

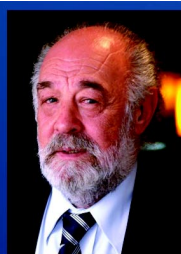
COLUMNA

¿Cómo llegar a una salud equitativa y sustentable?
Por el Dr. Hugo E. Arce



OPINIÓN

Pobreza, función y tamaño del Estado
Por el Dr. Rubén Torres



COLUMNA

Salud Pública, política y desmoralización
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina

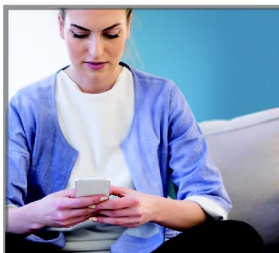
EDICIÓN
ANIVERSARIO

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 110. Mayo 2019

121 AÑOS

LA MISMA PASIÓN



DESCARGÁ
LA APP DE GALENO

Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR
A TODOS LOS SERVICIOS

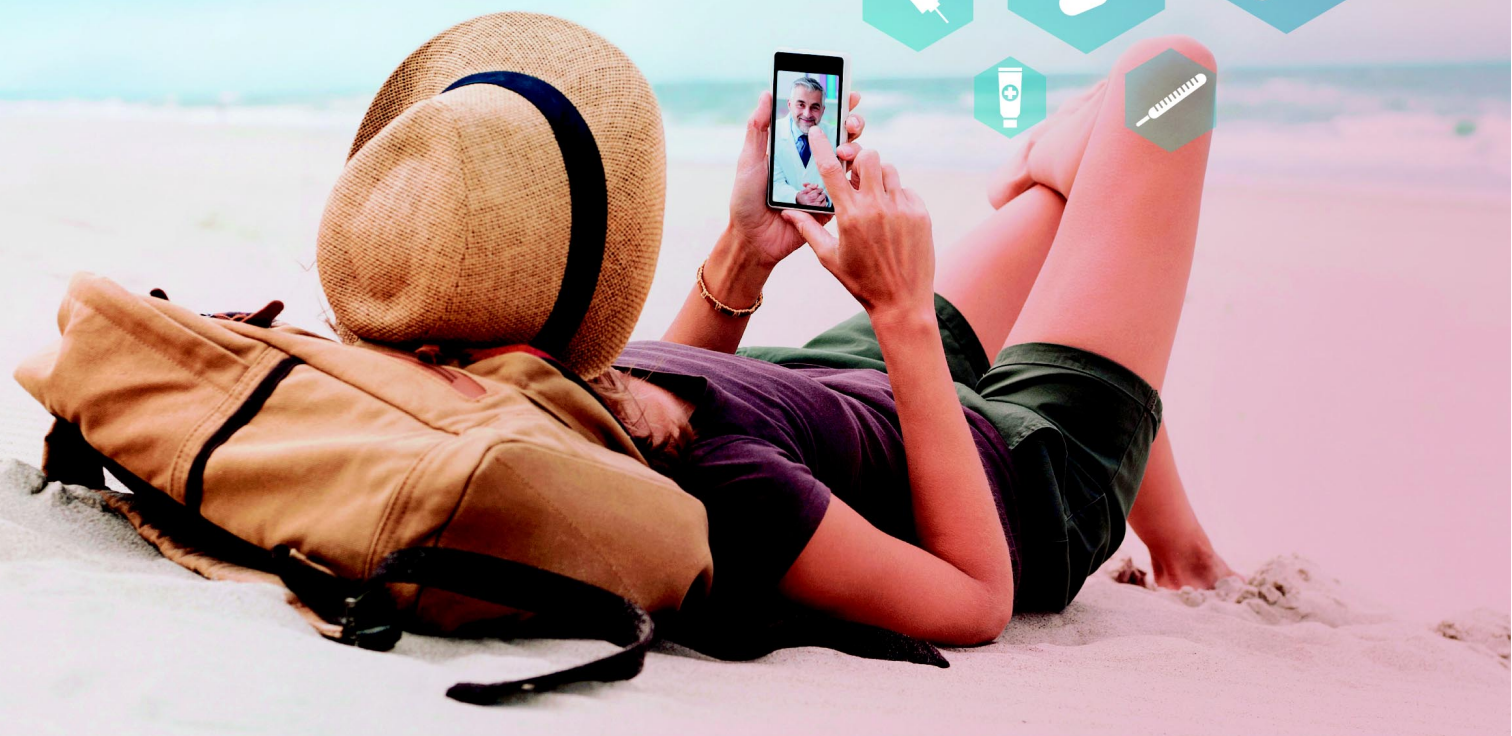


GALENO

TECNOLOGÍA PARA TU TRANQUILIDAD LLEVANOS 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

20 AÑOS *andar*

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia, Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810-345-0184

“YO ELIJO CONTAR
CON LA MEJOR ATENCIÓN
ESTÉ DONDE ESTÉ”

*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



 **SanCor Salud**
Grupo de Medicina Privada

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**



158 personas en un vagón de tren.
Solo **1** puede salvarte la vida.

**Queremos que
más gente se cuide.**

Cursos de **reanimación cardiopulmonar (RCP)** y más de 500 charlas de **PREVENCIÓN** se realizaron en todo el país durante el último año. **Sumate vos también.**



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, informate 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. Se encuentra disponible de lunes a viernes, de 10 a 17, llamando al 0810-222-SALUD (72583). - www.sssalud.com.ar - R.N.O.S 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. Las figuras humanas han sido retocadas y/o modificadas digitalmente.

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.

Telefax: 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),
Graciela Baldo (corrección)
y Yamila Bègné (redacción).

ASESORIA Y DESARROLLO

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

GRAGEAS

10

OPINIÓN

Pobreza, función y tamaño del Estado

Por el Dr. Rubén Torres - Rector de la Universidad ISALUD

14

COLUMNA

¿Cómo llegar a una salud equitativa y sustentable?

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico Sanitarista - Miembro del Grupo PAIS

16

VOCES

Es momento de resolver de modo integral la atención de salud de nuestros jubilados

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

19

COLUMNA

Los precios de los planes médicos y las naftas

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

20

VOCES

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

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

Carlos Vassallo - Profesor FCM UNL, Consultor OISS y miembro del Grupo PAIS

22

COLUMNA

Acerca del humanismo médico

Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico, docente. Magister en Economía y

Cs. Políticas. - Maestrando en Educación para profesionales de la Salud

26

COLUMNA

Salud Pública, política y desmoralización

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

28

COLUMNA

Nueva edición de nuestras "Jornadas"

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

30

PRIMERA PLANA

Las medidas del equilibrio

Sergio Cassinotti disertó sobre avances y desafíos durante su gestión en PAMI

32

COLUMNA

Pharma se lanza al mundo digital: "beyond the pill"

Por Santiago Troncar - @stroncar - Presidente de ConsultorioMOVIL

38

INFORME ESPECIAL

Pobreza y Salud

Por el Dr. Ernesto van der Kooy - Prosanity Consulting

40

OPINIÓN

¿Qué debe saber un profesional sanitario de Economía de la Salud?

Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Mg. Profesor Titular Análisis de Mercados

de Salud. Universidad ISALUD. Buenos Aires. Argentina

44

ADECRA+CEDIN

Fuerte desaceleración de las contrataciones en el sector creador de empleos

formales más dinámico de la economía

46

OPINIÓN

Revista Médicos: defensa y compromiso por la salud pública

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

47

INVESTIGACIÓN

Prueban con éxito un medicamento para prevenir el Síndrome Urémico Hemolítico

48

COLUMNA

Identificación del riesgo de reclamo en cirugía ortopédica

Por Fernando G. Mariona - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.

CEO de RiskOut S.A. Consultora especializada en Responsabilidad

Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

50

COLUMNA

La definición del desempeño

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico. Magister en Administración de

Servicios y Sistemas de Salud UBA | FSG

52

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.

DESCARGÁ LA APP DE GALENO

Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR
A TODOS LOS SERVICIOS

- ✓ Visualizá tu historial de consultas
- ✓ Llamá al Doctor las 24 hs
- ✓ Tené tu credencial virtual
- ✓ Accedé a tu cartilla médica
- ✓ Consultá trámites

DESCARGÁ LA APP EN



WWW.E-GALENO.COM.AR

0800-777-4253

SEGUINOS EN   



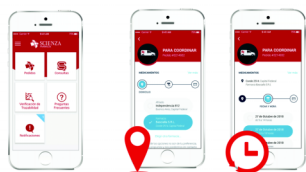
GALENO



SCIENZA INCLUYE UNA NUEVA FUNCIONALIDAD A SU APLICACIÓN "SCIENZA MÓVIL"

A partir de ahora los pacientes podrán seleccionar día, hora y farmacia para la entrega de sus medicamentos dónde y cuándo quieran desde sus dispositivos móviles.

SCIENZA MÓVIL



Scienza Argentina, empresa líder en la comercialización, distribución y gerencia de medicamentos para terapias especiales, anunció una nueva actualización en su App, la misma permite al paciente coordinar la entrega de su medicación desde su dispositivo, dónde y cuándo quiera. Esta nueva funcionalidad se suma a las ya existentes como "Consulta y seguimiento de Pedidos", "Consultas", "Verificación de trazabilidad", entre otras.

La App se encuentra disponible para dispositivos **iOS y Android** y ya cuenta con **más de 4.500 usuarios activos**. El paciente para poder utilizar nuestra App una vez descargada en el smartphone o tablet, debe registrarse con su número de usuario Scienza y su número de documento y, completar sus datos personales. Luego de esto, ya puede realizar la consulta y seguimiento de sus pedidos y chatear con nosotros. Además, podrá vincular cuentas de otros familiares que reciban medicamentos.

Quienes no cuenten con estos dispositivos pueden acceder a toda la información disponible desde una computadora, ingresando a la web de Scienza: www.scienza.com.ar

Durante el 2018 Scienza atendió 45 mil pacientes por mes y concretó la dispensa de más de 540 mil pedidos y si bien el 95% de los clientes manifestaron estar satisfechos con el servicio recibido, Scienza continúa innovando para mejorar su calidad de atención.

"El principal objetivo de Scienza es el bienestar de los pacientes. El desarrollo de la aplicación que comenzamos a fines del 2016 fue muy bien recibido y es por eso que sumamos estas nuevas funciones donde al paciente le notificamos que su medicación está lista para coordinar, ofreciéndole la posibilidad de elegir en qué farmacia y en qué horario desea retirarlo, todo desde su celular. Además, implementamos un chat como nuevo canal de comunicación desde la aplicación para que el paciente pueda hacer cualquier consulta que tenga sobre su medicación". Comentó Sebastián Roqueta, subgerente general de Scienza Argentina.

"Con la nueva versión, reforzamos la confianza, seguridad y tranquilidad que el paciente necesita en este tipo de tratamientos, haciéndole mucho más simple la coordinación para la entrega de su medicación". ■

SanCor Salud revoluciona la manera de contratar Medicina Privada

Colaboradores de la empresa idearon AbaCOM, una aplicación mobile que permite incorporar asociados en tiempo récord y sin utilizar papel.



