

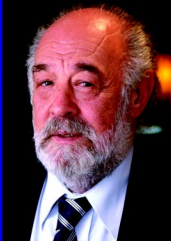
Columna

Identificación de los riesgos a posteriori
Por el Abg. Fernando G. Mariona



Opinión

Seguridad del paciente una deuda conocida
Por la Prof. Mg. Patricia D'Aste



Columna

La banalidad socio-sanitaria
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XX. N° 109. Marzo 2019



Himss19

El avance de la medicina digital

Informe especial: lo que nos mostró HIMSS19

En la ciudad de Orlando del 11 al 15 de febrero se realizó la “Conferencia y Exposición Global de HIMSS19” que reúne anualmente a más de 44.000 profesionales de tecnología e información de salud, médicos, ejecutivos y proveedores del mercado de todo el mundo. “La tecnología es la parte fácil: lo difícil es la gente y el cambio”, afirmó Hal Wolf, CEO de HIMSS.



**HAY UN PLAN
QUE SE AJUSTA
AL DE TU VIDA.**



PLAN 220



PLAN 330



PLAN 440



PLAN 550



GALENO

WWW.E-GALENO.COM.AR
0800-777-4253

TECNOLOGÍA PARA TU TRANQUILIDAD LLEVAMOS CON VOS

TELEASISTENCIA MÉDICA

Tu cobertura incluye consultas
médicas online. **Simple, sin
espera, estés donde estés.**



DESCARGÁ
NUESTRA APP

universal-assistance.com

**universal
assistance**

cuidamos tu mundo



La red de emergencias médicas
más grande del país



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

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

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

**“YO ELIJO
SIEMPRE LO MEJOR
PARA MI FAMILIA”**

*Saludable
mente*

**ELIJO LA RED
DE SERVICIOS MÉDICOS
MÁS GRANDE DEL PAÍS**

150.000 PROFESIONALES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES
15.000 CENTROS MÉDICOS
500 PUNTOS DE ATENCIÓN
PLANES PARA CADA NECESIDAD

0810-555-SALUD(72583)
sancorsalud.com.ar    

 **SanCorSalud**
Grupo de Medicina Privada

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-72583 - www.sssalud.gov.ar - Número de inscripción 1137

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

   [andarobrasocial](#)

  Mundo Viajante



SUPERVIELLE

Crédito Express para Pymes de **Salud**

Con aprobación en **24 horas** hasta **\$10.000.000**

Lo grande de ser una Pyme



#Superate

0810-333-7873
supervielle.com.ar

CARTERA COMERCIAL. OFERTA VÁLIDA DEL 13/12/2018 AL 30/04/2019. EXCLUSIVO PARA EL SEGMENTO MIPYME, SEGÚN REGULACIONES DEL BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA Y CALIFICACIÓN VIGENTE DE LA SECRETARÍA DE EMPRENDEDORES DE LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA DEL MINISTERIO DE PRODUCCIÓN DE LA NACIÓN BAJO LA RES. 340/2017, SUS MODIFICATORIAS Y COMPLEMENTARIAS. OTORGAMIENTO SUJETO A CALIFICACIÓN CREDITICIA Y CONDICIONES COMERCIALES DE CONTRATACIÓN DE BANCO SUPERVIELLE S.A. - MITRE 434 - C.A.B.A. - C.U.I.T. 33500005178. INSCRIPCIÓN N.º 23, F.º 502, L. 45, T.º A DE ESTATUTOS NAC. MÁS INFORMACIÓN EN WWW.SUPERVIELLE.COM.AR/EMPRESAS LA PRESENTE PIEZA SE DESTINA A AQUELLAS MIPYME CON UNA ACTIVIDAD REGISTRADA MAYOR A 18 MESES Y CUYA ACTIVIDAD SEA: CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS, LABORATORIOS DE ANÁLISIS, CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, CENTROS ESPECIALIZADOS, CONSULTORIOS EXTERNOS. TODOS DEBEN SER DE CARÁCTER PRIVADO. A TRAVÉS DE "CRÉDITO EXPRESS" EL CLIENTE PODRÁ SOLICITAR CUENTA CORRIENTE EN PESOS Y DÓLARES, ACUERDO EN CUENTA CORRIENTE, PRESTAMOS FINANCIERO, LEASING, TARJETA VISA BUSINESS Y DESCUENTO DE DOCUMENTOS, RESULTANDO DE APLICACIÓN A CADA TIPO DE FINANCIACIÓN EL MONTO MÁXIMO INDIVIDUAL INFORMADO EN CADA CASO POR EL BANCO Y QUE EN SU CONJUNTO NO PODRÁN SUPERAR LA SUMA DE \$ 10.000.000 DE CALIFICACIÓN. ESTA IMAGEN HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE, LEY 14953 PCIA. DE BUENOS AIRES Y LEY 4827 CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

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



 30 a.C. - Egipto

18/27
AÑOS

**Que un like
no cambie
tu historia**

#SeguíTuPlan



Descubrí más personajes en
osdeneo.com.ar

OSDE

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial. Infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente. Esta modificación de categoría OSDE NEO 18/27 entrará en vigencia a partir del 01/11/2018.

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.
Teléfax: 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 Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 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

12

VOCES

La Universidad: ¿industria educativa o formadora de profesionales virtuosos?
Por el Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone - Rector. Universidad Católica Argentina

14

COLUMNNA

De los planes de cobertura médica parcial y de otras historias
Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson

16

OPINIÓN

Estrategia de gestión desde lo pragmático
Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud UBA | FSG

18

OPINIÓN

Seguridad del paciente una deuda conocida
Por la Prof. Mg. Patricia D'Aste - ProSanitas BSC

20

COLUMNNA

La banalidad socio-sanitaria
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)

22

OPINIÓN

"Los hospitales deben ser conducidos por los médicos"
Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

24

PRIMERA PLANA

"Hype, Hope, Here": el avance de la medicina digital; todo lo que nos mostró HIMSS19
Por Santiago Troncar - Presidente de ConsultorioMOVIL

26

COLUMNNA

El empoderamiento de los pacientes y la alfabetización en salud
Por el Lic. Manuel Álvarez - CGS - Clínica de Gestión Sanitaria

30

VOCES

Los planes parciales en la medicina prepaga
Una nueva oportunidad perdida
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

34

OPINIÓN

¿Cuándo la cobertura de salud de la población excluida estará en la agenda política argentina?
Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Titular Salud Pública - Universidad Nacional del Litoral

36

COLUMNNA

Aportar a la solución, ejerciendo nuestra dignidad profesional
Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA

38

OPINIÓN

La resistencia a los antimicrobianos, un gran desafío para la salud pública
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública.

40

COLUMNNA

En defensa de la medicina
Por el Dr. Javier O. Vilosio - Máster en Economía y Ciencias Políticas

42

OPINIÓN

La salud también oculta cosas debajo de la alfombra. (Capítulo II)
Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Magíster en Economía y Gestión de la Salud

44

COLUMNNA

Identificación de los riesgos a posteriori
Por Fernando G. Mariona - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. Presidente de RISKOUT S.A. Consultora en Gestión de Riesgo Jurídico - Médico y Seguridad del Paciente.

46

ENCUESTA POLIARQUÍA - PROSANITY

Cuidado de la piel ante la exposición al sol

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 APP DE GALENO SUMA DOS NUEVOS SERVICIOS PARA VOS:

LLAMANDO AL DOCTOR

Vas a poder consultar al mejor cuerpo médico a través de una videollamada con tu celular, estés donde estés.

CREDENCIAL VIRTUAL

También vas a poder acceder a todos los sanatorios y centros médicos propios de Galeno con tu celular, sin necesidad del plástico.

ADEMÁS, CON LA APP PODÉS CONSULTAR:

- Cartilla médica
- Prestadores
- Sucursales
- Teléfonos útiles
- Consulta de trámites
- Llamada de emergencia



DESCARGÁ LA APP EN:



SanCor Salud estrenó su Centro de Atención en Cipolletti



SanCor Salud celebró la apertura de su nuevo Centro de Atención Regional en Cipolletti, provincia de Río Negro. La compañía con más de 45 años de trayectoria consolida su política expansionista por todo el territorio nacional con el firme propósito de estar cerca de quienes le confían el cuidado de su salud.

El Grupo de Medicina Privada posicionado en el cuarto lugar dentro del ranking nacional, sumó un espacio de atención en la ciudad rionegrina. Un sitio cómodo y moderno, ubicado en Roca N° 38 con personal capacitado dispuesto a brindar un contacto personalizado y un óptimo asesoramiento.

Para SanCor Salud, la cercanía con sus más de 462.000 asociados es prioridad por lo que inicia el presente año con un total de 86 Centros Regionales y 500 puntos de atención.

Una empresa que planifica sus acciones estratégicas pensando en el bienestar de las personas y la familia: variedad de planes adaptados a las necesidades de cada individuo, más de 160.000 profesionales en todo el país, coberturas integrales y su Línea Exclusive, una alternativa de excelencia para los más exigentes. Con la celebración del flamante sitio en Cipolletti, la prepaga reafirma su misión empresarial, comprometiéndose con la satisfacción de sus asociados y asegurando calidad en sus servicios de salud. ■

GALENO NUEVA SUCURSAL CORPORATIVA DE GALENO EN VILLA DEVOTO

- Permite realizar todas las gestiones en un solo lugar
- Está emplazada en Av. San Martín 6502, Villa Devoto

Grupo Galeno comenzó el año de la mejor manera: ampliando los servicios para sus clientes. En esta oportunidad, inauguró una nueva sucursal en el barrio de Villa Devoto, en la ciudad de Buenos Aires.

Este nuevo modelo de sucursal permite realizar, de manera integral y en un solo lugar, todas las gestiones que los clientes de Galeno necesiten, ya sea en relación con los Planes de Cobertura Médica, como con las diferentes líneas de seguros. En esta nueva y moderna sucursal se brinda asesoramiento integral en todos sus productos y servicios por especialistas en las diferentes áreas de negocio.

De esta manera, Grupo Galeno continúa su plan de expansión con el objetivo de brindar mayor cobertura y servicios de excelencia a sus clientes. ■



Omint lanzó una revolucionaria plataforma digital para cotizar y comprar un plan médico en la Argentina

La última innovación de Omint consta de una plataforma ampliada, Omint Digital, que permite cotizar y afiliarse a un plan médico desde la web, sin tener que realizar trámites de manera presencial, y acceder en el acto al plan médico.

OMINT, la empresa de medicina prepaga que lidera la transformación en el sector presentó **Omint Digital** una nueva plataforma que permite asociarse de manera online y sin tener que realizar trámites de manera presencial.

OMINT

Esta forma de cotizar y comprar un plan médico se encuentra disponible a nivel nacional, para todas las personas de entre 18 a 49 años, con o sin hijos, que se encuentren trabajando en relación de dependencia o en forma particular, con posibilidad de realizar aportes a esta prepaga, brindándoles la posibilidad de elegir entre una variedad de planes de acuerdo con sus necesidades.

"Esta nueva herramienta fue diseñada de manera colaborativa con diferentes áreas de Omint y será un gran instrumento para nuestra fuerza de ventas, simplificando el proceso de cotización y adquisición de un plan médico. Los planes médicos que ofrecemos a través de esta plataforma son de acceso inmediato, desde el momento que el socio concluye con el proceso de compra", destacó Gustavo Mazzoli, Gerente Nacional de Ventas de Omint.

Este lanzamiento sigue consolidando la fuerte apuesta de Omint a la innovación, que ya presenta casos de éxitos, como por ej. las consultas médicas por videollamada a través de las cuales más de 9.000 socios de Omint accedieron sin cargo a una orientación médica con diferentes profesionales. Otra gran apuesta fue Guardia Smart, una nueva forma de acceso a las guardias de las clínicas Bazterrica, del Sol y Santa Isabel que permite al paciente ingresar a la fila de manera online y también acceder a un turno programado para atenderse el mismo día, en la guardia.

"Este lanzamiento es un diferencial para aquellas personas que están buscando una nueva forma de acceder a una cobertura de salud. Su diseño amigable facilita la comparación de planes y la adquisición de manera online, mejorando la experiencia del afiliado, ya que se evita realizar trámites personales y simplifica el proceso de asociación" afirmó **Fernando Martino, Director Comercial de Omint.** ■



**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

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

La Universidad: ¿industria educativa o formadora de profesionales virtuosos?

Por el Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone (*)



En el siglo V ac. Platón consideraba a la educación como un proceso de embellecimiento del cuerpo y del alma, identificando tres funciones esenciales: preparación para la profesión, formación del ciudadano y desarrollo del ser virtuoso. Recordamos estos conceptos para superar el olvido y sus consecuencias: el error y los cambios inexplicables de rumbo. Actualmente se sobrevalora la innovación educativa, olvidando las raíces se focaliza en nuevas técnicas de “cómo educar” y se relega el “para qué” educar. Hay que retroceder para avanzar nuevamente con más fuerza como afirmaba Bergson: para saltar más lejos hay que retroceder y luego tomar impulso. Las Universidades no pueden ni deben tener como único fin transmitir saberes a sus estudiantes para convertirlos en expertos en una disciplina o simplemente para que puedan acceder a un empleo. Su razón de ser es la formación de un recurso humano colmado de saberes, pero también de valores, sin separar el área cognitiva de los aspectos actitudinales y valorativos. La suma de saberes y valores confieren sabiduría al egresado universitario.

La sociedad le asignó a las instituciones educativas la responsabilidad de producir y transferir conocimientos, pero también interpretar y transmitir los contenidos de la cultura. Las Universidades, hijas dilectas de las “Casas de la sabiduría”, tienen que incluir en su misión y visión los valores que asuman como propios. Si los valores están ausentes, la Universidad pierde su esencia y razón de ser y se transforma exclusivamente en una industria educativa cuyo único fin es otorgar títulos y acreditar competencias. Podrá incrementar sus recursos económicos, pero poco contribuirá a la formación de ese ciudadano y ser virtuoso propuesto por Platón.

Frente al mundo y la realidad, el hombre nunca tiene una actitud indiferente; por acción o por omisión siempre expresa sus valores a través de su conducta. Los valores constituyen las preferencias, conscientes e inconscientes, socialmente reguladas, que gobiernan la vida de los integrantes de una sociedad. Así como el hombre no puede vivir sin valorar sus decisiones y las de sus semejantes, la Universidad tampoco puede carecer de valores en el proceso educativo.

La formación en valores es una tarea prioritaria en la Universidad actual. Saberes hay en los libros o en internet, pero la ciencia no sabe de valores. La ciencia sólo produce saberes, no sabe del bien y del mal. ¿Cuántas veces el hombre utiliza el conocimiento para su propia destrucción? Por lo que la aplicación del saber debe estar tutelada por valores. Cada Institución Universitaria tendrá entonces un sello propio marcado por los valores con los que se identifica o con la ausencia de valores como expresamos precedentemente, lo que direcciona su accionar e impregna al recurso humano que forma.

En el caso de las Universidades Católicas, estos valores están expresados claramente en la Constitución Apostólica de Juan Pablo II (agosto de 1990), en Sapientia Christiana (abril de 1979) y en Veritatis Gaudium por el Papa Francisco (diciembre de 2017). En todos estos se recurre a la búsqueda de la verdad, en donde razón y fe no se oponen y los saberes se integran respetando la autonomía de cada disciplina. Se construye así un ámbito de reflexión, como

afirma San Agustín, en el que se revela “el gozo de buscar la verdad, de descubrirla y de comunicarla en todos los espacios del conocimiento”. Integración vertical y horizontal hacen que la Universidad no sea un archipiélago de Facultades y que al alumno se lo valore como egresado de una Universidad y no de una Facultad. Un reconocido médico español, Gregorio Marañón, nos dejó una frase clara y contundente de la importancia de la formación integral, interdisciplinaria “el médico que sólo sabe medicina, ni medicina sabe” o como dice Hoevel “un hombre ignorante no es el que no tiene una especialidad, sino el que sólo consiste en ella”.

Cuando la Universidad transita este camino es esperable que finalmente dé sus frutos y que sus egresados encuentren la oportunidad de aplicar los saberes, la técnica y los valores adquiridos. Dar frutos no es lo mismo que producir resultados, nuestro Papa Francisco los distingue muy bien. El fruto es imagen de la naturaleza, es el producto final de la gestación interior y la maduración. Los resultados provienen del ámbito de la industria, de la eficacia seriada, calculable, no de lo humano. Estos egresados estarán preparados no solo como profesionales sino como personas íntegras, que sabrán hacer “bien” el “bien”.

Para educar en valores se deben sortear numerosos obstáculos. Uno de ellos es que la enseñanza se concentra más en el campo cognitivo que en el socio-afectivo-valorativo y los planes de estudio reflejan esta predilección. Pero el obstáculo más difícil es la formación docente. Los docentes que no fueron formados para educar en valores reproducen la forma en que ellos mismos fueron “adestrados”. El docente que enseña en valores debe apropiarse de los mismos, éstos deben ser parte de su vida. Los niños como los alumnos no obedecen, sino que imitan las conductas y los valores de sus padres en el primer caso y de los docentes en el segundo. Según Kierkegaard el maestro enseña más con lo que es que con lo que dice. La intervención docente jamás es neutra, enseñamos lo que somos. Charlie Parker famoso saxofonista decía a sus alumnos “si no lo vives no va a salir de tu trompeta”.

Educación proviene del latín “educare”, entendiéndose como criar, alimentar, nutrir y también de “exducere” traducido como “llevar a”, “sacar afuera”. El docente transmite saberes, el profesor explica y demuestra, pero el maestro es el que inspira, es el que lleva al alumno de la mano por los caminos de la ciencia y de la vida. Necesitamos docentes que dominen la ciencia y la técnica, pero que además posean el arte de la docencia, expresado a través de la vocación, la entrega, el compromiso y los valores superiores que lo deben caracterizar. Lamentablemente el medio ambiente socio-político-económico-cultural contribuyó para que ese docente se convierta en una especie en extinción. □

(*) Rector. Universidad Católica Argentina



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 dentro de las 24 horas.

VIDEOCONSULTA

Consultá a un médico de guardia por videollamada, de lunes a viernes de 18 a 22 (días hábiles).

