
ES LO PRIMERO**



**CUIDAMOS LOS VIAJES  
DE TUS AFILIADOS**

**universal  
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

*cuidamos tu mundo*



[universal-assistance.com](http://universal-assistance.com)





La red de emergencias médicas  
más grande del país

-  EMERGENCIAS
-  URGENCIAS
-  VISITAS DOMICILIARIAS
-  TRASLADOS PROGRAMADOS
-  TELEMEDICINA



OAA

IONet

UN SOLO  
TELÉFONO  
UNA SOLA  
FACTURA  
TODO  
EL PAÍS

Llegamos  
donde estés

[www.sifeme.com](http://www.sifeme.com)

**SIFEME S.A.** Maipú 471. 6° piso. Capital Federal  
Tel./fax: +54 (011) 4394-7288  
e-mail: [info@sifemesa.com.ar](mailto:info@sifemesa.com.ar)



 /obrasocialferroviaria

 @OsfePrensa

## Conocé nuestros beneficios

- » **PAÑALES GRATIS LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA**
- » **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS DE ADICCIONES**
- » **COBERTURA DE LA MEDICACIÓN AL 70% o 100% EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS**

### **WWW.OSFE.ORG.AR**

Estados Unidos 2859/63 (C1227ABU)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Teléfono: 4127-7700

### **0800-333-3313**

Centro de Gestión y Atención Telefónica  
(días hábiles de 9 a 18 hs)

 *Obra Social*  
**FERROVIARIA**

GESTIÓN Y TRABAJO  
AL SERVICIO DE LA SALUD



abbvie

Transformando  
las preguntas  
de hoy en las  
respuestas  
de mañana.

Personas.  
Pasión.  
Posibilidades.

# andar

*Su salud, nuestro compromiso.*

## PLANES DE SALUD

---

Empleados en Relación  
de Dependencia,  
Monotributistas  
y Particulares

---

0810-345-0184

ASESORAMIENTO COMERCIAL

0800-345-26327

CALL 24 HS.

---

**Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina**

---

 [www.andar.org.ar](http://www.andar.org.ar)



andarobrasocial



Mundo Viajante

DESCUBRIR

**en cada  
latido**





Revista bimestral



**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,  
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -  
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.  
Teléfono: 4362-2024/4300-6119

**Web Site:**

www.revistamedicos.com.ar

**E-Mail:**

gerencia@revistamedicos.com.ar  
redaccion@revistamedicos.com.ar  
info@revistamedicos.com.ar  
revistamedicos@gmail.com

**Colaboran en esta edición:**

Esteban Portela (diseño) y  
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLO**

**TECNOLOGICOS**

**EN INTERNET:**

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

**ASESORES LEGALES:**

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Adagraf Impresores S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

**GRAGEAS** 10

**ACUDIR**

*Celebra el primer año de su centro de capacitación y entrenamiento con objetivos cumplidos*

12

**OPINIÓN**

*La salud por la ventana*

*Por el Dr. Javier O. Vilosio - Máster en Economía y Ciencias Políticas*

14

**VOCES**

*Una mirada a largo plazo del sistema de salud*

*Por Flavio Devoto - Gerente General de AbbVie región Latinoamérica Sur y Presidente de CAEME*

16

**OPINIÓN**

*Red Pública de Salud del Área Metropolitana*

*Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública*

18

**COLUMNNA**

*Abrir una puerta hacia una nueva realidad*

*Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA*

20

**VOCES**

*La reducción de la distribución automática del subsidio de mitigación de asimetrías (SUMA). El incremento del subsidio para la población mayor. Evitemos la teoría de la sábana corta.*

*Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados*

22

**DEBATE**

*Cambios en el entorno de trabajo:*

*¿mejora importante o motivo de insatisfacción y estrés?*

*Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson*

24

**OPINIÓN**

*La integración y "los Pool" de riesgo*

*Por Dr. Antonio Ángel Camerano - Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud y Doctorando de la UBA*

26

**COLUMNNA**

*Lo primero, primero: la jerarquización de la enfermería*

*Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)*

28

**OPINIÓN**

*Los costos de coordinación y gobernanza del sistema sanitario argentino*

*Por el Prof. Carlos Vassallo - Profesor Titular Salud Pública - Universidad Nacional del Litoral*

30

**COLUMNNA**

*Farmacoeconomía: entre ética y negocios*

*Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Magíster en Economía y Gestión de la Salud*

32

**PRIMERA PLANA**

*Más de 700 personas en el II Congreso de Salud - Adepra+Cedim 2018*

*El sector prestador de la salud privada se hizo oír*

34

**OPINIÓN**

*Salud Pública: la importancia de su defensa*

*Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales*

38

**COLUMNNA**

*Preguntando, preguntando, se llega a Roma*

*Por Fernando G. Marionna - Abogado. Director de TPC Compañía de Seguros*

40

**COLUMNNA**

*La eficiencia de los quirófanos*

*Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC*

42

**ENCUESTA**

*Poliarquía - Prosanity*

*Tabaquismo en la Argentina*

46

**COLUMNNA**

*Aborto y conciencia médica*

*Por el Dr. Floreal López Delgado - Abogado y asesor sanatorial*

48

**El target de la Revista Médicos, Medicina Global es:** Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



La salud  
de la familia  
es todo.



**SanCorSalud**  
Grupo de Medicina Privada

0810-555-SALUD (72583) [sancorsalud.com.ar](http://sancorsalud.com.ar)

## OMINT presentó "Smart Plan": el primer plan médico de compra 100% online y de acceso inmediato

OMINT, la empresa de medicina prepaga presentó Smart Plan, un nuevo plan que permite asociarse de manera 100% online y sin tener que realizar trámites de manera presencial. Como parte de la mejora del usuario, esta cobertura médica inteligente se encuentra disponible para jóvenes de 18 a 35, contestando algunas preguntas y accediendo al plan médico en el acto.

# OMINT

Este nuevo plan se suma a una serie de diferenciales que viene desarrollando OMINT en una fuerte apuesta a la innovación: como lo son las consultas médicas por videollamada (Omint Médico Online) a las cuales acceden los socios sin cargo, pudiendo recibir orientación médica de médicos clínicos, pediatras, dermatólogos, deportólogos y nutricionistas, y la credencial Smart\_Card. Estos nuevos servicios responden a la necesidad de resolver la simplicidad que demandan las nuevas generaciones, desde cualquier lugar y al alcance de su mano.

**Fernando Martino, Director Comercial de Omint** resaltó, "este nuevo plan forma parte de las mejoras en la experiencia del usuario, ya que se evita realizar trámites personales, afiliándose directamente desde la web con precios muy competitivos. Nuestro objetivo es continuar innovando en el mercado de la salud, brindándole a nuestros actuales y nuevos socios el mejor servicio de una manera rápida y sencilla". ■

## BUENOS AIRES FUE LA SEDE DEL "III BEST OF ASTRO"

Organizado por la **Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica (SATRO)** se realizó en el Hotel Meliá - Buenos Aires - CABA, los días 17 y 18 de mayo el "III BEST OF ASTRO".



Este evento, auspiciado por **VIDT Oncología Radiante**, se realiza con licencia de **American Society of Radiation Oncology "ASTRO"** con el objetivo de difundir los trabajos con mejor puntuación del "ASTRO Annual Meeting" del año 2017, San Diego, California, USA.

La inauguración del congreso estuvo a cargo de la **Dra. Luisa Rafailovici**, directora de la **Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica** y directora médica en **VIDT Oncología Radiante**.

Los módulos estuvieron a cargo de un presidente y coordinador y tuvieron como disertantes médicos del ámbito nacional e internacional, convocando a especialistas de USA y todo Latinoamérica, de acuerdo con cada especialidad. También el congreso dio lugar a 2 simposios, "Simposio Delec" – Tomografía-casos complejos y el Simposio de Varian Medical Systems.

Al finalizar las jornadas se entregaron diplomas de "Recertificación en Radioterapia" y diploma al "Miembro Honorario Extranjero". ■



Sociedad Argentina  
de Medicina del Seguro

## ASAMBLEA Y CONSTITUCIÓN FORMAL SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA DEL SEGURO (SAMS)

El 3 de mayo del corriente año se llevó a cabo en la sede de la Asociación Médica Argentina la asamblea constitutiva de la **Sociedad Argentina de Medicina del Seguro**.

La fundación de la **SAMS** obedece a una serie de necesidades y desafíos relacionados con la práctica médica en la actividad aseguradora que se entrecruza con las inquietudes de profesionales vinculados a dicha actividad en sus distintas esferas: responsabilidad civil, seguros de vida, seguros de trabajo, seguros de viajero, seguros de salud, etc. La **SAMS**, aprobada por la Inspección General de Justicia el 13 de diciembre del 2017, es Sociedad huésped de la Asociación Médica Argentina, quien la alberga científicamente y otorga sede social.

Asimismo, la **SAMS** forma parte del **International Committee for Insurance Medicine** entidad internacional que nuclea las distintas Sociedades de Medicina del Seguro del mundo.

Los objetivos de la **SAMS** tienen su centro en la actividad científica de formación, promoción, actualización y mejora continua de la práctica médica aseguradora a través del desarrollo de herramientas actualizadas. ■



## OSFE CERTIFICADA POR LA SEDRONAR



La Obra Social Ferroviaria fue certificada por la **SEDRONAR** el pasado viernes 15 de junio, en el marco del "Programa de Certificación por Ámbitos Laborales Preventivos", realizado en el auditorio Juan José Arregui de la Unión Ferroviaria, como reconocimiento por su trabajo en prevención de adicciones.

El encuentro contó con la presencia del Secretario de Políticas Generales de la Nación Argentina, Mg. Roberto Moro; el Superintendente de Servicios de Salud de la Nación, CP. Sandro Taricco; el Secretario de Estrategias de Prevención de la **SEDRONAR**, Dr. Roberto Canay; el Secretario General de la **Unión Ferroviaria**, Cro. Sergio Adrián Sasía; y el presidente de la **Obra Social Ferroviaria**, Dr. Juan Cifre; quien recibió el reconocimiento en nombre de nuestra Institución.

El Dr. Juan Cifre resaltó, "Es para nosotros un orgullo ser la primera Obra Social en obtener esta certificación y por eso seguiremos llevando a cabo nuestro programa como una tarea conjunta con los tres sindicatos ferroviarios. Trataremos de que esta red cada vez crezca más y podamos seguir actuando en prevención y menos en atención de la persona con problemas".

La Obra Social Ferroviaria agradece a la **SEDRONAR**, a la Superintendencia de Servicios de Salud, a los gremios que forman parte de nuestra Institución, a las empresas de ferrocarril y a nuestros afiliados por confiar su salud y la de su familia en nuestras manos. ■

# ESTAR BIEN ES LO PRIMERO



 **GALENO**

## ACUDIR CELEBRA EL PRIMER AÑO DE SU CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CON OBJETIVOS CUMPLIDOS

Un año atrás, Acudir abrió las puertas de su **Centro de Capacitación y Entrenamiento (CCEA)**. Una sala con capacidad para 40 personas y equipada con todo lo necesario para dictar cursos relacionados con la atención pre-hospitalaria, junto a un equipo de experimentados instructores dispuestos a compartir sus conocimientos y acompañar tanto al personal médico y paramédico de Acudir, como a externos, en el camino de su formación y crecimiento profesional.



En el mes de mayo del año 2017, el CCEA fue nombrado como **Centro de Entrenamiento Internacional** de la **American Heart Association**, el máximo referente científico en Cardiología de los Estados Unidos, para desarrollar los programas de entrenamiento de dicha institución. Esta investidura habilitó al Centro a dictar los cursos de **Heartsaver** (RCP, Uso de DEA y Primeros Auxilios) y **Basic Life Support** (BLS), que otorgan a los participantes una credencial con

validez internacional por dos años. *"Somos capacitadores de la organización que establece las normas de instrucción en resucitación a nivel mundial, junto con el Consenso de Canadá, Europa y Australia"*, destacó el Dr. Miguel Pedraza, Director del Centro de Capacitación y Entrenamiento de Acudir.

Con el fin de transmitir conocimientos y que cada vez más personas sepan la técnica de RCP que salva vidas, la AHA traza objetivos para sus Centros de Entrenamiento Internacional, que fueron superados por el Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir. Entre el 1 de junio de 2017 y el 31 de mayo de 2018, los instructores certificados de Acudir dictaron cerca de 40 cursos y capacitación a casi 350 personas, logrando superar el objetivo impuesto por la AHA.

Además, en su rol de educador y promotor de la RCP, Acudir –a través del CCEA– ha sido designada Miembro Institucional Activo del **Consejo Argentino de Resucitación** (CAR), organismo que coordina y optimiza los esfuerzos de sus miembros en pos de la difusión de la Reanimación Cardiopulmonar. *"Ser Miembro Institucional Activo del Consejo Argentino de Resucitación posiciona a Acudir a la par de las máximas autoridades de RCP en la Argentina y refuerza su compromiso con la promoción y educación de esta técnica*

*para personas con poco o ningún conocimiento en temas médicos, a sabiendas de que el conocimiento de las maniobras de RCP por parte de la población aumenta significativamente las tasas de supervivencia en caso de una muerte súbita"*, explicó Pablo Rossetto, Gerente General de la empresa.

Durante la segunda mitad de 2017 y el

primer semestre del 2018, el CCEA capacitó a más de 600 personas, entre colaboradores e individuos ajenos a la empresa, en el ámbito de la emergentología. Hoy, además de Heartsaver y Basic Life Support -certificados por AHA-, su oferta de cursos incluye:

- **Basic Trauma Life Support (BTLIS).**
- **Emergencias Pediátricas.**
- **Triage y Categorización Telefónica.**
- **Normas de Cuidado y Uso de Maletín Farmacológico.**
- **Bioseguridad y Taller de Venopunción.**
- **Móviles de Emergencias y Traslados (Nivel Inicial y Nivel Avanzado).**
- **Uso de Respirador, Aspirador y Bombas de Infusión.**

Por otra parte, los coordinadores del Centro de Capacitación y Entrenamiento trabajan para incluir próximamente los cursos de Pediatric Advanced Life Support (PALS) y Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), ambos con certificación AHA.

### ACUDIR AMPLIÓ SU ZONA DE COBERTURA

Continuando con su proyecto de expansión, recientemente Acudir inauguró su primera Base Operativa en Zona Oeste. Ubicada en Av. Rivadavia 15514, la Base Ramos Mejía amplía la zona de cobertura de sus servicios y contribuye a reducir los tiempos de respuesta en urgencias y emergencias médicas. La empresa ya cuenta con 17 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de la Ciudad de Buenos Aires, Sur y Oeste del Gran Buenos Aires, para acudir cuando más se necesita. □





# Crecimos junto a vos, acompañándote en cada momento de tu vida.

**0800 444 6773**

Línea gratuita de atención  
al Beneficiario

**ospesalud.com.ar**

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**OSPE**

OBRA SOCIAL  
DE PETROLEROS

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

# La salud por la ventana



Por el Dr. Javier O. Vilosio (\*)

**C**onfieso que hasta hace pocos días no conocía a Joseph Overton. Escuché de él por primera vez a través de la notable ex Ministra de Ciencias e Innovación española, Cristina Garmendia Mendizábal, hablando sobre tecnologías disruptivas.

Overton (muerto a los 43 años en un accidente con un ultraliviano) fue directivo de un *think tank* liberal norteamericano, el Centro Mackinac de Políticas Públicas.

Desde ese ámbito su nombre quedó asociado al concepto de la "ventana del discurso" o, desde entonces, la *Ventana de Overton* (que es el título, además, de un *thriller* político publicado en 2010, siete años después de la muerte de Overton).

La famosa ventana grafica el rango en que los problemas políticos empiezan a ocupar la atención de los decisores públicos, y pueden llevarlos a la promoción de acciones y políticas destinados a su resolución, más allá –inclusive– de las propias convicciones del decisor. Sencillamente porque hacerlo se vuelve conveniente para él.

Básicamente, existe un conjunto estrecho de potenciales políticas que resultan aceptables en un momento y una situación determinados: las que el decisor "ve" dentro de los márgenes de una ventana imaginaria.

Fuera de esos límites, ajenos a cualquier debate sobre su factibilidad existen problemas o necesidades políticas que otro autor –Treviño– clasificó como *impensables* (más lejos de la ventana) y *radicales* (un poco más cerca, pero aun afuera). Y las que progresivamente van ingresando a la vista (consideración) del político son, sucesivamente: *aceptables*, *sensatas*, *populares* y, finalmente se convierten en *políticas*.

Para los operadores políticos o grupos de interés preocupados por promover políticas que en determinado momento son *impensadas* o *radicales* el desafío es, entonces, llevarlas desde afuera de los marcos de la ventana del decisor haciéndolas progresivamente *aceptables*, *sensatas* y finalmente *populares*.

En el mundo de la comunicación masiva e instantánea (y la post verdad...), existen múltiples herramientas para influir en esa transformación.

Desde esta perspectiva, en 2014 un analista ruso –Evgueni Gorzhalsán– popularizó la idea de la Ventana como una herramienta de manipulación social.

De hecho, él explica la utilización de esta teoría para justificar una hipotética legalización del canibalismo<sup>(1)</sup>, como ejemplo de su potencialidad.

Indudablemente esta perspectiva es enormemente inquietante, pero nada ajena a la percepción que cualquier observador atento de la realidad social y política contemporánea puede tener.

Por otra parte, y en términos menos dramáticos, al escuchar a Garmendia Mendizábal pensé en aquellas cuestiones *impensables* o *radicales* en la política sanitaria argentina.

¿Sería posible, por ejemplo, mover hacia la ventana de la decisión política una reforma sanitaria estructural, de largo aliento?

La ventana de Overton es la agenda política de un gobierno. Pero también, y quizás fundamentalmente, representa la valoración social de una necesidad.

Nos hemos cansado de repetir que la salud "no está en la agenda" y que "la gente no reclama".

Dos hechos ciertos, con conclusiones obvias: en el mejor de los casos el pragmatismo de las pequeñas cosas –que, si están bien hechas, siempre suman, pero aun así nunca alcanzan–, y la renuncia a la pretensión de una transformación de fondo.

En Argentina las urgencias y las excepcionalidades ocupan la cotidianeidad.

Una institucionalidad anémica y tambaleante, y el vaciamiento cultural de las estructuras partidarias terminan de sazonar un clima social y político en el que las grietas se ensanchan, aun poniendo en riesgo la sustentabilidad del sistema político.