Con más de 470.000 asociados y la red de prestadores más grande del país, SanCor Salud no sólo apuesta a una política territorial expansiva, sino que entiende los tiempos de transformación y desarrolla tecnología, distinguiéndose en un mercado altamente competitivo.

Enfocados en garantizar servicios de calidad, en SanCor Salud crearon un App inédita en el universo de la Medicina Prepaga, **AbaCOM**. Ésta fue ideada por colaboradores de distintas áreas de la compañía bajo el asesoramiento de **Molteni Consulting Group**.

AbaCOM posibilita dar de alta un asociado en 40 segundos, dándole la posibilidad al cliente de usar el servicio las 24 horas con su credencial provisoria. Su acceso ágil y dinámico revierte considerablemente los tiempos de contratación, al mismo tiempo que protege el medio ambiente al reducir el consumo de papel, huella

de carbono y demás materiales de logística operativa. Asimismo, utiliza tecnología QR y OCR para inyectar datos mediante lectura de código de barras, eliminando la posibilidad de error.

Desde su aplicación, en un término de 12 meses, se asociaron a 112.000 personas con este nuevo sistema, lo que favoreció el ahorro de 2,4 toneladas de papel, equivalente a haber salvado 71 árboles aproximadamente. Este caso de éxito de la compañía fue seleccionado entre miles de proyectos de todo el mundo para participar del evento internacional **Team Excellence Award**, Mundial de calidad y Mejora 2019 que se desarrollará en Fort Worth/ Texas, Estados Unidos.

El acontecimiento es organizado por ASQ The Global Voice of Quality, una comunidad internacional de profesionales que destacan ideas y herramientas de calidad y mejora, pretendiendo colaborar con el mejor funcionamiento global. SanCor Salud será representante de la Argentina junto a equipos de exitosas empresas provenientes de distintos lugares del mundo. Esta distinción en el campo de la calidad demuestra la rigurosidad de su profesionalismo y metodología implementada en sus estrategias.

Ni la creación de AbaCOM ni el reconocimiento son casuales, en SanCor Salud se propusieron como objetivo estratégico ser líderes en calidad de servicio y diseñaron una identidad empresarial que atraviesa transversalmente todas las áreas y donde están involucrados en el desarrollo de la innovación y las técnicas de avanzada con la firme intención de garantizar la mejor experiencia para los asociados. ■



**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

NEUSPILLER: “LA EQUIDAD Y ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SALUD SON PILARES DE NUESTRA GESTIÓN”

El superintendente de Servicios de Salud, Dr. Sebastián Neuspiller, participó en el “Seminario de Servicios de Salud e Introducción a Instituciones de Excelencia”, organizado por Development Outcomes Organization (DOO) y la Fundación para el Estudio e Investigación de los Sistemas de Salud (FEISS), que se realizó durante la semana del 22 de al 24 de abril en la ciudad de Washington DC, Estados Unidos.



El Dr. Neuspiller expuso en el panel “Sistemas de Salud Comparados”, junto con el Dr. Alberto Mazza, ex ministro de Salud y Ambiente de la Nación y el Lic. Hugo Magonza, presidente de ALAMI.

El funcionario se refirió a las características del sistema de salud argentino y a la misión del Organismo de control a su cargo, bajo jurisdicción del Ministerio de Salud y Desarrollo Social: “regulamos y controlamos a las Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga” afirmó y detalló, “hay 22 millones de beneficiarios, 291 Obras Sociales y 757 prepagas inscriptas en la Superintendencia”.

“Los pilares sobre los que se basa mi gestión son la justicia y equidad en la accesibilidad a las prestaciones de salud para toda la población”, subrayó Neuspiller y señaló, “debemos recordar que siempre detrás de cada una de nuestras decisiones y acciones se encuentra presente el derecho a la salud de millones de beneficiarios”.

Asimismo, el superintendente destacó la federalización de la Superintendencia a través de sus 21 delegaciones distribuidas en diferentes provincias de nuestro país, donde pueden “acercarse los beneficiarios a realizar consultas trámites y reclamos sin necesidad de remitirse a la sede central”.

Neuspiller se refirió además a los excelentes resultados del Programa de Compra Conjunta para la Hemofilia que consiste en “la provisión del medicamento Factor VIII plasmático y recombinante para aquellos beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud que tengan hasta veintiún (21) años inclusive, y se encuentren bajo tratamiento de profilaxis de Hemofilia A Severa e inmunotolerancia con Factor VIII”.

El Dr. Neuspiller junto a otras autoridades recorrieron además durante la semana el National Institute of Health (NIH), el Hospital Georgetown, Suburban Hospital y la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ■

ACUERDO MULTILATERAL DE GESTIÓN Y COLABORACIÓN

El presidente de IOMA, Pablo Di Liscia, participó en una reunión muy esperada con los representantes de las principales agremiaciones médicas, entidades de profesionales médicos y clínicas de salud de la Provincia de Buenos Aires.

El motivo de este encuentro fue la firma de un **Acuerdo Multilateral de Gestión y Colaboración**. Por primera vez desde que se fundó la obra social, este compromiso de trabajo conjunto, sinérgico e integrado entre el sector público y el sector privado marcan un hecho histórico de gestión pública cuyo objetivo fundamental es lograr la mejor calidad de atención para todos los afiliados de la Provincia de Buenos Aires.

Las entidades de salud mencionadas son prestadoras de IOMA a través de convenios individuales que brindan diversos servicios para los afiliados de la Obra Social. En esa ocasión, sin embargo, todas las partes –de manera colectiva– se han puesto de acuerdo en mejorar la calidad de la atención que reciben los afiliados de IOMA, a través de un sistema de cobertura que resultará sustentable y eficiente, desarrollando además indicadores y métricas que aseguran mayor transparencia al sistema y permiten optimizar recursos.

En este marco, las partes comprometieron sus esfuerzos para implementar este nuevo modelo de gestión, garantizando la accesibilidad a nuevas tecnologías y sumando prácticas de salud para tratamientos que antes debían considerarse como excepciones. Para alcanzar los estándares de calidad esperados, se ha planteado también un esquema de retribución basado en el cumplimiento de las normas clínicas vinculadas a la acreditación, la certificación y al logro de resultados medibles que aseguran y verifican la calidad de los procedimientos.

Al finalizar la reunión Pablo Di Liscia, presidente de IOMA, aseguró que “este paso ordenará las prestaciones de salud, va a incorporar nuevos procedimientos con tecnología actualizada, nos permitirá eliminar prácticas que ya resultan obsoletas y todo esto se logrará en un marco de transparencia y control con quienes brindan los servicios de salud que necesitan los bonaerenses”.

En la mesa estuvieron presentes representantes de: FECLIBA, Acliba 1, Acliba 2, Acliba 3, Acliba 4, Agremiación Médica de Ensenada, Centro Médico Mar del Plata, Círculo Médico de Trenque Lauquen, Agremiación Médica Platense, Asociación Círculo Médico San Pedro, Círculo Médico de Balcarce y del Círculo Médico de Tandil. ■





Clínica Bazterrica



Clínica Santa Isabel



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.

Pobreza, función y tamaño del Estado

Por el Dr. Rubén Torres (*)



La pobreza puede ser vista desde diversas miradas: la de la capacidad de generar ingresos superiores al valor de la canasta básica total, o la estructural en la que existe persistencia de la incapacidad de generar esos ingresos. En ambos casos, multidimensional, con condiciones de vivienda precarias, sin acceso a servicios sanitarios, bajos niveles de educación, violencia, escasa formación y experiencia para el empleo, etc.

También existen distintas posturas sobre el tamaño del sector público en el país. Una sostiene que el actual es excesivo, otra coincide en que el gasto es elevado, aunque señala que se debe ser realista con el ritmo al que es viable reducirlo; una tercera sostiene que el nivel del gasto es adecuado, y que en todo caso se trata de mejorar su calidad.

Un documento que examina los sectores públicos de los países de la OCDE muestra que en ellos el gasto público promedió 40,9% en 2015; prácticamente el mismo que en la Argentina, donde el ingreso promedio por habitante es 3 veces más bajo que en la mayoría de aquellos países.

Luego de la crisis de 2009 todos los países aumentaron el gasto en servicios sociales: en la OCDE el tamaño del Estado creció 2 puntos. ¿Qué pasó en la Argentina en ese tiempo? En 2007 el tamaño del Estado era 28,7% del PBI, y llegó a 42,2% en 2015: creció 13,5 puntos. El número de empleados públicos como porcentaje del empleo total en los países más ricos aumentó a 18,1%, en la Argentina es alrededor de 16%, y entre 2003 y 2015 el empleo público en Nación creció 52% y en provincias 53%.

Casi 1 de cada 4 asalariados formales en el país son estatales, el doble al promedio de Latinoamérica. Estados Unidos tiene 3.143 condados con una población de 326 millones de habitantes (un condado cada 103.700 habitantes); en la Argentina hay 44 millones de personas y 2.300 municipios (un municipio cada 19.130 personas): el costo recae sobre mucho menos personas en la Argentina.

Nuestra Cámara de Diputados tiene un presupuesto anual equivalente a 208 millones de euros, y 257 diputados: costo promedio por legislador 67.400 euros/mes (sueldo propio y de colaboradores, teléfonos, secretarías y movilidad, entre otros).

España tiene 350 diputados y un presupuesto de 91 millones de euros, una relación por legislador de 21.700 euros/mes. El costo por diputado argentino es 3 veces mayor que el de un español. La Cámara de Senadores tiene un presupuesto anual equivalente a 204 millones de euros, y 72 legisladores: costo promedio 236.000 euros/mes; 13,5 veces mayor que el de un español (allí ese cuerpo tiene un presupuesto anual de 56 millones de euros, y 266 miembros: costo promedio 17.540 euros/mes). El ingreso per cápita de la Argentina es u\$s 14.400 y el de España u\$s 28.156, pero nos damos el "lujo" de tener estructuras legislativas muchísimo más caras que España.

Desde 1975/76, la Argentina se desvió de lo que sucede en los países vecinos, hasta ese momento, si bien había problemas, la pobreza era baja y las posibilidades de ascenso social elevadas. La dictadura generó, en el

plano económico, crecimiento de pobreza y desigualdad, pérdida del 25% del poder adquisitivo, y crecimiento de la deuda externa. El 10 de diciembre de 1983 dejábamos atrás una pesadilla, y después de mucho tiempo el pueblo argentino se encolumnó detrás de un ideal y objetivo común: construir una sociedad justa, moderna y desarrollada.

35 años después, si bien se ha avanzado en la consolidación de un régimen democrático y participativo, las expectativas de crecimiento sostenido y de una mejora en lo social, con creación de empleo y descenso de la pobreza y desigualdad se han visto frustradas una y otra vez. Los problemas sociales, lejos de mejorar, han empeorado: la pobreza, 16% en 1983 (40% en A. Latina) fue creciendo hasta llegar al 32, mientras en la región se redujo 10 puntos; la informalidad laboral se encuentra estancada en el 33% y la desocupación, se redujo en los 2000, pero por expansión del empleo público.