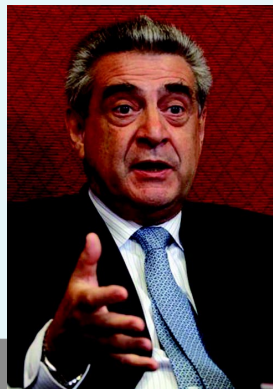
miportalclnicas.com.ar

**GUARDIA
SMART**

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

De los planes de cobertura médica parcial y de otras historias

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



Recuerdo perfectamente cuando muchos años atrás (corría el año “ochenta y pico”) me llamó por teléfono un amigo para ver si podía asesorar a unos familiares: se trataba de un matrimonio mayor y el esposo había sido internado hacía una semana por un problema coronario.

El problema era que el Plan Médico de la prepaga que tenían sólo le cubría 5 (cinco) días de internación clínica, que obviamente se habían agotado, al igual que las coberturas por medicamentos, descartables, y demás prestaciones colaterales.

En esa época no teníamos mail, ni celulares, así que pasaron un par de días hasta que me hicieron llegar el descriptivo del Plan Médico que tenían contratado. Lamentablemente, todo era correcto, tenían un Plan muy económico -el más económico de los que ofrecía la empresa prepaga- con la consecuente también básica y limitada cobertura. No se podía reclamar nada.

O sea, amigo lector, como usted podrá observar, los planes parciales ya existían hace muchos años atrás. De hecho, recién fueron eliminados con la aparición de la ya famosa resolución 247/96 que estableció un Programa Mínimo de Prestaciones y Prácticas Médicas Obligatorias, al que todos conocimos como PMO.

El problema de aquellos planes previos al PMO era que había una combinación de factores que generaban problemas permanentemente: muchos vendedores prometían cualquier cosa para poder vender y muchos compradores no tenían la menor idea de lo que compraban al no tomarse la molestia de leer los contratos o bien de comparar los diferentes precios de los planes, porque obviamente, había una gran dispersión de precios entre los planes dependiendo de la cobertura que brindaban. Es decir que en un sentido el PMO fue saludable, porque estableció un “piso” en materia de cobertura médica.

Pero claro, el sector público de la Argentina es como un tiburón: prueba sangre y necesita más... y continuó avanzando sobre la actividad privada transfiriéndole las obligaciones propias del sector público.

Es así como en nuestro sistema de salud se cubren las enfermedades preexistentes desde el primer día de afiliación, no existen tiempos de espera o carencias para el inicio de la atención, ni edad tope para el ingreso y demás “condimentos” que son propios de las Obras Sociales -es decir de la Seguridad Social- pero no de las empresas privadas.

Todo empeoró con la votación de nuevas leyes sobre nuevas coberturas en donde se agregaron -y se continuó agregando- coberturas sin fuentes de financiamiento (lo que podríamos denominar populismo legislativo). Si a esto le sumamos la falta de un fuero especial

para tratar los amparos que diariamente se presentan nos encontramos con un “cocktail” difícil de digerir. En fin, en la Argentina no tenemos término medio.

Ahora bien, regresando a los nuevos planes de cobertura parcial, digamos que pareciera que van a estar alcanzados por el marco “filosófico” de la Ley de Regulación de la Medicina Prepaga y de su nuevo Decreto Reglamentario.

En efecto, en su artículo 10° el Decreto establece que “Los períodos de acceso progresivo a la cobertura (carencias)...sólo podrán establecerse para las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias del PMO vigente”. También señala que “las enfermedades preexistentes...no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios”. Por otra parte, también les alcanzaría el artículo 11 “La edad no puede tomarse como criterio de rechazo de admisión”. Si es así, comenzamos mal.

Si analizamos otros mercados que han desarrollado ampliamente estos planes parciales -denominados Seguros de Gastos Médicos Mayores- como el caso de México, vemos que hay tres figuras claves para hacerlo viable:

- 1) La presentación de una DDJJ de salud para descartar preexistencias.
- 2) El cumplimiento de tiempos de espera/carencias (no se aplican a accidentes, pero sí a enfermedades como, por ejemplo: cáncer, patologías cardíacas, etc.).
- 3) La presencia de deducibles -lo que nosotros denominamos franquicia-.

Un tema no menor será también la litigiosidad -que obviamente podría verse incrementada- y también el de la falta de un equilibrio que haga sostenible en el tiempo este nuevo modelo.

De lo contrario serán de aplicación las palabras que publicara la conocida Consultora Deloitte de México en el mes de marzo de 2018 en su informe sobre el sector:

“No hay duda. En los próximos años los seguros de gastos médicos mayores dejarán de existir. El aumento de la inflación y de los costos de los servicios médicos y hospitalarios, los consiguientes aumentos en los costos de los Planes... son algunos factores que han jugado en contra de este ramo del seguro”.

En fin, esperemos que no sea de aplicación aquello de “cuando veas las barbas de tu vecino cortar...” □

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



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.



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

Scienza Uruguay

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

www.scienza.com.uy

Estrategia de gestión desde lo pragmático



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

La presente toma diferentes abordajes de la palabra de referencia, tomando un análisis amplio del mismo y de los autores. Actualmente existen variadas definiciones de estrategia. Henry Mintzberg integra cinco definiciones para poder comprender mejor el concepto bajo su pensamiento: estrategia como plan, como pauta de acción, como patrón, como posición y estrategia como perspectiva.

La estrategia como plan: es un curso de acción conscientemente determinado, una guía para abordar una situación específica.

La estrategia como pauta de acción: como plan, una estrategia también puede ser una pauta de acción, una maniobra para ganarle al competidor. Como no basta con definir la estrategia como plan, se necesita definir una estrategia como patrón abarcando el comportamiento que se quiere producir.

La estrategia como patrón: define al término estrategia como el patrón de una serie de acciones que ocurren en el tiempo. Enfatiza la acción en donde la empresa tendría una estrategia aun cuando no tuviera planes definidos, incluso aunque nadie en la empresa dedique tiempo a establecer objetivos formales. Lo único que se requiere es un patrón de una serie de actos de la organización. Dichos actos deben ser congruentes; la congruencia puede ser resultado de la planificación formal o la definición de metas, o no serlo.

La estrategia como posición: ubica a la organización en el medio ambiente elegido o nicho; en términos económicos. Esta definición de estrategia se puede relacionar con cualquiera de las anteriores; se puede aspirar a una posición mediante un plan o una pauta de acción, como también puede ser preseleccionada y lograda o ambas, o tal vez descubierta, debido a un patrón de comportamiento.

La estrategia como perspectiva: este pensamiento se basa en el concepto sobre el contraste entre el análisis (intenciones estratégicas) y la acción (estrategia realizada). El primero es típico del enfoque de la estrategia estándar, mientras que el segundo refiere a las medidas que ha tomado la empresa. Cuando una organización puede integrar intenciones y avanzar hacia su realización estará ante el concepto denominado estrategia deliberada.

Otro pensador, Peter Drucker, establece que toda organización actúa de acuerdo con una teoría de los negocios. Su fracaso en producir los resultados esperados es por lo común la primera indicación

sería de que es necesario volver a reflexionar profundamente sobre esa teoría. Y los éxitos inesperados también son a menudo los primeros indicadores de que hay que repensarla. En efecto, sólo puede decidirse qué es una "oportunidad" si existe una estrategia. De lo contrario, no hay forma de decir qué es lo que hace que la organización avance genuinamente hacia sus resultados deseados, y qué es desvío y fragmentación de recursos. ¿Pero en qué puede basarse la estrategia en un período de rápido cambio y total incertidumbre, como el que enfrenta el mundo en el Siglo XXI? ¿Hay alguna certidumbre? Peter Drucker menciona cinco fenómenos que pueden considerarse certidumbres. Son primordialmente sociales y políticos.

Algunas de estas realidades son:

✓ **El derrumbe del índice de natalidad:** la declinación de la población en los países desarrollados y ricos está acompañada por un crecimiento demográfico en la mayoría de los países vecinos y pobres. Las presiones inmigratorias no se podrán impedir en donde causarán grandes problemas especialmente aquellas inmigraciones en culturas y religiones muy diferentes.

✓ **Cambios en la distribución de los ingresos de bolsillo:** son tan importantes como los cambios de población, y por lo general se les presta aún menos atención. Este tema tiene alta probabilidad de ser tan dramático como los cambios demográficos durante las primeras décadas del siglo XXI.

Y desde lo pragmático: en principio es perfecto seguir adelante con todo proyecto. Una vez un metodólogo dijo algo que nunca olvido: aun cuando no sea posible hacer todas las investigaciones y procesos metodológicamente perfectas, lo importante es hacerlas, muchas veces no hay otro modo de hacer avanzar el conocimiento... y hay otro autor que dice que hay que tener cuidado de no quedar atrapado por lo metodológico, porque ésta no es más que una caja de herramientas, que hay que saber usar, pero que es sólo eso. Muchas veces nos detenemos en la gestión que surge lo contradictorio de la elección que, de hecho, muestran los datos y no la teoría o la justificación de la investigación o el proyecto que se complementan. □

(*) Título Médico. Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud UBA | FSG



TRABAJANDO EN EQUIPO, SUMAMOS
OPORTUNIDADES PARA NUESTROS
PRODUCTORES.



La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que le brinda más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud.

VIDA COLECTIVA
ACCIDENTES PERSONALES

SEPELIO | CAUCIÓN
RESPONSABILIDAD CIVIL

CAUCIÓN AMBIENTAL
PRAXIS PROFESIONAL

Reconquista 458, 4to piso, CABA, Argentina Tel. (+5411) 4876-5300 | www.tpcseguros.com • info@tpcseguros.com

Buscanos en



/TPC Compañía de Seguros

Nº de inscripción en SSN
0741

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Seguridad del paciente una deuda conocida



Por la Prof. Mg. Patricia D'Aste - ProSanitas BSC
pdaste@prosanitas.com.ar

La seguridad del paciente es el capítulo o la deuda más importante que tenemos dentro del sistema de salud con la población. Desde hace años estamos trabajando desde las áreas de formación, desde las instituciones científicas y desde las industrias de servicios con herramientas que ayudan a controlar las acciones del equipo de salud. Sin embargo, continúa siendo una deuda porque esto que significa evitar los eventos adversos dentro de las instituciones no se cumple o no se mide cuanto se está cumpliendo.

Si por evento adverso se describe la muerte o discapacidad transitoria o permanente en un paciente por haber estado en contacto con el equipo de salud y no por la patología por la cual solicitó ser atendido, trabajar en seguridad del paciente es evitar el efecto adverso. Más allá del arsenal tecnológico que usamos hace falta una fuerte toma de conciencia en el accionar cotidiano donde cada uno sea responsable por la vigilancia, el cuidado y el cumplimiento estricto de protocolos y buenas prácticas. En lo institucional se están llevando adelante planes de mejora de la seguridad del paciente, inspirados en normas internacionales que algunos hospitales y sanatorios se imponen acreditar para mejorar sus indicadores y el ejercicio real de conductas más seguras. Pero en el ámbito de la agenda pública de salud este tema sigue siendo ignorado.

Al no ser la seguridad del paciente un tema de agenda pública de salud en la Argentina, nos tenemos que remitir a lo que han hecho otros países de la región que han tomado decididamente el camino de hacerle un seguimiento a las normas, procesos e indicadores que permitan elevar el nivel de aseguramiento de seguridad en hospitales, sanatorios o centros de salud, lo que les permite hacer estudios retrospectivos y alcanzar una lectura de profundidad de sus variables. De la observación metódica surgen hallazgos de hechos que podrían haberse apartado de un protocolo existente en la institución, que algo en el medio pasó con el paciente y no se escribió en la historia clínica, la "caja negra". Algunos sanatorios en forma privada en nuestro país tienen sistemas de denuncias internas de errores, nominadas o anónimas, a partir de las cuales se sigue un proceso de análisis causa-efecto hasta encontrar el punto más débil en el o los procesos que fallaron. El objeto de estos sistemas de denuncia no es perseguir a nadie sino encontrar dónde el proceso falló y a partir de ahí corregir y fortalecer el proceso para que sea

seguro en el turno en que sucedió el error como en todos los turnos de atención.

La tecnología ha hecho grandes aportes, representando cerca de un 60% de todo un proyecto de seguridad del paciente. Por ejemplo, la trazabilidad al pie de la cama y hasta la farmacia hospitalaria, los controles sobre óptimo estado de medicamento y bolsas de sangre, los indicadores inteligentes, el cuadro de mando integral, las alertas por desvíos, los workflow sobre el cumplimiento de normas y planes de mejoras, los simuladores de procedimientos son ejemplos de medidas destinadas a monitorear el cumplimiento de compromisos positivos en instituciones que buscan ser cada vez mejores. Esta preocupación alcanza también a los financiadores de la seguridad social y las empresas de medicina prepaga que por medio de herramientas informáticas y auditoría médica advierten los desvíos en la atención dentro de su red de cobertura.

La gestión por indicadores ha ingresado hace menos de 10 años al sector salud argentino, pero en la región tenemos buenos ejemplos de hospitales y ministerios de salud que aplican desde el año 2000 monitoreo por indicadores, analizando desvíos y controlando en favor de la población, el desempeño de sus prestadores.

En la Argentina la función de rectoría en cuanto al control de la seguridad del paciente corresponde al Ministerio de Salud de la Nación y a los Ministerios de Salud provinciales, en una segunda línea de responsabilidades se encuentran la Superintendencia de Servicios de Salud, las Obras Sociales Provinciales, el PAMI o algún otro organismo delegado que podría ocuparse exclusivamente de este tema controlando y recibiendo denuncias desde la población.

La comunidad debe ser protagonista del capítulo seguridad del paciente ya que la educación de la población sobre sus derechos, el conocimiento de las normas de su jurisdicción, el seguimiento de sus patologías crónicas, los contaminantes medioambientales y la adecuada alimentación hacen de la educación de la población y en particular del paciente, un aliado para la seguridad activa. El aseguramiento y monitoreo de los procesos de atención en las instituciones prestadoras, como el control del estado y la educación de la población son la real inversión en el presente y futuro de nuestro país haciendo que el gasto tenga objetivos y metas evaluables por todos los actores del sistema.

Para que todos comprendamos el valor de la seguridad del paciente y nos comprometamos con ella es necesario un cambio de cultura, salirnos de la mirada individual y aprender a trabajar en forma interdisciplinario planificando y midiendo en equipo. La interdisciplina integra a las profesiones sanitarias y cultiva nuevas actitudes que involucran a sus miembros en buenas prácticas, las que a medida que arrojan buenos resultados generan orgullo por hacer las cosas bien. Resaltar los logros produce un reforzamiento de las nuevas actitudes y fortalece el compromiso dentro del equipo, generando un círculo virtuoso que otros querrán imitar. En un Hospital de Pediatría de Boston donde estuve hace algunos años, vi una pared de la Unidad de Cuidados Intensivos llena de premios nacionales a médicos y enfermeros, y junto a ellos un folio con una hoja que decía “197 días sin infecciones asociadas a catéter venoso”. La hoja mostraba el orgullo de ese equipo, era una meta que deseaban batir cada día para demostrar que eran los mejores y para alcanzar 198, 199, 200 días... sin infecciones.

Las instituciones que trabajan así sienten que para sostener su condición de liderazgo en el mercado global de la salud, al cual ellos ofrecen sus servicios, deben estar en la vanguardia del bien hacer. Y estar a la vanguardia es salirse de las normas e ir más allá de las fronteras de los propios límites y de los estándares nacionales, creando nuevos estándares más altos.



La industria aeronáutica instaló a la seguridad activa en 1987, acordando ya no basar la seguridad en el conteo de siniestros y la lectura de las cajas negras de los aviones caídos sino utilizar la información recogida en desarrollar planes de anticipación para la prevención de accidentes aéreos. En este gran consenso mundial se involucraron tanto la industria productora de aviones y componentes como las aerolíneas comerciales, los gremios y asociaciones de pilotos y algunos entes públicos de países interesados en propiciar los resultados de este proyecto. A consecuencia de este gran acuerdo sectorial por la seguridad aeronáutica surgieron simuladores, normas, indicadores, protocolos, sistemas de control automatizados para poder identificar tempranamente los desvíos mediante alertas y un fin de normas para los profesionales de cabina o del área técnica. Hoy, después de 30 años la tasa de siniestros en vuelos de pasajeros es de 1 sobre 3.700.000 vuelos. La aeronáutica arrancó hace décadas con la

“caja negra” como símbolo del control después de ocurrido un siniestro, hoy los controles se apoyan en el antes del despegue del avión para evitar el error.

Es tiempo de hacer acuerdos sectoriales en salud, los más amplios posibles, para que, en 2025 a partir de las historias clínicas, nuestra “caja negra” y el uso de planes de aseguramiento y controles preventivos de riesgos por indicadores, sumados al compromiso de los miembros del equipo de salud y los funcionarios, las prácticas seguras sean la norma y los errores prevenibles, una deuda ya saldada. □

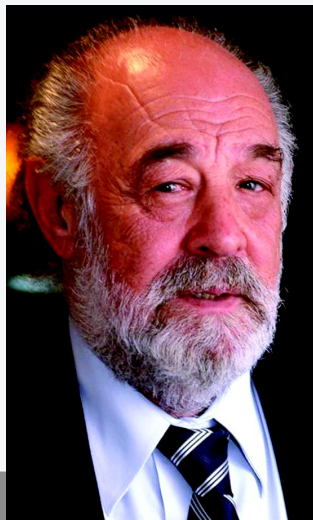


www.sanidad.org.ar

La banalidad socio-sanitaria

“La vida es muy peligrosa. No por las personas que hacen el mal, sino por las que se sientan a ver lo que pasa”.
Albert Einstein

Por el Dr. Ignacio Katz



Nuestra realidad sanitaria encubre, tras fortalezas y debilidades puntuales, la incapacidad crónica de brindar una atención médica eficiente y con equidad para el conjunto de la población. Estas pocas palabras no aluden a una abstracción, sino que señalan fallas concretas cotidianas que trazan un mapa de sufrimiento evitable.