El corto plazo es lo instantáneo, y el mediano plazo se transforma en un horizonte lejano.

Cuando uno se acostumbra a vivir en una permanente zozobra lo primero es mantenerse a flote, y resulta difícil fijar un rumbo cierto.

Pero cuando hablamos de reformas de fondo nos referimos a políticas de Estado, que requieren intensidad política –fundamentalmente, voluntad de acordar– y calidad técnica.

Quizás recuperar colectivamente esa voluntad de transformación, primero, y después la capacidad para pensar y construir un futuro mejor para nosotros requiera ensanchar la ventana. Un fuerte liderazgo político y moral podría hacerlo.

Pero también podríamos pensar, al estilo de Gorzhalsán con el canibalismo, en cómo hacer que lo *impensable* de la reforma sectorial deviniera en *aceptable* primero, y luego hasta en *popular*.

Puesto en blanco sobre negro una reforma sectorial profunda implicaría conflictos importantes, porque cualquiera sea el camino que se tome debería enfrentarse el problema de la fragmentación del sistema: es decir, el problema de los intereses objetivos, económicos y de poder político, de varios sectores gananciosos en el estado actual de la situación.

A diferencia de la propuesta escandalizante del ruso la resignificación de la reforma sanitaria no debiera apelar a los engaños ni las conspiraciones. Pero sí a la exposición y la discusión pública de los costos sociales, sanitarios y económicos de seguir haciendo lo que hacemos.

Probablemente con menos retórica, más reflexión, y preocupación sincera, se pueda.

Y debería ser más fácil que promover el canibalismo. □

(1) Recomiendo la lectura de una síntesis en español del artículo original: *¿Cómo legalizar cualquier fenómeno, desde la eutanasia hasta el canibalismo?* disponible en: <https://actualidad.rt.com/sociedad/view/125437-legalizar-overton-eutanasia-incesto>.

(\*) Médico. Docente. Máster en Economía y Ciencias Políticas.

# La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



Management eficiente  
que mejora las prestaciones  
en el ámbito de la salud.



## INNOVACIÓN

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoria y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión

## ESTRATEGIA

## COMPROMISO

- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos



# Una mirada a largo plazo del sistema de salud



Por Flavio Devoto

Gerente General de AbbVie región Latinoamérica Sur y Presidente de CAEMe

Lograr el completo bienestar físico, mental y social de las personas es el corazón de la definición universal del concepto de “salud”, algo que todos los que nos hemos formado como médicos tenemos siempre presente. En 2016 la ONU presentó 17 objetivos para el desarrollo sostenible, donde la salud y el bienestar encabezan ese documento, junto con el fin de la pobreza y el hambre cero. Esta declaración permitió dar un paso importante en la difusión y generación de conciencia sobre el peso que debe tener el sistema sanitario en la agenda de toda la comunidad, comenzando por las administraciones nacionales y por todos los que integramos este ecosistema.

Dicha resolución invita a los Estados miembros a adoptar un enfoque multisectorial y a actuar en relación con los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, con miras a reducir las desigualdades y posibilitar un desarrollo sostenible de ésta en el tiempo. Y, si bien se obtuvieron grandes progresos, aún queda mucho por hacer para alcanzar la meta propuesta para el año 2030, la cual consiste en “lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos”.

Durante el 5º Foro de Salud Sustentable realizado en Argentina a comienzos de este año, fueron varios los interlocutores del sistema de salud argentino los que coincidieron en que se deben definir indicadores para la toma de decisiones, de manera tal de priorizar y generar previsibilidad. Se debe trabajar en los procesos sencillos que permitan ordenar el sistema en requerimientos, procedimientos y tiempos. Y en paralelo, sobre el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y otros temas de relevancia, con el foco en que hacer mañana.

Las ECNT de origen cardiovascular o respiratorias, el cáncer y la diabetes son la causa de tres de cada cuatro muertes en las Américas, y su prevalencia se encuentra en aumento. Ellas son la principal fuente de gasto del sistema de salud y tienen un impacto directo sobre los financiadores. Frente a ello, los programas de gestión de enfermedades cobran crítica relevancia para el desarrollo sustentable del sistema de salud.

Estos programas tienen el objetivo de lograr un cuidado efectivo y eficiente, adaptado al contexto donde se desarrollan. Están dirigidos a grupos específicos de pacientes que sufren de la misma condición crónica, que permiten estructurar el tratamiento para mejorar su gestión y brindarles una mayor contención. Un mayor control de la enfermedad permite identificar antes y mejor los síntomas y reducir los efectos secundarios. Así, suele lograrse un mayor nivel de satisfacción del paciente y una mayor adherencia al tratamiento, lo cual redundará en menores costos futuros para el sistema de salud en su conjunto. Más que una técnica concreta, es un proceso de transformación estratégica de la atención sanitaria y de la forma en la que se prestan los servicios.

La atención de personas con ECNT requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona, su salud y contexto; un modelo que garantice la calidad de atención, que favorezca la activa participación de los pacientes y promueva la adherencia al tratamiento.

La clave radica, según el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC), descripto por Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, en reunir varios elementos. El primero de ellos implica lograr un entorno de políticas que priorice la salud, que asigne recursos, mejore la accesibilidad y la equidad, e integre las acciones de los distintos interlocutores y programas. En este sentido, la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET), que promueve una mayor equidad por medio de un marco regulatorio explícito, objetivo y transparente para la definición de políticas de cobertura sanitaria para mejorar la efectividad y la calidad de los servicios de salud, se presenta como una buena noticia para la Argentina.

Por otra parte, es importante que se pueda promover y facilitar un equipo de atención multidisciplinario que realice controles periódicos y fomente la educación para la autogestión del paciente. Para ello, contar con un sistema de registro, una oferta de turnos programados, la disponibilidad de medicamentos esenciales y datos clínicos de los pacientes resulta imprescindible. Con esta información, organizada y confiable, es posible tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

Y de cara al paciente y su familia, es importante también ayudarlos en la fijación de metas y en el cumplimiento y manejo de determinadas situaciones, cuyas soluciones estén a su alcance. Las organizaciones comunitarias y las asociaciones de pacientes desempeñan un papel esencial en toda esta dinámica.

Tan importante como los otros aspectos, es necesario cuidar de la innovación, a través de la cual se puede dar respuesta a las necesidades insatisfechas de los pacientes y sumar valor al sistema de salud. Su foco de atención se centra en el desarrollo de medicamentos que puedan ofrecer resultados clínicos sólidos, ventajas cuantificables para los pacientes y recursos para sostener la generación de valor científico en el corto, mediano y largo plazo. Este es uno de los argumentos por los cuales la industria global incrementó 15% el dinero destinado a esta tarea fundamental para la humanidad entre 2013 y 2017.

La transformación del sistema de salud para mejorar la calidad de vida de las personas es un trabajo colectivo que recién comienza y que requiere el apoyo de todos los que lo conformamos. El cambio de paradigma que gestionamos hoy en post de hacer más sustentable el sistema se reflejará en la atención sanitaria que tengamos nosotros y nuestros hijos en el futuro. Un futuro más cercano de lo que creemos. □

LA NUEVA FORMA  
DE IR A LA GUARDIA.  
**+RÁPIDA.**  
**+FÁCIL.**  
**+SMART.**



**CHECK IN GUARDIA**  
Chequeá cada guardia  
desde donde estés  
y ganá tiempo ingresando  
a la fila online.

**GUARDIA PROGRAMADA**  
Reservá tu turno online  
para ir a la guardia.

**VIDEO CONSULTA**  
Próximamente consultá  
a un médico de guardia  
por videollamada.

[miportalclnicas.com.ar](http://miportalclnicas.com.ar)

**GUARDIA**  
**SMART** LA FORMA INTELIGENTE  
DE IR A LA GUARDIA.

# Red Pública de Salud del Área Metropolitana



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (\*)

Médico. Especialista en Salud Pública.

**R**ecientemente se anunció en el Partido de Tres de Febrero la puesta en marcha del Programa denominado Red Pública de Salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el cual representa junto al SAME, el Plan Provincial contra el Cáncer y la refacción y remodelación de las guardias hospitalarias, la cuarta apuesta fuerte de la Provincia en el área de salud.

Con la presencia de la gobernadora María Eugenia Vidal y del Jefe de Gobierno Porteño Rodríguez Larreta, este lanzamiento de la Red Pública marca la importancia que se le da a este tema desde el máximo nivel político y continúa la lógica acertada de integrar la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense en un conglomerado, que, si bien está separado por límites jurisdiccionales, en la práctica cotidiana no presenta barreras funcionales.

A lo largo de las últimas décadas muchos fueron los intentos fallidos de lograr una coordinación en salud en esta área tal como lo planteé en esta misma columna de la edición N° 90 en enero del 2016. En ese artículo finalizaba diciendo: "Las recientes elecciones trajeron como novedad que las administraciones de la Nación, la CABA y la provincia de Buenos Aires pertenezcan al mismo partido político. Esto abre una enorme oportunidad de encarar seriamente esta problemática que afecta a millones de ciudadanos que sólo desean ver satisfechas sus necesidades y demandas en salud. Se abre así una nueva etapa inédita que se debe aprovechar.

Dijimos que uno de los principales problemas del área es la falta de coordinación interjurisdiccional y esto muchas veces fue debido a la pertenencia a diferentes partidos políticos de sus administraciones. Este factor ya no está. Es de esperar una mayor coordinación para la solución de esta problemática. Esperemos que ahora sí se pueda encarar definitivamente una solución para esta área".

La puesta en marcha de este programa representa entonces según mi punto de vista un enorme paso adelante.

## LA RED PÚBLICA DE SALUD DEL ÁREA METROPOLITANA

Según la información la Red Pública consiste en un programa básicamente de fortalecimiento del primer nivel de atención del AMBA. Estaría compuesto por cuatro grandes capítulos: Infraestructura, Sistema de Información, Recursos Humanos y Modelo de Atención.

En el tema de Infraestructura se prevé la puesta a punto de 309 centros de atención primaria de la salud (CAPS) en el conurbano y la construcción de otros 54. Las autoridades bonaerenses estiman que en los próximos dos años garantizarán el acceso a prestaciones esenciales a por lo menos 2.000.000 de vecinos de 24 municipios. En esta Red Pública que incluirá esos 363 centros para 2020 también participan los 45 centros de salud y atención comunitaria (CESAC) porteños. Se trata del programa de infraestructura provincial para el primer nivel de Atención más importante desde hace muchas décadas.

En cuanto a los sistemas de información el Plan contempla la conectividad de los CAPS, la compra de computadoras, y programas informáticos como turnos on line y la Historia Clínica digital. Hoy la mitad de los CAPS relevados no tienen servicio de Internet, sólo un 10% cuentan con las computadoras adecuadas y el 60% necesitan una mayor infraestructura de tecnología.

Está previsto que cada Centro de Atención pueda incluir seis

consultorios con tres equipos profesionales para atender a unas 10.500 personas o 11 consultorios con seis equipos para asistir a unas 21.000 personas.

La dotación mínima por centro de atención serán tres médicos clínicos o generalistas, tres pediatras, tres enfermeros y tres promotores de la salud.

El modelo de atención contempla la responsabilidad nominada en donde cada equipo tendrá a cargo y será responsable de unas 700 familias. Cuando sea necesaria una atención de mayor complejidad, hará la derivación al hospital. También funcionarán equipos ampliados, integrados por especialistas en tocoginecología, obstetricia, odontología, nutrición, psicología, fonoaudiología y trabajo social.

La inversión por realizarse para el 2018 es de 830 millones de pesos y se estima un total de 1.500 millones para todo el plan a 2020.

## UN PLAN TRASCENDENTE PARA EL SISTEMA DE SALUD

La puesta en marcha de este Plan significa una muy buena noticia. Es un hecho trascendente que mejorará el funcionamiento del sistema de salud. Tiende a la integralidad y a superar en parte la fragmentación que existe en este nivel entre municipios. También comienza a solucionar la problemática interjurisdiccional que significa hoy el AMBA.

La presencia de una Historia Clínica Única, Centros de Salud conectados, un mismo modelo de atención, la responsabilidad de los equipos para con familias nominalizadas, horarios de atención más amplios, turnos on line, centros de salud remodelados y 54 nuevos que ampliarán la accesibilidad de la población, constituye todo esto un paquete muy importante que impactará en pocos años en el sistema. La gran inversión destinada muestra la importancia dada a este Plan.

Esta Red Pública se plantea en total consonancia con la estrategia propuesta por el gobierno nacional de Cobertura Universal en Salud, estrategia que también hemos comentado en estas columnas (edición 94 del 2016 y edición 102 de enero del 2018).

Al mismo tiempo significa un cambio de 180 grados respecto a la estrategia del gobierno anterior de las UPAs programa que también representó en su momento una apuesta fuerte y con una importante inversión.

Este programa de las UPAs estaba enfocado a la pronta atención, a las consultas espontáneas, sin continuidad en la atención del paciente, sin un enfoque de prevención. La Red pública que se plantea ahora presenta un esquema de atención con población a cargo, con responsabilidad nominal, con continuidad, con conectividad, apostando al primer nivel de atención como primer contacto, al equipo de salud, en definitiva, a todo lo que hemos venido defendiendo desde siempre.

A partir de la puesta en marcha de esta Red Pública se podrá plantear en el futuro un nuevo modelo de gestión y de financiamiento, con incentivos hacia la prevención, con una mayor integración en red, con información poblacional, con enfoques de riesgo y mucho más.

Este planteo era muy necesario y abre muchas esperanzas. □

(\*) Presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos.



Donde vos estés.

Desafiamos el pensamiento convencional, reinventamos el abastecimiento de los medicamentos especiales, brindando un servicio integral que acompaña el tratamiento y mejora la calidad de vida.

Lo hacemos de forma innovadora, segura y confiable.



SCIENZA



SCIENZA MÓVIL



ISO 9001 - 2008  
BUREAU VERITAS  
Certification



### Scienza Argentina

Av. Juan de Garay 437  
Buenos Aires (C1153ABC)  
Tel. (+54 11) 5554-7890

[www.scienza.com.ar](http://www.scienza.com.ar)

### Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248  
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)  
Tel. (+598 2) 1988-9000

[www.scienza.com.uy](http://www.scienza.com.uy)

# Abrir una puerta hacia una nueva realidad

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray

Presidente de FEFARA



En la ciudad de Neuquén, los días 7 y 8 de junio de 2018, se llevaron a cabo las 16<sup>as</sup> Jornadas Federales de Política, Economía y Gestión del Medicamento, ocasión en la cual los representantes de todos los sectores del mercado farmacéutico tuvieron una vez más la ocasión de expresar libremente sus visiones, sostener sus convicciones y aportar sus propuestas para el presente y futuro del sector.

Esta edición de las Jornadas nos ha encontrado transitando una realidad con varias similitudes y coincidencias, respecto a la primera edición realizada en aquel lejano año 2002: la presencia de una crisis en el sector, la cual nos está poniendo ante la necesidad de pensar y actuar de modo diferente para tener posibilidades de encontrar soluciones.

En el marco de este nuevo encuentro, logramos además concretar la realización de otros dos eventos que año tras año crecen en participantes y contenidos de calidad:

- Las 5<sup>as</sup> Jornadas Profesionales Farmacéuticas, con la presentación de excelentes trabajos referidos a diferentes aspectos del quehacer profesional farmacéutico seleccionadas por un Comité Científico, el cual además decidió el otorgamiento de las respectivas menciones y premiaciones.
- El 5<sup>o</sup> Encuentro de Jóvenes FEFARA: un espacio de participación, debate y propuestas llevadas a cabo por jóvenes profesionales y estudiantes avanzados de farmacia, habiendo albergado a trescientos cincuenta participantes provenientes de las Universidades Nacionales de Rosario, Córdoba, San Luis, Misiones, Tucumán, La Rioja, Chubut, del Sur (Bahía Blanca) y del Chaco Austral (Pcia. Roque Sáenz Peña).

Como en cada una de las ediciones anteriores, la totalidad de los aportes realizados por los participantes en el marco de las Jornadas permitirán la edición de un libro conteniendo tales ponencias y trabajos, pasando a integrar además nuestra biblioteca virtual de libre consulta en la página web de FEFARA.

## DESDE ALLÁ HASTA ACÁ...

En el acto inaugural de aquella primera edición del año 2002 en la ciudad de Santa Fe, el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García, exhortaba a todos *"a participar... porque este es el momento de construir cambios culturales, pensando más en la salud de los argentinos que en nuestros intereses sectoriales"*. Agregando *"...creemos que estamos construyendo una política nacional entre todos, sin diferencias de partidos ni sectores, y eso es lo más valioso"*.

En esa misma ocasión, luego de la intervención del Ministro y aceptando la invitación que allí nos estaba formulando, respondí diciendo: *"A pesar de la difícil situación por la que atraviesa el país, vale la pena este encuentro. Hoy, después de muchos años, comenzamos a tener una política de medicamentos en el país"*.

Mirando hoy hacia atrás, en breve repaso de los acontecimientos vividos, la historia nos dice que aquellas políticas no lograron sostener su impulso inicial, y que:

- Los sectores más concentrados y poderosos del mercado hicieron lo suyo.
- Quienes tenían a su cargo velar por el cumplimiento de estas políticas, por incapacidad o indolencia, no lograron su cometido.
- Los médicos encontraron la tercera posición, prescribiendo por Denominación Común Internacional y marca comercial.
- Aquella favorable expectativa de avanzar superando un modelo que había generado la crisis, finalmente se transformó en una nueva oportunidad perdida para la salud pública, nuestras instituciones, sus farmacias, los financiadores y la gente.

Hoy, las consecuencias de aquello están a la vista. Como tantas otras veces en nuestra historia, se ha logrado instalar en la sociedad una doctrina cuyo núcleo central es evitar a toda costa la intervención del Estado en el funcionamiento del mercado, aunque como en este caso estuviera en juego la salud de la población.

En lo que a nuestro sector se refiere, esto se traduce en una dura realidad en la cual la concentración es el rasgo central: el 30% de las farmacias concentra la atención del 80% de la seguridad social.