Entre 1983 y 2003 el gasto público consolidado fue de alrededor del 28% del PBI, creció vertiginosamente llegando en 2015 al 44%, mientras la presión tributaria pasaba del 22 al 32% del PBI. Hoy son los más altos de la historia, y la calidad de los servicios e infraestructura han empeorado y dirigencia y sociedad no han podido alcanzar un consenso sobre los problemas más relevantes que aquejan a los ciudadanos, ni acuerdos mínimos sobre temas económicos centrales, una estrategia de desarrollo, el rol del estado, o la mejora de la educación, la salud, la justicia y el federalismo.

En la primera mirada sobre la pobreza, cabe esperar, que una mejora económica baje nuestros niveles de pobreza entre hogares vulnerables, y la estabilidad de precios indispensable, pero no suficiente, ayude a paliar esa vulnerabilidad, y la posibilidad de sostenerla en el tiempo, pero no lo hará automáticamente en el 20%, que requiere mucho más que mejoras de la economía.

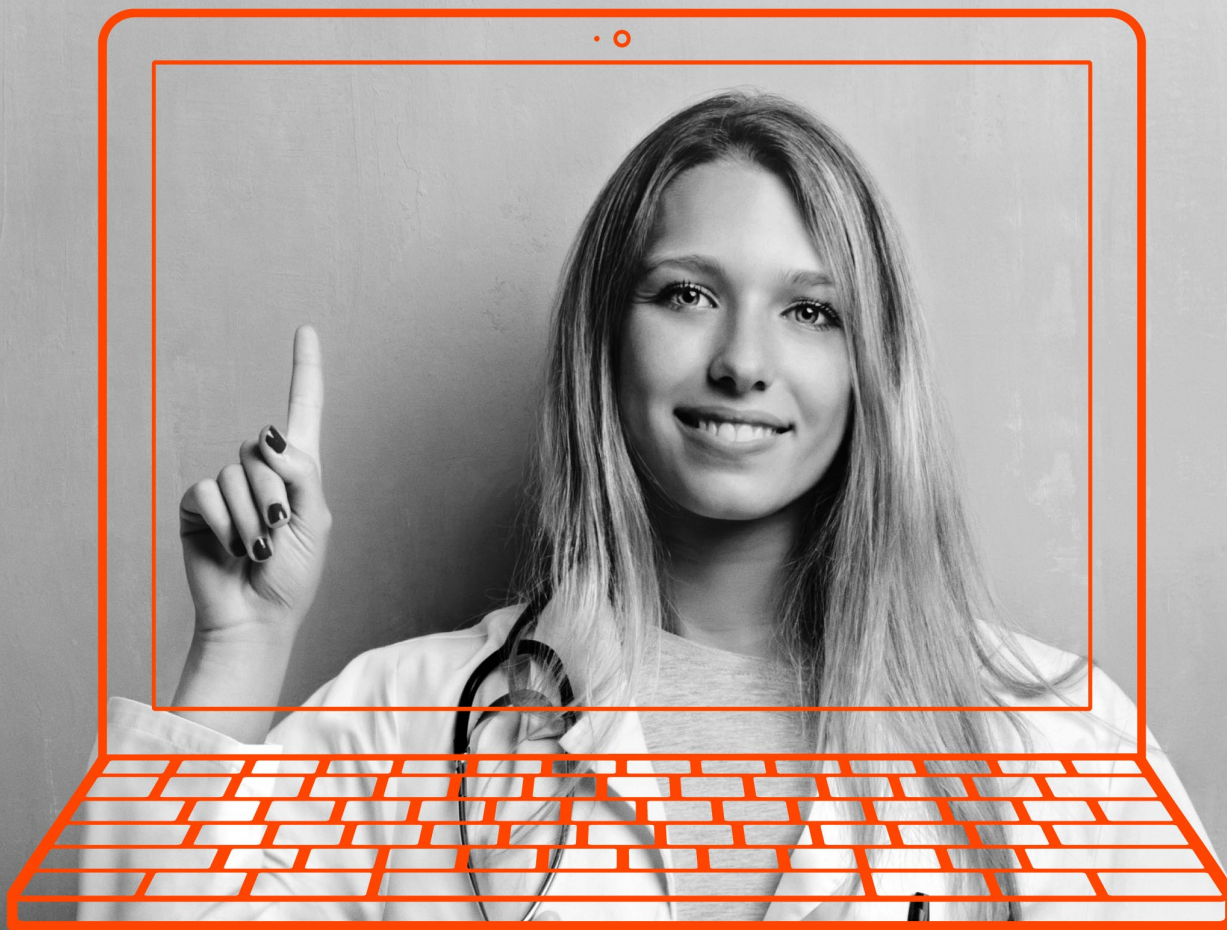
Resolver el problema de esa segunda mirada requiere de políticas estructurales, y allí resulta imprescindible y urgente la presencia de un Estado nacional, provincial y municipal que mejore sustancialmente la calidad de su gestión, más profesional en la gestión del gasto público y de los sistemas de salud y educación. En salud, esta transformación requiere una autoridad con poder real, y una política sanitaria que no puede concretarse sin voluntad política, capacidad para integrar recursos y generar acuerdos que sobrevivan más de una administración. La pérdida de jerarquía de esa autoridad puso en evidencia la falta de ideas, liderazgo y respaldo político al sector.

El ejercicio efectivo de las funciones de rectoría constituye un requisito básico, en un país federal, en el cual la compensación de desigualdades es tarea clave. El gobierno debe recordar, su deber irrenunciable en el cumplimiento cabal de las funciones esenciales de Salud Pública, con independencia de las dimensiones del Estado, en términos de número de trabajadores o volumen de gasto que insuma. Olvidarlo hizo que un Ministerio de Salud sin gobierno, llevara a un gobierno sin Ministerio de Salud. □

(*) Rector de la Universidad ISALUD



Conexión
médica inmediata
donde estés.



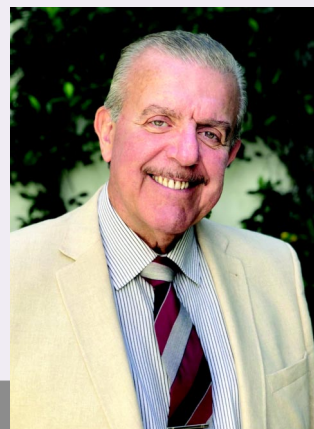
Hay consultas que es mejor hacer en el momento. Por eso Medifé te trae **Cam Doctor**, para que te puedas comunicar por videollamada con un Médico Clínico o Pediatra a través de tu computadora, tablet o smartphone en forma inmediata. Porque Medifé está con vos adonde vayas, para que siempre tengas la cobertura que necesitás.

Servicio disponible para asociados en www.medife.com.ar

Medifé

medife.com.ar / [f](#) [t](#) [@](#)

¿Cómo llegar a una salud equitativa y sustentable?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Entre las décadas del 60 y 80 algunos sanitarios sostenían que los Sistemas de Salud dependían de las estructuras económicas predominantes en cada país, por lo que vinculaban a la *asistencia pública* con el precapitalismo, los *seguros de enfermedad* con el capitalismo y los *servicios nacionales de salud* con el socialismo. A través de este razonamiento, en el Siglo XXI los resultados vinieron a mostrarnos que, en realidad, las monarquías eran de *izquierda*.

En efecto, los modelos actuales de protección social más equitativos se encuentran en países monárquicos: Inglaterra y los países de la *Commonwealth* (Canadá, Australia y Nueva Zelanda), los países escandinavos, España, Bélgica, Holanda y Japón. Otro modelo capitalista —la Seguridad Social alemana— casualmente surgió en pleno Imperio Prusiano (1883) y hoy, aunque dentro de una democracia republicana, es la más avanzada —en términos de equidad y sustentabilidad— entre las organizaciones de Seguridad Social (financiadas con alcúotas del salario).

De estos ejemplos, el que más similitudes tiene con la Argentina, es el alemán: está financiado por trabajadores y empleadores con algunos subsidios del Estado, forma parte de un país federal y su operatividad se ejecuta por medio de unas 300 *cajas de enfermedad*, que dependen del ente recaudador, pero mantienen autonomía respecto a la administración de sus servicios. Las diferencias con la Argentina son sustanciales.

El federalismo de Alemania se basa en la estructura productiva de las provincias y un gobierno parlamentario. En nuestro país la mayor parte de las provincias dependen económicamente de la Nación, varias no tienen una productividad sustentable y el principal empleador es el Estado. Son independientes en materia de salud y educación, tienen su propia Obra Social para empleados públicos y se mantienen al margen de las regulaciones nacionales de cobertura. El ente recaudador para Obras Sociales nacionales es la ANSeS (y el fiscalizador la AFIP); sin embargo lo recaudado es sólo un asiento contable, no establece normas generales para los destinatarios de esos fondos.

En Alemania el ente recaudador es solo uno para todas las *cajas (krankenkassen)*, a las que asigna un monto por cada beneficiario ajustado edad, sexo y riesgos, mediante un *régimen de premios y castigos*. Con esos fondos las cajas compiten entre sí mediante mejores servicios. Una modalidad similar de recaudación y federalismo funciona en Canadá, pero el plan de cobertura del Seguro Nacional de Salud es diferente. Ante los incontenibles incrementos de los costos de la atención médica, los países mencionados reservan fondos espe-

cíficos para afrontarlos y cuentan con agencias de evaluación de nuevas tecnologías, lo que está facilitado por la unidad administrativa de la recaudación.

En la Argentina, la fragmentación recaudatoria es de difícil abordaje: ninguna autoridad ejecutiva tiene poder suficiente para unificarla. La propia Superintendencia de Servicios de Salud, que regula las Obras Sociales Sindicales, las de Dirección y la Medicina Prepaga, no tiene alcance para las de las FF.AA. y de Seguridad, universidades nacionales y poderes legislativo y judicial. Además, la mayoría de las Obras Sociales Sindicales *tercerizan* la atención de sus afiliados de mayores ingresos en empresas de prepago.

De modo que, para llegar a un Sistema más equitativo y sustentable, la *Política de Estado* debería concentrarse en dos instrumentos nucleares: a) arbitrar los medios para concentrar todos los ingresos de Salud en un solo ente recaudador, que fije normas de cobertura comunes, y b) establecer un reaseguro obligatorio para *gastos catastróficos* común a toda entidad aseguradora (todas las obras sociales y prepagos), incluyendo la Cobertura Universal de Salud (CUS).

Por supuesto, los actores e intereses políticos se opondrían férreamente a tal concentración *autoritaria*: las provincias preferirán mantener el formidable *caudal político* de su Obra Social; lo mismo puede esperarse de los sindicatos que administran a discreción su Obra Social, aunque éstas legalmente sean “sujetos de derecho público no estatal”; más aún la Medicina Prepaga, que son empresas de seguros privados con fines de lucro. La CUS parte de suponer que cuenta con los servicios públicos, sin que haya definido cómo se van a brindar tratamientos de alto costo disponibles en el ámbito privado. La esperada Agencia de Evaluación de Tecnologías no tiene todavía un formato definido y corre el riesgo de agregar mayor burocracia a la equidad del Sistema.