Las infecciones intrahospitalarias, los supuestos o reales casos de mala praxis, la falta de prevención, los ingentes gastos de tiempo y dinero en estudios innecesarios, la lisa y llana falta de asistencia médica, la sobremedicación, entre otros problemas clave, constituyen algunos eslabones de una larga cadena. Conforman lo que es llamado un *desarrollo creó-dico*, es decir, una malformación evolutiva de décadas en nuestro entramado sanitario, al que mal podemos llamar sistema.

Frente a las múltiples facetas que esto implica, quisiera detenerme hoy en la arista ética del asunto. El entramado sanitario excede a sus integrantes, pero ello no significa que a su vez no sea sostenido día a día por todos nosotros. Ciertamente, no es malicia lo que mueve al personal de medicina y funcionarios de diverso rango a reproducir un funcionamiento social sanitario que sistemáticamente falla en atender adecuadamente a millones de personas con los múltiples padecimientos que ello implica. El deseo y los intentos mayoritarios se mueven en sentido inverso, incluso con la conciencia de tales falencias y el estrés personal que implica para las personas nadar en contra de la corriente. Pero también existe una postura más cínica, o si se quiere, pragmática, que se rinde ante la impotencia y que en los hechos se traduce en una objetiva, aunque no subjetiva, perversión.

Salvando las obvias distancias, y a riesgo de pecar de efectista, permítaseme traer a colación el concepto de *banalidad del mal*, que elaborara la filósofa de origen judío-alemán Hannah Arendt a propósito del juzgamiento en Jerusalén del criminal nazi Adolf Eichmann, en el año 1961. Su descubrimiento fue que lejos de hallar “un monstruo”, se trataba de un burócrata eficiente que realizaba sus obligaciones con diligencia desapasionada.

Claro que en el caso de Eichmann se trataba de

administrar nada menos que un genocidio. Pero el concepto ilustra sobre la responsabilidad individual a la vez que sobre un entramado burocrático que bajo la real apariencia de una organización racional implica un mecanismo social de irracionalidad e injusticia. Al respecto, resultan particularmente ilustrativas las distinciones del sociólogo Max Weber entre racionalidad formal y sustantiva, por un lado, y de la ética de los principios y de la responsabilidad, por el otro. La racionalidad formal incumbe solamente a la coherencia entre medios y fines, sean estos cuales fueran; mientras que la racionalidad sustantiva involucra un juzgamiento sobre los fines. Por su parte, la responsabilidad de principios o ética de fines últimos sólo se hace responsable de las propias intenciones basadas en la propia convicción, pero se desentiende de los efectos más o menos indirectos de su acción que pueden contradecir sus propios valores. Al contrario de la ética de la responsabilidad que se ve obligado a sopesar eventuales efectos no buscados.

Este anteúltimo tipo de comportamiento fue tipificado por el psicólogo norteamericano Stanley Milgram, tras una serie de experimentos que inició tres meses luego del juicio a Eichmann. Indagó concretamente sobre la naturaleza de la obediencia a la autoridad poniendo a prueba a sus conciudadanos para averiguar, según sus propios términos: “cuánto dolor infligiría un ciudadano corriente a otra persona, simplemente, porque se lo pedían para un experimento científico”. Los resultados son tristemente célebres.

Milgram elaboró entonces dos teorías. La teoría del *conformismo* (retomando a Solomon Asch) describe la relación fundamental entre el grupo de referencia y la persona individual. Un sujeto que no tiene la habilidad ni el conocimiento para tomar decisiones, particularmente en una crisis, transferirá la toma de decisiones al grupo y su jerarquía. La segunda es la teoría de la *cosificación*, según la cual la esencia de la obediencia consiste en el hecho de que una persona se mira a sí misma como un instrumento que realiza los deseos de otro y, por lo tanto, no se considera a sí misma responsable de sus actos.

“En lugar de estancarnos en reproches, debemos avanzar con transformaciones. Como decía Sartre: “Somos lo que hacemos con lo que hicieron de nosotros”.

Tanto más comprensible es seguir la inercia institucional y rutinaria cuando no se trata de lastimar a nadie, pero bajo el manto del *entramado sanitario* se encubren múltiples y repetidas acciones y omisiones que escapan del control individual, y que de una u otra manera perjudican a pacientes, ciudadanos en general y a la sociedad en su conjunto, sea en su salud directamente, sea en el lucro cesante, sea en el principio de equidad propio de una república moderna.

Una suerte de Don Pirulero cotidiano, donde la desidia y el desencanto se vuelven rutina (por no hablar de la negligencia y la corrupción). Debemos asumir que la mentada fragmentación del campo sanitario oculta un verdadero estado de anomia que resulta así banalizado. La falta de unidad integral en la coordinación de un verdadero sistema sanitario permite la dilución de responsabilidades.

Revertir esta *obediencia debida sanitaria* es posible, y desde luego, un deber moral de todos los argentinos, pero con mayor responsabilidad del Estado, los cargos políticos, funcionarios y el cuerpo médico con sus instituciones colegiadas. Así como otras instituciones como fundaciones, sindicatos y demás miembros de la sociedad civil y empresaria. Para ello debemos superar el estancamiento moral e institucional estructural, del cual poco sentido tiene ya rastrear sus inicios. En lugar de estancarnos en reproches, debemos avanzar con transformaciones. Como decía Sartre: "Somos lo que hacemos con lo que hicieron de nosotros".

Para resumir la propuesta que elaboro periódicamente, digamos que el concepto clave es el Acuerdo Sanitario a través de la negociación y no del consenso; la llave estrella es la conformación del sistema integrado, público-privado, y federal de Salud; la herramienta podría ser el Consejo Federal de Salud (COFESA), y el gran ausente que resulta decisivo incorporar es la **función de agencia**, que va al corazón de los conflictos médicos: la necesidad y la demanda. En definitiva, se trata del monitoreo y la logística de la atención médica. Así se evitaría la demanda inducida por el proveedor, que va desde el médico frente al paciente con su formación asimétrica hasta la industria farmacéutica y la incorporación acrítica de tecnología, entre otros casos posibles.

Armonizar la asistencia médica desde esta óptica puede ser el nudo que desate la maraña de irracionalidad sustantiva de nuestra realidad sanitaria y que permita constituir un sistema de atención integral que parta de la asunción plena de la responsabilidad de todos los involucrados en el diseño, ejecución y control de las políticas públicas. Y de esta manera estar a la altura de la conclusión de Max Weber: "La ética de los fines últimos y la ética de la responsabilidad no son contradictorias, sino que se complementan mutuamente y constituyen en conjunto al hombre auténtico, es decir, a un hombre que puede aspirar a la «vocación política»". □

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). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018).



FEFARA
AVANZA

9 de Marzo 2005 - 2019

**Cumplimos 14 años gestionando políticas para
garantizar un servicio farmacéutico óptimo,
de eficiencia y alta calidad profesional.**

Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso / Tel/Fax: 011 4342 9473

fefara@fefara.org.ar | www.fefara.org.ar

“Los hospitales deben ser conducidos por los médicos”

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



El año comienza a transitar los primeros meses, aunque hay temas que dominan la agenda desde el 2018 y la Asociación de Médicos Municipales se ha encargado de dar el alerta porque horadan el corazón del sistema de salud. El intento del Gobierno porteño de “colonizar” las direcciones de los hospitales con CEOs, esto es personas con conocimientos administrativos, pero totalmente ajenas a la formación en el cuidado de los pacientes, ha sido rechazado por nuestra Institución, ya que eso significa poner una persona por encima del Director Médico que es, en definitiva, la autoridad máxima en los hospitales.

Por esta razón la AMM rechaza abiertamente la medida ya que el servicio público de salud no debe ser orientado en sus cuestiones asistenciales por CEOs, tecnócratas y economicistas, cuyo fin de miras no será otro que achicar y ajustar el gasto y las cuentas en detrimento del servicio de salud, con su consecuencia inevitable y directa: la destrucción de la salud pública cuando es más requerida. Nosotros podemos aceptar gente que se sume en carácter de colaboración, pero nunca por encima del Director Médico.

Cabe señalar que en los últimos días salieron una vez más a la luz diferentes hechos, que dan un claro, aunque lamentable ejemplo de cómo es el día a día en los hospitales de la Ciudad.

Con todo el sistema de salud dio muestras de su rapidez, efectividad y profesionalismo en todos sus niveles con hechos que sacudieron a la opinión pública y que fueron por su accionar enaltecidos unánimemente. La rápida acción de todo el sistema y la operación que le salvó la vida al turista sueco y al norteamericano fue remarcada por los propios protagonistas de estas tristes historias.

Esto marca la importancia del hospital público, de la calidad de quienes conforman los diversos niveles del sistema de salud que hicieron conocer a la sociedad las técnicas usadas paredes adentro; médicos que atienden sin preguntar a quién, que le ponen la misma garra y el mismo profesionalismo día a día a todas las situaciones.

Por eso decimos que estos hechos sumados a los

numerosos casos que suceden a diario ponen de manifiesto que la administración de los hospitales debe ser patrimonio de los médicos, sin interferencia de personas que no pertenezcan al sistema, porque hay que resaltar que este sistema es valorado en todo el país e incluso en el exterior.

En este sentido, hace unos días hemos sufrido una grave situación que se produjo por el incendio de un céntrico hotel, es necesario destacar la formidable labor de quienes trabajaron en la asistencia; algunos con participación directa en la función prehospitalaria, en la guardia, en el quirófano, o en las salas de los hospitales y otros en la tarea de conducir nuestros hospitales públicos para que estén permanentemente dispuestos y así puedan responder en forma rápida y eficiente, dentro de la Salud Pública que defendemos: solidaria, gratuita y de libre accesibilidad. Para nosotros, esto es innegociable.

Una vez más queda demostrado que esta es la línea por seguir: nutrir y preservar la que defienden en la conducción nuestros Directores Médicos y en la ejecución todo nuestro equipo de salud, siempre dentro de un sistema público de salud que interacciona y se complementa en sus distintos niveles de atención, jamás fragmentado.

La AMM se opone no sólo a la suma de un director privado sino además a la idea de seccionar el sistema separando el primero y el segundo nivel. Médicos Municipales sostiene que debe mantenerse el actual esquema, que los centros deben ser conducidos por personal médico para evitar una grave lesión en el corazón del Sistema de Salud.

Creemos que el Gobierno porteño tomará seriamente nuestro punto de vista y dará marcha atrás con las medidas que acabamos de mencionar.

El sistema que sostenemos a diario es considerado uno de los mejores del mundo. La Asociación de Médicos Municipales seguirá defendiendo, así como los derechos de los pacientes, y los derechos de los profesionales de la salud. □

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@larsalud.com.ar 🌐 www.larsalud.com



LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

Te brindamos asesoramiento médico legal las 24 hs.
y descuentos exclusivos para una protección integral.

25% SEGURO DE HOGAR

20% INTEGRAL DE COMERCIO (RUBRO MÉDICO)

15% SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos
un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar

“Hype, Hope, Here”: el avance de la medicina digital; todo lo que nos mostró HIMSS19

Por Santiago Troncar - @stroncar (*)

¿Qué está pasando en el sector salud frente a las nuevas tecnologías? ¿Estamos frente a una verdadera transformación tecnológica de un sector históricamente tradicionalista y conservador... o es sólo una moda pasajera?

Reconocidas revistas médicas, como Nature Medicine o Health Affairs, dedicaron sus últimas tapas a la “Medicina en la era digital” o a la “Telemedicina”, pero esto es sólo un indicio más de que la tecnología está bien arriba en la agenda de los médicos y sus instituciones.

El Congreso Anual de la Health Information Management Systems Society (HIMSS) es un gran termómetro para analizar la progresiva transformación que vive el sector, generada por la adopción de tecnología. Más de 44.000 profesionales de todo el mundo vinculados con la tecnología informática en salud (médicos, funcionarios de gobierno, ejecutivos de empresas tecnológicas) se reúnen para intercambiar ideas, tecnologías y discutir los avances de sus proyectos.

Existen al menos dos consensos en la comunidad global que lidera la salud digital:

- ✓ Que sólo prosperan las innovaciones que encuentran un “champion” que la lidere.
- ✓ Que sólo se puede transformar el sector trabajando en conjunto, logrando interrelación y sinergia entre los distintos stakeholders del mundo de la salud.



Santiago Troncar, junto a Hal Wolf, presidente y CEO de HIMSS.



Más de 44.000 asistentes se dieron cita en la Conferencia y Exposición Global HIMSS19.

Es por eso por lo que los organizadores de la edición HIMSS19 eligieron un leit motiv elocuente e inspirador para promover el desarrollo de la medicina digital: “Champions of health, unite”.

EL STATUS DE LA MEDICINA DIGITAL

La medicina digital avanza, año a año, en su inserción dentro de los servicios médicos y los procesos de todas las instituciones líderes de salud. Sin embargo, todos sus protagonistas reconocen que el proceso es más lento y difícil de lo esperado. “Estamos en camino”, “estamos aprendiendo” o “podríamos hacerlo aún mejor”, son algunas de las expresiones más utilizadas



Hal Wolf, presidente y CEO de HIMSS.

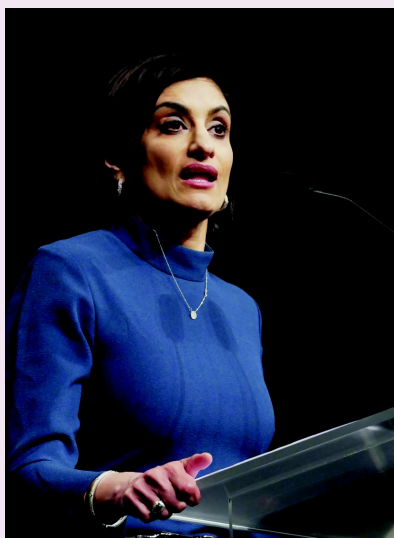
por los líderes de los gobiernos y los champions de transformación de las más reconocidas instituciones médicas y empresas de salud.

“La tecnología es la parte fácil: lo difícil es la gente y el cambio”, afirmó Hal Wolf, CEO de HIMSS.

Sobra el optimismo, se repiten los slides con curvas ascendentes de adopción de herramientas digitales, proliferan los pilotos de digital health y los nuevos servicios online, pero el sector aún está lejos de sentirse cómodo con el marco regulatorio, las innovaciones y sus incipientes resultados.

EL ROL DEL GOBIERNO

Como todo el mundo sabe, los mercados innovan y por detrás van los gobiernos en su intento de regular. “En Estados Unidos nos tomó los últimos 18 años lograr una legislación para salud digital. El gobierno tiene que liderar, marcar las reglas de juego y mantener una consistencia con el paso de las distintas administraciones” afirmó Hal Wolf, CEO de HIMSS.



Seema Verma, administradora de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Como testimonio del camino recorrido en USA, en HIMSS19 participaron, como expositores, funcionarios de las últimas tres administraciones de tecnología y salud digital de las presidencias de Trump, Obama y Bush (h).

En febrero de 2019 el gobierno americano anunció nuevas regulaciones e imposiciones de digitalización y accesibilidad de registros médicos para compañías aseguradoras, siendo estas anteriormente sólo dirigidas a médicos e instituciones. Según Seema Verma, administradora nacional de los programas Medicaid y Medicare de Estados Unidos, los cuales brindan servicios de salud a más de 100 millones de americanos, “La voz del paciente está cada día más en el centro de atención, y ahora las tecnologías de digitalización deben además ser apuntados a identificar y cubrir las “necesidades sociales” de la población, como por ejemplo la accesibilidad a sus registros médicos completos”.

DATA, DATA, DATA

El manejo de data nos va a traer la próxima “generación de curas” dijo Cris Ross, MD y Chief Technology Officer de la Clínica Mayo. La confluencia entre la infotech y la biotech es una de las grandes promesas de la salud digital, convirtiéndola en uno de los destinos más excitantes de la inversión en salud digital.

“Tardamos 10 años en lograrlo como país, pero pasamos del papel a un sistema de salud digitalizado”, afirmó el Chief Digital Officer del gobierno de Obama.

En un mundo que genera toneladas diarias de información clínica, a través de estudios, historias clínicas digitales y wearables, el uso inteligente de la data abre grandes oportunidades con múltiples objetivos

Los temas más nombrados: Big Data, Machine Learning, Inteligencia Artificial, Interoperabilidad, la nube, Telemedicina.

posibles: potenciales descubrimientos científicos a través de agregación de bases de datos globales, la contrastación de la “evidencia del mundo real” con la evidencia medica tradicional publicada, o el rediseño de procesos de “atención médica preventiva” basados en algoritmos que desarrollan su inteligencia predictiva sobre data clínica real de pacientes.

Tenemos que lograr dar el salto de la “data” a generar organizaciones que sean “information driven”, dijo Karley Yoder representante de GE Healthcare.

Los distintos sistemas de EHR cumplieron el primer objetivo de digitalizar la información clínica en forma estandarizada, pero dos tercios de la información de los pacientes es no estructurada y aún no está siendo aprovechada. En tal sentido progresan lentamente proyectos como el “Open Notes”, una iniciativa para incorporar información sobre pacientes a las historias clínicas digitalizadas.

ALGORITMOS, MACHINE LEARNING E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Machine learning e Inteligencia artificial son probablemente hoy los temas que generan más “hype” y promesas en el mundo de la salud. Si bien comienzan a verse resulta-

HIMSS en números

- ✓ Congreso Anual, realizado en febrero 2019 en Orlando
- ✓ Más de 44.000 asistentes provenientes de 90 países
- ✓ 300 sesiones de oradores
- ✓ 1.300 empresas exhibidoras con múltiples pabellones
- ✓ 200 periodistas acreditados
- ✓ 200 startups presentes

Temas emergentes que crecen año a año: RWE, terapias digitales, digital pharma, blockchain, medicina personalizada.



Uno de los más de 1,300 expositores hace una demostración en el piso de exhibición.

dos científicos de las primeras ejecuciones de “deep learning” en radiología, dermatología y oncología, aún subsisten las dudas y los miedos de los médicos. Se ha instalado, en parte por responsabilidad de los medios, la discusión estéril sobre si las computadoras reemplazan a los médicos... dejando en segundo plano el análisis más relevante: como estas nuevas tecnologías pueden ser grandes aliadas y potenciadoras de la práctica médica.

Prestigiosos medios como The Lancet han comenzado a publicar recientemente evidencia médica positiva sobre el uso de IA en medicina, dando tal vez un primer paso hacia la construcción de la confiabilidad de estas nuevas tecnologías.