## EL PRESENTE Y LO QUE SIGUE...

En este mismo espacio, en la edición anterior, decía que *"... Los últimos acontecimientos parecen mostrar que existe una decisión del actual gobierno por tomar el centro de la escena en este tema, estableciendo una política de regulación del medicamento..."*, como también que *"... no hay lugar para la opción gatopardista de cambiar algo las cosas, para que nada cambie. El medio no es una opción... El medio solo será la expresión de una nueva oportunidad perdida y el camino sin regreso hacia una realidad que ya sufren varios países de la región"*.

Ante este estado de situación, la postura de FEFARA se reafirma en los valores y convicciones que le dieron origen: ante el problema, vamos a estar siempre del lado de la solución, dejando de lado la queja para afirmarnos en las propuestas. Ofreciendo y demandando aportes creativos de todos los actores del mercado. Con la riqueza de nuestra diversidad; apelando al debate constructivo y con la gestión como herramienta principal.

Y así como en aquellas primeras Jornadas aceptábamos la invitación del Ministro de Salud, a participar activamente en la construcción de un cambio cultural, pensando en la salud de todos los argentinos, hoy recogemos el guante y asumimos la responsabilidad de involucrarnos en el desafío que el Director Ejecutivo del INSSJP, Lic. Sergio Cassinotti nos dejó en el cierre de las Jornadas 2018: *"Es necesario abrir una puerta hacia una nueva realidad... estableciendo como prioridad la gestión conjunta, sin distinción de colores políticos, en procura de transformar la realidad del mercado"*.

*"Abrir una puerta hacia una nueva realidad"*, decía y nos dejaba una frase para recordar: *"La indecisión es el ladrón de la oportunidad"*. □

# Más cerca de tu Salud



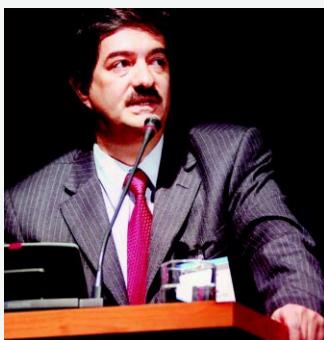
*Líder en medicina familiar  
Sanatorio propio de alta complejidad  
Centros médicos propios en todo el país  
Tecnología de avanzada  
Amplia cobertura*

**0 800 222 0123**

[www.construirsalud.com.ar](http://www.construirsalud.com.ar)

**CONSTRUIR**   
Obra Social del Personal  
de la Construcción **Salud**

## La reducción de la distribución automática del subsidio de mitigación de asimetrías (SUMA). El incremento del subsidio para la población mayor. Evitemos la teoría de la sábana corta



Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar

**E**l 14 de junio, se dictó el decreto N°554/2018 a través del cual el Poder Ejecutivo Nacional dispuso una reducción del cincuenta por ciento (50%) del subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) y la creación del nuevo subsidio para mayores de 65 años.

● Más allá de las consideraciones políticas que se han efectuado sobre el dictado de la norma, vinculándola a las medidas de fuerza dispuestas por la Confederación General del Trabajo para el día 25 de ese mismo mes (Paro General), parece prudente analizar los considerandos de la decisión para entender o tratar de entender la realidad financiera y económica del Sistema Nacional del Seguro de Salud en la actualidad.

El Subsidio de Mitigación de Asimetrías nació a través del decreto 1609/2012 y originariamente distribuyó el cinco por ciento (5%) de la recaudación total del sistema entre las obras sociales, con diferentes mecanismos se trate de obras sociales de más o de menos de cinco mil (5.000) afiliados y con topes vinculados a la recaudación por aportes y contribuciones.

Posteriormente, mediante el decreto 1368/2013 se instituyó el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE), que distribuyó (y distribuye) el uno con cincuenta por ciento (1,50%) de la recaudación y el Subsidio para Mayores de 70 años (suma 70), que conlleva una distribución del cero setenta por ciento (0,70%), adicio-

nándosele un uno por ciento (1%) al SUMA que pasó a distribuir el seis por ciento (6%) de la recaudación total del sistema.

A esos tres mecanismos de distribución automática debemos agregar dos más: el SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales), cuya última actualización normativa data del decreto 921/2016 y la llamada distribución por INTEGRACIÓN, relacionada con los subsidios para las prestaciones por discapacidad instituidos por el decreto 904/2018.

Todos estos instrumentos han servido, desde su creación y hasta el momento, para distribuir de manera automática los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. Ya nos hemos referido a ello en números anteriores de esta misma revista.

Pero además de estos destinos, los recursos del FSR deben atender no sólo a los gastos operativos de la Superintendencia de Servicios de Salud (salarios del personal, gastos, etc.) sino también a cubrir los reintegros que se tramitan a través del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR).

De los considerandos del decreto aludido se deduce que los fondos no alcanzan para todo. Entonces, la solución propuesta por la norma ha sido la reducción de uno de los subsidios que más dinero distribuye entre las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Pensamos que el recurso encontrado resuelve el problema del organismo de aplicación, pero no el de los agentes del seguro. O lo que es peor, se los traslada y agrava su situación financiera. No es tema de

esta nota, pero es importante señalar que la distribución del SUMA en los modos en que se efectúa no resulta equitativa, porque al distribuir el 80% de los fondos por la cantidad de afiliados de cada obra social -sin tener en cuenta el ingreso de cada una por aportes y contribuciones- significa entregar los mismos importes a obras sociales "ricas" y a las "pobres".

La doctrina de la "sábana corta" implica sacar dinero de un lado para ponerlo en otro, pero la fuente de recursos sigue siendo la misma.

Frente a ello, se hace necesario pensar en otras fuentes de financiamiento que permitan sostener los recursos que hoy perciben las obras sociales. En este sentido, no se explica la razón por la cual el Ministerio de Salud dictó la Resolución n° 1641/2017-MSAL que asignó los fondos que aportó la obra social OSDE con motivo del acuerdo conciliatorio al que arribara junto con la Superintendencia de Servicios de Salud, a la estrategia de la Cobertura Universal de Salud. En otras palabras, si los recursos del FSR no alcanzan para cubrir todas las necesidades por qué se permite que aproximadamente dos mil millones de pesos (\$ 2.000.000.000) que debieron haber ingresado a él, tengan otro destino.

Pensemos también en la cápita que abona el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) que asciende actualmente a ciento noventa y dos pesos (\$ 192) desde el año 2010 hasta la actualidad. Parece un chiste de mal gusto preguntar si una obra social puede brindar prestaciones del Programa Médico Obligatorio a un afiliado mayor de 65 años con esos recursos. Para ello, el nuevo decreto otorga más fondos del FSR para atender a esos afiliados, aunque es dable señalar que no debiera ser el Fondo quien compense lo que el PAMI ha dejado de pagar hace ya más de ocho (8) años.

Los expresados son sólo dos ejemplos de lo que queremos señalar. La teoría de la sábana corta no soluciona el problema. Como dijimos antes, lo agrava. □



## Trabajando en equipo, sumamos confianza a nuestros Asegurados

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud.

VIDA COLECTIVO | ACCIDENTES PERSONALES  
SEPELIO | CAUCIÓN | RESPONSABILIDAD CIVIL  
CAUCIÓN AMBIENTAL | PRAXIS PROFESIONAL



TPC Compañía de Seguros  
[www.webtpc.com](http://www.webtpc.com)

CALIFICACIÓN



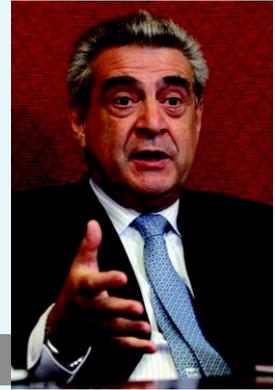
Evaluidora  
Latinoamericana S.A.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

# Cambios en el entorno de trabajo: ¿mejora importante o motivo de insatisfacción y estrés?



Por el Dr. Héctor Barrios (\*)

**C**orría el año 1975. Traje, camisa, corbata y zapatos nuevos. Todo recién equipado. Media hora antes de la hora convenida, yo ya estaba en las oficinas del que sería mi primer trabajo. Después de los saludos de rigor, una secretaria me acompañó y abriendo una puerta me dijo: "este es tu despacho". Le agradecí, cerré la puerta y me senté en el escritorio...no lo podía creer, a punto de graduarme en la Universidad, pero sin experiencia alguna, me encontraba en "mi" oficina. Nunca olvidé esas emociones que tuve el primer día.

Naturalmente, a lo largo de algo más de cuarenta años, me tocó cambiar de trabajo, pero siempre tuve la fortuna de contar con un despacho personal.

Por todo esto que acabo de contar, resulta claro que no poca fue mi sorpresa cuando el año pasado, al ir a visitar al CEO y a la directora de RR.HH. de un banco internacional, vi que todos los directores del banco compartían un lugar común, un ala completa de un piso, pero sin ningún despacho, sin, paredes, sin mamparas, ¡¡Sin nada!!!

Yo estaba acostumbrado a ver estas nuevas políticas en las empresas de tecnología, pero evidentemente la política de "open office" avanzaba sin distinciones de actividades.

Este modelo por cierto ha conquistado -y sigue conquistando- el mundo corporativo, estimándose ya que un 70% de las oficinas en empresas de EE. UU. siguen este modelo, obviamente con las compañías de Silicon Valley liderando la corriente.

No más papeles sobre el escritorio, no más fotos familiares ni cosas personales...en resumen, no más escritorio propio. Cada uno cuenta con un "locker" en donde guarda sus elementos de trabajo -incluida su laptop que puede llevar a su casa- y que recoge todos los días para ubicarse en un puesto de trabajo no prefijado y que en general, debe variar obligatoriamente.

La razón por la que esta política se va extendiendo no es demasiado rebuscada: disminución de costos operativos de la mano de la optimización del espacio.

Las pruebas son elocuentes: El gerente de RR.HH. de una de las empresas más importantes de tecnología del país me confirmaba hace muy poco que ellos habían crecido un 40% en su estructura de personal sin agregar un solo metro de oficinas.

Sin dudas se trataba de una contribución evidente a la reducción de los costos operativos. El impulso al

trabajo en equipo y la eliminación de las jerarquías, son otros dos factores citados recurrentemente por los especialistas e impulsores del modelo.

Naturalmente, estos cambios, como no podía ser de otra forma, presentan también consecuencias negativas y los detractores del modelo no dejan de poner un particular acento en algunas de ellas.

Sin dudas la pérdida de la privacidad -para los empleados que gozaban de ella- resulta un factor generador de disconfort y de estrés. Por ejemplo, digamos que una conversación telefónica puede ser mucho más práctica y útil si no se tiene la sensación de que otros la están escuchando o incluso que se está molestando al resto.

También el ruido genera una molestia señalada por la mayoría de las personas que se muestran disconformes con el modelo. De hecho, un trabajo referido al tema publicado en la prestigiosa Harvard Business Review, señala que la privacidad mejora la satisfacción de los empleados y, en consecuencia, sus resultados. Naturalmente, a la inversa.

También se señala la presencia de crecientes factores de estrés y de insatisfacción y la consecuente disminución de productividad como consecuencia de dicha pérdida.

Si bien este modelo como ya señalamos fue fuertemente impulsado por las empresas de tecnología, digamos que no todas las empresas son como Google -para citar alguna de ellas- ni tampoco todas las compañías tienen el mismo tipo de empleados.

Por supuesto que me resultó original y simpático ver en una empresa tecnológica a "los chicos" trabajando "tirados" en sillones o jugando al ping-pong, pero no me resultó tan simpático ver en otras empresas, como el banco que comenté, que no hay más espacios propios.

Pensar los espacios de trabajo tiene relación directa con pensar cuales son los objetivos del negocio y también pensar en las necesidades particulares de los que trabajan en ellas. Es decir que para algunas empresas el intercambio es fundamental y en otras la privacidad es algo de lo que no se podrá prescindir.

El tiempo lo dirá amigo lector... □

(\*) Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson.

# MM

**Menéndez, Mouro & Asociados S.A**  
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA  
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674



contacto@menendezmouro.com  
info@odontodos.net



## **LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA**

Ahora también acompañamos a nuestros asegurados con una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico legal.

 **Disponible las 24 horas, los 365 días del año.**

---

Comuníquese con su Productor Asesor de Seguros o envíenos un mail a [consultassmgseguros@swissmedical.com.ar](mailto:consultassmgseguros@swissmedical.com.ar)

---



 **SMG**  
**SEGUROS**

# La integración y “los Pool” de riesgo



Por Dr. Antonio Ángel Camerano (\*)

El proceso de inclusión social permite que más del 57% de la población esté dentro de la seguridad social nacional y provincial. Más de 24.000.000 de personas. No se puede hablar de inclusión social sin integración. No podemos incluir gente sin integrarlos al sistema. Y el sistema de salud es único por eso la ley N° 26.682 refiere a la “regulación de empresas de medicina prepaga” y no a un sistema privado de salud. Además es un gran avance en el reconocimiento del derecho a la salud en su entera dimensión, ya que contiene el espíritu de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que resolvió que “la actividad que asumen las entidades de medicina prepaga si bien presenta rasgos mercantiles, ellas tienden a proteger las garantías a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, por lo que adquieren un cúmulo de compromisos que exceden o trascienden el mero plano negocial, asumiendo un compromiso social”. (Bellagio – FSG 2012).

Un sistema integrado es aquel que identifica a un responsable único, o al menos principal, por los cuidados de salud de un ciudadano. Mientras haya en la Argentina personas que recurren a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente para otras, no habrá integración. Y la falta de integración de los cuidados afecta sin duda la eficiencia del sistema. La multiplicidad de agentes no implica necesariamente fragmentación; pero cuando hay muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, las responsabilidades se disuelven (Federico Tobar, Sofía Olaviaga, Romina Solano – 2012).

Es deseable que estas preguntas sean respondidas antes de tomar la decisión de incorporar un medicamento o tecnología sanitaria al pool de opciones disponibles. Y no sólo debiera decidirse por sí o por no, sino también, ¿cuándo? Es decir, en qué casos se justifica el uso de esta tecnología. Por eso, es fundamental que haya mecanismos que amplíen el pool de riesgo y diluyan el impacto de la patología entre múltiples financiadores y beneficiarios.

Ese es el espíritu que dio origen a la extinta Administración de Programas Especiales y que el Sistema Único de Reintegro busca retomar. Es la eficiencia la que reúne en un pool de riesgo adecuado y capta economías de escala para la adquisición de la Tecnología y Medicamentos de Alta Complejidad y baja incidencia que viene enlazada con la contratación de servicios médicos de jerarquía.

Más allá de quién sea el pagador (paciente o efector de salud, por ejemplo), estas enfermedades tienen la potencialidad de afectar seriamente la capacidad de pago y, con ello, la accesibilidad al sistema. Hay enfer-

medades cuyo tratamiento adecuado puede costar cientos de miles de dólares al año. Este valor resulta fatal si lo debe enfrentar el paciente o su grupo familiar. Además, el costo del tratamiento también desequilibraría las finanzas de un seguro de salud que cuenta con alrededor de 10.000 beneficiarios. Pero repartido entre 40 millones de habitantes, el impacto es ridículo. El seguro nacional permitiría generar un pool de riesgo que diluya el impacto individual del caso en la población general (María Teresa Bürgin Drago, Gabriela Hamilton, Federico Tobar, Esteban Lifschitz, Roberto Daniel Yllioff – 2016). Hoy contamos con un proceso que aporta las patologías tuteladas y su estudio. Una alternativa o figura creada (Tobar 2016) característica de nuestra idiosincrasia de buscar alternativas oblicuas a la norma.

Enmarcado en el Convenio de Colaboración que acordaron en noviembre del 2017 el PAMI, el IOMA, la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución 144/2018) y el Ministerio de Salud de la Nación. El mismo tiene una vigencia de tres años y persigue la implementación de compras conjuntas de medicamentos, dispositivos e insumos médicos que hasta el momento se adquirirían simultáneamente mediante procesos paralelos iniciados por cada jurisdicción.

En el marco de la implementación de una estrategia de optimización de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud suscribieron convenios marco y específicos de compra conjunta del medicamento Factor VIII para la Hemofilia A severa, a fin de facilitar este medicamento a los beneficiarios de las Obras Sociales que padecen esta patología (Resolución N° 262/2018 S.S. SALUD).

A partir de la Resolución 623/2018, publicada el 3 de abril en el Boletín Oficial, se oficializó la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). La misma funcionará en el ámbito de la Unidad de Coordinación General del Ministerio de Salud de la Nación y llevará adelante su labor hasta que se debata en el Congreso de la Nación la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET). Si la analizamos ésta es en realidad un Capítulo del Tema Enfermedades Catastróficas desde el punto de vista ideológico, de políticas públicas y económico de la salud. El tiempo dirá si el procedimiento se afianza y avanza con otros medicamentos o qué nos depara el cambio permanente. □

(\*) Título Médico; Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud – UBA | FSG; Doctorando - UBA

**INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD**  
Creado para cuidar la salud de las personas

Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

☎ (+5411) 4812-7815   ✉ info@iarsalud.com.ar   🌐 www.iarsalud.com

# PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

## RC PRÁXIS MÉDICA

LA PÓLIZA ESTÁ DIRIGIDA A

Todos los sectores intervinientes en el sector de la salud:

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros Profesionales de la Salud independientes o asociados a Clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Diagnóstico por Imágenes.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

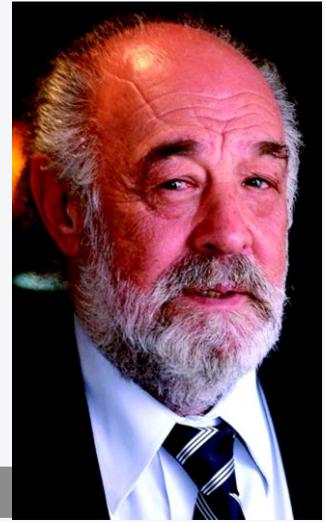
COMO SIEMPRE

**PRUDENCIA**  
Seguros 

# Lo primero, primero: la jerarquización de la enfermería

*“Res non verba” (Hechos, no palabras)*  
**Proverbio latino**

Por el Dr. Ignacio Katz



Entre las muchas falencias de nuestro campo sanitario, vale la pena detenerse en un área que resulta básica, pero que se encuentra relegada. Me refiero a la enfermería, cuyos profesionales que la integran constituyen un pilar fundamental, aunque subestimado, del campo sanitario. La mayor parte de la atención asistencial directa la realizan los y las enfermeras, pero lamentablemente, como en tantas otras cuestiones, nuestro país adolece de una falta significativa a este respecto.