Aplicando el principio de “no unir por el amor sino por el espanto”, la amenaza de una medicina judicializada —donde los jueces fallan siempre a favor del peticionante (aunque científicamente no se justifique)—, parece avanzar a pasos agigantados. Un reaseguro obligatorio para gastos catastróficos podría seducir a los actores del Sistema, no sólo porque garantizaría una mayor *sustentabilidad* de los seguros, sino también porque la *escala universal* de la población cubierta, terminaría por reducir el actual gasto global del Sector Salud. □

(*) Médico Sanitarista. Miembro del Grupo PAIS.

Declarada de
Interés Nacional



Presidencia
de la Nación

Resolución 2019-201-APN-SGP

Auspiciado por

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Asociación
Médica Argentina

La Articulación entre el Estado y los privados y la Atención Primaria de la Salud.

Un desafío pendiente en el sistema de salud argentino



6 de junio de 2019
De 8:30 A 14:00 HS

Sede de la Asociación Médica
Argentina. Avenida Santa Fé 1171.
Caba. Salón Castex.

Libre de humo de tabaco

CA.DI.ME tiene una larga trayectoria en la promoción de políticas sanitarias de Estado, integradoras, y que aseguren el acceso universal a servicios de alta calidad.

Sostenemos que existe la necesidad de integrar a las empresas de salud pequeñas y medianas al conjunto de la oferta de servicios, regida por una política nacional de largo aliento. Y creemos firmemente que la expansión de la cobertura y el aseguramiento de la calidad requieren del desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

CA.DI.ME convoca a esta Jornada con el objeto de aportar un ámbito de discusión respecto del papel que el sector que representa debiera ocupar, en la integración de un sistema de salud articulado en torno de la estrategia de APS en Argentina.

➤ **Un evento dirigido a profesionales del sector, investigadores, organizaciones gremiales y empresarias, instituciones de salud públicas y privadas, financiadores, sociedades científicas y autoridades nacionales, provinciales y municipales.**



Organizan.

Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico – CA.DI.ME

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina - DPT

Inscripción e Informes

www.cadime.com.ar - cadime@cadime.com.ar

Es momento de resolver de modo integral la atención de salud de nuestros jubilados



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

En varios artículos de esta revista, hablamos de la necesidad de adoptar medidas políticas y normativas que tuvieran por fin mejorar la situación de los jubilados que recibieron como activos cobertura médico-prestacional.

Así, en el número 108 afirmamos que “... el Poder Ejecutivo Nacional ha colaborado para este desaguado. Cuando en el año 2016 se dicta el decreto 921/2016 que actualiza los valores del llamado “ajuste por riesgo”, mediante un artículo (el 8) se excluye expresamente a los jubilados y pensionados por opción de las obras sociales a percibir los importes que allí se fijaban. Para darse una idea del impacto que tal exclusión produce, basta reiterar que los agentes del seguro siguen percibiendo \$ 192 por cápita, cuando la norma establece un valor inicial de \$ 650 para el año 2016 -actualmente este valor asciende a la suma de \$ 1.364,55-, con actualización automática de acuerdo al régimen de movilidad de asignaciones familiares...”.

Con respecto a este tema, el día 5 de abril de 2019, se emitió el decreto 251/19, en virtud del cual, entre otras cuestiones, se estimó necesario proceder a la actualización de la cápita a transferir a los agentes del Seguro de Salud que brindan cobertura a jubilados y

pensionados por parte del PAMI, tomando en consideración, en forma diferenciada, los jubilados y pensionados que se encuentran dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que ingresarán en el futuro.

En ese sentido, dicha norma resolvió aplicar en su artículo 6 un esquema de actualización diferenciado sobre la base de los valores de la Matriz de Ajuste por Riesgo prevista en el decreto N° 921/16, conforme lo que veníamos proponiendo cada vez que teníamos la oportunidad de referirnos a este tema.

En términos concretos, el porcentaje de la matriz SANO está previsto que aumente: 28% en abril de 2019, 38% en enero de 2020, 52% en enero de 2021, 74% en enero de 2022 y 100% en enero de 2023.

Es decir, progresivamente se va a equiparar la cápita que transfiere el PAMI para la atención de jubilados de las obras sociales inscriptas en el Registro de Jubilados -para la atención de todas las actividades o de la propia-, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, que a la fecha de emisión del decreto en análisis estaba en la insólita suma de \$ 192, al reconocido por el SANO que, como dijimos más arriba, hoy alcanza el valor de \$ 1.364,55.

En consonancia con este criterio, el art. 9 del decreto 251/19 derogó el art. 8 del decreto N° 921 de fecha

9 de agosto de 2016 que, recordemos, impedía aplicar los valores del ajuste por riesgo a todos los mayores de 65 años.

A nuestro criterio, esta medida constituye un paso para mejorar la calidad de los servicios que brindan las obras sociales a sus beneficiarios-jubilados.

No obstante, ello aún es materia pendiente una profunda discusión vinculada con la atención de salud de los jubilados no solamente con relación al valor de la transferencia de fondos; sino también, con relación a los mecanismos de la opción y a las prestaciones incluidas.

Respecto de los mecanismos de opción de los jubilados, nos parece oportuno recordar que, en el mes de febrero pasado, la Sala II, de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, en la causa “*Usuarios y Consumidores Unidos c/Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación s/ Incumplimiento de prestación de obra social/medicina prepaga*”, resolvió ordenar a la obra social de UP que se abstuviera de desvincular a todos aquellos afiliados que obtuvieron su beneficio jubilatorio o de pensión y que no hayan comunicado en forma expresa, oportuna y fehaciente su voluntad de optar por ser transferidos al PAMI. Más aún, la sentencia ordenó también a la obra social a proceder a reafiliar a aquellos integrantes de este colectivo que hubieran sido transferidos al PAMI, incluso cuando, a la fecha del dictado de la resolución, no hubieran promovido una acción individual persiguiendo esa tutela. Ello, en caso de que el sujeto interesado así lo deseara.

En caso de que decisiones judiciales como estas se repliquen en favor de jubilados -o aun de ex jubilados- beneficiarios del resto de las obras sociales que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, todo el sistema vería modi-

ficada la integración de su población, sin la correlación financiera necesaria para su atención.

Por ello, nos parece que hoy resulta urgente tomar decisiones políticas primero y normativas después para solucionar de modo estructural las dificultades que presenta permanentemente la atención de jubilados en el Sistema Nacional.

En los últimos años, cada vez se hizo más frecuente oír de la mayoría de los políticos de nuestro país, de todos los colores partidarios, señalar que su concepción y su posterior acción política están guiadas por el bienestar de “la gente”.

Excede el marco de esta nota discutir en qué consistiría la adopción de medidas favorables a la vida de “la gente”; pero, suponemos que existe un consenso casi unánime en que la mejora de la seguridad social -regímenes de pensiones y jubilaciones que permitan a los jubilados vivir con dignidad y un sistema de salud que atienda satisfactoriamente a toda la población argentina- redundaría indudablemente de modo directo

en una mejor calidad de vida de “la gente”.

Así, debemos resolver antes que sea tarde el problema que hoy se presenta con el régimen de opción del financiador por parte de los jubilados.

Nos parece indiscutible que una reforma de este régimen tiene que venir de la política, con una visión de la totalidad del sistema.

En caso de no adoptarse rápidamente correcciones integrales a esta situación, se continuarán emitiendo decisiones judiciales que, por definición, tienen en mira situaciones individuales y no la totalidad del sistema. De este modo, se perdería la sistematización y armonía que debe contener cualquier régimen de estas características.

En el mencionado número 108 de esta revista, propusimos algunos mecanismos que pueden servir de base a la solución de este tema. Allí sugerimos, en cuanto a la **opción**, la progresión de tres etapas para que los jubilados puedan elegir libremente su obra social de origen;

respecto de las **prestaciones**, entendemos que debe determinarse claramente en la norma a dictarse qué prestaciones quedarán a cargo de la obra social y cuáles a cargo del PAMI que continuará siendo receptor de todos los recursos de los jubilados; y, con relación a los **recursos económicos a transferir** (cápita mensual que transfiere el PAMI), formulamos tres propuestas, una de ellas fue ya receptada en el decreto 251/19, la derogación del artículo 8 del decreto 921/2016 como ya vimos, y las otras dos estaban vinculadas con que el aporte se correspondiera con el del aporte promedio de los trabajadores activos para el cálculo del SUBSIDIO DE MITIGACIÓN DE ASIMETRÍAS (SUMA) y la determinación de una cápita mensual atendiendo a la recaudación del Instituto dividida por su cantidad de beneficiarios.

Estamos convencidos que estamos en un momento ideal como para resolver la cuestión de la atención de la salud de los jubilados en nuestro país. □



www.sanidad.org.ar

Los precios de los planes médicos y las naftas

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



Entré a la reunión con la directora de recursos humanos de la empresa multinacional con las expectativas propias de un encuentro en donde no conozco a mi interlocutor. En general, nuestros clientes nos conocen a nosotros y nosotros a ellos, con lo cual, a pesar del tiempo que puede o no transcurrir entre un trabajo de consultoría y el siguiente, las reuniones son como el encuentro de viejos amigos que han compartido momentos complicados... porque efectivamente amigo lector, nadie paga consultoría externa sino tiene un problema serio entre sus manos.

Me saludó seca pero cortésmente. Apenas pidió que nos trajeran café lanzó su primera pregunta: ¿hasta cuándo van a seguir aumentando las cuotas de la cobertura médica?

Bueno, en fin, esto es como el tema de las naftas, ¿vivo? Le contesté. Sube el petróleo o sube el dólar y suben las naftas porque son un "commodity" internacional, baja el petróleo o baja el dólar...suben las naftas, por el "componente interno" de costos...es decir, siempre suben las naftas.

Sonrió por el paralelismo y lanzó su segunda pregunta que realmente me preocupó: ¿no se pueden congelar estas tarifas teniendo en cuenta el rol social que cumple la medicina prepaga? Me vino a la mente el típico modelo de la Argentina: no tenemos término medio, vamos de un extremo al otro.

De hecho en materia de precios de los planes de cobertura médica, tuvimos desde la sanción de la denominada "Ley de Regulación de la Medicina Prepaga" un largo período del gobierno anterior en donde los aumentos de las cuotas debían ser aprobados tanto por la Superintendencia de Servicios de Salud - todavía vigente, aunque actualmente es prácticamente un trámite - como por la Secretaría de Comercio (sí...esas reuniones con el ex Secretario de Comercio Moreno, han quedado grabadas en la memoria de varios de los participantes...y no por lo agradables precisamente). Y entonces pasamos de ese sistema de "corset de precios" a este sistema en donde no hay techo alguno. De un extremo...al otro.

Igual fue con la Ley de Regulación. Recordemos que, luego de la telefonía, el siguiente motivo de mayores quejas en Defensa del Consumidor era la medicina prepaga. Entre otras cosas, se cometieron tantos excesos en materia de incrementos de precios por superar la franja de los 65 años, que las ONGs de consumidores y la opinión pública en su conjunto, impulsaron esa ley que, desde lo técnico en materia de

preexistencias y eliminación de edad de ingreso al sistema, es verdaderamente absurda en su contenido. Una ley que también, recordémoslo bien, ¡fue aprobada en el Congreso de la Nación por unanimidad! ¡Sin nadie que se opusiera!