En este nuevo juego de la construcción de algoritmos, manejo de grandes servidores y big data en la nube, asoman líderes mundiales como Amazon, Google e IBM, ofreciendo sus plataformas y bibliotecas de aplicaciones, reduciendo drásticamente la inversión necesaria para ingresar en el juego.

¿AVANZA BIG PHARMA EN LO DIGITAL?

Big Pharma comienza tímidamente a animarse a una presencia más visible en HIMSS. Roche Diagnostics se destacó de sus pares con una doble movida: fue el único grupo pharma que presentó un stand

con sus servicios digitales para médicos a instituciones, y brindó una detallada presentación de su estrategia digital para promover sus proyectos de Real World Evidence (RWE). Roche le gritó al mundo: “¡Sí, queremos usar la data de los pacientes para beneficiarlos!”

Durante el precongreso tuvo lugar un Pharma Forum de muy buen nivel, donde se destacaron proyectos y ejecutivos de Biogen, Merck, Pfizer y Novartis. Real World Evidence y Terapias digitales fueron los temas que más interés despertaron y más consenso encontraron entre los ejecutivos pharma presentes. Por su parte, el líder de información farmacéutica IQVIA (ex IMS) presentó su stand habitual, promoviendo su plataforma App Scripts, la cual propone a los médicos el innovador concepto de “recetar apps médicas” curadas por su equipo.

¿CÓMO REACCIONAN LAS INSTITUCIONES LÍDERES?

La Academia parece abrazar la oportunidad que le abre la innovación digital en salud. Más de 20 universidades tuvieron presencia y un pequeño stand en HIMSS vendiendo sus programas académicos, entre las cuales se destacó la Johns Hopkins, impulsando sus iniciativas académicas y de investigación. Capítulo aparte para el lanzamiento del partnership de Harvard Medical

School con HIMSS, destinado a desarrollar juntos el programa académico “Data, Insights & Strategies”, el cual será dictado desde Harvard.

¿Y las instituciones médicas líderes? La Clínica Mayo y la Cleveland Clinic mantuvieron, como todos los años, fuertes presencias en los espacios más visibles como keynote speakers, contando sus experiencias y aprendizajes, mientras otras instituciones líderes como el Cedar Sinai continúa empujando su modelo de innovación basado en la incubación y aceleración de start-ups.

LA OPINIÓN DEL CONSUMIDOR

La consultora Accenture presentó en HIMSS19 su encuesta sobre “Demanda del Consumidor de Salud Digital” realizada en 7 países, la que arroja conclusiones bien interesantes. En la edición 2019 recientemente publicada (<https://tinyurl.com/y2I5h8bh>), Accenture realizó un interesante ejercicio de segmentación, encuestando a distintos grupos etarios claves como los Baby Boomers, los Gen Xers, Millennials y los Gen z. De la esperable conclusión sobre la insatisfacción de los más jóvenes con la “atención médica tradicional” surgió el interesante insight de que, aun los Gen Xers (38 a 55 años) comparten la opinión y expectativas de los más jóvenes respecto del uso de tecnología para acortar los tiempos de respuesta de los médicos, aumentar la transparencia, y re-

Latinoamérica: La Argentina y Brasil en HIMSS

HIMSS tuvo dos foros específicos dedicados a Latinoamérica y a Brasil.

Ambos foros contaron con la cálida apertura de Hal Wolf, CEO de HIMSS, quien tuvo palabras de bienvenida y apoyo para los 300 asistentes provenientes de la región.

En ambas agendas se distribuyeron speaker provenientes de instituciones médicas y sistemas de salud de la Argentina, Brasil, Chile, México. Llamativa ausencia de funcionarios públicos de alto rango: sólo en el foro brasileño participaron dos representantes de la Secretaria de Salud de San Pablo y el Ministerio de Salud. Nota destacada del foro de Latinoamérica para la presentación de “The Hive” (la colmena), un centro de innovación aplicada que el Hospital Universitario Austral y la Facultad de Medicina de la Universidad Austral están impulsando desde la Argentina, el cual fue presentado por el Dr. Gastón Gabin, director de Innovación del HUA.

Nuevos temas para los profesionales médicos: Change Management, Entrepreneurship.

**Empresas
“outsiders del
sector” que
cobran
protagonismo en
HIMSS: Amazon
Web Services,
Google, Roche
Diagnostics.**

Líderes globales de digital health para seguir de cerca:

@halwolf, CEO de HIMSS
@RasuShrestha, MD, Chief strategy officer de Atrium Health
@SeemaCMS, administradora de los programas Medicaid y Medicare en USA
@drkavehsafavi, MD, Health Senior Managing Director, Accenture
@crisross, MD, Chief Technology Officer de Clínica Mayo
@jhalamka, MD, profesor Healthcare Harvard Medical School

ducir los tiempos de espera para obtener citas o atención por parte de los médicos.

Según la encuesta, en 2019 un 70% de los consumidores esperan servicios digitales de “seguimiento y alertas preventivas” de sus proveedores de servicios médicos, comparado con un 57% del 2016. Lo mismo ocurre respecto de las expectativas de “comunicarse digitalmente por email” con sus médicos (69% contra 53% del 2016) o manejar sus citas online (68% contra 58% en 2016).

En una entrevista que mantuvimos con Kaveh Safavi, head global de la práctica de salud de Accenture, el ejecutivo compartió su mirada sobre el progreso de la medicina digital: “No pensamos en términos de un mundo físico y un mundo digital: creemos en un modelo blended”.

Mientras los médicos se plantean los dilemas culturales, éticos y de seguridad sobre la medicina “a distancia”, los pacientes buscan “conveniencia” y los puntos de atención médicos “no tradicionales” como “hospitales de día”, Atención médica en retailers o Telemedicina.

“Los consumidores demandan servicios de salud en sus propios términos” afirmó @drkavehsafavi, “creando un desafío cultural y operativo grande para los prestadores de salud tradicionales. Ya no alcanza con digitalizar un sistema tradicional; hay que crear nuevos sistemas de atención que incorporen tecnología de manera innovadora”.

LA REEDUCACIÓN DE LOS MÉDICOS Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Recientemente la prestigiosa New England Journal of Medicine publicó un artículo titulado “Beyond evidence-based medicine”, el cual sentaba una opinión disruptora para la comunidad médica: ya no es suficiente contar con evidencia médica, si no logramos que el paciente se involucre con su salud y sea adherente a sus tratamientos. Agregaba además que esto sólo se lograría a través de lo que el autor llamó “Interpersonal Medicine”, la búsqueda del fortalecimiento del vínculo e interacción del profesional médico con el paciente y su entorno.

Tecnología, tecnología y más tecnología; esa parece ser la solución multipropósito que aparece detrás de cada pregunta que se hace hoy el sistema de salud global.

Incluso el ilustre Dr. Eric Topol, referente y líder indiscutido en salud digital, en su último libro “Deep Medicine” ensaya una aparente paradoja: “Como la inteligencia artificial

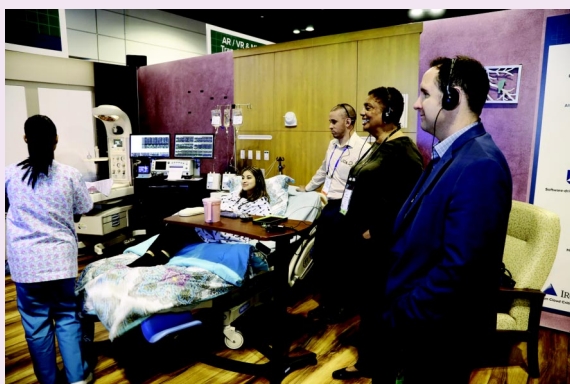
ayudará a los servicios de salud a ser más humanos nuevamente”. Topol esgrime un argumento simple y contundente: la información y las nuevas tecnologías permitirán que los médicos puedan acompañar de manera más cercana y personalizada a sus pacientes.

El reconocido cardiólogo fue tratado en 2018 por el Gobierno de UK, para definir la estrategia de diseño de un nuevo plan de educación para los profesionales médicos británicos, destacando y recomendando la incorporación en la currícula temas como genomics, IA y en herramientas de atención médica digital.

HACIA UNA NUEVA MEDICINA DIGITAL

Tal vez la síntesis planteada por el “digital health champion” @RasuShrestha sea el mejor resumen del status del sector: “**Hype, Hope, Here**” decía en una de sus presentaciones. Estamos frente a una nueva realidad que avanza gradualmente en la digitalización del sistema de salud, generando grandes expectativas y, también hay que decirlo, alimentando el “hype” que generan oportunidades potencialmente explosivas como la inteligencia artificial o la medicina personalizada.

La ruleta ya está en movimiento y los distintos jugadores del sector hacen sus apuestas. Valen todas las estrategias, menos la de quedarse fuera del juego. □



Los asistentes a la exposición visitan el área más transitada del piso de exhibición, para ver demostraciones de sistemas que intercambian y usan datos en tiempo real.

Referencias:

www.himssconference.org -
Twitter #HIMSS19 -
#ChampionsOfHealth

(*) Presidente de ConsultorioMOVIL

El empoderamiento de los pacientes y la alfabetización en salud

"La educación es el arma más poderosa para cambiar el mundo".

Nelson Mandela

Por el Lic. Manuel Álvarez (*)



El concepto de alfabetización en salud (*health literacy*), apareció por primera vez en 1974 en un informe sobre educación en salud en los EE. UU.; desde entonces este término ha sido definido en ininidad de ocasiones. Se lo podría definir como "la capacidad para obtener, interpretar y comprender información básica sobre la salud y los servicios sanitarios junto a la competencia para usar dicha información y servicios para el mejoramiento de las condiciones de salud" (US Healthy People 2010 Objectives).

En una revisión sistemática publicada recientemente Sorensen y colaboradores identificaron 17 definiciones de *health literacy*, sin embargo, no hay una definición consensuada acerca de lo que significa la alfabetización en salud.

Para la Organización Mundial de la Salud, "la alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud".

Por otra parte, Sorensen y colaboradores nos advierten que de estas definiciones se desprenden dos perspectivas: la clínica y la de salud pública.

La perspectiva clínica incluye elementos que reflejan principalmente las competencias de las personas para moverse en el entorno sanitario, y la de salud pública incluye dimensiones más allá del ámbito sanitario, como el entorno familiar, laboral y comunitario.

Debemos tener claro que no se trata exactamente de un término equivalente al de educación para la salud, sino que se puede entender como uno de los resultados que se obtienen al recibir educación sanitaria.

Poseer una adecuada alfabetización para la salud implica saber interpretar el significado de la información proporcionada por los profesionales sanitarios, los prospectos, los materiales informativos; tener habilidades de búsqueda de información sanitaria fiable y de calidad a través incluso de las nuevas tecnologías; identificar cuando es necesario buscar ayuda sanitaria; usar adecuadamente los servicios y recursos existentes, etc.

La alfabetización sanitaria es una necesidad para el empoderamiento de los pacientes, con el propósito de mejorar su toma de decisiones.

Cuando los niveles de alfabetización en salud son bajos la comunicación está comprometida, la seguridad

del paciente está en riesgo y no es posible brindar cuidados de calidad.

La baja alfabetización sanitaria obstaculiza la comprensión del paciente sobre los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, lo cual influye negativamente en aspectos tan importantes como el consentimiento informado.

Aquellas personas que presentan bajo nivel de competencias en salud tienen en general mayor dificultad en el acceso a servicios de salud, en la gestión del autocuidado, en entender la información disponible, y en tomar decisiones relacionadas con su propio bienestar.

Cuando la enfermedad es compleja y grave, las dificultades de las personas con alfabetización sanitaria pobre son aún más importantes.

Dificultades presentes en las personas con bajas competencias en salud

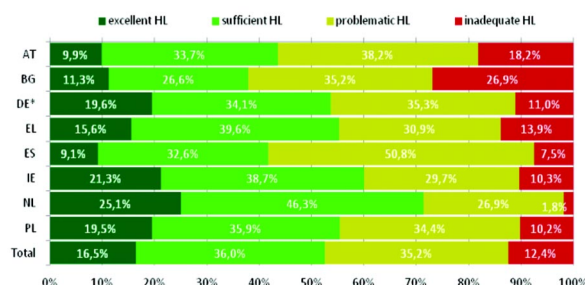
Cumplir con las pautas de la medicación.
Gestionar las visitas médicas.
Entender una hoja de consentimiento informado.
Comprender las instrucciones del alta hospitalaria.
Completar formularios.
Seguir indicaciones preventivas y participar en programas de cribado.
Comprender porcentajes e índices de riesgo.

Existe una amplia evidencia sobre los beneficios de la alfabetización para la salud lo que hace que haya una estrecha conexión entre la educación y la salud individual y colectiva, considerándose actualmente como un determinante en los resultados de las mismas.

En nuestro país no poseemos información sobre los niveles de alfabetización en salud de nuestra población, pero una reciente publicación de *The European Health Literacy Project* que ha realizado una encuesta en personas adultas en 8 países (Alemania, Austria, Bulgaria, España, Grecia, Irlanda, Países Bajos y Polonia) mediante un cuestionario estandarizado de 47 ítems agrupados en las áreas de asistencia sanitaria, prevención y promoción de la salud, ha hallado que el 47% de los 8.000 encuestados tenía limitados conocimientos de salud.

En dicho estudio también se han encontrado importantes variaciones entre los países, las principales variables asociadas a mejores resultados en alfabetiza-

Porcentajes de los distintos niveles del índice de alfabetización general en salud en los 8 países participantes y en la totalidad de la muestra de HLS-EU.



Fuente: Universidad de Murcia. Informe sobre Proyecto HLS-EU "Encuesta Europea de Alfabetización en Salud".

ción en salud fueron: sexo femenino, menor edad, mayor nivel económico y educativo y mayor estatus social percibido.

Diversos estudios han mostrado que la alfabetización en salud tiene un impacto en la salud de las personas, especialmente en los colectivos más vulnerables y que está interrelacionada con el nivel educativo o de alfabetización global de las personas.

Un bajo nivel de alfabetización en salud está relacionado con un menor uso de los programas preventivos, un aumento de costos en salud y de las tasas de mortalidad.

Según datos del Proyecto HLS-EU, un 12,4% de europeos presentan niveles inadecuados y un 35,2% niveles problemáticos de alfabetización en salud.

Haciendo una rápida transferencia de estas mediciones a nuestra realidad podemos concluir que en

nuestro país los datos deben ser bastante peores, por lo que es necesario que realicemos un gran esfuerzo para lograr incrementar los niveles de alfabetización en salud de nuestra población utilizando un enfoque multisectorial y que incorpore la perspectiva de equidad.

La alfabetización para la salud es un concepto relacional que no sólo contempla el desarrollo de las habilidades personales, sino también la interacción de las personas y su medio ambiente, y el aumento del empoderamiento individual y colectivo.

Los elementos presentes en las intervenciones son los siguientes:

- ✓ Los entornos
- ✓ Los profesionales de la salud
- ✓ Las personas

En relación con los entornos, uno de los ámbitos más trabajados han sido las organizaciones sanitarias, Branch y colaboradores han elaborado la siguiente tabla donde definieron las diez condiciones que deberían cumplir los centros sanitarios alfabetizados.

En profesionales de la salud, los aspectos a considerar para una correcta alfabetización para la salud se centran en la comunicación oral, la comunicación escrita, la autogestión y el empoderamiento del paciente, y los sistemas de soporte a las personas.

El tercer elemento son las personas y las comunidades, las personas en relación consigo y con las demás (familia, amigos, trabajo), como principales ámbitos de socialización y de toma de decisiones sobre la salud.

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social










Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

N°	CARACTERÍSTICAS
1	Muestran un liderazgo que integra la alfabetización para la salud en su misión, estructura y operaciones.
2	Integran la alfabetización para la salud, en la planificación, medidas de evaluación, seguridad del paciente y mejoras en la calidad.
3	Preparan la alfabetización del personal en temas de salud y supervisan los avances.
4	Incluyen poblaciones que han servido para la elaboración, implementación y evaluación de la información y servicios de salud.
5	Satisfacen las necesidades de la población con una serie de aptitudes de alfabetización para la salud evitando la estigmatización.
6	Utilizan las estrategias de alfabetización para la salud en la comunicación interpersonal y corroboran su comprensión en cada punto de contacto.
7	Proporcionan un acceso rápido a la información y los servicios sanitarios y una asistencia elevada para su manejo.
8	Diseñan y distribuyen contenidos impresos, audiovisuales y de redes sociales, fáciles de interpretar y utilizar.
9	Abordan la alfabetización para la salud en situaciones de alto riesgo, incluyendo las transiciones asistenciales y de comunicación sobre medicamentos.
10	Comunican claramente qué cubre el seguro médico y qué tiene que abonar el paciente por el servicio.

En este caso, la alfabetización debe ser útil para:

- ✓ Comprender y seguir las instrucciones para cuidarse a sí mismo, incluyendo la aplicación de tratamientos médicos diarios.
- ✓ Preparar y llevar a término los ajustes necesarios en el estilo de vida para mejorar la salud.
- ✓ Tomar decisiones adecuadas relacionadas con la salud.
- ✓ Saber cuándo y dónde acceder al sistema de atención sanitaria en caso de necesidad.
- ✓ Compartir actividades de promoción de la salud con otros y abordar cuestiones de salud en la comunidad y en la sociedad.

CONCLUSIÓN

“La mala Alfabetización en Salud es un predictor más fuerte de la salud de una persona, que la edad, los ingresos, el nivel de estudios, o la situación laboral o la raza”.

Report on the Council on Scientific Affairs Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association – JAMA Feb 10, 1999

Las agendas mundiales han ayudado a poner la salud como principal centro de interés.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas titulan “Promoviendo salud, promoviendo desarrollo sostenible”.

La salud ha pasado a ser una nueva forma de gobernanza, y la alfabetización para la salud se postula como una prioridad.

Para garantizar que las personas tengan un mayor control de su propia salud, deberán mejorar su nivel de alfabetización en salud.

La alfabetización para la salud debe ser considerada como una medida clave en la estrategia de salud.