Con apenas dos o tres enfermeros cada 10.000 habitantes, no cumplimos siquiera con el *mínimo* indicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que indica cuatro cada 10.000. Pero lo cierto es que en España están preocupados porque consideran que tienen un número muy bajo con 40 enfermeros cada 10.000 habitantes. En EE.UU. y en Canadá el número ronda los 100, mientras que Finlandia, con una tasa de 150, lidera la estadística. Ninguna de estas cifras es definitiva, ya que su fiabilidad ha sido cuestionada en varios países, pero ilustran el panorama general. Aunque, como decía Albert Einstein: “no todo lo que cuenta puede ser contado, y no todo lo que puede ser contado cuenta”.

Efectivamente, el problema no es solamente cuantitativo. No se trata numéricamente de contar con **profesionales capacitados y especializados**. Si nos adentramos en la realidad, los datos del Sistema de Información Sanitario Argentino indicaban que, en el 2017, de las 179.175 personas matriculadas en el campo de la enfermería, sólo el 11% eran licenciados, el 40,95 % técnicos, y el 48,04 % auxiliares, con una formación de apenas un año. Téngase en cuenta que, según un estudio publicado en la revista *The Lancet*, un incremento del 10% del número de enfermeras con estudios universitarios se traduce en un descenso del 7% en el riesgo de muerte.

El desarrollo de esta profesión debe estar abierto al despliegue del área médica, para acompañar sus conocimientos y destrezas en las distintas especialidades. En una época signada por el avance científico tecnológico, la enfermería requiere de una configuración armónica y sinérgica con los cambios constantes, ya que es un componente básico en el **ensamble asistencial**. En un tiempo, la cardiología, la gastroenterología y la neumología eran especialidades de la medicina. Hoy, éstas generaron ramas secundarias y terciarias y, con sus crecientes complejidades, surgen **nuevas tareas**

**específicas**, que requieren de enfermeros para acompañar esta diversificación. Claro que todo se dificulta cuando la realidad muestra que **faltan “maestros” con conocimientos y pericia en el desarrollo de los procedimientos a aplicar desde el vínculo humano hasta la sinergia instrumental**.

En los últimos años, esta carencia obligó a buscar incentivar la carrera de enfermería, que todavía cuenta con pocos atractivos y, en muchos casos, se ve como una salida laboral rápida, que relega una continuidad y profundización de esta profesión. En este sentido, se lanzan planes, becas y hasta doctorados en enfermería, pero lo cierto es que la mayoría responde a iniciativas de Universidades y Clínicas privadas, con buena formación, pero que traducen la falta de una *planificación pública nacional*. Es decir, inversión privada con subvención pública encubierta, pero sin una planificación pública nacional para todo el País.

Entonces, ¿desde dónde se diseñan los nuevos programas de formación? ¿Sobre la base de qué requerimientos? ¿Quién coordina su distribución territorial? ¿A partir de qué mapa sanitario operacional? En definitiva, ¿dónde se obtiene la información para responder a lo aquí interrogado? Una vez más, vale enfatizar la ausencia de un real, actualizado, y no sólo enunciativo, *Observatorio Nacional de Salud* como condición básica para un **Sistema Federal Integrado de Salud**.

## DE LONDRES A BUENOS AIRES; DE AYER A HOY

Vale la pena recordar que la fundadora de la enfermería en nuestro país, Cecilia Grierson, fue la primera mujer en graduarse de médica en el año 1889. Para entonces ya había desarrollado la primera escuela de enfermeras de América latina que funcionaba en el Círculo Médico de la Capital Federal. También fundó la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios y la Sociedad de Obstetricia Nacional. “Res non verba”, la expresión en latín que significa “hechos, no palabras”, era el lema que ella había adoptado como guía para su profesión.

Grierson, a su vez, siguió los pasos de Florence Nightingale, considerada una de las pioneras de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de esta ocupación. Ella sentó las bases de la profesionalización, estableciendo en 1860 su escuela de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres, primera escuela laica de esta especialidad en el mundo.

Sus aportes fueron básicos para la planificación y organización hospitalaria y para la comprensión del concepto de asistencia médica. Es ella la que inspiró la Fundación de la Cruz Roja Internacional, que todavía otorga la Medalla Florence Nightingale para las enfermeras que han dado atención excepcional a los enfermos y heridos en la guerra o en la paz.

Hoy en día, el Reino Unido, que cuenta con uno de los mejores servicios de salud pública del mundo (en parte debido a su enfermería), sufre la falta de personal a causa del *Brexit*. Es que, tras el abandono del país de la Unión Europea, los extranjeros que ejercían como médicos y enfermeros también abandonaron la isla. El Servicio Nacional de Salud (NHS) alcanzó el récord de 40.000 puestos vacantes sólo de enfermería tras este suceso. La cuestión no es menor ya que si el NHS ha logrado mejores resultados en salud que países como Francia, que con una población similar cuenta con el doble de camas hospitalarias, es justamente por la eficiencia de su personal.

En nuestro país, la desarticulación entre los actores del sistema sanitario, las bajas remuneraciones y las particularidades de la cultura local que privilegia la figura del médico hace que en los eslabones fundamentales de la atención de la salud -como la prevención, curación y rehabilitación- no cuenten al presente con la participación cuantitativa y cualitativa que el rol de la enfermería requiere.

Los enfermeros deben ser, y considerarse, **profesionales de la salud, no meros auxiliares**. Pero para ello debe incrementarse el prestigio, la remuneración, la capacitación, entre otras cosas. A su vez, los enfermeros líderes deben involucrarse en el desarrollo de programas para mejorar los servicios sanitarios. Ellos tienen el conocimiento práctico, que en el campo médico resulta esencial. Téngase en cuenta, por caso, que en otros países, el desarrollo de esta profesión les posibilita llegar a ocupar la Dirección de Hospitales.

Recordemos a Héctor Noblía (Ministro de Salud entre 1958 y 1962) quien priorizó la enfermería a fin de invertir la proporción argentina de cuatro médicos por enfermero, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como relación ideal un médico cada tres enfermeros. Esto sucedía mientras Risieri Frondizi, al frente de la Universidad de Buenos Aires, creaba en aquellos años *la Escuela de Salud Pública*.

En una palabra, **debemos recuperar el rol del Estado, el de la Universidad y el de las Instituciones Asistenciales para que, en articulación armónica y permanente, cumplan las pautas de un plan integral** que tienda a solucionar las distintas carencias de la **Salud Pública** que aquejan al campo sanitario argentino. □

Ignacio Katz, Doctor en Medicina - UBA. Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud" Universidad Nacional del Centro - UNICEN  
Autor de: "La Fórmula Sanitaria" Eudeba (2003). "Claves Jurídicas y Asistenciales para la Conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" - Editorial Eudeba (2012). "Salud y políticas públicas" - Editorial UNICEN (2016).



UNIVERSIDAD  
ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA  
TRANSFORMACIÓN

---

5239.4000

[www.isalud.edu.ar](http://www.isalud.edu.ar)

[informes@isalud.edu.ar](mailto:informes@isalud.edu.ar)



11 5889-8367

# Los costos de coordinación y gobernanza del sistema sanitario argentino



Por el Prof. Carlos Vassallo (\*)  
vassaloc@gmail.com

El sistema de salud argentino caracterizado por la diversidad, segmentación e inequidad en el acceso, cobertura, calidad y resultados se muestra hoy en toda su dimensión como un servicio donde se accede según lo que paga cada uno y donde no existen criterios universales de equidad y calidad con independencia de la cobertura que tenga cada familia o persona que integra la población.

El Estado es quien sigue mostrando debilidades en materia de regulación, rectoría y gobernanza. Podemos detenernos a analizar qué sucedió con la seguridad social y el privado a lo largo de los últimos años y verificaremos cambios producidos durante los años noventa y luego con posterioridad tanto en los prestadores como en los aseguradores. Se puede observar allí una cierta capacidad de adaptación. Libre elección, programa médico obligatorio, creación de la Superintendencia, programas para crónicos, fondo para prestaciones especiales, mecanismos de financiamiento que evitan selección adversa, y otras regulaciones e innovaciones que le han permitido mantenerse a pesar de que el trabajo ya no constituye el hilo de integración social sobre el cual históricamente se desarrolló.

El sector público o estatal para mayor precisión pasó por cambios forzados por cuestiones fiscales e ideológicas antes que por un proyecto estratégico en el sector salud que brinde precisión sobre un rumbo y desafíos para responder a los cambios epidemiológicos, tecnológicos, demográficos y sociales.

La gestión pública atrasa muchos años. Sin miedo a equivocarme en el área de salud hasta los años cincuenta cuando el ministro Carrillo brindó una orientación que después no pudo ser retomada por los gobiernos que lo sucedieron. El peronismo es uno de los grandes responsables de esta fragmentación del sistema porque alimentó y promovió de la mano de su lógica política (la búsqueda del poder) esquemas de Seguridad Social que alimentaron las coberturas parciales y con fondos específicos por encima de un criterio de ciudadanía y universalidad.

El acuerdo de los sindicatos con los militares que dio origen a ley 18.610 y el boicot posterior de este poderoso sector a dos proyectos que eran plataformas para conformar un sistema integrado de salud como fueron el SNIS (1973) y el Seguro Nacional de Salud (1988) son una clara evidencia de esta afirmación.

El sector público se fue hundiendo con el tiempo y la seguridad social y el privado fueron creciendo y ganando espacio. Dejar que los pobres se atiendan en el Estado mientras los que tienen trabajo formal e ingresos más altos lo hacen en sistemas privados y de la seguridad social es un quiebre institucional que refleja y reproduce el grave problema social de la sociedad argentina: 15 millones de personas en estado de pobreza.

Las transferencias de servicios de salud producidas durante 1978 y luego en 1992 replanteando un modelo centralista de servicios de salud que tenía como eje a la Nación y que contaba con el apoyo de provincias y municipios se hicieron sin un programa que reorganizara los roles y las funciones. Es sabido que la improvisación no funciona bien y menos en un federalismo *sui generis* como el argentino, el Ministerio todavía está buscando el rol que debe cumplir oscilando entre desentenderse o involucrarse planteando nuevos esquemas de centralización y provisión de servicios de salud. Mientras tanto el COFESA sigue siendo una reunión social de ministros de salud que asiste para ver si le toca algo en la rifa del reparto nacional (una ambulancia, la ampliación de un programa, que le financien un centro de salud o un hospital, etc.).

Las devaluaciones, el desinterés de los gobernadores por el sistema de salud y el interés político del gobierno anterior por conservar cuotas de poder en el área de salud incrementaron programas públicos muchas veces superpuestos con las funciones y actividades de los gobiernos provinciales. Los Ministerios de Salud provinciales demuestran diariamente la escasa o nula capacidad de rectoría y que viven también cabalgando sobre la coyuntura.

Mientras no se muera gente lo cual sería costo político no se registra el estado de salud de la población como un problema público. Los gobernadores salvo honrosas excepciones todavía no terminan de asumir que la responsabilidad sobre la salud de los habitantes de su territorio les corresponde y deberían demostrar mayor capacidad de gestión e innovación. Tienen a desentenderse de salud porque no existe una presión social como en otras áreas, teniendo en cuenta que la gente ha resuelto su problema con el privado o la seguridad social sin esperar nada del Estado o quizá sólo esperando que los hospitales funcionen en el caso de urgencia. El día a día está resuelto desde otro lugar.

Para construir una nación no podemos ignorar que el problema de acceso a la salud de más de 15 millones de personas está fuertemente vinculado con problemas sociales, falta de trabajo, patologías de la pobreza y las condiciones en las que vive y ha vivido esa población.

La pobreza configura una ciudadanía limitada que termina generando interrogantes sobre la consolidación democrática. La población tiene los derechos al momento de votar, pero no en los tiempos de exigir y reclamar por los servicios que debe recibir, no es una población emponderada. Es muy difícil construir una democracia sin ciudadanos plenos.

La salud no es un tema prioritario en la agenda política argentina. Los políticos no entienden ni conocen el sistema sanitario y por supuesto su familia no se atiende en ese ámbito. La salud desde un punto de vista

económico es un bien superior cuando una persona mejora sus ingresos lo primero que hace es proteger su salud contratando un seguro. Es lo que sucede con los legisladores, los miembros del poder judicial y todo el poder ejecutivo. La clase política argentina ignora o no sabe lo que sucede en el sistema público de salud.

James M. Buchanan nos dice que "los déspotas benevolentes no existen y que la política gubernamental surge de una **estructura institucional** altamente complicada e intrincada, poblada por hombres y mujeres normales muy poco diferentes del resto de nosotros".

Los costos de transacción-coordinación están relacionados con los problemas relativos al funcionamiento interno de los sistemas de salud: costos de obtener, procesar y comunicar información; flujos de intercambio para la toma de decisiones; objetivos y comportamiento de las organizaciones que forman parte del sistema; naturaleza de las relaciones contractuales; impacto de la información; oportunismo, riesgo moral y evasión; los procesos de negociación; la racionalidad limitada; las asimetrías informativas; la incertidumbre y los problemas asociados a la selección adversa.

Un rápido repaso de estos costos en el sistema sanitario argentino nos lleva a evaluarlos como muy altos. La diversidad y pluralidad de actores (sistemas públicos, seguridad social, privado con o sin fines de lucro, obras sociales universitarias, obra social de las fuerzas armadas y otros poderes (judicial, legislativo) y la ausencia de un criterio articulador del sistema hace que cada uno busque y mantenga objetivos propios.

Cada uno juega su propio partido y no hay criterios comunes para definir una política de cobertura universal en salud. Los resultados son un sistema que no funciona como tal, altos niveles de inequidad y desigualdad en el acceso y resultados, un gasto de bolsillo muy alto, población sin cobertura efectiva, superposición de coberturas, ausencia de criterios comunes para

incorporar las nuevas tecnologías en salud y resolver la cuestión de los gastos catastróficos.

Quizás ha llegado el momento de reconocer la debilidad del Ministerio de Salud para encargarse sólo de la rectoría y gobernanza del sistema y conformar un Consejo Nacional de Salud que presidido por el Ministerio pero sumando al PAMI, a la Superintendencia de Servicios de Salud, al Consejo Federal de Salud y la COSSPRA (Consejo de Obras Sociales Provinciales) constituyan un eje que permita clarificar la dirección y los instrumentos necesarios para la concreción de un sistema de cobertura universal efectiva.

La agenda de ese Consejo surge rápidamente: información (comparación de indicadores), evaluación de tecnologías, regulación, definición de un plan de beneficios (programa médico obligatorio), criterios de calidad para los prestadores de servicios de todos los niveles, fondos para cobertura de prestaciones de alto costo y baja incidencia y definición sobre la financiación del sistema organizando una matriz que permita identificar fuentes y gastos del sistema en su integralidad.

Este organismo debería ser ágil y dinámico para responder técnica y políticamente a los desafíos de construir un sistema integrado y equitativo que brinde cuide, mantenga y reponga la salud de las personas con la mayor calidad y teniendo que pagar lo menos posible del bolsillo de los usuarios de éste para facilitar el acceso. □

(\*) Profesor Titular Salud Pública – Universidad Nacional del Litoral . Profesor Invitado Economía, Organización y Gestión de la Salud – Universidad de San Andrés.



# Farmacoeconomía: entre ética y negocios



Por el Dr. Sergio Horis del Prete (\*)

En los últimos años, la innovación surgida a partir de las nuevas drogas biotecnológicas -especialmente en el campo de la oncología pero también en el de las Enfermedades Poco Frecuentes (EPF)- ha dado lugar a tres tipos de turbulencias: económicas, sanitarias y éticas. La primera se fundamenta en que, para la sociedad, el costo de las nuevas terapias las torna cada vez menos accesibles y más inequitativas. La segunda es que más allá del costo, la utilidad del tratamiento como valor clínico se hace relativa en pacientes que cuentan con pocas posibilidades de sobrevida en el corto plazo. El problema más sensible es con la tercera cuestión. Los precios globales de los medicamentos contra el cáncer han aumentado en un 10% por año entre 1995 y 2017. Y este nivel de inflación de precios como negocio frente a su efectividad real no es ni económicamente sustentable ni éticamente aceptable como para permitirse o justificarse. La tormenta que se avecina es cada vez más compleja.

Algunos ejemplos. El *erlotinib* (Tarceva®) puede servir de caso testigo para analizar la diferencia entre efectividad y precio según indicación, tipo de tumor y estadio de avance. Administrado por vía oral en el carcinoma pancreático no resecable o metastático, la sobrevida media que se obtiene no supera las dos semanas. Pero en el adenocarcinoma de pulmón localmente avanzado o metastático con mutaciones activadoras de EGFR, su efectividad es de 6.7 meses, contra 4.7 meses de una combinación de quimioterapia tradicional. En base a estas diferencias, el precio por comprimido de la droga debería ser inferior para el primer tratamiento respecto del segundo. El inconveniente es que la droga tiene un solo precio de mercado para ambas alternativas (u\$s 7.224 por 30 comprimidos de 150mg). Algo de esto ocurre también con el *bevacizumab* (Avastin®), aprobado primero para el tratamiento del cáncer colorrectal y luego para el de mama metastático. La disparidad entre el valor agregado que aporta (utilidad) y el precio es significativa. Un estudio del NEJM demostró que sumada a otras, la droga extendía la vida 4.7 meses en promedio (20.3 versus 15.6 meses) a un costo de entre u\$s 42.800 a u\$s 55.000.

Pero según Goldstein, utilizada como de primera línea sólo provee un adicional de 0.10 AVAC (5 semanas de sobrevida) a un costo de u\$s 59.361.

Hay cerca de una treintena de recientes innovaciones con monopolio de patente, de uso en casos avanzados, cuyos precios del tratamiento exceden largamente los u\$s 150.000/año no aportando suficiente efectividad en AVAC's como para prolongar la vida a los pacientes en forma adecuada. Mucho menos presumir una cura. Una cuestión es entonces el beneficio terapéutico y otra muy diferente el precio de mercado, que se exacerba con la nueva batería de biotecnológicas disponibles y supone la creación de barreras artificiales a su acceso. En EE.UU., muchas familias han sufrido graves problemas financieros después de que un miembro de la familia fuera diagnosticado con cáncer, al endeudarse a futuro con bancos privados para pagar los altos costos de tratamiento que exigen las nuevas monoclonales. Incluso contra discretas mejoras marginales en la evolución de la enfermedad.