En fin, después de explicarle a mi interlocutora que en mi opinión deberíamos pedir a Dios para evitar caer de nuevo en los extremos, me llevó a otro terreno: ¿y porque si están aumentando tanto las cuotas, los médicos se quejan, se van y en muchos casos cobran adicionales cada vez con más frecuencia? Bueno, para ser sincero, no me resultó una pregunta fácil de contestar.

Efectivamente, cuando hacemos encuestas de percepción de calidad con los beneficiarios cada vez hay más quejas de cobro de "plus" y de salida de profesionales del sistema (salida en todas sus variantes: profesionales que renuncian, la aparición de "y equipo", a veces en la misma cartilla y a veces de la mano de la secretaria que, cuando el afiliado llama para pedir un turno, explica muy amablemente que la consulta es con algún integrante del equipo y no con el profesional que se había elegido y que figura en el listado).

En realidad, le expliqué, se ha acentuado el retraso de los honorarios médicos.

Este proceso inflacionario ha permitido - y continúa permitiendo - a muchas entidades "licuar" sus costos. Como hemos señalado muchas veces desde esta columna, el "Modelo Argentino" en la mayoría de los casos, no está basado en la eficiencia y en la eficacia, sino en pagar poco a la red de prestadores.

Naturalmente, con estos componentes, no cabe sino esperar que el sistema vaya degradándose, porque no existe en ningún lugar del mundo un sistema exitoso en donde a las empresas les vaya bien y en donde a los protagonistas que son los médicos y los prestadores, les vaya mal.

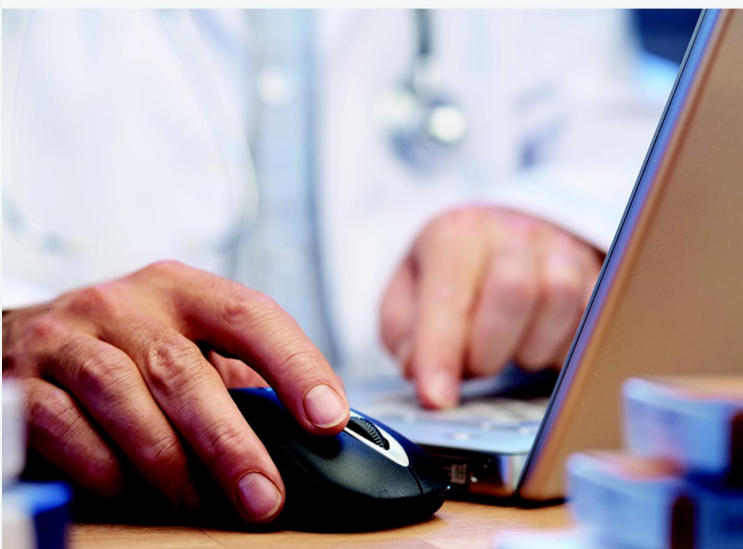
Entonces, me preguntó mi interlocutora, ¿qué podemos esperar? Para ser sincero, le dije, nada bueno...nada bueno excepto que vayamos en búsqueda de un mayor equilibrio.

Me fui de la reunión pensando... ¡Ojalá que así sea! □

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



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.

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León ⁽¹⁾ y el Prof. Carlos Vassallo ⁽²⁾

La construcción de los sistemas de salud que intentan alcanzar el acceso y cobertura universal a la salud requiere transformaciones de una gobernanza integral con influencia sobre los principales recursos críticos (financieros, recursos humanos, servicios, medicamentos y tecnología) de esos sistemas de salud.

En este marco se denomina gobernanza al conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad.

A menudo la palabra gobernanza está vinculada con la rectoría. En este caso nos referimos a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. La construcción de gobernanza requiere como condición sine qua non de una rectoría que colabore para su construcción.

¿QUIÉN GOBIERNA EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO?

Desde hace décadas el sistema de salud de la Argentina ha perdido capacidad de gobernanza. El crecimiento desordenado, las transfe-

rencias de servicios públicos a las provincias, la ausencia de una ley de coparticipación donde se defina la relación nación-provincias, el crecimiento del sector privado durante muchos años sin controles, la incapacidad estatal de supervisión, la pérdida de poder de financiamiento, la fragmentación del sistema de seguridad social ha ido minando las posibilidades de contar con un tablero de mandos para gobernar el sistema sanitario.

La descentralización, diversidad y pluralismo del sistema de salud argentino exige más que ningún otro la construcción de un esquema de gobernanza y rectoría por parte de las autoridades políticas. El sistema de salud fue perdiendo progresivamente su capacidad a nivel nacional como consecuencia de algunas carencias en materia de información y financiamiento que limitaron su accionar.

Cuando esto sucede los espacios públicos son ocupados o cooptados por grupos de interés que consolidan la segmentación y la fragmentación del sistema y aumentan la inequidad en el acceso y los resultados de las diferentes coberturas que conviven bajo un mismo paraguas.

La conclusión es que no se puede gobernar sin financiamiento y sin información. El cuadro de mando de un sistema ya es complejo cuando se trata de un sistema único y con financiamiento público, por lo

tanto, tratemos de imaginar las dificultades de una gobernanza y rectoría para un sistema descentralizado, segmentado y fragmentado.

La integración de sistemas segmentados implica procesos paulatinos y largos, que requieren fortalecimiento de la gobernanza y rectoría: políticas de Estado. La gerencia de estos complejos cambios permite lograr hitos en el avance de la coordinación intrasectorial, que reduzcan la segmentación y fragmentación. El progreso que se vaya alcanzando en el proceso hacia la cobertura universal y la calidad de los sistemas y servicios de salud, favorece a su vez la legitimidad del sector salud para convocar a otros sectores para las políticas públicas y el abordaje de los determinantes sociales.

Todos los sistemas de salud del mundo, independientemente de sus formas organizativas, poseen una serie de herramientas operativas que sirven de sustento para los diferentes programas o políticas de salud que desarrollen. Sistemas tan diversos como los basados en modelos tipo Sistema Nacional de Salud (Beverige) como aquéllos basados en Seguros (tipo Bismark) e incluso los más promerados desarrollan fuertemente estas herramientas operativas de gestión.

En nuestro país a la ya consabida fragmentación y segmentación de su sistema se le suma una alarmante debilidad en el desarrollo de estas herramientas. Cualquier política que en el futuro se desee desarrollar debe contar con una base sólida en donde asentarse.

La construcción de un gobierno sanitario implicará definir un marco de coordinación nacional del sistema que tome decisiones consensuadas. Que éstas impliquen definir el destino prioritario de recursos y que cuenten con la base de información para tomar esas decisiones. Sobre este último punto se referirá este artículo.

En primer lugar y repitiendo una frase consabida y repetida hasta el cansancio, pero no menos relevante por ello: Todo aquello que no se puede medir no se puede gestionar (cita del filósofo estadounidense William Pepperel Montague de la nueva escuela realista). No hay

opción si queremos conducir y controlar un sistema tenemos que medir la performance del mismo.

El presente artículo enumera diez herramientas operativas de gestión que todo sistema de salud debiera tener o fortalecer independientemente de su forma organizativa. Sin pretender ser exhaustivos, simplemente se presenta como base de discusión amplia entre todos los sectores a fin de lograr consensos sobre cuestiones muy básicas pero imprescindibles a fin de poder desarrollarlas por un futuro gobierno independientemente de la ideología gobernante.

1. Mapas territoriales de salud

Los Mapas Sanitarios deberían constituir uno de los grandes sistemas de información en salud. Son instrumentos de planificación estratégica de los servicios de salud con una visión de conjunto enfocados no solamente a proponer las infraestructuras necesarias en el territorio y la ordenación territorial sino también a establecer criterios de planificación para desarrollar y adecuar los servicios, con una pers-

pectiva de futuro. Los Mapas Sanitarios, Sociosanitarios, de Salud Pública, de Vulnerabilidad Sociosanitaria, etc. se tratan de instrumentos de planificación mediante los cuales se pueden determinar las líneas directrices para hacer efectivo el desarrollo de los servicios que conforman el sistema de salud y adecuarlos a las necesidades de la población.

2. Sistema de vigilancia epidemiológica

Otro de los grandes sistemas de información en salud, en este caso ya existente pero que requiere fortalecimiento y actualización, es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Éste fue fortalecido a principios de los 2000 a partir de un proyecto financiado por el Banco Mundial, el VIGIA, el cual informatizó el sistema, capacitó recursos humanos, introdujo las encuestas para medir factores de riesgo y creó un sistema de laboratorios para mejorar los diagnósticos. Pero finalizado el préstamo el sistema se debilitó y muchos nodos no infor-

man como corresponde, lo cual genera dudas sobre la información actual de las enfermedades de notificación obligatoria.

3. Sistemas de Clasificación de Pacientes y de Poblaciones (del tipo de los GRD y de los ACG).

Los GRD – Grupos Relacionados por el Diagnóstico son un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios que los clasifica en grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos. En realidad, se trata de un programa informático que, alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital, es capaz de clasificarlos en grupos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos. Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes ampliamente difundido en el mundo hospitalario. Los GRD sirven para conocer la casuística hospitalaria y son de gran utilidad en la gestión y en la financiación de los hospitales. La agrupación de pacientes se realiza a través del análisis de una

CONSULTORA LÍDER EN GESTIÓN Y PROCESOS DE RRHH PARA EMPRESAS DE SALUD

- ✓ Reclutamiento y Selección
- ✓ Evaluaciones psicotécnicas
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Encuestas
- ✓ Evaluaciones de desempeño
- ✓ Descripciones de puestos

Av. Santa Fe 1341, Piso: 2
CABA, CP: 1059

4812-8403 / 4813-5802

info@proyectolaboralconsultores.com
www.proyectolaboralconsultores.com

PLC

PROYECTO
LABORAL
CONSULTORES
Especialistas en RR.HH Salud

Nuestra nómina de clientes:

Hospitales Privados - Clínicas - Sanatorios - Prepagas - Obras Sociales -
Centros Médicos Especializados - Departamentos de Medicina Laboral en
Industrias Líderes - Empresas de Insumos Médicos

información básica de los pacientes. Concretamente los datos necesarios para esta agrupación son: edad del paciente, sexo, estado al alta, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos principal y secundario. Esta información forma parte del denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que sale de la historia clínica de cada paciente que egresa de un hospital.

Los Adjusted Clinical Groups (ACG) son un sistema de ajuste de riesgos que clasifica a las personas según su edad y sexo y las condiciones médicas que presentan, y estas personas tienen un consumo similar de recursos sanitarios durante un período. Fueron desarrollados por Starfield y Weiner (Universidad Johns Hopkins, EE. UU. 1991), y su objetivo es medir el grado de enfermedad en poblaciones de pacientes basándose en sus niveles de comorbilidad. Entre sus principales aplicaciones destacan: a) evaluar la eficiencia en la utilización de los servicios sanitarios, b) medir la comorbilidad de la población, y c) programar la financiación o pago caputivo para grupos de proveedores. Entre las ventajas del sistema ACG destaca la necesidad de un número limitado de variables para cada paciente (edad, sexo y diagnósticos) y que la unidad de medida es el paciente. Se comentan algunas características de este sistema de ajuste de riesgos poblacionales.