Es necesario la implicación de toda la sociedad en

este tema, puesto que resulta cada vez más complejo y que la población accede, sobre todo a través de Internet, cada vez más a una mayor cantidad de información.

En una sociedad cada vez más enredada (en redes virtuales especialmente), la digitalización y la e-salud deben integrar las estrategias políticas y considerar también propender al incremento del nivel de alfabetización para la salud de la población y de los profesionales de la salud para garantizar la calidad de la información sobre salud en la red.

La evidencia de que el empoderamiento de los pacientes repercute muy positivamente en el estado de salud y bienestar de las personas y también en la comunidad, junto con el hecho de que dicho empoderamiento requiere una adecuada alfabetización en salud, debe hacernos entender que la misma debe ser considerada como una prioridad, junto a los grandes retos de salud y desarrollo sostenible. □

Referencias:

- Alfabetización para la salud, más que información Dolors Juvinyà-Canal a,b,* | , Carme Bertran-Noguer b y Rosa Suner-Soler ~ b
- Ignacio Basagoiti @jbasago - Comunicación, alfabetización y empoderamiento en salud, Valencia 4 diciembre 2014
- Deusto Business School - La activación del paciente: clave en la transformación sanitaria - 2015
- INFAC - La Participación del Paciente en la Toma de decisiones eskualdeko farmakoterapi informazioa Volumen 22 • N° 3 • 2014
- HIMSS 14 – Annual conference & Exhibition - Craig Swanson Insignia Health - Where Do I Start? Culture and Behavioral Change February 23, 2014
- NAVARRO RUBIO, MD.; Rudd, R.; Groene, O., (2013). On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions., (1134-282X) Revista de calidad asistencial, 28, 188-192
- Rudd R, Keller D. (2009) Health literacy: New developments and research. Journal of Communication in Healthcare, 2: 240-257.

(*) CGS - Clínica de Gestión Sanitaria
alvarezmanuel3@yahoo.com.ar



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



Los planes parciales en la medicina prepaga

Una nueva oportunidad perdida



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

En los últimos días de enero el Poder Ejecutivo Nacional dictó el decreto 66/2019⁽¹⁾, a través del cual modificó algunos aspectos de la reglamentación a la ley de medicina prepaga, la n° 26.682.

Recordemos que esa ley fue dictada en mayo de 2011 y su decreto reglamentario (el 1993) se firmó en diciembre del mismo año. Desde ese momento hasta los inicios del 2019, no hubo modificaciones a dicha normativa, complementada por diferentes resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud en su calidad de autoridad de aplicación de la ley.

Los cambios que este decreto ha venido a traer son reclamos que las empresas (y los empresarios) de la medicina prepaga venían solicitando desde hace tiempo. Detallemos algunos de ellos para luego detenernos en aquel que -creemos- es el más importante de la norma.

- Reafirma la “quita” de competencia al INAES (INSTITUTO NACIONAL DE ASOCIATIVISMO Y ECONOMÍA SOCIAL) respecto de mutuales y cooperativas que brinden planes⁽²⁾ de salud.
- Elimina la posibilidad que existan inscripciones provisionales de sujetos comprendidos en la ley en el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga.

- Permite que aquellas entidades que inician sus actividades y no pueden presentar un estado contable (o tres como exigía la norma) y pretendan inscribirse en el mencionado Registro, puedan acompañar una certificación contable de Inicio de Actividades.
- Elimina el requisito de la cuenta única que debían tener los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la ley de medicina prepaga.
- Permite que los sujetos del artículo 1 de la ley⁽³⁾ propongan situaciones de preexistencia. Antes de esta reforma, sólo la autoridad de aplicación podía establecerlas y determinarlas.
- Se elimina la intervención (vinculante en el anterior decreto) de la Secretaría de Comercio en la solicitud y tramitación de los aumentos de precios de los planes.
- Establece un plazo para que la autoridad de aplicación se pronuncie sobre los pedidos que formulen las empresas de medicina prepaga de aumento de los valores de los planes (45 días a partir de la presentación).
- Reduce la antelación con que las empresas de medicina prepaga deberán informar a los usuarios los nuevos valores de cuotas (antes 30 días hábiles, ahora 30 días corridos). La comunicación puede ser suplida con la notifi-

cación incorporada a la factura del mes precedente.

- Establece que ante una solicitud de cuota diferencial por preexistencias la Superintendencia de Servicios de Salud tendrá que pronunciarse dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la presentación completa del trámite de pedido.
- Permite que los sujetos del artículo 1 de la ley establezcan distintos valores de los planes por grupo etario, siempre que haya sido expresamente previsto en el contrato de afiliación. En este aspecto, deberá la Superintendencia de Servicios de Salud adecuar la Resolución n° 163/2018-SSSalud que legisla de manera contraria a lo ahora dispuesto.
- Con relación a la rescisión con causa (efectuada por la entidad) basada en la falsedad de la declaración jurada, la nueva norma agrega como requisito la acreditación de la mala fe del usuario.
- Planes parciales: incorpora la posibilidad de brindar nuevos planes parciales.

PLANES PARCIALES

Con relación a esta reforma, ya existían en la ley de medicina prepaga la posibilidad de brindar planes parciales en tres (3) supuestos:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente.
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas.
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

Y continuaba diciendo la norma que “la autoridad de aplicación podrá proponer nuevos planes de cobertura parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley”⁽⁴⁾.

1 - Decreto de fecha 22 de enero de 2019.

2 - Esta supresión de funciones ya estaba prevista en la ley 26.682 y en el decreto 1993 / 2011 reglamentario de la ley que ahora se modifica por el decreto 66 / 2019

3 - Hablamos de “sujetos comprendidos en el artículo 1 de la ley” y no de empresas de medicina prepaga, porque la norma también incluye a las obras sociales nacionales, a mutuales, cooperativas, asociaciones civiles y fundaciones.

El nuevo decreto faculta a los sujetos del artículo 1 de la ley a proponer (a la Comisión Permanente) nuevos planes parciales de cobertura. Una vez dictaminado por dicha Comisión (favorablemente) podrán ser autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud. Es del caso señalar que -hasta el momento de escribir este artículo- la Comisión no ha sido conformada, por lo que nada pueden las empresas de medicina prepaga presentar.

Continúa diciendo la norma modificada que cuando las entidades se encuentren habilitadas a ofrecer estos nuevos planes parciales, *“se deberán explicitar claramente las prestaciones cubiertas y detallar pormenorizadamente las excluidas de la cobertura, no pudiendo hacer referencias genéricas respecto de enfermedades de escasa aparición”*.

Varias aristas quedan sin resolver en esta nueva aptitud otorgada a las empresas.

- a) No se define la “parcialidad” del plan.
- b) ¿Puede ser un plan por niveles de cobertura?
- c) ¿Puede ser un plan por ámbito territorial de servicio?
- d) ¿Puede ser un plan que cubra determinada prestación o prestaciones?
- e) ¿Puede ser un plan que cubra exclusivamente una patología o un grupo de patologías?
- f) ¿O todo ello junto?

Como podemos observar, de los interrogantes anteriores puede dar cuenta una Comisión Permanente que todavía no ha sido creada. Aunque vemos publicidades de algunas empre-

sas que nos hacen saber su voluntad y decisión de avanzar en este sentido.

Una sola certeza tenemos hasta ahora: que no va a afectar al segmento de personas que “desregulan” a través de una obra social. Así lo dice expresamente en segundo párrafo in fine del artículo modificado: “no se podrán derivar aportes de la Seguridad Social a un plan parcial”⁽⁵⁾.

Además de esa certeza planteamos una conjetura: el detalle “pormenorizado” de las exclusiones parece dirigido a evitar la judicialización que a señalar las prestaciones que no están contenidas en el plan. La creciente intervención del Poder Judicial en los reclamos de usuarios contra las empresas de medicina prepaga pareciera querer encontrar un dique de contención en estas disposiciones.

LAS DEUDAS DE LA REGLAMENTACIÓN. LA OPORTUNIDAD PERDIDA

Sin perjuicio de señalar que la nueva norma reduce plazos (porejemplo, para la comunicación de los aumentos) y establece nuevos plazos donde no lo había (para que la SSSalud se pronuncie sobre el pedido de aumento de precio de los planes), no existen consecuencias previstas frente a un eventual incumplimiento.

De atenernos a las normas del procedimiento administrativo, en el sistema legal argentino la regla del silencio de la administración es el silencio negativo⁽⁶⁾. Por ello, nada nuevo se introduce con esta modificación a lo ya existente teniendo en cuenta la potestad de cualquier administrado de solicitar un pronunciamiento dentro de los plazos previstos por las normas del dere-

cho administrativo federal y los recursos que los procedimientos de carácter general establecen para acceder (judicialmente) a generar un pronunciamiento.

Teniendo en cuenta que tanto la ley de medicina prepaga como su decreto reglamentario son de 2011, han pasado ya casi ocho años desde su dictado para intentar mejorar una norma que todo el espectro de salud critica.

Si bien hay cuestiones para las que se requiere una modificación parlamentaria, hay otras que bien podían ser materia de este decreto.

En esta misma Revista en otros artículos, hemos hecho referencia a cuestiones que no han sido legisladas o que lo han sido de manera equivocada. Basta señalar, a modo de ejemplo, la vinculada a la matrícula que deben abonar las empresas. La ley en su artículo 25 estableció que los sujetos comprendidos en el artículo 1 de la ley deben abonar una matrícula anual “cuyo monto será fijado por la reglamentación”. En un artículo publicado en la edición de marzo de 2015 de esta Revista hicimos referencia a esta situación⁽⁷⁾.

Nada dice esta nueva norma al respecto.

Ya en julio del año anterior (2014) habíamos titulado un artículo como “Alguien tiene interés en continuar con la regulación de la ley de medicina prepaga”⁽⁸⁾ en la inteligencia que no había ninguna preocupación (ni técnica ni política) en avanzar en esta reglamentación.

Las lagunas que mencionábamos hace más de cuatro años se mantienen.

Otra oportunidad perdida y van... □

4 - Recordemos que el artículo 6 de la ley 26.682 crea una Comisión Permanente como órgano de articulación de las funciones establecidas en la ley, y conformada por tres representantes del Ministerio de Economía (hoy Economía y Finanzas) y tres del Ministerio de Salud (hoy Salud y Desarrollo Social).

5 - Desde que comenzó la desregulación, esto es, desde el dictado del decreto 504/98 en mayo de 1998, es la primera vez que un decreto reconoce la existencia de un mecanismo de transferencia de aportes y contribuciones hacia el sector de la medicina prepaga.

6 - El Silencio de la Administración y la Habilitación de la Instancia Judicial, Fernando E. Juan Lima, https://www.gordillo.com/pdf_unamirada/06lima.pdf

7 - http://www.revistamedicos.com.ar/numero85/opinion_bustos_cochlar.htm

8 - http://www.revistamedicos.com.ar/numero81/opinion_bustos_cochlar.htm

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.



¿Cuándo la cobertura de salud de la población excluida estará en la agenda política argentina?

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com



Año de elecciones y nuevamente Salud sigue sin aparecer en la agenda de los partidos políticos y de la sociedad. Hay algo que no estamos escuchando o no se está diciendo o el sistema de salud funciona mejor de lo que pensamos. La parte de la sociedad que se expresa a través de sus representantes (trabajadores formales, discapacitados, jubilados y pensionados, personal en relación de dependencia en la administración pública nacional, provincial y municipal, autónomos, monotributistas, pequeños, medianos y grandes empresarios de manera conjunta con sus respectivas familias) si bien critican y utilizan la justicia para reclamar no ponen salud entre los problemas más relevantes. Son las personas que están protegidas por obras sociales, medicina prepaga, institutos provinciales, PAMI, incluir salud y otros seguros.

Pero los invisibles son aproximadamente 15 millones de personas, algunos con planes y otros no, con trabajos informales, con una ciudadanía muy débil que suelen tener un voto condicionado por las necesidades y las condiciones de vida.

Con escasa conciencia y conocimiento de lo que es el derecho a la salud, percibido mucho más como la recuperación de la salud perdida antes que los cuidados personales y la prevención este colectivo no reclama por el derecho a la salud. Un sector ignorado al momento de ejecutar políticas concretas y que los funcionarios con las cuales poder llegar a la medula de este colectivo que suele vivir en entornos con fuertes condicionamientos de los determinantes de la salud. Ambiente insano (aire y agua), dificultades para acceder a médicos y otros actores de la salud colectiva, bajo nivel educativo como para comprender e internalizar el riesgo, descomposición familiar, presencia de droga y otras adicciones, violencia e inseguridad en el entorno, mala alimentación, etc.

Este colectivo no puede estar atendido por un programa médico obligatorio construido para una carga de enfermedad, morbilidad y mortalidad más parecida a la de un país europeo que para un país africano como es lo que debería enfrentar. Esta es una población bajo riesgos muy altos con la cual la estrategia de cobertura universal no puede convivir fácilmente y fracasa. Es una población que está en malas condiciones de partida, con determinantes por debajo del promedio y en consecuencia la única forma de enfrentar esta problemática es una estrategia especial que sin dejar de estar integrada para no aumentar la fragmentación ponga la nota sobre aquellos factores condicionantes.

Actualmente los sistemas de salud están demostrando

de un creciente interés por investigar sobre el resultado de las intervenciones sanitarias motivado por la necesidad de priorizar las inversiones en aquellas intervenciones que logren demostrar una eficacia relevante.

La Política Basada en la Evidencia busca que las políticas públicas estén (más) informadas por evidencias fruto de investigaciones rigurosas. En la práctica, esto pasa por incorporar conocimiento empírico en todas las etapas del proceso, desde que se identifica el problema, hasta el momento que se formula y se implementa una política que lo enfrente. Supone también verificar el éxito o fracaso de acciones en funcionamiento, e incluso llevar a cabo ensayos para evaluar un programa antes de su puesta en marcha.

Se trata entonces de tener la mayor cantidad de información analizada disponible que nos permita, cada vez más, tomar decisiones de política pública basados en la evidencia. Solo mediante acciones planificadas e intencionadas, que reconozcan y utilicen las métricas disponibles podremos avanzar en la construcción de una apuesta conceptualmente sólida y empíricamente validada.

A través de los planes de beneficios (Programa médico Obligatorio o Canasta de Prestaciones Garantizadas) se determinan las responsabilidades y obligaciones de los financiadores, se hace más previsible el gasto y los criterios de asignación son más claros. Un Plan de Beneficios bien diseñado puede ser una herramienta para la planificación, seguimiento y evaluación de resultados. Además, el Plan de Beneficios que se defina actuará como una señal de importancia para los agentes del sector salud, es decir que modela, de alguna manera, la oferta de servicios.

Es importante destacar que existen dos temas asociados a la dinámica del sector que impactan en la necesidad de revisar, permanentemente, los criterios de asignación de recursos, uno es la tecnología y el otro el perfil epidemiológico de la población. Se sabe que la incorporación de tecnología debe tener en cuenta los resultados esperados ya que se ha observado que una nueva tecnología puede ser muy eficaz, relativamente eficaz o incluso de dudosa eficacia en cuanto a los resultados mencionados. Por otro lado, se menciona que el cambio en el perfil epidemiológico se refleja en una mayor frecuencia de patologías asociadas a la vejez, a la violencia, a los accidentes, a las adicciones y a la deficiente nutrición. Estos son algunos de los argumentos que sostienen que el sector ha ido revalorizando los mecanismos explícitos de racionamiento en sus sistemas de salud.

No existe un Plan de beneficios explícitos idóneo

para todos los países, los contenidos de los planes existentes reflejan los valores de cada sociedad y se han definido a través de una amplia participación social como en el AUGÉ de Chile o a través de un proceso deliberativo del gobierno, basado en el análisis de las necesidades de la población como en el CAUSES de México (BID 2014).

Es evidente que las mejoras no se alcanzan sólo por contar con un plan explícito de beneficios ya que los resultados de la aplicación de una canasta de servicios garantizados dependen de la coherencia entre el costo de ésta y los recursos financieros disponibles, es decir, de la oferta efectiva de los servicios incorporados en el plan de beneficios. Los estudios realizados demuestran que los planes de beneficios explícitos, bien diseñados, facilitan la definición de las obligaciones de los aseguradores, los prestadores y los usuarios y al mismo tiempo, favorecen la elaboración de presupuestos que, en su formulación, necesitan contar con un orden de prioridades y una asignación de recursos. Cuando se difunde esta información se expresa lo que se espera de la oferta y el plan de beneficios se convierte en una herramienta para la planificación y desarrollo de la oferta de servicios.

El impacto general de la aplicación de un plan de beneficios o programa médico depende también del modo en que se estructuran las prestaciones contenidas en el mismo, cuando lo hacen alrededor de problemas de salud, de patologías o ciclo de vida (agrupados por edad y género) pueden promover atenciones más integradas y de mejor calidad si se añaden protocolos o guías de práctica clínica. La utilización y guías asociados con las prestaciones incorporadas en el plan de beneficios se incorporó en el diseño del CAUSES en el marco del Seguro Popular de México.

Otro elemento para tener en cuenta para la aceptación y adecuada utilización del plan de beneficios es la comunicación a los ciudadanos. Es importante la asociación con metas de política sanitaria como equidad, eficiencia y calidad. Se reconoce que para cumplir con estos objetivos es necesario disminuir la brecha entre los recursos asignados y la demanda, efectiva y potencial. Además, se debe lograr que la población y los agentes confíen en los criterios de incorporación de prestaciones en el plan de beneficios y en los resultados de la evaluación de tecnologías realizada con la intención de ordenar prioridades y elaborar recomendaciones sobre los beneficios y costos de los servicios a ser adoptados. En general no existe una receta que indique los criterios y métodos a utilizar para definir las inclusiones o las exclusiones. De los múltiples principios disponibles, suele utilizarse la carga de enfermedad, el costo efectividad o los principios de Hanlon para determinar prioridades y establecer un Programa Básico de Salud y, además, como ya se ha mencionado, es fundamental estimar los recursos requeridos, económicos, humanos y de estructura. Generalmente, esta condición se cumple para los asegurados que suelen contar con financiación suficiente.