A pesar que la mayoría de los cánceres aún no tienen cura, y los tratamientos funcionan solo durante un tiempo determinado, resulta difícil desde el punto de vista ético construir la lógica del NO para relativizar o desaconsejar la aprobación o el uso de cualquier nueva molécula de altísimo precio y baja efectividad. Además, al ser los médicos quienes deciden la oportunidad de utilizar cada opción terapéutica, pasan a ser administradores de los costos. De allí que la justificación ética se torne un proceso complejo, si de lo que se trata es de no aceptar financiar un tratamiento por la simple razón de considerar que la escasa ganancia obtenida en calidad de vida del paciente no justifica su exagerado costo.

¿Cómo llegar entonces a la construcción legítima del NO frente al negocio de las farmacéuticas y a la propia demanda de los pacientes? Muchos pacientes procurarán beneficiarse de las nuevas drogas publicitadas independientemente de su real utilidad. Y como ocurre con cualquier posición monopólica otorgada por la exclusividad de la patente, la farmacéutica decidirá fijar el precio que el mercado y los financiadores puedan soportar, a veces perdiendo de vista toda cuestión racional. De allí

que en el ciclo invención – innovación – difusión – comercialización, algún eslabón siempre esté roto. Asumiendo su rol regulador, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) decidió tomar cartas en el asunto respecto de los llamados tratamientos *end of life*, muy costosos y con ganancias de salud comparativamente pequeñas, al demostrar que la relación costo/AVAC incremental queda muy por encima de las £30.000 aceptadas como tasa de corte. Tras un gran debate social y político luego de la recomendación preliminar de rechazar seis medicamentos contra el cáncer por no ser costo-efectivos, el NICE debió replantear que ningún fármaco oncológico que cumpliera criterios "*end of life*" podría costar más de £43.000 - £53.900 (u\$s 48.000 - u\$s 60.200) por año adicional de vida ganada ajustada por calidad (AVAC).

Particularmente, en América latina se enfrenta un tremendo desafío. Sus países se dan cuenta de que pagan precios diferentes por los mismos medicamentos innovadores, que muchos de ellos ni siquiera están al alcance de sus sistemas de salud, y proponen compartir información sobre costos y efectividad. Más cuando tendrán que lidiar con presupuestos limitados y con una población que envejece y en la que aumenta la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, que la llevará a demandar drogas innovadoras, más efectivas y más caras. La regulación de precios se vuelve así una instancia crítica. Quizás el paradigma sea Colombia, que creó una canasta comparativa de moléculas monoclonales entre 17 países (Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, Francia, Alemania, México, Noruega, Panamá, Perú, Portugal, España, Reino Unido, Estados Unidos y Uruguay) para establecer que el precio aceptado surgirá de aplicar el denominado "tercer cuartil" o percentil 75. Es decir, una droga innovadora autorizada en Colombia tendrá un precio máximo de mercado en base al equivalente al percentil 75 del producto internacionalmente menos costoso. Esto la llevo a obtener una caída comparativa de hasta el 60% de los precios.

Regular el precio de los medicamentos de alto costo se vuelve una necesidad económica y hasta ética en medio de la tormenta. De lo contrario, el objetivo de brindar cobertura de "atención médica universal" (CUS), como exige la Organización Mundial de la Salud (OMS), se tornará un verdadero dilema sanitario si queda condicionado al impacto financiero de los nuevos medicamentos innovadores. Como bien dice el anatema griego, "los grandes navegantes deben su reputación a como enfrentan tempestades y tormentas". □

(\*) Mg. Profesor Titular Análisis de Mercados de Salud.  
Universidad I SALUD. Buenos Aires. Argentina



# UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERAS DE GRADO

**Medicina**

**Odontología**

**Lic. en Nutrición**

**Lic. en Kinesiología  
y Fisiatría**

**Departamento de Ingreso**

Av. Alicia Moreau de Justo 1300 - Puerto Madero  
Tel: 0-810-333-4647 - ingreso@uca.edu.ar - Lunes a Viernes 9 a 20 hs

**Carreras y Cursos de Posgrado**

Av Alicia Moreau de Justo 1600 PB - Puerto Madero  
Tel: 4349-0419/20 - csmedicas@uca.edu.ar - Lunes a Viernes de 14.30 a 20 hs

**uca.edu.ar**

Más de 700 personas en el II Congreso de Salud - Adecra+Cedim 2018

## El sector prestador de la salud privada se hizo oír

“Inflación de hasta un 30 por ciento o más a lo largo de diez años, aumentos en las tarifas de servicios públicos, devaluación del peso, retraso en los aranceles, y delay, entre la facturación y la cobranza, que llega a los 120 días”, enfatizó el presidente de Adecra, Jorge Cherro, para reflejar la realidad del sector prestador durante el “II Congreso de Salud”, organizado por Adecra+Cedim.

El 6 y 7 de junio, se realizó la segunda edición del Congreso de Salud, organizado por Adecra+Cedim, que tuvo como lema principal: “¿Hacia dónde va la salud privada en la Argentina?” y contó con la participación de prestigiosos oradores nacionales, provinciales e internacionales.

“La visión de Adecra+Cedim se puede resumir en una sola palabra: incertidumbre, y nos inquieta saber hacia dónde vamos”, sentenció Cherro en su discurso de apertura de la jornada “política”, en un Congreso que tuvo un auditorio de más de 700 personas, otras tantas siguiendo la transmisión vía streaming y la participación de 40 oradores, entre funcionarios nacionales, provinciales, ministeriales y del PAMI, autoridades de obras sociales y cámaras de la salud privada, directores médicos, periodistas del sector y otros referentes del ámbito.

“Mi discurso no es optimista sino

realista, y lo mejor que podemos hacer es ser conscientes de dónde estamos parados: las clínicas deben cerrar y el prestador independiente no tiene ningún incentivo para invertir”, reconoció el titular de Adecra y advirtió que “la situación sería aún peor si no fuera por la Emergencia Sanitaria, que vence el 31 de diciembre de 2019”.

“Los verdaderos financiadores de la salud privada somos los prestadores, que tenemos que hacer frente a las prestaciones con escasos recursos”, sentenció.

Por su parte, el vicepresidente de Cedim, Marcelo Kaufman, afirmó que “esto es lo que tenemos que hacer: trazar políticas transversales en salud, trabajando en conjunto”, y anunció que el Congreso de Salud se realizará nuevamente en 2019: “Lo convertiremos en un evento anual”.

### VI JORNADA DE DIRECTORES MÉDICOS

“Gestión y capacitación son las dos palabras que van a teñir nuestro Congreso”, anunció la gerente general de Adecra+Cedim, Silvia Monet, en la apertura del encuentro dirigido a actuales y potenciales conductores médicos. Así, se dio inicio a todo un día de exposiciones y debates entre los disertantes y el auditorio.

Durante este encuentro y en el primer panel, se trabajó sobre el uso eficiente de los recursos, para promover la calidad y la reducción de desperdicios, donde los responsables de la mesa expusieron sobre la importancia del uso de métricas, la aplicación de esta lógica en un hospital universitario y el modelo de Colaborativas de Adecra y el IECS

(Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria).

Miguel Cendoroglo, director Médico y superintendente del Hospital Israelita “Albert Einstein”, se refirió al modelo “Triple Aim”, donde “la calidad es igual al resultado, más seguridad, más servicio” y al “programa acelerador del flujo paciente”.

Además, el coordinador del panel, Javier Sala Mercado, en representación del Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba, y Luis Enberg Gaete, jefe del Servicio de Urgencia de la Clínica San Carlos de Apoquindo, de Chile, compartieron las experiencias de ambas instituciones en la optimización de los recursos. “La salud no está yendo por el camino del volumen sino por el de la calidad; si no medimos algo, no lo podremos mejorar”, resumió Sala Mercado, mientras que Enberg Gaete comentó sobre el modelo “Lean”, que trabaja en la “corrección de defectos, esperas, transporte, mo-



Jorge Cherro, presidente de Adecra.



Marcelo Kaufman, vicepresidente de Cedim.



Javier Sala, Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba, Miguel Cendoroglo, Hospital Israelita "Albert Einstein", Luis Enberg Gaete, Clínica San Carlos de Apoquindo Chile y Ezequiel García Elorrio, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, IECS.

vimiento, inventario, sobreproceso y sobreproducción".

A su turno, el director de Administración y del departamento de Calidad de Atención Médica y Seguridad del Paciente del IECS, Ezequiel García Elorrio, defendió el Proyecto de Colaborativas que desarrollan junto a Adecra -un foro compartido entre las organizaciones participantes, basado en evidencias de mejoras-: "Es fundamental trabajar en ideas, intervenciones y feedbacks, que ofrecen grandes oportunidades de mejora".

En otra mesa expusieron, bajo la conducción del coordinador de la Comisión de Directores Médicos de Adecra, Gerardo Bozovich, los líderes de las asociaciones de salud privada de Brasil y Colombia -que integran, junto a Adecra y al Consorcio Mexicano de Hospitales (CMH), la Liga Ibero Latinoamericana de Salud (LILAS)- hablaron de los desafíos conjuntos de la Liga y explicaron por qué es importante que existan planes de carrera médica.

Al respecto, Guillermo Lorenzo, miembro de la Comisión Directiva de Adecra+Cedim, contó que "hace dos años, nos embarcamos en la aventura de abrir LILAS, una liga de amigos que apuntó a trabajar en los aspectos técnicos para luego sumar los políticos".

"Sin la formación profesional en dirección médica,

las instituciones pueden estar perdiendo potenciales líderes", advirtió Bozovich, y presentó también el curso universitario "Dirección de Establecimientos Sanitarios", que abrieron en mayo Adecra y la UCA.

"Nosotros vamos a trabajar en fortalezas y no en debilidades porque las fortalezas son la base del desarrollo", afirmó Carlos Tobar, de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

#### IV JORNADA DE RECURSOS HUMANOS

En paralelo y con la apertura del coordinador de la Comisión de Recursos Humanos de Adecra+Cedim, Diego Rodríguez Donnelly, se trataron los siguientes temas: paritarias 2018 y reformas Laboral y Previsional; la evolución de los puestos de trabajo y el caso puntual de la enfermería; la revolución digital y su impacto en la



cultura del trabajo -transformación digital del área de Recursos Humanos e inteligencia artificial- y la construcción de la "nueva propuesta de valor" -"el compromiso de las personas como impulsor de los resultados de negocio", marca empleadora y liderazgo inspiracional-.

Asimismo, el subsecretario de Articulación Federal y Sectorial, Guillermo Acosta, presentó el Programa de Transformación Productiva "para empresas con planes de expansión o transformación de su modelo productivo". En el mismo panel, Juan Furnari, director nacional de Promoción del Empleo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, explicó sobre el Programa Empalme -"que fomenta el empleo genuino a través de la inserción laboral"-, ambos impulsados por los ministerios de Producción y de Trabajo.

En relación con la idea de "compromiso personal", Fernando Troilo, líder de Práctica, Talento y Compensaciones de AON, dijo que "las acciones clave para el desarrollo de una cultura de compromiso son: desarrollar líderes, construir relaciones de confianza con los colaboradores a través de una propuesta de valor atractiva al empleado, desarrollar el talento, impulsar el desempeño y focalizar en el individuo".

Dentro de los disertantes de esta jornada, participaron también Jorge Colina, representando a Adecra+Cedim y a IDESA, Diego Cabot, editor de Economía del diario La Nación, José Zabala, socio de Adrogué, Marqués, Zabala & Asociados, Alejandro Salvarezza, director de Recursos Humanos de Swiss Medical Group, Anibal Ávila, jefe del Departamento de Enfermería de CEMIC e integrante de la Comisión de Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim, Gretel de Desmery, directora de Posgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral y miembro del Consejo Directivo de AEUERA.

A su vez, expusieron Luciano Mangini, director de Lighthouse Smart S.A., Álvaro Capobianco, director General de Raet LatAm, Sebastián Foldvary, HR Country Manager de IBM, Ximena Canosa,

directora de Ekipar Consultora, Maximiliano Schellhas, director General de Randstad y Bernardo Bárcena, cofundador de Experiencia Líderes.

Al cierre, como ya es habitual en cada jornada de Recursos Humanos, Adecra+Cedim ofreció un número artístico que motivó e interactuó con el auditorio. Esta vez, tuvo lugar la actividad "Transformándonos", a cargo de Romina Sosa-CreerHacer- y la compañía coreográfica "Fuera de Foco".

## II JORNADA DE REPRESENTANTES POLÍTICOS, FINANCIADORES Y PRESTADORES

En la segunda parte del evento, los expositores desarrollaron las "claves para entender las problemáticas del sector prestador", desde una lectura política.

En la mesa de "seguridad social y el sistema actual y futuro de salud privada", hicieron su aporte Kato Mastai, director Médico del PAMI, Alfredo Stern, director Médico de OSPSA, y Federico Díaz Mathé, gerente General de CIMARA, bajo la coordinación de Jorge Colina.

Mastai se refirió a las problemáticas, objetivos cumplidos y desafíos del Instituto durante su primer año de trabajo allí: "Hubo una marcada reducción del tiempo de autorización de medicamentos oncológicos, hemos avanzado en el tema prótesis, implementado la orden médica electrónica y un nuevo modelo prestacional para el control del gasto, entre otros logros". "Alcanzar la estabilidad presupuestaria y agilizar los tiempos prestacionales han sido dos de los principales desafíos planteados para 2018", señaló.

En la misma sintonía, Alfredo Stern puso el acento en "el gasto" aunque comentó que el principal problema son "los medicamentos": "El gasto crece más que la inflación y hay cada vez más demanda en el consumo de salud y judicialización. Sin embargo, la problemática de los

medicamentos es la más grave". Así, defendió las políticas de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET) y de la Cobertura Universal de Salud (CUS): "Necesitamos desinvertir para reinvertir en lo que corresponde y terminar con la desigualdad. En los pequeños cambios está el futuro".

Al igual que Stern, Federico Díaz Mathé apoyó la "creación formal y real de la AGNET" y sostuvo que "hay un sistema en crisis entre los financiadores, los prestadores médicos y los usuarios". Por eso, entre las conclusiones de su disertación, explicó que "son necesarios una modificación de la legislación y su reglamentación, un cambio de paradigma en los copagos y planes parciales y que el Estado ajuste el sistema de otorgamiento de los certificados de discapacidad".

En el siguiente panel, de "políticas de Estado y financiación", Luis Gimenez, secretario de Coberturas y Recursos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, Osvaldo Giordano, ministro de Finanzas de la provincia de Córdoba, Leonardo Busso, subsecretario de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y Emiliano Melero, coordinador del Gabinete del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, debatieron sobre la Cobertura Universal de Salud, las políticas de medicamentos y las problemáticas financieras y programas sanitarios de las provincias.

En representación del ministro Adolfo Rubinstein, Luis Gimenez se enfocó en las implicancias y fases de la CUS y la política de medica-

mentos, como dos de los principales ejes de trabajo de la cartera sanitaria nacional. "Esta Cobertura Universal es efectiva porque no sólo apunta a que se acceda a los servicios sino a la integralidad" y recalzó la importancia de "implementar equipos de salud familiar".

Desde el Ministerio de Finanzas de Córdoba, Giordano hizo un desarrollo sobre los "desafíos del sistema público de salud" en relación a la situación financiera de la provincia: "Hay cada vez un mayor esfuerzo financiero por atender a una población chica sin cobertura. Estamos pagando recursos para una oferta que duplica la demanda, lo cual refleja los enormes problemas de gestión interna", afirmó y sugirió "atenuar las inconsistencias actuariales". "Hay que hacer cambios profundos pero imprescindibles", dijo.

El panorama sanitario y las políticas de Estado en la provincia de Buenos Aires las ofreció Leonardo Busso. "Nos encontramos con una realidad complicada en cuanto a infraestructura hospitalaria", señaló y agregó que "la fragmentación de la salud pública va en detrimento de las políticas que queremos implementar". Además, contó sobre los cuatro programas de salud más destacados de la Provincia: el Plan Integral de Guardias Hospitalarias, el Plan Provincial de Control de Cáncer, el SAME Provincia y la Red AMBA -para fortalecer la atención primaria-. "Ya hemos incorporado más de 3500 agentes dentro de las Guardias Hospitalarias y, respecto al programa oncológico, el objetivo es llegar a los nueve mil pacientes este año y a los 12 mil en 2019", remarcó.

En esta misma mesa política, Melero, por Santa Fe, afirmó: "Nuestra estrategia es trabajar en una Red Integrada de Servicios de Salud Pública" y explicó que "el sistema público está absorbiendo parte de las prestaciones privadas, pero se necesitan acuerdos. Por ejemplo, en atenciones ambulatorias, estamos absorbiendo 250 mil pacientes



Alfredo Stern, Director Médico OSPSA, Kato Mastai, Director Médico PAMI, Federico Díaz Mathé, Gerente General CIMARA y Jorge Colina - Adecra+Cedim.

del PAMI". Luego, hizo un completo desarrollo de las principales "estrategias de red" de su provincia, tales como la construcción de hospitales, la Red Materno-Infantil, la de Medicamentos e Insumos, y la de Emergencias y Traslados, entre otras.

"El panorama de desesperación muestra que necesitamos achicar gastos y optimizar recursos y servicios, trabajando en estándares", concluyó el coordinador de la mesa, Guillermo Lorenzo.

A la tarde, el panel de periodistas planteó un debate que encendió la participación del auditorio y, sobre todo, funcionó como un espacio de "catarsis" para los referentes del sector, respecto al lugar que ocupa la salud en la agenda mediática, con la mirada de Silvia Stang -Economía y Negocios de La Nación-, Daniela Blanco -Tendencias de Infobae-, Eliana Scialabba -economista y docente de la UCA- y la coordinación del periodista Adrián Pignatelli: "¿Es noticia la crisis de la salud privada?", "¿Por qué tiene mayor visibi-

lidad el aumento de las prepagas frente a las problemáticas del sector prestador?", "¿cómo ir ganando lugar en los medios?".

"Sí importa la crisis de la salud, hay un interés y jerarquización de parte de quienes hacemos la agenda cotidiana. Yo veo un momento de oportunidad informativa: hay que comunicar más y con temas que a la sociedad le interesen", recalcó Daniela Blanco.