4. Historia clínica única electrónica

Los sistemas de información sanitaria (SIS) se organizan en conjuntos de elementos que interactúan para procesar los datos y la información de salud de las personas, con el objetivo de realizar un intercambio eficiente de información entre los actores del sistema de Salud, buscando optimizar la toma de decisiones en todos los niveles (atención, planificación, gestión, etc.). Uno de estos elementos es la Historia Clínica Electrónica (HCE). Implementar una HCE incluye muchas más funcionalidades que la mera informatización del registro médico y va más allá de una simple aplicación de computadoras: representa una cuidadosa integración de sistemas que requieren una significativa inversión de tiempo, dinero,

cambio de procesos y reingeniería del factor humano.

5. Nominalización y georreferenciación de la población

Tender a un padrón único socio sanitario en donde figuren los datos mínimos necesarios de filiación y se asocie con su historia clínica única y con los mapas territoriales de salud.

6. Sistema de costos hospitalario

Desarrollar sistemas de información de costos y gestión hospitalaria, siendo su objetivo prioritario la búsqueda de la optimización de los recursos hospitalarios desde un punto de vista económico-social. Fortalecer el cálculo, desglose y sistemas de información de costos para su adecuada implementación, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, tipos y análisis de costos para su uso efectivo gestión hospitalaria.

7. Sistemas de medición de carga de morbilidad

(Desarrollo de AVAD - Años de Vida Ajustados por discapacidad). Desarrollar un sistema de medición de la carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países. El uso del AVAD se está haciendo cada vez más común en el campo de la salud pública y la evaluación del impacto en la salud. Se amplía el concepto de "años potenciales de vida perdidos por muerte prematura" para incluir "años equivalentes de vida sana perdidos por un estado de salud deficiente o discapacidad". Al hacerlo tanto la muerte como la enfermedad se combinan en una única métrica común.

8. Guías clínicas y protocolos

Creación de una agencia para investigación y calidad de la atención de salud. Al estilo de la que existe en Estados Unidos. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) es la agencia federal líder encargada de mejorar la seguridad y la calidad del sistema de atención médica. AHRQ desarrolla el conocimiento, las herramientas y los datos necesarios

para mejorar el sistema de atención médica y ayudar a los estadounidenses, a los profesionales de la salud y a los responsables políticos a tomar decisiones informadas sobre la salud.

9. Determinación del financiamiento y gasto en salud

En particular la importancia de contar con información sobre el gasto de bolsillo en salud: El gasto de bolsillo es el dato que muestra los problemas de solidaridad y de acceso al sistema. El gasto de bolsillo es muy alto (33%) y la OMS sugiere que no debe sobrepasar el 10-15%. Nuestras mediciones están atrasadas y requieren nuevas encuestas que nos permitan medir nuestro estado de situación en la materia para poder actuar en consecuencia

10. Agencia de resultados del sistema sanitario argentino

Una agencia de resultados del SSA medirá y difundirá los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria (con todas las ventajas de disminuir la asimetría informativa) por parte de la variedad de proveedores (privado, público y seguridad social) a fin de facilitar la toma de decisiones a los responsables de la calidad de la atención sanitaria. Este instrumento se convertirá en una referencia clave para la evaluación de las políticas sanitarias, de mejora continua de los prestadores. Permitirá estar alineado con las políticas de transparencia y rendición de cuentas.

La información sistemática y estructurada tiene dos utilidades principales: permite la evaluación y la rendición de cuentas. La evaluación es necesaria para que el sistema de salud haga frente a los nuevos retos sociales (nueva ciudadanía), demográficos (envejecimiento) y sanitarios (avance tecnológico, enfermedades emergentes) que surgen continuamente. También es crítica para la planificación sanitaria y la implantación de un sistema de salud basado en la sostenibilidad y la mejora de la efectividad, eficiencia, equidad y calidad asistencial. □

(1) Médico. Especialista en Salud Pública. Presidente de la ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos).

(2) Profesor FCM UNL, Consultor OISS y miembro del Grupo PAIS.



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

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

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Acerca del humanismo médico

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



El concepto de *humanismo*, enraizado profundamente en la historia del pensamiento, es una cuestión compleja. En la medicina ha sido más sencillo definirlo por contraste con la *deshumanización* del trato que los profesionales y sistemas de salud brindan a las personas que requieren su asistencia.

Filosóficamente -y enormemente sintetizada-, la perspectiva humanista es la de considerar a la dignidad humana como el patrón que otorga validez a las reglas y los valores sociales y como tal, el objetivo principal de las acciones humanas. Desde esta visión *lo humano* implica a la biología, pero también al contexto, la historia, las expectativas y el sentido que las personas damos a la vida, en general, a nuestra vida en particular y a la propia condición humana.

El deber del humanismo en medicina implica el desarrollo y la aplicación de valores, cualidades y actitudes en la relación médico paciente tales que superan largamente la sabiduría y la destreza para intervenir exitosamente sobre los aspectos biológicos involucrados en el continuo salud-enfermedad. Y también el compromiso con el entorno y las circunstancias sociales, y el accionar en el contexto de las organizaciones sanitarias complejas -de diverso tipo-, que han reemplazado casi totalmente a la figura del médico en su práctica individual.

Para los clásicos, no existe Medicina sin humanismo.

Sin embargo, las maneras *poco humanas* de hacer las cosas representan hoy un grave problema en el campo sanitario. La capacidad de causar daño a las personas que ingresan a los sistemas de salud es enorme, y está bien documentada. Y también la actuación individual y/o corporativa de los profesionales de la salud en prácticas contrarias al respeto de los valores humanos esenciales ⁽¹⁾.

Muchos de los factores que influyen en ello exceden por lejos al propio sector de la atención sanitaria y otros manifiestan la transformación radical de algunos supuestos clásicos del ejercicio profesional: por ejemplo, la relativización de los valores morales (y su ética) y el masivo triunfo del mercado y el consumismo como orientadores de la vida social e indicadores del éxito personal en ambas esferas de la vida, la transformación de la política en tanto devaluación del idealismo y la anulación del pensamiento crítico, las profundas transformaciones de los roles profesionales y las formas de producción y adquisición de conocimientos en la sociedad contemporánea, las crisis económicas de los Estados y sus sistemas de protección social, y, particularmente, los extraordinarios cambios en las formas de ejercer la medicina que vienen de la mano de un corrimiento de *la frontera de lo posible* a partir de las posibilidades reales o supuestas de nuevos avances en el conocimiento científico o el desarrollo tecnológico que impactan cada vez con mayor intensidad sobre el mercado de la salud, y, particularmente, sobre la demanda (expresión de las expectativas) de las personas -convertidas ahora en consumidores-, y de los propios profesionales de la salud

convertidos en promotores, sin más, de la oferta comercial.

Deshumanizar es también no preocuparse por las personas en primer lugar.

Aunque muchas veces se ha afirmado lo contrario, humanismo y ciencia no debieran ser términos excluyentes. Pero parece evidente que no es posible afirmar que la ciencia o la política hayan producido personas mejores, mientras que resulta plausible que mejores hombres hagan mejor ciencia o mejor política.

Aun fascinados y agradecidos por buena parte del desarrollo tecnológico aplicable al cuidado de la salud, y en épocas de resurgimiento del terraplanismo y otras creencias aún más agresivas que expresan desconfianza y rechazo a la racionalidad científica, parece adecuado interrogarnos sobre los motivos por los cuales debemos advertir en contra de la *medicalización de la vida*, que significa ni más ni menos que enfermar a los sanos; preguntarnos cómo hacer para que los hospitales sean lugares seguros para las personas; o dejar de colaborar en el quebranto económico de los sistemas de salud, una vía rápida al empeoramiento de la inequidad social y sanitaria.

Y no solo ello. Conviene recordar que tal como hace más de un siglo el no lavado de las manos cuando estamos con nuestros pacientes es un problema sanitario de primer orden para la Salud Pública. O que nos encontramos al borde de una catástrofe infectológica de escala mundial por el sobreuso de antibióticos -no sólo en la medicina humana-.

Utilizamos expresiones como *medicina basada en datos* para recordar que no basta con el gusto o la experiencia personal a la hora de tomar decisiones con un paciente. Para recordarnos que las decisiones son *con* los pacientes y no *sobre* ellos, (hablamos específicamente de *decisiones compartidas*); o de *medicina narrativa* para advertir que lo que sabemos sobre el sufrimiento de las personas, y la materia con la que los clínicos interactuamos todo el tiempo son las historias de nuestros pacientes, que debemos escuchar con atención. *Medicina paliativa*, para recordarnos que la muerte es el final de nuestro ciclo vital, y que siempre podemos ayudar y aliviar a quienes están llegando antes que nosotros, o *medicina centrada en el paciente*, para recordarnos que la persona humana es el eje ordenador y su bienestar el interés prioritario de todo el sistema de salud, y no otro. □

1) Lo que se hizo especialmente evidente luego de la Segunda Guerra Mundial y los horrores del nazismo, pero también en muchos episodios posteriores, y contemporáneos, en los que grupos profesionales participaron o participan de violaciones sistemáticas a los derechos humanos, en diversos países y bajo diversas excusas de índole mayormente política.

(*) Médico, docente. Magister en Economía y Cs. Políticas. Maestrando en Educación para profesionales de la Salud.



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



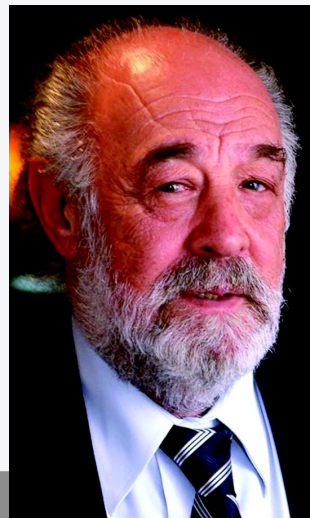
SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Salud Pública, política y desmoralización

“Quien ha vivido la esperanza no la olvida”

Octavio Paz

Por el Dr. Ignacio Katz



Entendemos por salud pública el conjunto de instrumentos y técnicas que permiten reconocer necesidades en la salud comunitaria, evaluar los problemas que esas necesidades generan y aplicar y monitorear recursos para gestionar su solución. En este sentido, la salud pública es responsabilidad de los gobiernos, hoy y siempre. Lo que cambia es su alcance, principalmente por el desarrollo de los instrumentos de ciencia y técnica que permiten una mayor y mejor política sanitaria.