El desafío de la Argentina es plantearlo para los no contributivos, las personas con trabajos informales y excluidos. La democracia se completará cuando logremos asegurar ciudadanía sanitaria a este colectivo excluido del primer componente del derecho a la salud: prevención y primer nivel de atención. □

(*) Universidad Nacional del Litoral y Universidad de San Andrés.



EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Aportar a la solución, ejerciendo nuestra dignidad profesional

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



LA NOTICIA

En estos días tuve ocasión de leer un reportaje a la Dra. Evangelina Martich, Coordinadora de Proyectos en el Instituto de Salud Global de Barcelona, en el cual se refirió a la aplicación de las leyes de genéricos en la Argentina y Brasil.

RESULTADOS ALLÁ Y ACÁ

Anticipando el resultado de su análisis, la profesional inicia su exposición afirmando que a partir de este hecho Brasil se había convertido en el país más avanzado de América latina en este aspecto, enfatizando que la clave del éxito se encontraba en la aplicación de una correcta estrategia: *"...en Brasil la ley funcionó porque no fue una medida aislada..."*.

La implantación de genéricos se materializó a partir de un conjunto de herramientas puestas en producción al mismo tiempo: una ley de genéricos que determina explícitamente que ellos deben ser más baratos; la creación de un ente regulatorio reconocido en todo el mundo por la buena evaluación de los medicamentos; la creación de una Cámara que regula los precios de venta en el mercado; y la de una Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías, para analizar las tecnologías sanitarias a ser cubiertas por el sistema de salud, haciendo una evaluación de costo-efectividad en relación a las tecnologías ya existentes.

Pasando al caso argentino, manifiesta la profesional que aquí ocurrió todo lo contrario. Por una parte, la acción se circunscribió a sancionar una ley de prescripción por DCI, sin ningún tipo de acción adicional, constituyéndose la industria nacional en el principal opositor porque las empresas argentinas ya eran productoras de medicamentos de marca. La novedad no aportaba ventajas para el cambio y de ningún modo podían aceptar una competencia en un mercado que controlaban.

DESDE AYER HASTA HOY

Neutralizado en forma prematura aquel intento a inicios del presente siglo, no habíamos tenido novedades en ese sentido hasta la intervención parcial del Estado a través de PAMI regulando el precio del medicamento para la dispensa a sus afiliados a partir de 2018.

Entre los variados efectos que tal decisión generó, quiero señalar aquí un estado de pánico general en importantes sectores del mercado, alguno de cuales parecen justificables ya que la medida viene a cambiar reglas, terminando con la hegemonía y la total libertad que gozaron para establecer precios y condiciones en todo momento y lugar.

Lo notable es ver detrás de ellos, desfilando como gansos silenciosos, a más gente afectada por un estado de pánico que no logramos justificar, avalando y acompañando estrategias reactivas de cierto sector de la industria que persiguen:

- Debilitar estas políticas del Instituto.
- Frenar acciones que posibiliten la elección de una más variada gama de marcas comerciales.
- Bloquear a cualquier precio la prescripción por DCI.

Siendo incluso afines a la estrategia de volver a poner a las farmacias en el cepo financiero, cediendo el control de sus finanzas a las droguerías y varios temas en la misma dirección, que no es otra que la de volver el tiempo atrás.

Son los mismos que suelen periódicamente difundir con énfasis noticias que dan cuenta de los malos vientos que soplan sobre el presente y el futuro inmediato, abonando con cifras y datos relacionados con la caída de ventas de unidades, incremento de los costos de operación y una irreversible tendencia hacia el abismo... sin mencionar una sola palabra o acción, que pudiera dar cuenta de su preocupación por cambiar el rumbo de sus propios integrantes antes que ocurra el irreversible final que vienen augurando.

"Estamos convencidos que, cualquiera sea el color político o los nombres de los funcionarios que tomen a su cargo la conducción del país en el próximo período de gobierno, ante un seguro escenario de insuficientes recursos y administración de carencias, tendrán como opción ineludible apelar a la gestión asociativa, el control y la eficiencia de gestión para poner los medicamentos al alcance del pueblo argentino en forma segura, eficaz y asequible".

NOSOTROS Y LO QUE VIENE

Por nuestra parte nos apresuramos a señalar que de ninguna manera consideramos que estamos en presencia de una medida que viene a dar solución a todos los problemas, porque ni cerca de ello está. De lo que se trata (una vez más) es de tener una oportuna y acertada visión de la realidad que a partir de ello puede crearse, para diseñar políticas y estrategias que permitan enfrentar la situación actual y futura del mercado.

En nuestro caso la lógica de actuación seguirá por los carriles que habitualmente venimos transitando: procurar por todos los medios el sostenimiento de nuestra red profesional, a la par que brindar soluciones a nuestros naturales aliados de la seguridad social, que a diario vienen haciendo malabares para poder seguir dando los mínimos servicios que deben garantizar a sus afiliados (ej.: Convenio Específico de Colaboración y Asistencia FEFARA – PAMI).

Estamos convencidos que, cualquiera sea el color político o los nombres de los funcionarios que tomen a su cargo la conducción del país en el próximo período de gobierno, ante un seguro escenario de insuficientes recursos y administración de carencias, tendrán como opción ineludible apelar a la gestión asociativa, el control y la eficiencia de gestión para poner los medicamentos al alcance del pueblo argentino en forma segura, eficaz y asequible.



Y que para lograrlo **no sólo será necesario insistir con la prescripción por DCI, sino que además se deberá garantizar la existencia de una logística que cubra el territorio nacional con una variada y diversa oferta de medicamentos.** No es posible romper la concentración y el manejo discrecional del mercado actual, el cual se encuentra en manos de una muy breve lista de nombres, trabajando sólo con DCI como herramienta.

Como vimos en el caso brasileño, no es posible modificar la realidad sin poner en práctica un conjunto de medidas, siendo una de las acciones centrales trabajar sobre una logística que hoy se encuentra encapsulada, impidiendo la llegada de una variada oferta de medicamentos genéricos a todos los rincones del territorio, siempre bien cubiertos por nuestra red nacional de farmacias.

La tarea nos deberá involucrar a todos: políticos, empresas, financiadores y de manera especial a quienes integran y conducen las diferentes entidades nacionales farmacéuticas, a quienes volvemos a invitar para trabajar juntos en pos del bien del conjunto y, de paso, recuperar la dignidad farmacéutica.

Dignidad que por otra parte no es más que ejercer cabalmente nuestros derechos, evitando ceder a terceros intermediarios la gestión farmacéutica, tanto profesional como comercial, en la cual se juega nuestro destino y supervivencia. □



Es nuestro compromiso
brindar atención de
excelencia personalizada,
aplicando el tratamiento
radiante indicado
para cada paciente

- SBRT – Radioterapia estereotáctica extracraneal
- IGRT – Radioterapia guiada por imágenes
- IMRT – Radioterapia de intensidad modulada
- RC – Radiocirugía estereotáctica cerebral
- 3D – Radioterapia conformal tridimensional
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

La resistencia a los antimicrobianos, un gran desafío para la salud pública

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es responsable de un sin número de muertes y elevados costos económicos y el riesgo de la resistencia microbiana ha sido equiparada por muchos expertos al riesgo que ocasiona el cambio climático.

Si bien la OMS está alertando sobre esta temática y la considera como uno de los grandes problemas de la salud pública a resolver, y diferentes países están intentando ponerlo en agenda, lo cierto es que no existe aún conciencia de la gravedad de esto entre profesionales y pacientes, así como tampoco entre ganaderos y la industria alimenticia y el problema lejos de solucionarse tiende a agravarse.

Podemos resumir el problema en las siguientes afirmaciones: el uso indiscriminado de antibióticos ha provocado el aumento de bacterias resistentes. La velocidad de adaptación de las bacterias es mucho más rápida que el tiempo de producción de fármacos. En la actualidad, existen nueve bacterias con niveles alarmantes de resistencia.

¿A QUÉ SE DENOMINA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS? (RAM)

Según la OMS "La resistencia a los antimicrobianos (o farmacoresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como ultrarresistentes. El fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte del paciente, transmitirse a otras personas y generar grandes costos tanto para los pacientes como para la sociedad".

El concepto de RAM es más amplio que el de resistencia a los antibióticos ya que abarca también las resistencias a fármacos utilizados para tratar infecciones causadas por otros microorganismos y no sólo bacterias, tales como parásitos (por ejemplo, los helmintos o el parásito que causa el paludismo), virus (como el VIH) y hongos (como la candida).

Considerando su impacto en la población mundial, la OMS (<http://www.who.int>), en febrero del 2017, jerarquizó las especies bacterianas por las resistencias que presentan en tres niveles de prioridad: Prioridad 1. CRÍTICA: Resistentes a los carbapenémicos: *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, y *Enterobacteriaceae* productoras de BLEE (Beta-lactamasas de espectro extendido). Prioridad 2. ELEVADA: Resistencias a una diversidad de antibióticos en: *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Helicobacter pylori*, *Campylobacter* spp., *Salmonellae* y *Neisseria gonorrhoeae*. Prioridad 3. MEDIA: Cepas (variantes) resistentes de: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Shigella* spp.

ALGUNAS DE LAS CAUSAS DE APARICIÓN DE LA RAM

Si bien los factores de resistencia que ocurren naturalmente contribuyen a la RAM, el uso de antibióticos favorece la selección y su aparición. El uso en ganadería de antibióticos para promover el crecimiento de los animales es un

factor muy importante de aparición de RAM. Según varios reportes, en EE.UU., el uso de antibióticos en los animales para su alimentación representa el 80% de todos los antibióticos consumidos. La Food and Drug Administration (FDA) estima que el 74% de estos antibióticos se administra con el alimento, un método habitual para promover el crecimiento del animal y no para tratar o prevenir la infección.

Por otra parte, en EE.UU. el 62% de los antibióticos usados en animales está representado por compuestos "de importancia médica", es decir, son importantes para el tratamiento de las enfermedades humanas.

La influencia potencial del uso agrícola de antibióticos en la salud humana ha dado lugar a una serie de respuestas, como las políticas en Europa que prohíben la utilización de los antibióticos para el crecimiento de los animales, las guías de la FDA que fomentan evitar el uso de antibióticos y el suministro voluntario de carne libre de antibióticos por los proveedores de alimentos. Por otra parte, recientemente la FDA publicó su Final Rule on Antimicrobial Animal Drug Sales and Distribution Reporting, donde requiere que los productores de medicamentos veterinarios con actividad antimicrobiana envíen informes anuales sobre la cantidad que se vende, para mejorar la transparencia de su uso.

También esta resistencia aparece a menudo cuando los pacientes no completan el tratamiento con antibiótico prescrito por el médico ya que es necesario que prácticamente todos los organismos infectantes sean erradicados para evitar la aparición de resistencia, de lo contrario aumentan las posibilidades de que una pequeña población que sobreviva al tratamiento le transmita a las demás bacterias el plásmido que codifica su resistencia, lo cual es posible por transferencia horizontal y no sólo a su descendencia.

Otro factor se relaciona al uso extendido de antibióticos de amplio espectro, que atacan indiscriminadamente a las bacterias patológicas y las naturales, acelera en gran medida el desarrollo de resistencia, así como la prescripción innecesaria de antibióticos ante afecciones de tipo vírico, que suman 1 de cada 4 casos en los que se prescriben antibióticos contra infecciones del tracto respiratorio.

LA RAM COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Se estiman 50 mil muertes cada año en USA y Europa por infecciones por bacterias resistentes a diferentes antibióticos (multirresistentes), así como 480 mil casos cada año de tuberculosis multirresistente a nivel mundial, de los cuales el 40% de los pacientes fallece (Robins-Browne, 2017). El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) norteamericano estima que anualmente 2 millones de pacientes en EE.UU. son tratados por bacterias resistentes, de los cuales 23 mil fallecen (CDC, 2013). Con esta tendencia, 10 millones de vidas se perderían para el 2050 por la falta de tratamiento adecuado para tratar bacterias resistentes, con un costo de 100 trillones de dólares (USD) (Holmberg et al., 1987). En 2014 la Organización Mundial

de la Salud (OMS) publicó un informe (WHO, 2014) con datos muy preocupantes sobre la incidencia de resistencia a antibióticos en distintas regiones del mundo, identificando 9 bacterias con niveles alarmantes de resistencia. Tanto la ONU, la OCDE, como el CDC están activamente buscando terminar la "era de (del uso excesivo de) los antibióticos".

Por otro lado, la FDA (Food and Drug Administration) reportó que la aprobación de nuevos antimicrobianos decreció 56% entre 1983 y 2002. La velocidad de adaptación de las bacterias es mucho más rápida que el tiempo de producción de fármacos. La industria está más enfocada a generar nuevas drogas para enfermedades crónicas y existe poca inversión para nuevas moléculas para las infecciosas por ser más costosa su inversión y porque se tarda más en el recupero de esa inversión (estimado en 23 años).

EL TEMA EN LA ARGENTINA

Ya en el año 1986 se crea La Red de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos WHONET-Argentina bajo la coordinación del Servicio Antimicrobianos del INEI-ANLIS "Dr. C. G. Malbrán" cuyo objetivo es proveer información a nivel nacional sobre los perfiles de resistencia a los antimicrobianos de patógenos hospitalarios y de la comunidad.

Según el actual ANLIS, en la actualidad esta Red está compuesta por 89 laboratorios representativos de todas las jurisdicciones del país. Estos realizan pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos a bacterias de origen clínico, siguiendo protocolos estandarizados y en el marco de un estricto control de calidad. Los datos generados se ingresan en el software WHONET.

En los sitios oficiales del gobierno podemos leer que también esta problemática es abordada en nuestro país. Según información oficial en 2015, se firma la resolución conjunta de los ministerios de Salud y ex Agricultura, Ganadería y Pesca No. 834/2015 Y 391/2015, estableciendo la Estrategia Argentina para el Control de la Resistencia Antimicrobiana con un abordaje interdisciplinario adoptando el concepto "Una salud" impulsado por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También mediante la Resolución Senasa 591/2015A se crea y aprueba el Programa Nacional de Vigilancia de la RAM en animales de consumo, el cual tiene como objetivo primario "determinar y monitorear de forma sostenida en el tiempo, la prevalencia de la resistencia de bacterias comensales y zoonóticas, a diferentes antimicrobianos de importancia en salud humana; y así poder evaluar posibles medidas que permitan retrasar o impedir la diseminación de bacterias resistentes y, de esta manera, minimizar su riesgo potencial sobre la salud pública y animal".

El segundo objetivo es reducir la pérdida de eficacia de principios activos esenciales (antimicrobianos), priorizados a nivel internacional a través de un listado de "antimicrobianos de importancia crítica" por su uso esencial en medicina humana, y al tener en la actualidad escasos o ningún sustituto, el Senasa promueve la difusión de información sobre el uso responsable de los antimicrobianos y buenas prácticas agropecuarias, con la finalidad de minimizar la utilización de éstos, sin comprometer la salud de los animales o la actividad de producción agropecuaria.

En definitiva, se requerirá de mayor investigación y desarrollo para la obtención de nuevas moléculas para una problemática (enfermedades infecciosas) que parecía erradicadas. Pero también y más importante se necesita de un cambio cultural en el uso de antibióticos en los médicos, pacientes y el sector agropecuario, caso contrario nuevas tecnologías caerán rápidamente en desuso y cada vez se estrecharán más las opciones de solución. □

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



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

DEPARTAMENTO DE INGRESO

ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB;
4349-0419/20



En defensa de la medicina

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



Hace algo más de treinta años en un Ministerio de Salud provincial se adquirieron las primeras PC. La conmoción fue grande: el fantasma de las cesantías del personal que iba a ser reemplazado por las máquinas invadió los pasillos ministeriales, convenientemente agitado por delegados y activistas. Hubo sabotajes. Hubo personal que se negó a utilizarlas; algunos sentían pavor frente al teclado, otros, simplemente no encontraban motivo para cambiar sus rutinas (lo que ahora llamamos el *espacio de confort*, o algo así). El espíritu burocrático, temeroso y conservador, crujía.

Hoy, como todos sabemos, en ese ministerio y en cualquier otra oficina pública o privada, nada puede hacerse cuando "se cae el sistema".

Recuerdo también que poco antes de eso, el servicio de tocoginecología de uno de los hospitales de la mayor complejidad de la misma provincia solicitó la suspensión de los consultorios externos hasta tanto se reparara el ecógrafo. *Sin ecógrafo no podemos atender el consultorio*, sostenían los jóvenes médicos de entonces, y su jefe nos lo transmitía, con resignación y desencanto. (De paso, siempre sospechamos que para algunos de los colegas era una buena excusa para dedicar más horas a la actividad fuera del hospital...).

Soy de la generación que presenció una extraordinaria transición de lo analógico a lo digital en la medicina.

Por aquellos años en los que sucedieron estas historias no existía internet tal como hoy la conocemos, la vida privada era un valor muy estimado, existía el correo postal y si bien era extraordinario el aporte de la aparatología al diagnóstico y luego cada vez más al tratamiento, nadie hablaba de pantallas y software reemplazando a los profesionales en el consultorio.

¿Era un mundo mejor? No lo sé. Pero con seguridad era muy distinto a éste.

Hoy la inteligencia artificial (IA) promete una medicina certera, rápida y personalizada (en términos biológicos): los algoritmos pueden ser mucho más eficaces que los profesionales a la hora de hacer

diagnósticos o definir tratamientos, y lo harían más barato. Una medicina sin errores y, en el extremo, sin médicos. O al menos sin los médicos que somos hoy.

Las cuestiones que plantea la irrupción de la IA en medicina no parecen tan significativas si nuestra atención está enfocada sólo en la discusión sobre las consultas virtuales, primera oleada de irrupción tecnológica que parece haber producido el conocido efecto del agua fría llegando a ese nivel un poco por debajo de la cintura. En estos días se habla mucho de eso.

Pero el agua ya nos había llegado a las rodillas cuando los pacientes empezaron a googlear, antes o después de las consultas: todavía hoy cuesta convencer a muchos médicos que parte de nuestro rol profesional es asesorar respecto de la calidad de la información disponible en las redes.

Y los pies se nos habían mojado antes, con las historias clínicas electrónicas.