En este sentido, Eliana Scialabba dijo que los medios "siempre están trabajando los temas de financiamiento público y privado" y que es clave que el sector prestador ofrezca más información "para que se vaya instalando gradualmente en la agenda mediática".

Silvia Stang recomendó "la continuidad de un tema para que sea tenido en cuenta en los medios". "Los datos, en Economía, son fundamentales", sentenció.

Al cierre, el reconocido analista político Rosendo Fraga comenzó su disertación haciendo una interpre-

tación de la realidad político-económica actual del país: "Observo una tensión entre lo político y lo económico, y una segunda cuestión importante es el conflicto social: los problemas de salarios o paros sindicales pueden resolverse pero la cuestión sobre los alimentos básicos es diferente".

Luego, se refirió a la salud. "La comunicación en este ámbito se construye con datos bien aplicados en los títulos y entendiendo que los funcionarios perciben a la salud como un costo político", señaló, en línea con los aportes de los periodistas, y continuó: "Que la salud llegue a la primera plana depende de cómo el dato se convierte en título".

"Creo que este es un sector con mucha potencialidad, que importa cada vez más, pero que debe ser manejado con cuidado políticamente", finalizó. □

Fuente: ADECRA+CEDIM



**FEFARA**  
AVANZA

**EN LA PERMANENTE EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS  
FARMACÉUTICOS PARA EL BIENESTAR DE LA COMUNIDAD**

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal  
Tel/Fax: 011 4342 9473 – [fefara@fefara.org.ar](mailto:fefara@fefara.org.ar) - [www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar)

# Salud Pública: la importancia de su defensa

Por el Dr. Jorge Gilardi  
Presidente de la Asociación  
de Médicos Municipales



La Asociación de Médicos Municipales es una Institución que transita por diferentes vertientes pero que tiene entre sus principales ejes de trabajo la defensa de la salud pública y de quienes trabajan en el sistema. En este sentido, fuimos los primeros que hablamos de las Cymat, de la violencia en los hospitales, fuimos los que a través de los diferentes reclamos inducimos a las autoridades a proteger a los que asisten y entender que el ámbito laboral debe ser eso; hoy somos referencia en el país a través de nuestro sistema de asistencia a quienes forman parte del sistema de salud y además vemos con orgullo, entre otras cosas, el crecimiento de la Institución y del Instituto que cuenta con una gran tecnología, equipos de alta gama y resolución, entre ellos el primer simulador de Artroscopia de Latinoamérica para la capacitación de los alumnos del Instituto, lo que nos enorgullece porque nos posiciona como uno de los centros de formación de referencia para todo el cono sur.

Con todo, en nuestra tarea diaria para nosotros es una satisfacción la construcción del CeSAC 25 correspondiente al Hospital Fernández, donde tras una serie de recomendaciones al Ministerio de Salud vemos que las obras están acordes a las necesidades de los trabajadores de la salud que redundan en una mejor calidad de atención al paciente.

Cuando nos preguntan de qué hablamos cuando hablamos de salud pública afirmamos que es una especialidad de la medicina enfocada en la promoción, prevención e intervención de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva. El sistema público de salud de nuestro país tiene como base la igualdad, oportunidad y universalidad del acceso a la salud, pero no siempre se cumple.

En el conviven tres sistemas de salud: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado. La falta de coordinación concreta entre ellos deriva en una atención desigual para cierta parte de la población. En algunos casos hay ciudadanos que aportan a los tres sectores, y si evaluamos el gasto per cápita en salud de la Argentina y su relación con el nivel de asistencia sanitaria recibida está muy lejos de ser satisfactorio.

Hoy nos encontramos en un punto de inflexión donde es vital establecer una Política Pública de Salud de Estado que esté por encima de cualquier gobierno. Asimismo, teniendo en cuenta que en el ámbito de la salud no existe ningún tipo de división distrital, ya que los pacientes buscan la mejor atención, sea en la ciudad o en la provincia, debemos hacer hincapié en su adecuada articulación, con un servicio de referencia y contra referencia que hoy no existe, bajo una forma ordenada y estratificada de organización de los recursos, por lo cual es fundamental para satisfacer las necesidades de la población.

En otras palabras, es imprescindible que el recurso humano, la tecnología y la estructura edilicia se organicen adecuadamente, complementándose y coincidiendo para que el equilibrio no se rompa. El desafío es lograr una actualización del funcionamiento del sistema a las necesidades de hoy por la permanente variación de las dificultades que presenta la evolución de la asistencia de la salud y la enfermedad.

La inseguridad es un tema que instaló Médicos Municipales hace muchos años con hechos concretos, nos criticaron, pero al final del camino se reconoció que había que cuidar al que asiste. Nosotros no debemos estar en las tapas de los diarios pidiendo seguridad, al contrario, no nos corresponde. Tenemos la responsabilidad de conducir esta institución hasta el 2021, y al tiempo que la confianza depositada en nosotros por los afiliados es un respaldo, nos inyecta una enorme fuerza creativa para seguir siendo una entidad que construye, fortalece lo logrado y avanza para alcanzar nuevos objetivos. En ese sentido siempre incluimos los objetivos relacionados con las paritarias.

Entre todos, trabajamos para superar todas las trabas con constancia y plena concentración en las necesidades del sector. Para eso nos encargamos de remarcar la importancia de saber hacia dónde va la salud pública. Los sistemas son buenos, pero se necesita decisión política y económica, no sólo para poder avanzar sino para que ese avance sea en la dirección correcta. Siempre propusimos y trabajamos para poder optimizar todo el sistema, construyendo y defendiendo nuestro lugar de trabajo. La planificación a futuro es fundamental y vamos a acompañar para que los proyectos sean una realidad.

Esta asociación se ha consolidado en los últimos años como la institución gremial médica primaria más importante del país, a través de la defensa incansable de las condiciones y medioambiente de trabajo, el salario, la seguridad de los colegas, la capacitación de los profesionales en formación, la movilidad de los haberes de los médicos jubilados, entre otras tantas luchas que llevamos adelante. Desde este lugar, vamos a seguir haciendo gremialismo médico, con el mayor compromiso con el equipo de salud, el médico y la salud pública; un compromiso inamovible, innovador, con el futuro de todos los médicos municipales.

La AMM eligió un modelo de conducción basado en la transparencia y el liderazgo médico ejercido por **médicos que trabajan de médicos** y caminan los hospitales públicos todos los días. Es por eso por lo que tenemos pleno conocimiento de las necesidades de nuestros colegas. Estamos convencidos de que tenemos intereses comunes y es en esa dirección que dirigimos nuestro esfuerzo, sin segundas intenciones ni intereses personales; sin mentiras, negocios, ni trampas. □

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación  
en la Seguridad Social



**osim**  
Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar  
Tel/Fax: (011) 4010-6746

Montevideo 373 4º Piso  
(C1019ABG) Capital Federal

Precisión  
al Servicio de  
la Salud



**VIDT CENTRO MEDICO**

Excelencia en Terapia Radiante  
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.  
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.  
Tel.: (54-11) 4824-6326 /4821-8684 (L. Rotativas)  
E-mail: info@vidtcm.com.ar  
Web-site: http://www.vidtcm.com.ar



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

# Preguntando, preguntando, se llega a Roma

Por Fernando G. Mariona - Abogado (\*)



**E**n noviembre de 2017, en el N° 101 de esta *Revista*, reseñábamos la actuación de las aseguradoras del riesgo de RC Médica Individual e Institucional, desde 1980 describiendo con minuciosidad, las tareas, que cada una de ellas desarrolla en la Argentina. Proponíamos también, tener todas una participación un poco más activa y conjunta en y con la Comunidad Médica, en el apoyo y promoción de políticas de mejora de la calidad y eficiencia de la prestación, utilizando para ello, entre otras cosas, la voluminosa base de datos que sobre motivos de reclamos y análisis de técnicas y conductas humanas las aseguradoras de mala práctica médica venimos acumulando desde fines de los años ochenta del siglo pasado hasta la actualidad.

Mientras aguardamos expectantes –técnica que aprendimos de los médicos– y optimistas una respuesta, se nos ocurre preguntarnos ahora, si pese a los esfuerzos comunes tanto de la Comunidad Médica cuanto de la Aseguradora, y la actual existencia de leyes nacionales dictadas en el mencionado lapso, en consecuencia, de los actos médicos, y sobre los derechos y obligaciones de médicos, establecimientos asistenciales y pacientes, los reclamos por Responsabilidad Civil Médica, ¿han decrecido?

Infelizmente deberemos decir que no.

No quiero ponerme ni demasiado técnico –con mucho lenguaje jurídico– ni machacón, marcando defectos.

Muy por el contrario, pero, pese a los esfuerzos, la frecuencia de los reclamos y la severidad de los montos de las demandas y de las condenas, se han incrementado.

¿Por qué? En primer lugar, persiste una mala comunicación entre los médicos y en general todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, y los pacientes.

Sabido es que la carga de información que reciben las personas a través de los medios de comunicación no sólo es profusa, sino además excesivamente optimista. La muerte se ha transformado en una enfermedad de la que parece que todos podemos ser curados con facilidad. Los resultados inesperados y mal informados previamente como posibles continúan siendo una fuente inagotable de reclamos, independientemente de que dichos reclamos sean tanto desde el punto de vista médico, cuanto desde el jurídico, verdaderamente fundados o infundados.

Actualmente, la percepción del riesgo en el Cuidado de la Salud se caracteriza a la vez por una sensibilidad exacerbada y por una aparente irracionalidad frente a un resultado inesperado. Esta cuestión que ocurre entre la gente continúa no siendo bien entendida por los médicos.

Es así como un riesgo es más aceptable cuando es elegido voluntariamente –por haber sido informada la posibilidad de la ocurrencia– y no simplemente soportado, sobre todo cuando el individuo tiene el sentimiento de que pudo haber sido evitado, aplicando un mecanismo que tal vez se base en una afirmación voluntarista, o inducida sin demasiado fundamento, en la existencia de una capacidad individual para controlar ese riesgo.

Cabe señalar entonces que, aunque la morbimortalidad relacionada con los riesgos ya experimentados nunca ha sido baja, en la sociedad contemporánea es percibida como más peligrosa que las anteriores. Esa percepción se debe traducir en una demanda de esfuerzos suplementarios para reducir los riesgos, que continúa siendo poco entendida por los médicos. Los profesionales en general debemos poner un “plus” en nuestra actuación. Es lo que la gente espera de nosotros. Tanto de los médicos cuanto de los abogados, y de los arquitectos, y de los contadores. En general de todos aquellos en los que nuestra obligación es mayor, porque supuestamente más sabemos de una determinada cuestión.

También hay que puntualizar que, aunque todavía el nivel de riesgo del sistema de salud sea visto como elevado en lo que se refiere a ciertos temas, la aceptabilidad de la población es particularmente reducida y la presión del público y de los medios, muy fuerte (sangre contaminada, infecciones hospitalarias, daños cerebrales irreversibles por déficit de atención en el momento del parto, errores de diagnóstico, errores de medicación, emergencias domiciliarias, cirugías plásticas embellecedoras, entre otros). Esa presión provoca consecuentemente una reacción de los actores políticos que inician acciones legales, técnicas y a nivel de la organización.

A partir de la Nueva Constitución Nacional, 1994, y de las modificaciones que el actual Derecho de Daños ha sufrido, la responsabilidad profesional, y en particular la de los médicos y las Instituciones médicas se ven impactadas por ese fenómeno, que no sé si quienes integran la comunidad médica lo han advertido.

En consecuencia, nuevas situaciones de origen netamente legal, tales como la Ley de Derechos de los Pacientes, Historia Clínica, Consentimiento Informado y Voluntades Anticipadas, la Ley de Habeas Data, la Ley de Defensa de los Derechos del Consumidor y varias más, son hoy en día fuente permanente de reclamos o bien utilizadas por los jueces en sus sentencias cuando llega el momento de las condenas. Los jueces a veces lo hacen, aunque quien demande no lo haya pedido.

También se nos ocurre preguntarnos si dentro de la Comunidad Médica existirán otros interrogantes tales

como: ¿los montos de los reclamos ahora son menores a los de hace unos años?

Y otra inquietud que tenemos es: ¿sabrán los médicos cuánto dura un juicio civil, un proceso penal?, y como consecuencia de ello, ¿cómo deberían proceder al contratar las sumas aseguradas de sus pólizas, para verdaderamente tratar de mantener indemne su patrimonio?

Y las Compañías de Seguros, ¿deberían negarse a brindar cobertura asegurativa cuando las sumas aseguradas solicitadas por sus asegurados, médicos o instituciones médicas están muy por debajo de la media de condena más sus intereses, atento recientes fallos donde se les achaca a los aseguradores insuficiencia de asesoramiento?

¿Cuáles son las principales razones por las que se llega a una demanda contra un médico? Siempre es "la Industria del Juicio", o la "Litigiosidad Indevida" o hay razones valederas.

¿Cuáles son las zonas geográficas donde la frecuencia y la severidad de las demandas es mayor?

¿Hay abogados que se dedican a demandar sólo por determinados hechos médicos que pueden ser reprochados? ¿Es decir, ya existen abogados especializados para reclamos específicos?

¿Los médicos legistas asesoran sólo a médicos, sólo a pacientes o a cualquiera que les pida sus servicios?

¿Hay Camaristas que se basan más en la Medicina que en el derecho para fallar o viceversa?

¿Son más demandantes los hombres que las mujeres?

¿Los médicos saben diferenciar una Mediación de un Juicio?

¿Qué les preocupa más, la causa penal o el proceso civil?

¿Cuáles son los servicios que espera un médico de un Asegurador?

¿Por qué las Obras Sociales no tienen seguro?

¿Puede haber fraude en los reclamos de mala praxis?

Las sumas aseguradas que los médicos y las Instituciones contratan alcanzan en caso de ser condenados y después de 10 años de juicio, para pagar la sentencia, ¿o deben poner dinero de su bolsillo?

¿Los médicos saben lo que tienen que hacer para no ser demandados?

¿Las pólizas de seguros de praxis médica, tienen limitaciones en la cobertura?

¿Sabrán los médicos que según como estén organizados para trabajar, los pueden demandar por la Ley de Defensa del Consumidor?

Cuenta la leyenda que llegó un momento en el Viejo Mundo, que el Imperio Romano era tan grande, que todos los caminos conducían a Roma. La gente sólo tenía que preguntar cuál de ellos los llevaba.

Se me ocurre pensar en que si tuviéramos la oportunidad de darles algunas respuestas a todos los interrogantes –camino– que imaginamos deberían tener los médicos, podría tratar de alcanzarse con mayor celeridad una reducción de los reclamos por mala práctica médica, comúnmente denominada "mala praxis". □

(\*) Director de TPC Compañía de Seguros.

## López Delgado & Asociados

estudio jurídico

### DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Capacitación
- Defensa en juicio
- Seguros
- Cobro a financiadores
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

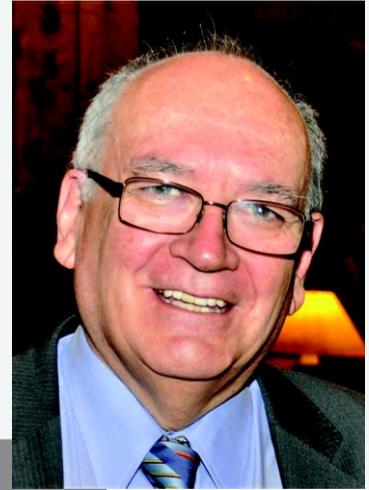
**Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente**  
**Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios**  
**Medidas cautelares**

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330  
estudio@lopezdelgado.com

# La eficiencia de los quirófanos



Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC

malvarez@prosanitas.com.ar

**E**l Área Quirúrgica, debido a la importancia de sus costos (que llegan a representar hasta el 18% de los costos totales del hospital), a la cantidad de recursos humanos que involucra, a la alta tecnología que utiliza, al elevado número de actores con los que interactúa, y al rol que juega en la eficiencia asistencial, representa un recurso de importancia fundamental en los hospitales actuales.

Según Eduard Portella, el costo de cada quirófano en España (incluyendo los honorarios de los profesionales y los costos generales aplicados) se sitúa alrededor de los 15 euros por minuto utilizado. Por otra parte, las características de su funcionamiento hacen que constituya una organización con vida propia dentro del hospital, por lo cual requiere de un seguimiento y monitorización acordes a la complejidad que representa.

En economía, la eficiencia es la relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados; es la capacidad de lograr un efecto deseado con el mínimo de recursos posibles.

En general las definiciones de eficiencia en quirófanos están enfocadas en la optimización del flujo de pacientes, lo que sin dudas constituye un aspecto central en la mejora de la eficiencia (ver Tabla 1), pero existen otros aspectos del sector quirúrgico que también deberán ser considerados puesto que son muy importantes a la hora de mejorar su performance, como por ejemplo, la calidad de las prestaciones, la experiencia percibida por los pacientes, la experiencia vivida por los miembros del equipo de salud, la seguridad del paciente, los costos de los recursos humanos, de los insumos etc.

La eficiencia técnica incorpora el case-mix de los pacientes,

y se logra cuando la cantidad de inputs no puede ser reducido sin reducir la cantidad de outputs. Walker R, 200124.

En el momento de estudiar la eficiencia de un bloque quirúrgico, existen distintos tipos de indicadores. Sin embargo, entre ellos, se destacan dos que son clave:

✓ Número de intervenciones por quirófano: indica el grado de utilización de la capacidad instalada. Lógicamente este indicador está sujeto a una cierta variabilidad entre centros, pues está condicionado por la mayor o menor complejidad de las intervenciones quirúrgicas (y, por lo tanto, la duración de dichas intervenciones). Por este motivo, este análisis macro de eficiencia se suele acompañar con el porcentaje de cirugías ambulatorias.

✓ Número de horas de apertura anuales: un indicador poco monitorizado en los hospitales.

Parece no existir consenso en cuanto a las dimensiones operativas que se deben incorporar en la medición de la eficiencia. Asimismo, se suelen utilizar indistintamente los términos eficiencia, utilización, rendimiento o productividad de quirófanos cuando son conceptos diferentes.