Efectivamente, dichos avances han permitido conquistas envidiables para la humanidad de épocas preteritas, como crecimiento en la duración y calidad de vida con el saneamiento ambiental y la vacunación masiva, entre otros factores. Aunque la tecnología, al igual que el dios Jano de la mitología romana, tiene dos caras. Por caso, la contracara de los avances que trajo la Revolución Industrial la vemos en el calentamiento global; y a su vez, será apelando a otras tecnologías, como las energías renovables, que podremos reducir el daño. En definitiva, la ciencia y la tecnología implican avances que conllevan también múltiples riesgos. En medicina, el riesgo de uso acrítico, sin el monitoreo adecuado, generando aplicaciones superfluas y hasta nocivas, además de costosas. También existen los conflictos bioéticos que surgen con la manipulación genética, que nos enfrenta a las fronteras de la legalidad, la ética y la decencia.

Desde hace décadas, sin embargo, los desafíos de las políticas sanitarias en particular, y públicas en general, pasan por lograr la equidad frente a un mundo con crecientes recursos, pero con una igualmente creciente desigualdad. Lo cierto es que las políticas sanitarias se centran en paliar las enfermedades, pero no suficientemente en sus causas. A lo sumo, se habla de *determinantes*, como la OMS que en 2004 creó una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, pero poco de *condicionantes* y *predisponentes*. Ciertamente, el acceso a agua potable y a red cloacal es una genuina política sanitaria, pero incluso eso resulta insuficiente si la política económica sumerge a la población en el desempleo y la precariedad económica. Pues no se trata meramente del *entorno* social, sino del *sustento* social, de la trama misma que conforma la vida.

Baste señalar los datos en nuestro país sobre el incremento de la tuberculosis, la disminución en el consumo de carne y la consolidación del chagas⁽¹⁾ para

comprender que la frase de la OMS, “uno de los modos más efectivos de combatir la pobreza es mejorar la salud”, es tan cierta como su reverso: para mejorar la salud, bien vale disminuir la pobreza. A este respecto, merece mirar hacia Canadá, quien recientemente redujo su tasa de pobreza con una metodología integral, un mecanismo multisectorial de redes regionales, centrado en la capacitación laboral y con un objetivo claro: no quieren mejores pobres, sino menos pobres⁽²⁾.

El Estado, en su rol de responsable y garante de las políticas públicas a desarrollar, debe garantizar el acceso a la atención sanitaria, como un bien privado prevalente, y asegurar su acceso frente a las asimetrías del mercado, como un gestor y productor de bienes y servicios públicos. Debemos recuperar la noción de Estado de Bienestar, no desde una ambición estatista *demodé*, sino de manera crítica, pues bien sabemos que la integración de los sectores público y privado resulta ineludible desde hace décadas (cuando primó la desestructuración estatal).

En ausencia de planificación estratégica e incapacidad de gestión por desconocimiento en lo referente a las herramientas contemporáneas de logística administrativa (entendida como el conjunto de medios y métodos para llevar a cabo un fin determinado en un proceso complejo) debemos exigir, como mínimo, la responsabilidad estatal en la regulación. Sólo así podremos enfrentar la realidad de prácticas discrecionales, abusos ilegales y ausencias sistemáticas en la cultura laboral, todo lo que da lugar a la corrupción en sus múltiples formas y, lo que es peor, a su normalización o aceptación banal. En la actualidad, y como ejemplo concreto, esta deficiencia logística queda demostrada en la imperfección del desarrollo en los programas de vacunación (ley 27491/2018)⁽³⁾.

Como botón de muestra, merece señalar la tragedia del IOMA que acumula denuncias de corrupción encajonadas desde la gestión anterior, a lo que se suma una actual, que incluye datos y nombres precisos de diversos mecanismos de fraude, tales como la duplicación de partidas de medicamentos para su venta en el mercado negro, generando “cifras multimillonarias”⁽⁴⁾.

Hace ya veinte años, planteaba sobre el cambio de concepción y ejecución necesarios para revertir la condición sanitaria. Sostenía entonces que las herramientas de gestión, como la informática y la auditoría (fiscal, pero también médica, como herramienta de *investigación/acción*), son imprescindibles pero im-

tentes si no están acompañadas de una fuerte decisión política que se sustente en el realismo, la audacia y la capacidad de ejecución. Sólo así se podría recuperar credibilidad social y enfrentar un orden de situación dominado por intereses corporativos espurios.

La cuestión permanece más válida que nunca. Pero acaso el mayor obstáculo no radique en los males, sino en nuestra incapacidad para conjurarlos. En efecto, padecemos de un verdadero *síndrome de desmoralización*. La *desmoralización* nos desanima, nos quita la energía necesaria para transformar las condiciones que la producen, generando así un círculo vicioso. Nos atrofia la inteligencia, nos anestesia frente a la realidad y, confundiendo cinismo con sagacidad, hasta nos solazamos en la mediocridad, como si se tratara de una idiosincrasia eterna e inevitable, y por ello casi entrañable (recordemos a nuestro Ingenieros quien afirmaba que "la mediocridad es más contagiosa que el talento").

Debemos evidenciar cada vez todo acto de corrupción para evitar así su normalización que antecede a su aceptación, que implica lisa y llanamente, su impunidad. Pero al mismo tiempo, debemos correr el velo de la corrupción, que más que causa es consecuencia de la falta de compatibilidad entre intereses económicos corporativos y la democracia. Decía ya Juan Bautista Alberdi: "El empobrecimiento en el que ha caído y está la República Argentina no es una crisis, es un estado crónico, normal, tradicional que la forma el orden irregular en que viven sus intereses económicos"⁽⁵⁾.

No tenemos la salud que merecemos, no contamos con la política sanitaria que podríamos tener, no aprovechamos los recursos que aún tenemos, no conformamos el lazo de solidaridad que nos fortalecería como comunidad. En definitiva, no llegamos a constituir una verdadera Nación. Existe, pese a todo, la potencia para superar esta situación. El éxito no está asegurado, pero nuestro fracaso tampoco es un destino inmodificable; depende de todos nosotros (aunque con responsabilidad diversa). Los recursos están, hace falta aprovecharlos con racionalidad y justicia. Se requiere una voluntad colectiva lo más amplia posible que incluya y empuje a la decisión política. La solidaridad como lazo fundamental de la sociedad humana, como moral que nos constituye mutuamente debe ser nuestro motor, y la esperanza nuestro combustible. No desatendamos la necesidad de iniciar la marcha. □

Referencias

⁽¹⁾ "Vuelve a crecer la tuberculosis", *Clarín*, 1/04/19; "El consumo de carne vacuna cayó 13,4 % en el primer trimestre", *La Nación*, 5/04/19; "Todavía nace un bebé con Chagas cada 6 horas y buscan evitarlo con una campaña", *Clarín*, 28/03/19.

⁽²⁾ "Ganar la guerra contra la pobreza", *Clarín*, 8/4/19.

⁽³⁾ "Prevención: faltantes de vacunas", *La Nación*, 15/04/19

⁽⁴⁾ "Inmorales", en *Noticias & Protagonistas*, 24/02/19

⁽⁵⁾ "Alberdi, J.B. Escritos póstumos, Ediciones Gizeh, Buenos Aires, 1990, p.297.

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).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Nueva edición de nuestras "Jornadas"

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray

Presidente de FEFARA



Los días 6 y 7 de junio próximo, en el Gran Hotel Provincial de la ciudad de Mar del Plata, tendrán lugar las 17ª Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, en cuyo marco también se llevarán a cabo dos eventos que año tras año crecen en participantes y contenidos de calidad:

- Las 6^{as}. Jornadas Profesionales Farmacéuticas, con la presentación de trabajos referidos a diferentes aspectos del quehacer profesional farmacéutico, seleccionadas por un Comité Científico el cual finalmente otorga las respectivas menciones y premiaciones.
- El 6^{to}. Encuentro de Jóvenes FEFARA: un espacio de participación, debate y propuestas llevadas a cabo por un nutrido grupo de jóvenes profesionales y estudiantes avanzados de farmacia. En la anterior edición, contamos con la participación de trescientos jóvenes provenientes de las Universidades Nacionales de Rosario, Córdoba, San Luis, Misiones, Tucumán, La Rioja, del Sur (Bahía Blanca) y del Chaco Austral (Pcia. Roque Sáenz Peña).

Estas jornadas se han constituido en un clásico, debido al prestigio de sus disertantes y la calidad de sus trabajos. Tentado de hacer un repaso sobre todo lo acontecido, me limitaré solo a recordar los temas centrales que nos ocuparon en cada una de las anteriores ediciones, comenzando por aquella primera que tuvo lugar en Santa Fe en el mes de setiembre de 2002:

- ✓ 2002 - SANTA FE: Surge una nueva política de medicamentos.
- ✓ 2003 - ROSARIO: Regulación del mercado de los medicamentos.
- ✓ 2004 - SANTA FE: El Plan Federal de Salud.
- ✓ 2005 - ROSARIO: Programa médico obligatorio y evaluación de tecnologías médicas.
- ✓ 2006 - SANTA FE: Medicamentos biológicos y producción pública.
- ✓ 2007 - ROSARIO: Uso racional del medicamento.
- ✓ 2008 - SAN NICOLAS: Error médico y judicialización de la salud.
- ✓ 2009 - CORDOBA: Precio, acceso y calidad de los fármacos.
- ✓ 2010 - MAR DEL PLATA: Enfermedades raras y medicamentos huérfanos.
- ✓ 2011 - TIGRE: Sustentabilidad de la red farmacéutica profesional.
- ✓ 2012 - ROSARIO: Necesidad de la reforma sanitaria.
- ✓ 2013 - POSADAS: Genéricos. Calidad y accesibilidad.
- ✓ 2014 - SAN LUIS: Servicio Farmacéuticos. Integración público-privada.
- ✓ 2015 - PILAR: Políticas de Accesibilidad, asequibilidad y calidad del medicamento.
- ✓ 2016 - SANTA ROSA: El desafío de construir valor agregado en la gestión farmacéutica.

- ✓ 2017 - TERMAS DE RIO HONDO: El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos.
- ✓ 2018 - NEUQUÉN: Construcción de la alianza de los pacientes con la red farmacéutica.

Desde aquel lejano 2002 al presente, han pasado muchas cosas en nuestro país en general y en nuestro sector en particular, pudiendo visualizarse como rasgo común de ambas épocas la situación de crisis que exhibe el sector de la salud.

En la inauguración de aquel evento inicial, y estando en la presidencia del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe 1^{ra}. Circunscripción, les decía: "A pesar de la difícil situación por la que atraviesa el país vale la pena este Encuentro, puesto que después de muchos años comenzamos a tener una política de medicamentos en el país".

En tal ocasión y refiriéndose a esas nuevas políticas en gestación, el ministro de salud de la Nación Dr. Ginés González García, exhortó a todos "a participar ... porque este es el momento de construir cambios culturales, pensando más en la salud de los argentinos que en nuestros intereses sectoriales". Agregando además "...creemos que estamos construyendo una política nacional entre todos, sin diferencias de partidos ni sectores, y eso es lo más valioso".