Ahora los financiadores privados se vuelcan rápidamente a la innovación: claramente esperan reducir costos directos (se han denunciado casos concretos de impacto sobre el deteriorado honorario médico, al reemplazar vi-

sitas en domicilio por consultas virtuales) e indirectos, al liberar capacidad instalada que se ocupa por consultas o reconsultas "banales". Y también a mejorar la satisfacción de los clientes, ávidos de consumir tecnología a toda hora.

Se genera, además, un nuevo activo de enorme valor para los gerentes y accionistas: la información.

Ingente cantidad de datos sobre necesidades, demandas, preferencias, consumos, gasto, utilización, impacto, costos y varios etcéteras que constituyen un capital de gran valor económico, y no sólo sanitario.

La IA -que, en resumen, es la capacidad de analizar rápidamente esos enormes volúmenes de datos, establecer patrones, ofrecer respuestas y modificarlas, pone en cuestión como nunca la esencia misma del ejercicio de la profesión médica: ¿podrán las máquinas darnos certezas donde ahora la incertidumbre reina?

Si esto fuera así, la pregunta siguiente es: ¿terminaremos siendo innecesarios?

No sabemos cómo serán los pacientes del futuro, pero por ahora podemos afirmar, siguiendo a Daniel Flichtentrei que: "el objeto de la medicina no es el conocimiento sino el padecimiento. La información es un insumo, una herramienta, no un fin".

En una reciente publicación Gustavo Tolchinsky⁽¹⁾ sobre la IA se pregunta: *¿quién gobierna realmente la toma de decisiones y sus repercusiones éticas. ¿Quién toma realmente las decisiones?*

El tema es central, habida cuenta de la enorme influencia de las industrias y los grandes financiadores sobre el sector. ¿Quién y con qué lógica, intenciones y valores construye o valida los algoritmos que son el corazón del concepto de IA?

Pero conceptualmente la situación no es novedosa, solo que la IA multiplica exponencialmente la potencia y la efectividad del marketing tradicional: de la influencia en las guías de práctica clínica -mediada a través de colegas- los regalos y los congresos, a la injerencia en los algoritmos diagnósticos y/o terapéuticos.

La cuestión adquiere franco dramatismo si uno adhiere a la expresión de Seamus O'Mahony⁽²⁾, para quien la profesión médica *"se ha convertido en el equipo de ventas para la industria [de los medicamentos]"*.

Es decir: la IA puede ser más de lo mismo, pero peor.

Pero tampoco es ésta la única cuestión trascendente que se plantea alrededor de la IA. El *AMA Journal of Ethics*⁽³⁾ acaba de publicar un número completo dedicado a la IA. Los títulos de los artículos repasan aspectos algunos centrales de la agenda en materia ética, legal, clínica, política y filosófica, que es necesario discutir.

No sabemos cómo serán los pacientes del futuro, pero por ahora podemos afirmar, siguiendo a Daniel Flichtentrei⁽⁴⁾ que: *"el objeto de la medicina no es el conocimiento sino el padecimiento. La información es un insumo, una herramienta, no un fin"*.

Y el dominio del padecimiento, agregamos, es el de la subjetividad. El de lo esencialmente humano.

En el mismo artículo -a propósito de un muy recomendable libro de Henry Marsh- dice: *"la verdadera tragedia no es que Google se convierta en médico, algo muy improbable, sino que los médicos nos convirtamos en Google, en meros recopiladores de datos"*.

En resumen, el problema no son las herramientas sino los valores que sustentan su uso; y no deberíamos dejar que el mercado convenza a las personas de que el acto médico se resume en una operación de recolección de datos y obtención de unos resultados lógicos (eso podría llegar a hacerlo mejor un algoritmo) sino, por el contrario, demostrar cada día que el encuentro clínico es esencialmente un espacio de comunicación significativa entre personas.

Esa sería la mejor defensa de la medicina. □

1 - Tolchinsky G, Cui Prodest. La irrupción de la inteligencia artificial traerá cambios... Avances en Gestión Clínica. Disponible el 22/02/19, en: <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2019/02/la-irrupcion-de-la-inteligencia.html?m=1>

2 - Bravo R, ¿Se puede curar la medicina? La corrupción de una profesión. *Primun non nocere* 2018. Disponible el 22/02/19 en: https://rafabravo.blog/2019/02/15/se-puede-curar-la-medicina/amp/?__twitter_impression=true

3 - AMA Journal of Ethics, February 2019 Volume 21, Number 2: E119-197. Disponible el 22/02/19, en: https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2019-01/joe-1902_0.pdf

4 - Flichtentrei D, Sin historias no hay medicina. Revista ñ. 08/02/19. Disponible el 22/02/19 en: https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/historias-medicina_0_3315Z1GNY.html

(*) Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- 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 salud también oculta cosas debajo de la alfombra. (Capítulo II)

Por el Dr. Sergio Horis del Prete (*)



El conocimiento parcial respecto de la evolución de una enfermedad tiene sus raíces en que lo que hace a su desarrollo evolutivo (fisiopatología, perfil epidemiológico, tratamiento efectivo y eventual pronóstico). Nunca resulta igual de un paciente a otro (el componente estocástico del proceso salud-enfermedad). En general, va avanzando de manera progresiva y, ciertamente, fuera de cualquier algoritmo convencional.

Es como si se tratara de un gigantesco rompecabezas, cuyas piezas difícilmente logran encajar en forma exacta. Y dado que la medicina no es matemática, en cada momento de la enfermedad puede surgir una cierta lógica que, a su vez, suele ser tan efímera como la oportunidad de que nueva evidencia venga a demostrar que estaba equivocada.

En la práctica médica habitual se toman decisiones para mejorar la salud de los pacientes -en base a delegaciones de funciones que resultan de la relación de agencia- siempre en condiciones de incertidumbre respecto de un resultado final que nadie puede predecir con exactitud. La información disponible muchas veces surge parcial y hasta contradictoria. Y si se indica un tratamiento basado en medicamentos o en la colocación de un dispositivo determinado en alguna parte del organismo (prótesis, marcapasos, válvulas cardíacas, etc.), más allá de estudios que hablen de su efectividad, el mismo nunca beneficiará por igual al 100% de los pacientes, sino a un determinado porcentaje estadístico.

El problema es que no hay forma de saber fehacientemente si nuestro paciente será uno de ellos, o estará dentro de los que probablemente resulte inefectivo. De la misma forma que tampoco tendremos la certidumbre de si un resultado es verdaderamente negativo y no existe enfermedad, o si se trata de un falso negativo. O peor aún, si se trata de un falso positivo. Ejercer la profesión médica supone lidiar contra la incertidumbre, a pesar de que la seguridad que pretendemos trasladar al paciente también constituya un componente de su curación. El problema es de donde surge la supuesta certidumbre.

Para matizar las características climáticas de nuestro particular verano -y en vacaciones- accedí a la lectura electrónica de un interesante libro llamado *¿Puede curarse la medicina? La corrupción de una profesión*, cuyo autor es Seamus O'Mahoney, gas-

troenterólogo inglés. Me interesó en particular, por mi anterior artículo en esta misma *Revista* respecto del tema. O'Mahony vuelve sobre los pasos de Ivan Illich, aquel de *"Némesis Médica"*, para retomar 43 años después de esa edición los cuestionamientos a la medicalización de la vida y la muerte, ahora desde señalar los costos descontrolados, la vigencia de la "regla del rescate", la comercialización de enfermedades, y pacientes transformados en consumidores/objeto de consumo y médicos en indicadores/prescriptores influenciados por el marketing de las empresas.

En un contexto donde la industrialización de la atención se ha tornado una realidad compleja apta para inventar enfermedades y tratamientos. Y especialmente, dada la poca certidumbre que según él ofrece la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que, si como idea es genial, como realidad no tanto.

El argumento de O'Mahony es que en tanto no ha perdido la fe en el cuidado de los médicos, sí lo ha hecho sobre *"la investigación médica, gestión, protocolos, métricas e incluso al real progreso (sic)"*. Por este camino, el autor nos desliza capítulo a capítulo por el sinuoso camino entre la bioética, la gestión sanitaria y la economía. No voy a describir cada capítulo, pero sí remarcar que el libro inicia poniendo en tela de juicio a la investigación médica (*"el motor intelectual del complejo médico-industrial"*, como lo define). Afirma que, sobre más de 100 descubrimientos científicos básicos publicados en 20 años, sólo uno tuvo alta efectividad clínica. Y que muchos de los estudios (*trials*) están corrompidos por *"incentivos perversos, interés profesional y la comercialización"*.

¿Existe por parte de O'Mahony un cuestionamiento velado a la MBE respecto de sus posibilidades reales de poner en caja la variabilidad de la práctica médica basada en incentivos inadecuados? No sólo él lo hace, sino que hay otros importantes referentes y autores que también convalidan que la MBE comienza a no tener tanto valor, si la base de tal evidencia es falsa o su seriedad esta corrompida. Ya en 2009, la ex Editora en Jefe del NEJM, Marcia Angell, sostenía que *"no es posible creer en gran parte de la investigación clínica que se publica, o confiar en criterios científicos o pautas médicas autorizadas"*. Y a la vez precisaba que *"no me complace esta conclusión, a la que llegué lentamente y de mala gana durante mis dos décadas como editor"*.

En 2015, Richard Horton, con idéntica función en The Lancet, hizo similar advertencia: gran parte de la literatura científica –o quizás la mitad de ella– podría ser falaz ¿De dónde salen estas conclusiones tan rotundas? Los ejemplos abundan. La investigación es casi siempre financiada por las BigPharma. Y en muchos casos los estudios reconocen problemas de diseño, puntos finales de resultados a medir no bien aclarados, y un sesgo a selectivizar y publicar sólo los *trials* positivos, ignorando, relativizando o directamente ocultando los negativos. En ese camino, el marketing excesivo de la enfermedad lleva a protocolos dudosos que distorsionan el saber médico, exponen a sobreindicaciones y provocan una inadecuada asignación de los siempre escasos recursos disponibles.

Otro análisis efectuado en 2008 sobre una conocida BigPharma puso sobre el tapete que de 92 *trials* concretados, sólo se publicaron 14 con resultados positivos (15%). ¿Y los restantes? Los negativos que no muestran beneficios se suprimen ¿Quién decide cual se publica y cual no? Entonces: si la base de la evidencia esta sesgada por el marketing y las actividades promocionales ¿Cómo seguimos creyendo en ella a ojos cerrados? ¿Confiamos entonces a la MBE nuestra práctica y la vida de nuestros pacientes?

La BigPharma no es el único problema de distorsión de resultados que condiciona la MBE. También el mercado de dispositivos médicos implantables (DMI), una industria caracterizada por altos beneficios con altos precios tiene lo suyo: incentivos financieros y cierta opacidad de los procedimientos de competencia son una constante. Aunque quizás lo más significativo es la ausencia de datos de ensayos previos a su aprobación, como sí se obliga a los medicamentos.

La FDA categoriza a los DMI según su complejidad y el grado de riesgo que poseen para el paciente, y la gran mayoría se autoriza para comercializar por el procedimiento 510(k), si el fabricante asegura que es “sustancialmente equivalente” a otro ya disponible en el mercado. En general, no se exige testeo clínico o *trial* previo, por lo cual millones de dispositivos se prueban directamente en el mercado desde el punto de vista de su seguridad, confiabilidad y efectividad. Y los resultados clínicos que se disponen son *ex-post*.

Al ser poca y concentrada la oferta, las compañías tienden a diferenciar sus productos en la mente de médicos y cirujanos, y a ellos dirigen el marketing e incentivos. Especialmente para obtener casuística e investigación estadística de beneficios y complicaciones. Y también para generar fuertes relaciones para con quienes los implantan durante el ciclo de desarrollo del producto, dando lugar a la lealtad a la marca y otros conflictos de interés pasibles de reflejarse en tales estudios.

Las grandes corporaciones tienen a su vez promotores de ventas y “capacitadores” frecuentemente presentes en los procedimientos para entrenar en la colocación de los dispositivos. Cuando hay más de un DMI en el mercado, y otros procedimientos ya probados, la escasez de datos acerca de *performances* comparativas hace difícil evaluar su efectividad relativa, tanto como calcular su costo/efectividad incremental y definir utilidad desde la MBE.

No es mi interés generar escepticismo. Pero las personalidades señaladas y nuevos autores traen para la MBE el beneficio de la duda. Ben Goldacre, en su libro editado en 2012 “*Bad pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients*”, nos lleva en ese sentido. Sostiene que las farmacéuticas gastan millones de dólares en marketing con la obligación de hacer ganar dinero a sus accionistas, cada vez más diversificados. Y que, si bien esto es legal en otras industrias, el problema es como lo hacen en el campo de la medicina a través de la presentación de los datos, y como estos influyen a pacientes y decisores que tienen un deber con sus pacientes. ¿Pueden ambos mantenerse inmunes a esta práctica? Muchas BigPharma han recibido fuertes multas en Estados Unidos por ello.

La transparencia de la MBE requiere un aumento en la confiabilidad de los resultados que la demuestren. Y la industria y sus intereses no resulta ser sólo el problema, sino que también lo son sus socios ocasionales del sistema de salud. Un avance para reducir sesgos surgió de la *Physician Payment Sunshine Act* aplicada en US en 2010, que requirió de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y suministros biológicos la obligación de recopilar y reportar oficialmente todas las relaciones financieras con médicos y hospitales docentes.

Su objetivo fue aumentar la transparencia de las interacciones monetarias entre proveedores de atención médica y fabricantes y proveedores de productos farmacéuticos, a fin de descubrir y desmontar posibles conflictos de interés. Sin duda, vino a poner cierta claridad sobre lo opaco de estas interacciones. Cabría preguntarse porque no avanzar con un proyecto de Ley similar por estas tierras. Algo de eso hay, aunque parece haberse dormido como oportunidad. Por cierto, saber la realidad en ciertas cuestiones nunca luce muy bueno. □

(*) Mg. Profesor Titular Análisis de Mercados de Salud.
Universidad ISALUD. Buenos Aires. Argentina

Reconocé
las señales
de la violencia



ALZA LA VOZ
CONTRA LA VIOLENCIA
HACIA LAS MUJERES

www.osim.com.ar/alzalavoz/

OSIM
Obra Social de Personal de Dirección

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD – ÓRGANO DE CONTROL – 0800-222-SALUD (72853) – WWW.SSSALUD.GOB.AR – R.N.O.S. Nº 40120/9 – R.N.E.M.P. 611716

Identificación de los riesgos a posteriori



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

En el número anterior de la *Revista Médicos* preanunciábamos que volveríamos sobre el tema. ¿De qué se trata? Se trata de agudizar el ingenio y establecer una metodología de trabajo que les permita a los establecimientos médicos considerar ciertos acontecimientos (incidentes, accidentes) que dan testimonio de la existencia de riesgo. En ausencia de un equipo interno o externo, que se encuentre a cargo de desarrollar la actividad de una eficiente gestión de los riesgos, los acontecimientos se producen sin que la institución pueda advertirlos y capitalizar una enseñanza, para tratar de evitar que vuelvan a ocurrir. Los hechos de repente irrumpen en la realidad cotidiana: una carta documento citando a mediación, un oficial de justicia o un patrullero que se presentan de improviso para secuestrar una historia clínica, una cédula con la notificación de una demanda, una citación a un juzgado penal para una declaración testimonial o un llamamiento a prestar declaración indagatoria, un pedido de explicaciones de un financiador, el "portazo" de un paciente o de un pariente, se llevan por delante la paz de la dirección médica.

¿Cómo se debería hacer para identificar los riesgos a posteriori de los hechos ocurridos?

1.- Nivel de gravedad de los acontecimientos a identificar

Los acontecimientos de nivel de gravedad variable ya ocurridos se deben utilizar para gestionar los riesgos de futuro, inmediato o mediato.

A menudo, en la bibliografía especializada se representan los diferentes acontecimientos **indeseables** bajo la forma de una pirámide. (estratos). En el campo de la Gestión de los Riesgos se utiliza la imagen de la pirámide porque permite:

- por un lado, visualizar la frecuencia de los acontecimientos: las anomalías son más frecuentes que los incidentes, y estos últimos más frecuentes que los accidentes;
- por otra parte, constatar que las anomalías e incidentes son correlativos a los accidentes.

El accidente nunca se produce de manera aislada sin anomalía o incidente en el sistema que lo haga patente. Sólo que hay que estar capacitado y comprometido para interpretarlo.



Fig. 1.- Ejemplo de pirámide de acontecimientos indeseables.

Varios tipos de acontecimientos deberán pues ser considerados dentro del marco de la identificación de riesgos a posteriori:

a) Los accidentes y catástrofes

Los accidentes corresponden a una falla patente o error activo. Su identificación es evidente en muchos aspectos. Sin embargo, en materia de salud puede ser difícil establecer una distinción entre un accidente y las complicaciones *no evitables*. Por esa razón deberían organizarse reuniones de morbilidad o bien de análisis de historias clínicas. No ateneos, para concluir que se hizo todo bien, como es habitual. Reuniones críticas en serio y objetivas.

Los accidentes comprobados pueden dar testimonio de anomalías en el funcionamiento, y requieren una investigación, la búsqueda de las causas, o la relación de causalidad, pero innegablemente encarar su tratamiento, para tratar de evitar que vuelvan a ocurrir.

Cuando el accidente afecta a varios pacientes, constituye una **catástrofe** (por ejemplo, epidemia por falla técnica relativa a un sector de actividad que provoca varios decesos, o varios contagios).

b) Los casi accidentes, ("los que pegan en el palo"), los precursores y los hechos centinela

Estos tres tipos de acontecimientos corresponden a riesgos comprobados. Su análisis es igual y particularmente instructivo para mejorar la seguridad. (¿Sabemos por qué "pegó en el palo"?).

Por un lado, aportan información para elegir las acciones pertinentes para mejorar la situación futura. Por el otro, poseen un impacto pedagógico importante. En efecto, se trata de acontecimientos concretos, a la vez indiscutibles y serios, sin los efectos negativos de un accidente comprobado susceptible de provocar culpabilidad, y un impacto emocional que dificulte su aplicación en un ámbito pedagógico. (Una sentencia condenatoria que establezca claramente cuál fue el hecho que motivó las condenas, en la Institución se sabía, nada se hizo y nada se trató de hacer para evitar que vuelva a ocurrir. Por ej.: gruesas fallas en las evoluciones de historia clínica a partir de un parto distócico).