Por otra parte hay una serie de factores, como por ejemplo la variedad y la complejidad de las intervenciones que se realizan en el sector, la proporción de cirugías no programadas, el modelo de funcionamiento de la institución (si es cerrado y/o su grado de apertura a profesionales independientes) y otros, que influyen en los resultados de los indicadores de eficiencia, por lo cual para poder comparar los resultados deberíamos estratificarlos en función de las siguientes variables:

**Tabla 1. Algunas definiciones de eficiencia en la utilización de quirófanos**

- Eficiencia implica hacer las cosas de forma correcta e incorpora tanto la productividad (hacer las cosas correctamente) como la calidad. Arakelin E, 200813.
- Un quirófano es utilizado más eficientemente cuando el máximo de tiempo disponible es utilizado, cuando no hay tiempo sobreutilizado entre cirugías y no hay pacientes cancelados. Pandit JJ, 20071 Westbury S, 200919.
- Porcentaje de tiempo utilizado (directamente con el paciente) en el quirófano. PATH Project, 20099.
- La eficiencia y efectividad de utilización de quirófanos depende de los siguientes aspectos: a) eliminar, el máximo posible, los tiempos no productivos en todo el proceso, b) incrementar el volumen de pacientes para incrementar el número de procedimientos por día, y c) disminuir el círculo de tiempo en el proceso (tiempo entre inicio de la intervención y la finalización). Pakdil F, 200520.
- La eficiencia de la actividad de sala de operaciones se define como número de operaciones por unidad de tiempo. Sokolovic E, 200222.

- Tipo de Hospital (general, monovalente, pediátrico, cerrado, abierto etc.).
- Nivel de Complejidad del hospital.
- Tipo de quirófano.
- Cirugías ambulatorias (Cantidad, proporción y tipo).
- Proporción de Cirugías no programadas y existencia de Quirófanos destinados a su realización.
- Complejidad de la intervención.

Según Pandit, los quirófanos son utilizados más eficientemente cuando se maximiza tanto el tiempo disponible como la utilización real del mismo, cuando no hay tiempo sobreutilizado (tiempo real utilizado en una cirugía superior al estándar para ese tipo de cirugías), se minimiza el tiempo muerto entre cirugías y también las cancelaciones.

Lo anterior supone dos importantes conceptos:

- **Óptimo de planificación:** considera todos los elementos que afectan a la capacidad de realizar y atender una

intervención quirúrgica (disponibilidad de camas en hospitalización, UCI y Reanimación, disponibilidad de equipamiento específico para la intervención, disponibilidad de personal médico, de anestesia, enfermería y soporte con las competencias necesarias...), además de que la actividad quirúrgica o tipología de las intervenciones puede variar más que las proyecciones previstas.

- **Óptimo de utilización:** Considera los tiempos necesarios para realizar el máximo número de intervenciones posibles en un quirófano (tiempo estimado de duración de intervención, tiempos de inducción y despertar de la anestesia, y tiempos de limpieza y preparación entre intervenciones).

Para poder valorar la eficiencia de los quirófanos, se deberá disponer de medidas de tiempo, cuantificar los recursos utilizados, considerando las cancelaciones y las sustituciones quirúrgicas, así como las variables de ajuste para poder realizar estimaciones precisas de los resultados.

1. Tiempo medio de utilización de quirófanos.	Sumatoria de tiempos entre la entrada y la salida de quirófano de cada uno de los pacientes en quirófanos de cirugía programada en un centro/número de intervenciones quirúrgicas programadas en un centro.
2. Tiempo de rotación medio entre pacientes en los quirófanos.	Tiempo de rotación o de recambio entre cirugías: tiempo en minutos entre el momento en que un paciente sale del quirófano hacia la sala de recuperación o a la unidad de cuidados intensivos y el momento en que ingresa el siguiente paciente a dicho quirófano. Se calcula la media aritmética de la suma (en minutos) del tiempo de recambio para cada quirófano de cirugía electiva en una jornada de cirugía.
3. Tiempo agendado medio para quirófanos.	Sumatoria de horas agendadas teóricas para cada quirófano en un centro/número de intervenciones quirúrgicas programadas en un centro.
4. Número de intervenciones quirúrgicas realizadas.	Número.
5. Índice de ocupación bruto de bloques quirúrgicos en intervenciones programadas.	Sumatoria de tiempos entre la entrada y salida de quirófano de cada uno de los pacientes de cirugía programada + Sumatoria de tiempos reales entre la salida de un paciente hasta la entrada del siguiente paciente en un mismo quirófano de cirugía programada/sumatoria de horas agendadas para cada quirófano por 100.
6. Índice de ocupación neto de bloques quirúrgicos en intervenciones programadas.	Sumatoria de tiempos entre la entrada y la salida de quirófano de cada uno de los pacientes en quirófanos de cirugía programada/sumatoria de horas agendadas para cada quirófano en un centro por 100.
7. Porcentaje de cancelaciones.	Número de cirugías canceladas el día de la cirugía durante un mes, dividido entre el número de procedimientos programados en los quirófanos en el mismo mes y multiplicado por cien.
8. Tardanza en iniciar las cirugías.	Sumatoria del tiempo perdido antes del inicio de las cirugías por causas no vinculadas directa o indirectamente con la misma. Las causas indirectas incluyen falta de personal, equipos, insumos, ropa, instrumental, tardanza en el traslado del paciente, etc.
9. Oportunidad para urgencias.	Tiempo en minutos que transcurre desde que se recibe la solicitud de turno para operación urgente en el quirófano hasta que se inicia la cirugía. Se calcula la media aritmética del tiempo requerido para realizar las cirugías urgentes en un mes.

**Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo.  
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.**

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.



Basándose principalmente en los criterios de tiempos disponibles y ocupados de los quirófanos, los siguientes países desarrollaron estos estándares:

- ✓ **España:** El Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad de España plantea una recomendación de apertura de **47 horas semanales**.
- ✓ **Francia:** La Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Francia) establece una capacidad de apertura máxima de quirófanos de **54 horas semanales** y un objetivo de utilización de **1.000 intervenciones por quirófano y año**.
- ✓ **Estados Unidos:** Aunque existen regulaciones independientes en cada estado, algunas coinciden. La capacidad óptima de utilización está fijada según los siguientes criterios:
  - Un rango de 900 a 1.100 intervenciones por quirófano y año.
  - O unas 2.200 horas de funcionamiento año: horario de funcionamiento: 5 días por semana, 45-50 semanas año (225 a 250 días/año); 9 a 10 horas por día; 80% de ocupación).
  - La media real de intervenciones por quirófano es de 765 pacientes/año.
  - Para autorizar una nueva sala quirúrgica se deben demostrar un mínimo de 800 cirugías por quirófano anuales.

Por debajo de cada medición, están los factores que promueven que cada organización tenga los resultados que tiene: la infraestructura física (que incluye la ubicación de los quirófanos, los espacios para el funcionamiento de las diferentes actividades que se desarrollan dentro del área quirúrgica, el número de quirófanos, la circulación, la tecnología etc.), el equipamiento, la disponibilidad y el costo de los insumos, la logística de los medicamentos y de los demás insumos, la logística de los pacientes, la calidad de los sistemas de información y un largo etcétera.

Por razones de espacio, en este artículo, se ha elegido abordar sólo el tema del funcionamiento de los equipos quirúrgicos por ser sumamente importante y no suficientemente comprendido.

El tema del funcionamiento de los equipos de trabajo tiene gran incidencia tanto en la eficiencia del funcionamiento de los quirófanos como en los resultados de las intervenciones y en la seguridad de los pacientes.

Los eventos adversos son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad, y los daños producidos por errores quirúrgicos son desproporcionadamente mayores.

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente son más vulnerables debido en parte a que no pueden controlar su propia seguridad cuando están bajo anestesia o con medicación analgésica, y a que en quirófanos tampoco se puede contar con el alerta de sus familiares al pie de cama para corregir errores de información o recordar detalles de hechos importantes que pueden ser olvidados.

La lista de todo aquello que puede salir mal durante una cirugía es enorme: cuerpo extraño olvidado, cirugía del sitio incorrecto, piezas de patología sin marcar, fuegos en el quirófano y errores de medicación o transfusión son sólo algunos de los riesgos prevenibles asociados con la cirugía.

Sharon McNamara, directora de servicios quirúrgi-

cos del WakeMed Health & Hospitals en Raleigh, Carolina del Norte (EE. UU.), ha estudiado los factores humanos con el objetivo de mejorar el funcionamiento de los equipos, y por ende la seguridad del paciente en el quirófano.

Un equipo se define por los objetivos compartidos, las interacciones entre sus miembros, y la interdependencia.

La tradicional estructura jerárquica de los quirófanos tiene una gran responsabilidad en la incapacidad de los individuos para funcionar como un equipo en este medio.

Cuando la asociación de hospitales de Carolina del Norte invitó al centro de seguridad del paciente de WakeMed Health & Hospitals para investigar el entrenamiento de equipos, McNamara aprovechó la oportunidad para desarrollar una nueva metodología en base a un trabajo realizado por el departamento de defensa de los EE. UU.

La propuesta se llamaba **TeamSTEPS (Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety;** (Estrategias e instrumentos para mejorar los resultados y seguridad del paciente).

McNamara y su equipo seleccionaron tres elementos del modelo TeamSTEPS como base de sus iniciativas de seguridad en el quirófano:

a) La reunión informativa preoperatoria, que es una especie de pausa quirúrgica ampliada, que se realiza después que el paciente está anestesiado y antes de la primera incisión.

b) El informe postoperatorio, que se realiza después que ha finalizado la cirugía y el recuento de gases e instrumental, con el fin de evaluar lo actuado.

c) La pizarra blanca quirúrgica, donde se detalla el nombre del paciente y el nombre de pila de cada uno de los miembros del equipo quirúrgico, con el objeto de quitar algo de la formalidad habitual y generar una comunicación más abierta y bidireccional. □

## Referencias:

- **Eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos. Definición de indicadores.** Definición de indicadores / Vicky Serra Sutton / Maite Solans Domènech / Mireia Espallargues Carreras. – Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011.- 105 p; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AIAQS 2010/04).
- **Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía.** MÓNICA BEJARANO Jefe de Cirugía, Corporación Comfenalco Valle-Universidad Libre, Cali, Colombia. Institución: Clínica Rafael Uribe Uribe.
- **Tiempo perdido entre cirugías y su repercusión en el cumplimiento de la programación quirúrgica del Hospital General de Querétaro.** Érika Alejandra Requesens Berrueta, Dr. Genaro Vega Malagón, Dr. Baltasar Montes Alvarado, Dra. María del Carmen Aburto Fernández, LEO María Verónica Cedillo Sosa. Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina. Hospital General de Querétaro de SESEQ.
- **Bloque Quirúrgico Estándares y recomendaciones.** MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL CENTRO DE PUBLICACIONES. Jordi Colomer Mascaró. Cirujano. Hospital de Viladecans. Coordinador científico y otros.
- **¿Cómo saber si el bloque quirúrgico es eficiente?** POR JOAN BARRUBÉS, 27 Abril, 2017 Antares Consulting.
- **Perioperative Nurses: Dedicated to a safe operating room.** Laura A. Stokowski, RN, MS Medscape Nurses. 2007; © 2007 Medscape. Publicado 10/10/2007 Traducción: Xosé Manuel Meijome Sánchez.
- **TeamSTEPS Disponible en:** <http://teamsteps.ahrq.gov/index.htm>
- **Libro blanco de la actividad y gestión del Bloque Quirúrgico en España Colaboración entre Antares Consulting y GE Healthcare.** Eduard Portella Presidente y Socio Director de Antares Consulting y colaboradores.



2018

# ExpoMedical

16ta. Feria Internacional de Productos  
Equipos y Servicios para la Salud

**26 al 28**  
de septiembre 2018

**CENTRO COSTA SALGUERO**  
BUENOS AIRES, ARGENTINA

En conjunto con

**17**  
más **Jornadas**  
de capacitación hospitalaria

**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE  
NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.**

El punto de encuentro del Sector Salud.

Organiza  
**MERCOFERIAS S.R.L.**

✉ info@expomedical.com.ar ☎ 4791-8001  
f www.facebook.com/ExpoMedical  
t www.twitter.com/EXPOMEDICAL

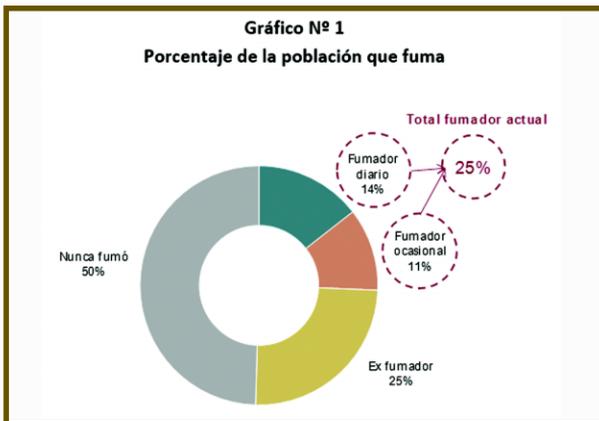
[www.expomedical.com.ar](http://www.expomedical.com.ar)

## Tabaquismo en la Argentina

### EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL

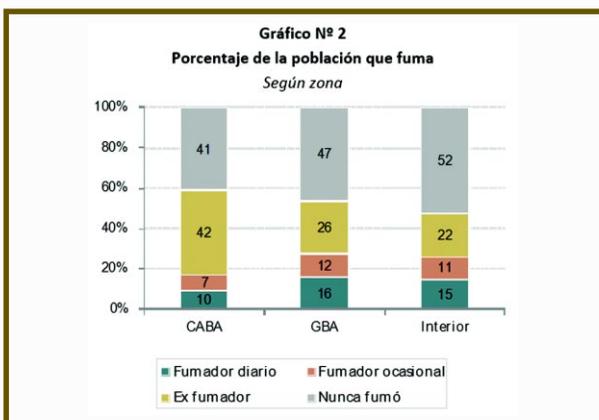
Poliarquía Consultores y Prosanity Consulting se han asociado para desarrollar un Programa de Estudios de Salud (PROESA) centrado en el seguimiento de los factores de estrés y la atención sanitaria. El programa se ejecuta mediante un sondeo de opinión mensual en las 40 principales ciudades del país, implementándose desde enero de 2017.

De acuerdo con la encuesta nacional de Poliarquía y Prosanity efectuada a fines de abril de 2018, uno de cada cuatro argentinos -mayores de 18 años- fuma en la actualidad. Conforman este grupo un 14%, que son fumadores diarios, y otro 11% que se declara fumador ocasional. Mientras tanto, la mitad de la población responde que nunca ha fumado.



En términos generales se observa que, entre las mujeres y la población con mayor educación formal, el tabaquismo está menos extendido. En efecto, mientras que el 42% de los varones responde que nunca fumó, entre las mujeres ese valor asciende al 56%. Por su parte, el 53% de los que poseen estudios terciarios o universitarios declara no haber fumado nunca, contra el 42% de aquellos de condición educativa baja.

El lugar de residencia también resulta determinante del hábito de fumar. La investigación muestra que a medida que desciende el nivel de urbanización también decae la cantidad de fumadores. Así, declaran no haber fumado nunca el 52% de los habitantes del interior del país y el 47% en el GBA, mientras que ese valor desciende a 42% entre quienes se domicilian en la ciudad de Buenos Aires.



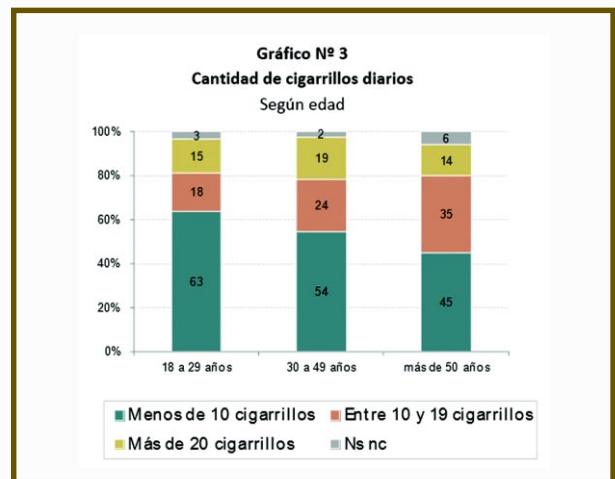
Aires. En la capital se registra además la más alta proporción de ex fumadores.

Otro interesante hallazgo de la investigación de Poliarquía y Prosanity es que el hábito de fumar se inicia en edades muy tempranas. Los datos resultan contundentes: dos tercios de los fumadores actuales y el 55% de los ex fumadores, adquirieron esta conducta cuando tenían menos de 18 años.

### CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO ENTRE FUMADORES

Considerando la población que posee el hábito de consumir tabaco, el estudio muestra que el 55% fuma menos de 10 cigarrillos por día, mientras que casi una cuarta parte de la población consume entre uno y dos atados por día. Más de 20 cigarrillos es la cuota diaria del 17% de los argentinos.

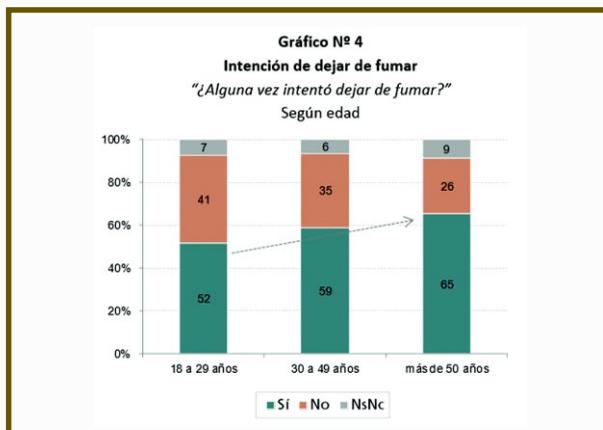
La cantidad de cigarrillos consumidos varía según sexo y edad. Las mujeres tienden a fumar menos cantidad que los varones, aunque la diferencia no es significativa. En cambio, la edad de la población determina una tendencia marcada: se fuma mayor cantidad a medida que se envejece. En efecto, mientras que el 63% de los menores de 30 años declara fumar menos de 10 cigarrillos, entre los mayores de 50 ese valor se reduce al 45%. En este grupo etario el 35% fuma entre 10 y 20 cigarrillos diarios, en tanto que ese consumo lo realiza menos del 20% entre los jóvenes.



### ¿QUÉ HACEN LOS ARGENTINOS PARA DEJAR DE FUMAR?

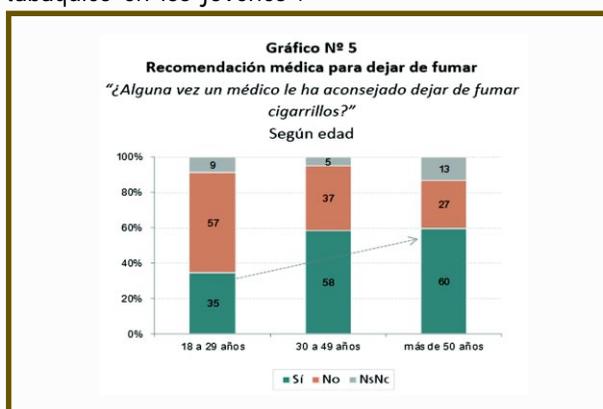
La investigación de Poliarquía y Prosanity revela asimismo que el 58% de los fumadores ha intentado abandonar alguna vez el hábito, contra el 35% que nunca se lo propuso. Es interesante observar que los mayores de 50 años, quienes fuman más cantidad, parecen tener noción del perjuicio del hábito para la salud, por cuanto se han empeñado en abandonarlo en una proporción mayor que los más jóvenes –aunque esto podría responder a un efecto del paso del tiempo. En efecto, más de dos tercios de los mayores confiesan haber intentado dejar, mientras que esa voluntad desciende a la mitad entre los menores de 30 años.

Tal vez uno de los principales hallazgos de esta investigación es que el intento de dejar de fumar se



desarrolla por afuera del sistema de atención de la salud, basándose en el esfuerzo personal del fumador, que se desarrolla, en la mayoría de los casos, aparte del diagnóstico y el consejo médico. Esta conclusión se obtiene al constatar que casi el 80% de los fumadores que se propusieron abandonar el hábito no acudieron al consejo y supervisión de un médico o del sistema sanitario para afrontar ese difícil proceso. Esta conducta no registra, además, diferencias significativas según el tipo de cobertura sanitaria de la población, mostrando que responde a un perfil conductual del fumador en nuestra cultura.

Que los argentinos decidan dejar de fumar sin recurrir a profesionales, no significa que éstos no les hayan dado el consejo de hacerlo. Según los datos recogidos, la mitad de los que emprendieron este camino recibieron la sugerencia de abandonar el tabaco. Esta indicación crece claramente de acuerdo a la edad de la población. Casi dos tercios de los mayores de 50 años han sido inducidos por médicos a dejar el cigarrillo, mientras que algo más de un tercio de los menores de 30 años recibieron esa recomendación -esto podría responder también a efecto del paso del tiempo o la minimización de los riesgos del hábito tabáquico en los jóvenes-.



Acaso una explicación de la baja utilización de servicios médicos para abandonar el consumo de tabaco se explique por la dificultad para encontrarlos.

La no concurrencia a los profesionales para dejar de fumar explica, asimismo, la bajísima utilización de recursos medicinales para este fin: apenas el 3% de los fumadores afirma haber utilizado medicaciones y el 6%, parches o chicles de nicotina. La conclusión, ya adelantada, es que los argentinos dejan de fumar sostenidos en su propio esfuerzo y convencimiento, pasando de etapas contemplativas a la acción de dejar el hábito tabáquico bajo el esfuerzo personal que sucede independientemente del sistema sanitario. Lo confirma una cifra contundente: 9 de cada 10 argentinos que lograron el objetivo no recurrieron a la medicina, ni a las ayudas farmacológicas que morigeran el síndrome de abstinencia que se produce al momento del abandono del consumo de tabaco.

## CONCLUSIONES

- Las mujeres continúan teniendo menor exposición al consumo de tabaco que los hombres, a pesar del importante crecimiento en su participación en el mercado desde la década de 1960, en la que el consumo de tabaco representó una forma de "autonomía" y "empoderamiento" de las mujeres en Occidente.
- Un cuarto de la población argentina adulta es considerada consumidora activa del tabaco; coincidiendo este guarismo con los datos de la "Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares", llevada a cabo, en su última versión, en el año 2013.
- El lugar de residencia y el nivel de urbanización impresionan como determinantes para ser o no fumador. Siendo el interior del país un enclave cultural de menor exposición al riesgo del tabaco.
- El estudio confirma que el hábito tabáquico comienza a edades muy tempranas (menores de 18 años y aún menores de 15 años). Este comienzo precoz también es marcador para poder transformarse en un exfumador, siendo que aquellos que comenzaron en edades más tardías, tienen mayores probabilidades de abandonar el hábito tabáquico que aquellos que se han iniciado en edades muy tempranas. Este punto impresionante determinante a la hora de la definición de políticas públicas.
- La mayor parte de los fumadores desea quitarse el hábito tabáquico de sus rutinas.
- La población fumadora está desatendida por el sistema sanitario, dado que la mayor parte de los exfumadores lo ha logrado por sus propios medios, no encontrando canales sanitarios para su atención.
- El tabaquismo activo y pasivo es responsable del 19% de las muertes prevenibles; esto significa que el hábito tabáquico es responsable de casi 1 de cada 5 personas fallecidas en el mundo.
- Enfrentar a este flagelo, requiere de múltiples intervenciones en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). □

## FICHA TÉCNICA:

**Universo:** Población, mayor de 18 años.  
**Tipo de encuesta:** Telefónica (IVR).  
**Características de la muestra:** Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.  
**Tamaño de la muestra:** 2270 casos nacionales.  
**Error estadístico:** +/- 2,1 % para un nivel de confianza del 95%.  
**Fecha del trabajo de campo:** Del 20 al 24 de abril de 2018.  
**Empresa ejecutora:** Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity.

# Aborto y conciencia médica



Por el Dr. Floreal López Delgado (\*)

Abogado y asesor sanatorial

**E**l proyecto de ley sobre el aborto, recientemente aprobado por la cámara de diputados afecta gravemente la libertad de conciencia de médicos y directores de establecimientos. Y contiene algunos defectos de técnica legislativa con potencialidad suficiente para traer serios problemas.

## EL MARCO DEL DEBATE

La excesiva ideologización perjudicó el debido debate de un tema trascendente.

De un lado se ubicó la militancia feminista en su variante más extrema.

Que lo considera un bien "en sí" casi gozoso, actitud que fue calificada por el psicoanalista Mauricio Abadi como "patológica", más allá de la conveniencia de permitirlo, porque no dejaba de ser una exaltación de la muerte, no una solución, a veces despenalizada, pero convalidada por la práctica social (en voz muy baja).

Del otro, con más discreción las organizaciones no solamente (aunque sí mayoritariamente) católicas que lo negaban en todos los casos.

Con algunos "recortes" el proyecto aprobado adhiere en general a la primera.

En este artículo nos referiremos solamente a las imposiciones a los médicos y establecimientos.

## ¿QUÉ ES LA LIBERTAD DE CONCIENCIA?

Es la capacidad de cada uno, en su conciencia, de adoptar, mantener y cambiar cualquier pensamiento, opinión, ideología o creencia; y, en su caso, manifestarlos en sus diversos aspectos: de religión, ética, política, de cátedra, científica y de la libertad artística o libertad de creación.

Se la considera uno de los principales derechos y libertades; de los considerados derechos civiles y políticos o derechos humanos de primera generación. Históricamente está vinculada a la libertad religiosa o de culto, y a la libertad de opinión.

## HISTORIA

El debate tiene "apenas" más de tres mil quinientos años.

Los filósofos griegos Platón y Sócrates tratan el tema; en el que abundan aristotélicos, estoicos, epicúreos y los continuadores de las diversas escuelas filosóficas en la época romana... *el respeto y la estima a tu propio pensamiento harán de ti un hombre satisfecho contigo mismo, perfectamente adaptado a los que conviven a tu lado y concordante con los dioses, esto es, un hombre que ensalza cuanto aquéllos reparten y han asignado.*

Aristóteles, trata el tema de la libertad intelectual no como algo que pueda concederse o no, sino como una característica del ser humano; y que es un requisito para la responsabilidad.

Schopenhauer los resume en "... tan pronto nos apartamos de esa libertad física y consideramos sus otros dos tipos, no nos la vemos ya con el sentido popular, sino con un sentido filosófico del término que, como es sabido, abre camino a muchas dificultades. Este sentido se divide en dos tipos diferentes: la libertad intelectual y la libertad moral.

Actualmente se encuentra fuera de discusión su vigencia que es consagrada por todos los tratados de derechos humanos.

En sus orígenes estaba ligada a la libertad religiosa y a las ideas políticas.

Sócrates fue ejecutado por dudar de la creencia en los dioses (griegos).

La Iglesia y su persecución de las herejías es el caso más difundido, aunque hasta el siglo XVIII casi todas las religiones y autoridades estatales se creían con derecho a perseguir y condenar a quien "pensara diferente", en su área.

Se creía que la negación de la libertad de conciencia era patrimonio de los sistemas conservadores, pero cuando llegaron a gobernar regímenes revolucionarios no se comportaron mejor: "Libertad, ¿para qué?" - Lenin, entrevistado por Fernando de los Ríos.

En el occidente democrático no se discute ya su vigencia en tanto y cuanto se trate de sostener ideas.

Los problemas comienzan cuando esas ideas generan conductas, sobre todo cuando ese obrar de acuerdo con las convicciones afecta a terceros.

## LA MEDICINA

El ámbito de la salud tiene una alta potencialidad conflictiva ya que las convicciones del profesional pueden diferir con las del paciente y éste exigirle que realice una práctica médica contraria a la conciencia del profesional.

Y el aborto es una de ellas.

## EL PROYECTO ORIGINAL

Era marcadamente "autoritario progresista" al estilo leninista.

Sancionaba con prisión e inhabilitación al profesional que se negare a practicar un aborto al solo pedido de la paciente, aunque no mediara urgencia.

Y al director médico del establecimiento que no estableciera un servicio de abortos.

## EL PROYECTO APROBADO POR DIPUTADOS Y LOS MÉDICOS

Apenas mejoró el original.

Aparentemente suprimió la prisión para el médico.

Pero impuso requisitos para la "objeción de conciencia" que si no se dan lo hacen caer en ilicitud y hasta delito.

El objetor debe:  
Manifestar su objeción previamente, de manera individual y por escrito.

Comunicarla a la máxima autoridad del establecimiento de salud.

Presentarla y mantenerla "en todos los ámbitos, públicos o privados, en los que se desempeñe".

Y si no lo hace o falta algún requisito registral cae en, al menos "ilicitud" que habilita a reclamarle indemnizaciones.

Y fácilmente puede ser considerado que como "no objetor" tiene la obligación de intervenir, por ejemplo, por la sola pertenencia al servicio de obstetricia de un establecimiento y tiene la obligación de:

Garantizar el acceso a la práctica y No puede negarse a su realización.

Ni "objetar" la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que la vida o la salud de la mujer o persona gestante estén en peligro y requiera atención médica inmediata e impostergable.

Y fácilmente ser considerado "copartícipe necesario" de delito del nuevo artículo 85 bis del Código penal que impone presión para el director del establecimiento.

## LOS ESTABLECIMIENTOS

El nuevo artículo 85 bis reprime con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena la autoridad de un establecimiento de salud o profesional de la salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Que son todos los practicados antes de la semana 15 o cuando medie peligro para la salud de la madre.

La ley prohíbe la "objeción de conciencia institucional y/o de ideario".

Con lo cual ningún establecimiento, inclusive los confesionales, manejados por religiosos profesos, corren riesgo de ser condenados por seguir sus convicciones.

## NUESTRA OPINIÓN

El proyecto es claramente inconstitucional, contradice al menos a los arts. 19, 28 y varios tratados de derechos y garantías incorporados por el art. 75 inciso 22.

Crea delitos que sancionan a los profesionales que actúen conforme a sus convicciones morales, éticas o religiosas.

Y también a los que lo hagan conforme a tratados internacionales incorporados por el art. 75 inciso 22.

Está impregnada del espíritu autoritario propio del estalinismo y del fascismo.

Es de mala técnica legislativa.

Si lo que se quería era despenalizar el aborto voluntario hasta determinada fecha bastaba con un artículo o a lo sumo dos.

Y para peor es innecesaria.

El aborto es una próspera industria en los países en que está despenalizado.

No faltarán profesionales e instituciones que rápidamente montarán estructuras para hacerlos "en serie", siendo así; para que criminalizar a quienes no quieran practicarlo.

Su sesgo autoritario se hace aquí más que evidente.

## SÍNTESIS

El proyecto es inviable, el senado debe rechazarlo en su totalidad o realizar tantas modificaciones que entorpecerá su revisión.

Es tiempo de tratar seriamente el tema. □

Para consultas y sugerencias al Dr. Floreal López Delgado escriba a [estudiojuridico@lopezdelgado.com](mailto:estudiojuridico@lopezdelgado.com)

**SOCDUS**

**Odontología para Sistemas de Salud**

- **Respuesta integral en Odontología para Empresas de Salud.**
- **Seguridad, Idoneidad y Eficiencia en todos los aspectos de la actividad odontológica.**
- **Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.**

**> SOCDUS SA**  
Av. Belgrano 1683, 3º piso  
Capital Federal, C.P. (1093)  
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)  
[info@socdus.com.ar](mailto:info@socdus.com.ar) [www.socdus.com.ar](http://www.socdus.com.ar)

**Consultorios Propios**  
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

> mapa República Argentina - algunos nodos de la RED SOCDUS

## Utopía: de Tomás Moro a Elon Musk

Por el Dr. Guillermo Ceballos Serra

La Comisión Federal de Comunicaciones de Estados Unidos (FCC) finalmente acaba de autorizar a Elon Musk para el despliegue de su red global de internet satelital, conocida como Starlink. Se trata de un proyecto de su empresa SpaceX con el que busca lanzar al espacio 12.000 satélites, de los cuales fueron aprobados 4.425 satélites que proporcionarían internet de banda ancha a todo el mundo y deberá estar operativa antes de 2024.

### ¿Se acabó la ciencia ficción?

Desde la invención del iPhone en 2007, solo en los últimos 10 años y fracción, el mundo y las ideas han dado tantas vueltas y cambios, que hacen dudoso escribir artículos y menos aún algún libro por la obsolescencia acelerada de las ideas que sostenemos.

Se hablaba de empresas que no tenían activos físicos, Uber sin vehículos, Facebook sin contenidos, Airbnb sin propiedades, Amazon no tiene activos propios. Ya es historia... ¿en menos de dos años? Uber tiene vehículos, Facebook enfrenta una crisis impensada, Airbnb tiene propiedades, Amazon cuenta con un supermercado.

Decíamos que todas las empresas disruptivas, generaban muy poco empleo o empleo precario. Falso o al menos es una idea también obsoleta. SpaceX cuenta con 6.000 empleados, SolarCity cuenta con más de 12.000 empleados, Tesla cuenta con más de 37.000 empleados, todas de Elon Musk.

### ¿Cuáles son los nuevos paradigmas? ¿Hay nuevos paradigmas?

Si observamos alguna de las series más inteligentes del los últimos tiempos, Black Mirror, vemos como se anticipa el futuro que ocurrirá en un lapso no mayor de 3 a 5 años y como será nuestra vida diaria, nos damos cuenta que hay infinitas oportunidades.

El mundo empieza a dividirse entre “tecno-utópicos”, aquellos tienen una creencia de que los avances en ciencia y tecnología conducirán a una utopía o al menos ayudarán a cumplir de algún ideal utópico y “tecno-escépticos”, que piensan todo lo contrario.



Utopía, sorprendente renacimiento del término acuñado por Santo Tomás Moro, Canciller de Inglaterra, en su libro del mismo nombre de 1516 para señalar la sociedad perfecta.

¿Qué empleos habrá en Utopía y problemas sociales generará? Francamente creo que nadie puede predecirlo y aún la imaginación más poderosa estoy convencido que es escasa para delinear todo lo que ocurrirá en la próxima década.

### ¿Seremos los seres humanos más felices? ¿Viviremos en un mundo más justo?

Tampoco lo sé, lo que sí estoy convencido es que la tecnología por sí misma no lo logrará.

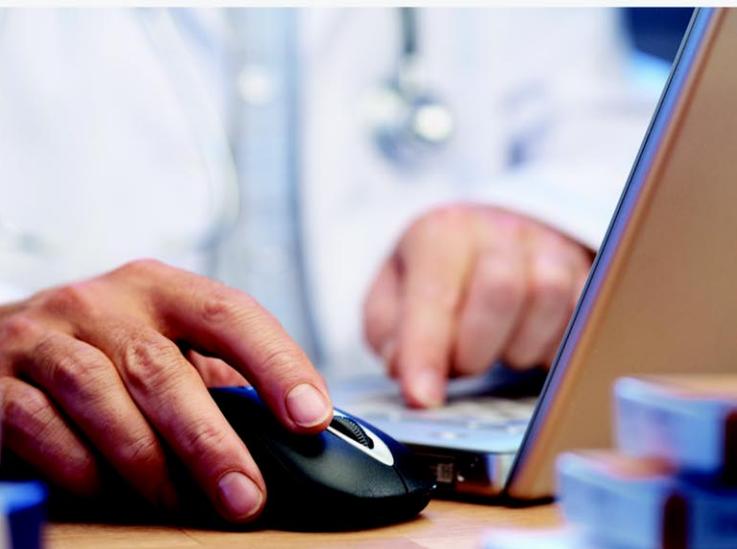
Todo dependerá de los valores subyacentes con que abordemos estos temas.

La energía nuclear se presentó en sociedad con dos terribles bombas que fueron el precio para acabar la segunda guerra mundial y hoy nos provee electricidad, una mejor medicina, mejores alimentos y otros tantos usos positivos.

Sólo viviremos en un mundo más justo y seremos más felices si cada día intentamos ser un poco mejores personas y al diseñar y operar estas tecnologías, lo hacemos en concordancia con los valores que nos guían.



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

*Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.*



**RENOVAR DÍA A DÍA  
EL COMPROMISO DE ACUDIR  
Y ATENDER EFICIENTEMENTE  
A LOS PACIENTES.**

**EN ALGO TAN ESENCIAL  
SE BASA LA CALIDAD  
DE NUESTRO SERVICIO.**

El esfuerzo de construir una organización con sistema propio de gestión de calidad fue reconocido por nuestros clientes y certificado por las **Normas ISO 9001:2015** para los servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias para obras sociales, empresas, prepagas y particulares, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



[www.acudiremergencias.com.ar](http://www.acudiremergencias.com.ar)