Los casi accidentes constituyen una oportunidad para que la organización reduzca un riesgo antes de que ocurra un accidente.

El casi accidente es una situación que conduce al accidente, si ciertas condiciones favorables puestas de manifiesto hubieran permitido evitarlo.

Al efectuar la preparación del paciente antes de una cirugía se produce una confusión y se *trata* el lado izquierdo en lugar del derecho. Un control previo

efectuado en el quirófano hubiera permitido subsanar el error.

No es bueno contar o documentar, o permitir contar o permitir documentar o asesorar para contar o documentar un hecho falso, a posteriori.

Después de una confusión entre dos pacientes, la falta de verificación de identidad y una interpretación errónea del último control antes de la transfusión, la enfermera se da cuenta de que existe un error en el concentrado de glóbulos rojos (B positivo) que se disponía a aplicar a un paciente de grupo A positivo. El accidente se evitó justo a tiempo.

Los precursores corresponden a todo acontecimiento crítico que puede conducir a un accidente con una probabilidad importante.

Una intubación difícil no prevista es un precursor de accidente anestésico.

Una reintubación realizada displicentemente o sin verificar adecuadamente es un casi seguro precursor de accidente anestésico.

El riesgo de esa situación debe normalmente ser diagnosticado en el momento de la consulta preanestésica. La no anticipación de la intubación difícil aumenta su gravedad potencial. ¿Habría que verificar el contenido de la visita preanestésica?

El precursor corresponde a un acontecimiento que se encuentra en la cadena de acontecimientos que preceden más o menos inmediatamente a los accidentes anteriores. Los precursores proporcionan indicadores que permiten monitorear el mejoramiento de la seguridad.

Los accidentes, más raros y en ciertos campos excepcionales, no proporcionan indicadores suficientemente sensibles para monitorear el sistema y no permiten actuar sino *a posteriori*, eso sí, para evitar reincidencias. Debe verse como una revisión NO PUNITIVA del incidente.

El acontecimiento centinela, se identifica como una ocurrencia desfavorable que sirve de señal de alerta, y desencadena sistemáticamente una investigación y un análisis profundo. El objetivo de la identificación no consiste en efectuar sólo un análisis estadístico sino, en una comprensión del acontecimiento en búsqueda de enseñanzas y evitar la extensión del daño. Que es punible. Civil y penalmente.

Corresponden a acontecimientos para los cuales los profesionales desean ejercer una vigilancia; son pues elegidos para ello por un sector de la actividad y/o por el establecimiento.

Algunos ejemplos, los decesos inesperados, las complicaciones mayores, las reanudaciones de intervenciones por el equipo quirúrgico, la ocurrencia de ciertas infecciones asociadas al cuidado de la salud, las readmisiones no programadas, las salidas en contra de la opinión del médico, los accidentes en la transfusión, los accidentes en la anestesia, los accidentes en los partos.

Que los operadores del sistema de primera línea (médicos) presten atención a esos diferentes acontecimientos (casi accidentes, precursores o acontecimientos centinelas) es esencial para la gestión de los riesgos.

En efecto, en el conjunto de los campos del riesgo médico, el análisis de los accidentes muestra frecuentemente que se habían producido algunos acontecimientos que los anticipaban. Sobrevienen generalmente con mayor frecuencia que los accidentes, y permiten así potenciar la prevención.

Los riesgos pueden ser identificados gracias al conocimiento de los acontecimientos indeseables. Claro está, debe tenerse conocimiento de esos riesgos.

En dichos acontecimientos existe una escala de gravedad.

Los acontecimientos por identificar, analizar y prevenir en primer lugar son los accidentes y los acontecimientos graves.

2.- Otros acontecimientos indeseables

Es indispensable y prioritario estudiar los accidentes y los acontecimientos graves que se produzcan. Pero cuando estos se tornan muy escasos, el estudio de acontecimientos de menor gravedad puede ser útil para analizar el sistema y hacer progresar la seguridad permitiendo actuar antes de que el accidente se produzca.

Esos acontecimientos corresponden a varios tipos de hechos:

- ✓ Los incidentes: se trata de acontecimientos fortuitos, poco importantes en sí mismos y que no han producido consecuencias.
- ✓ Los disfuncionamientos: se trata de un problema respecto de un funcionamiento normal; se puede distinguir.
- ✓ La no conformidad, que corresponde a la no satisfacción de una exigencia específica.
- ✓ La anomalía, diferencia entre una situación existente y una situación esperada.
- ✓ El defecto, no satisfacción de una exigencia o de una espera razonable.

La recogida de datos de cada ocurrencia y el análisis de dichos acontecimientos indeseables presentan dos intereses importantes:

- ✓ Determinar las fallas que, al permanecer aisladas, no hubieran tenido consecuencias graves pero que, asociadas, pueden conducir a un accidente.
- ✓ El conocimiento permite prevenir el accidente evitando lo más posible, las fallas mediante la utilización de procedimientos, gracias a la formación en gestión de riesgos de los actores involucrados, vía la instauración de un sistema de detección de dichos acontecimientos, que sea respetado y utilizado, no con fines punitivos.

Y *un bonus*, conocer mejor el funcionamiento real del sistema y saber lo que realmente ocurre.

Es así como, el conocimiento de los mecanismos de adaptación, implementados por los actores del sistema en forma cotidiana permitirá adaptar las medidas de seguridad al funcionamiento real y no a un funcionamiento teórico más o menos modificado por las prácticas que haga creer equivocadamente que hay una Gestión del Riesgo.

Saber cómo funciona el sistema de cada área, día tras día, es una etapa importante en la búsqueda de su seguridad.

Interesarse en los acontecimientos menores sólo tiene sentido después de haberse asegurado que los acontecimientos mayores están identificados y tenidos en cuenta y tratados.

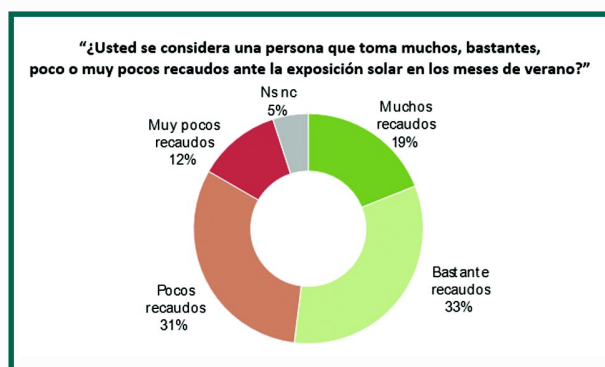
El costo de la recopilación de acontecimientos y del tratamiento debe ser tenido en cuenta en el momento de decidir la implementación de un verdadero sistema de Gestión del Riesgo. □

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.
Presidente de RISKOUT S.A. Consultora especializada en
Gestión de Riesgo Jurídico - Médico y Seguridad del Paciente.

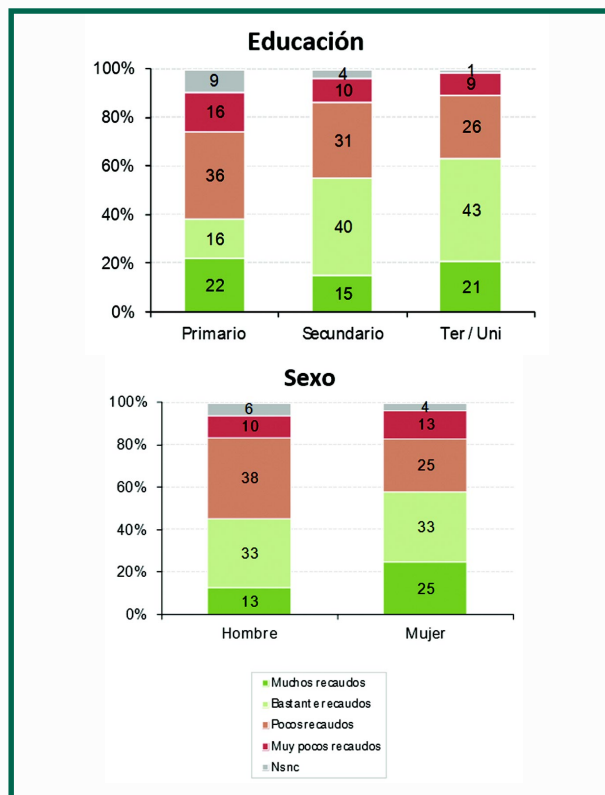
Cuidado de la piel ante la exposición al sol

RECAUDOS TOMADOS ANTE LA EXPOSICIÓN SOLAR

Más de la mitad de los argentinos afirma tomar bastante o muchos recaudos a la hora de exponerse al sol. Sin embargo, el hecho de que casi la mitad de la población no toma recaudos frente al sol, deja expuesta a la misma a sus efectos sobre el envejecimiento prematuro y al riesgo de desarrollar cáncer de piel.



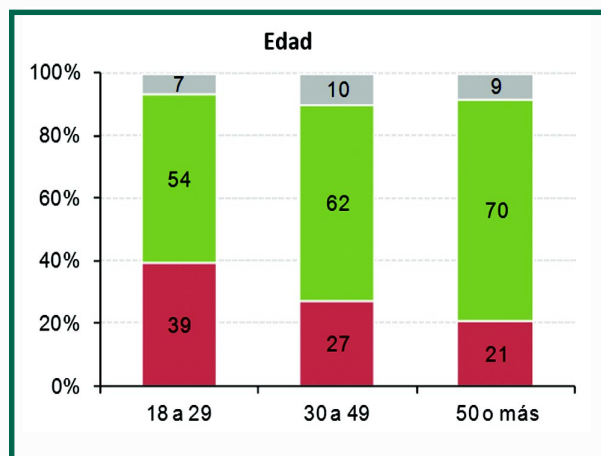
El nivel de recaudo está directamente asociado con el nivel educativo. A mayor nivel de estudios mayores son los recaudos que toman las personas. A su vez, son



las mujeres quienes se muestran más propensas a tener mejores cuidados. Esta tendencia se mantendrá a lo largo de toda la encuesta.

Los resultados indican que casi tres de cada diez personas han sufrido de piel roja o ampollada luego de una exposición solar en los últimos 12 meses. Marcando una discordancia entre lo que la gente reconoce hacer y lo que efectivamente ocurre en la práctica frente a este riesgo.

Resulta interesante remarcar que los más jóvenes son quienes se han visto expuestos a estas situaciones en mayor medida (39%), no obstante, el 21% de los entrevistados mayores de 50 años declara que le ha sucedido. Probablemente esto refleje la experiencia de vida frente a exposiciones solares anteriores en los mayores de 30 y 50 años, aunque este debe ser testeado específicamente.



TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL SOL

Al ser consultados acerca de la cantidad de tiempo que se exponen al sol entre las 10 y las 16 hs. durante las vacaciones y los fines de semana, el 67% admite que se expone menos de una hora. Solamente un 12% decide exponerse al sol más de 2 horas.

El uso del sombrero presenta un escenario dividido: más de la mitad de los argentinos decide no utilizar algún tipo de sombrero cuando se expone al sol por 30 minutos o más durante las vacaciones o fin de semana. El uso de sombrero permite proteger áreas sensibles como cara; cuello; orejas; cuero cabelludo, que representan típicas áreas de gran sensibilidad a los efectos de los rayos UV. Estas zonas son más propensas al envejecimiento de la piel y a la aparición de tumores.

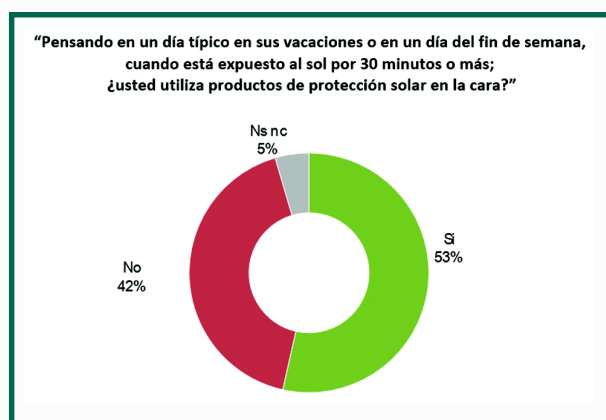
En este escenario, una variable determinante a la hora de utilizar sombrero para protegerse del sol es la edad: sólo un 31% de los jóvenes decide utilizar sombrero frente a un 53% de los mayores de 50 años. Es importante señalar que los daños que el sol produce

sobre la piel tienen efecto determinante en los primeros años de vida; por lo que la protección durante la infancia y la juventud resultan vitales para evitar los daños permanentes sobre la piel.

Cinco de cada diez argentinos deciden utilizar anteojos de sol para exponerse más de 30 minutos durante las vacaciones o el fin de semana. El uso de anteojos facilita la protección en sitios donde es difícil la colocación de pantallas solares.

UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS DE PROTECCIÓN SOLAR

El 42% de los consultados no utiliza productos de protección solar en la cara durante la exposición solar, permitiendo que los rayos solares induzcan al envejecimiento prematuro y a la aparición de tumores en la piel.



Las mujeres y la población con mayor nivel de instrucción utilizan en mayor proporción productos de protección solar en la cara durante la exposición solar; definiendo a la educación como uno de los pilares de la prevención.

Es importante observar que no se presentan diferencias en cuanto a la utilización de protector solar corporal: 4 de cada 10 argentinos no usa protección solar en el cuerpo, dejando a las áreas como el dorso y las extremidades más expuestas al daño solar y al potencial desarrollo de tumores como el melanoma.

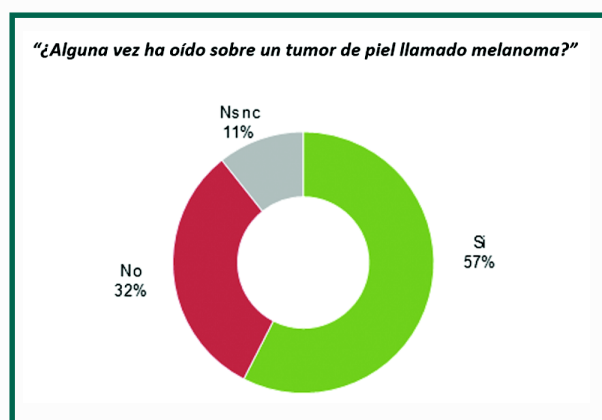
El estudio realizado por Poliarquía y Prosanity revela que solamente un 19% está de acuerdo con que tener un bronceado en la piel es signo de buena salud.

Por otro lado, resulta destacable que casi el 75% de los argentinos está de acuerdo con que la exposición solar en los meses de verano aumenta la probabilidad de aparición de tumores en la piel.

A su vez, ocho de cada diez encuestados manifiesta su acuerdo con la idea de que la exposición solar en los meses de verano aumenta la probabilidad de envejecimiento prematuro de la piel (aparición de arrugas y manchas).

CONOCIMIENTO DE TUMOR DE PIEL LLAMADO MELANOMA

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es que el 57% de los argentinos escuchó alguna vez sobre un tumor maligno de la piel llamado melanoma, que es uno de los tumores más fáciles de prevenir cuando está es un estadio muy temprano, pero que resulta de muy difícil curación cuando se encuentra en estadios avanzados.



Otro de los principales hallazgos de este estudio, es el hecho de que solamente uno de cada tres argentinos recibió en el último año algún tipo de consejo por parte de un profesional médico sobre cómo cuidarse del sol. □

FICHA TÉCNICA:

Tipo de encuesta: Telefónica (sistema IVR).

Fecha de campo: entre el 18 y 24 de enero.

Tamaño total de la muestra: 1076 casos.

Margen de error: +/- 3,05% para un nivel de confianza del 95%.

Universo: Personas residentes en el territorio argentino, en hogares particulares con teléfono, en centros urbanos de más de 10.000 habitantes, mayores de 18 años.

Características de la muestra: Probabilística, polietápica y estratificada no proporcionalmente según Región del país y Tamaño de la localidad. Se seleccionaron 40 localidades. Con posterioridad al trabajo de campo la muestra fue ponderada a fin de otorgar a cada localidad el peso que le corresponde en el total del conglomerado y de respetar el nivel de estudios de los entrevistados de acuerdo con los últimos datos censales.

Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity

 /CentroRossi  @CentroRossi



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020

Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

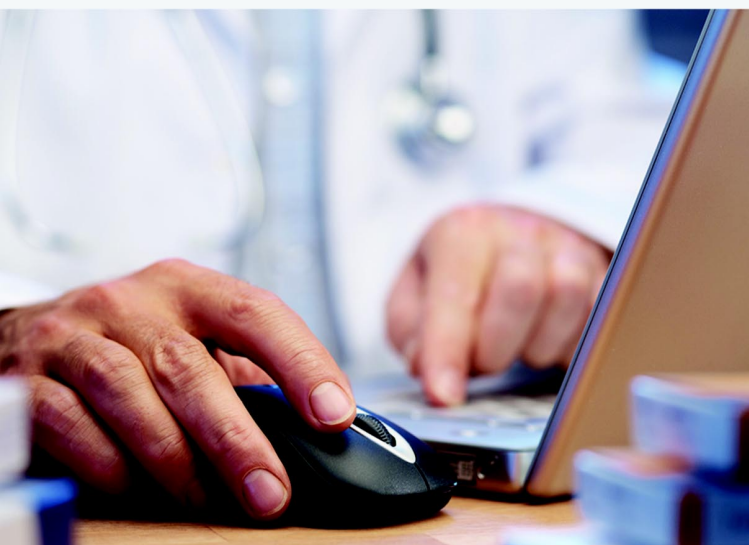


Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Av. Corrientes 544 | Arenales 2777/2751
Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678

Rossi laboratorio también en: Consultorios San Martín de Tours - Castex 3293



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.



**ESTAR EN EL MOMENTO JUSTO,
EN EL LUGAR INDICADO Y CON
EL RECURSO ADECUADO.**

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

Una gran capacidad logística y recursos tecnológicos, se suman para conseguir una máxima eficacia. La destreza y la pericia de nuestro cuerpo de profesionales -médicos y paramédicos- están acompañadas con todos los recursos físicos necesarios para que cada fase del circuito de cobertura, se cumpla atendiendo altos estándares de calidad.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

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



www.acudiremergencias.com.ar