En el otro extremo del espacio de tiempo transcurrido, encontramos las palabras del director ejecutivo del INSSJP, Lic. Sergio Cassinotti, quien en su exposición en las jornadas del pasado año 2018 señalaba como prioritaria la gestión conjunta, sin distinción de colores políticos, en procura de transformar la realidad del mercado. "Abrir una puerta hacia una nueva realidad", decía y nos dejaba una frase para recordar: "La indecisión es el ladrón de la oportunidad".

Es por eso que, desde FEFARA, tanto hoy como ayer, nuestra postura se mantiene inalterable: ante el surgimiento de dificultades y problemas vamos a estar siempre del lado de la solución, dejando de lado la queja para afirmarnos en las propuestas. Ofreciendo y solicitando aportes creativos de todos los actores del mercado. Con la riqueza de nuestra diversidad; apelando al debate constructivo y con la gestión como herramienta principal.

Por lo hasta aquí realizado y por lo que aún está por venir, queremos agradecer a todos los Colegios de Farmacéuticos y colaboradores que hicieron posible la realización ininterrumpida de estas jornadas.

Especialmente queremos reconocer a quienes han aceptado las invitaciones para expresar libre y comprometidamente sus ideas y a quienes nos acompañaron dándole el marco acorde a este gran esfuerzo organizativo. A todos ellos se debe la superación en calidad académica, trascendencia y convocatoria de estos encuentros.

Finalmente, nos parece importante señalar que los aportes generados en cada una de estas jornadas posibilitaron la edición de un libro anual conteniendo la totalidad de las ponencias y trabajos, pasando a integrar además una biblioteca virtual de libre consulta en nuestra página web: www.fefara.org.ar □



 **SMG**
SEGUROS

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 envianos
un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

**SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN**

Las medidas del equilibrio

Sergio Cassinotti disertó sobre avances y desafíos durante su gestión en PAMI. Estadísticas, objetivos y logros.



económica difícil como la que estamos viviendo hicimos todo eso, con más estabilidad podemos llegar a hacer cambios mucho más profundos todavía”.

UNA ENTIDAD MADURA

“Una sociedad ha madurado cuando planta árboles cuya sombra no va a disfrutar. Eso es lo que estamos haciendo en PAMI”. Así comenzó Sergio Cassinotti su presentación. “Estamos avanzando todo lo posible para lograr que la entidad quede consolidada para que en el futuro se pueda continuar avanzando, sin retroceder”.

Con más de 5 millones de jubilados como beneficiarios, más de 13 mil empleados y más de 700 locales en todo el país, no es novedad que PAMI necesitaba medidas de gestión para lograr el equilibrio financiero. “El punto de equilibrio lo alcanzamos el año pasado”, especificó el director ejecutivo. “Fue difícil, lo hicimos con inflación y dólar altos”.

“Una sociedad ha madurado cuando planta árboles cuya sombra no va a disfrutar. Eso es lo que estamos haciendo en PAMI”.

NUEVAS MEDIDAS, NUEVO SANATORIO

Fue a través de una serie de medidas que la entidad logró dicho equilibrio. “Con nuestra política de medicamentos, logramos generar más competencia y más transparencia; también tener el manejo de los sistemas y negociar laboratorio por laboratorio, dejando de lado a las cámaras”, señaló el titular del PAMI. Fue esta última acción la que, destacó, permitió un ahorro de casi 6 mil millones de pesos. “También trabajamos mucho en

En el marco del *Evento Internacional sobre Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Argentino: Del Diagnóstico al Tratamiento*, celebrado en la sede regional de la OISS (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social) y organizado en conjunto con la Fundación Sanatorio Güemes entre el 27 y el 29 de

marzo, el Licenciado Sergio Cassinotti, director ejecutivo del PAMI, disertó sobre las medidas que, en su gestión, ayudaron a lograr el equilibrio financiero de la entidad y sus logros en materia de medicamentos, licitaciones y tecnología. Además, acercó números y proyecciones con un objetivo claro: “Queremos avanzar todo lo posible. Si en una situación

internación domiciliaria, achicamos nuestra estructura de dirección y fortalecimos la derivación del paciente”, adelantó.

Recientemente, PAMI también inauguró su sanatorio propio en Mar del Plata, el Hospital Dr. Bernardo A. Houssay. “En la inauguración, yo le decía al Presidente que solamente por estar ahí, el sanatorio ya nos ahorra 25 millones en traslados”, comentó el directivo. “Por eso pusimos tanto el foco en ese sanatorio y en sólo 15 meses finalizamos la obra”. Con 120 camas, el nuevo sanatorio exclusivo del PAMI va a tener equipos para prestaciones de alta complejidad y, además, trabajará con derivaciones.

“Con nuestra política de medicamentos, logramos generar más competencia y más transparencia”.

MEDICAMENTOS

La distribución de los medicamentos en los que invierte el PAMI es diferente de la del resto de las obras sociales. “En las demás”, explicó Cassinotti, “los medicamentos de alto costo representan un número

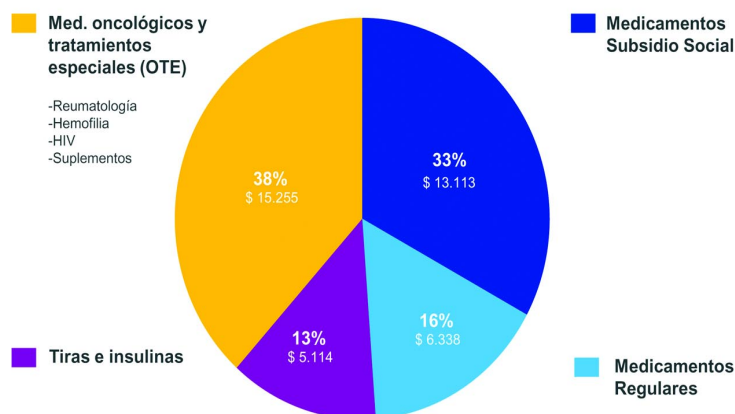
importante, que impacta mucho en el total. Pero en PAMI no representa tanto porque el subsidio social del medicamento es alto, un 33%”.

“Hay algo que a mí me molesta”, advirtió. “Viven instalando todo el tiempo que PAMI entrega menos medicamentos. Pero esto no es así. Entregamos 10 millones y medio todos los meses, de manera estable”, puntualizó. “Hay casi 200 mil

personas que reciben la totalidad de sus medicamentos gratis”. Ocorre, explicó Cassinotti, que este último número disminuyó “porque había gente con autos súper modernos, o con propiedades, o gente que paga una prepaga de 14 mil pesos, que venía a retirar los medicamentos gratis a PAMI”. “Nosotros le tenemos que dar las cosas gratis a aquel que realmente está en una situación de vulnerabilidad”, enfatizó.

GASTO PAMI POR SEGMENTOS DE MEDICAMENTOS

Gasto PAMI 2018 por segmento 39,8 MILES M\$



(*) Todos los rubros con cobertura 100%, con excepción de ambulatorio regular (cobertura 50% - 60% - 80%)

Fuente: Informe de Gestión financiera PAMI



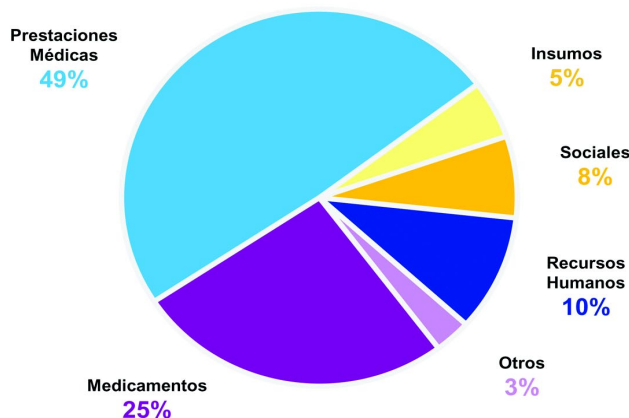
Somos una empresa líder en certificaciones de equipamiento médico, realizamos ensayos de seguridad eléctrica y de performance de equipos de áreas críticas, asegurando los mas altos estándares de calidad, acorde a las normativas vigentes

info@biotrust.com.ar



GASTO 2018 POR RUBROS

Gasto 2018: \$150.560 millones



“El año pasado, logramos un ahorro de casi 6 mil millones de pesos, en comparación con el gasto de 2017”.

inflación, la brecha que teníamos de 12 o 13 puntos para 2018, hoy es de 19, casi 20”.

EL FOCO PUESTO EN EL JUBILADO

Con esta medida, señaló Cassinotti, se buscó que el jubilado “notara que por primera vez había un precio distinto para él y podía pagar menos en el mostrador de la farmacia que cualquier otro argentino con cobertura, por la dificultad que tiene un jubilado para llegar a fin de mes”.

“Lo importante es que este acuerdo ya está cerrado. Es el más importante que hay en salud: involucra a 5 millones de argentinos”, acentuó Cassinotti. Así, el precio diferencial para jubilados se sigue sosteniendo. “Quiero destacar que los laboratorios han puesto muy buena voluntad, porque realmente sostener una brecha de 19 o 20 puntos es complicado; les agradezco, porque entendieron que en esta situación de crisis teníamos que ayudar a los que lo necesitan”.

“Quiero destacar que los laboratorios han puesto muy buena voluntad, porque realmente sostener una brecha de 19 o 20 puntos es complicado”.

LICITACIONES

Otra de las medidas que ayudó a controlar el gasto y generar ahorro en la compra de medicamentos fueron las licitaciones propias del PAMI. El ahorro en medicamentos oncológicos fue del 82% en relación al 2017. En hemofilia, fue del 85%. “Con el acuerdo y las licitaciones, este año vamos a gastar no menos

COMPRAS CONJUNTAS

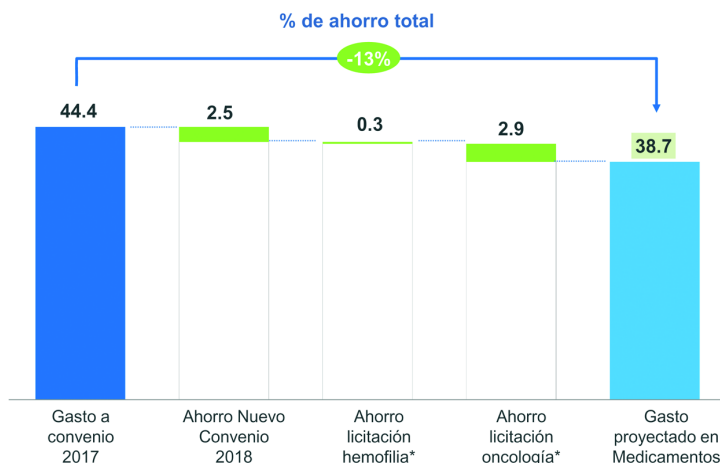
Comprar de forma conjunta fue una de las primeras medidas de la gestión de Cassinotti en PAMI. “Me costaba mucho entender cómo el Estado podía comprar por separado y a distintos precios los medicamentos”. Es por eso que PAMI trabajó en conjunto con la Superintendencia de Servicios de Salud para desarrollar la compra conjunta. “El año pasado, logramos un ahorro de casi 6 mil millones de pesos, en comparación con el gasto de 2017”. Parte del éxito se debe, señaló

Cassinotti, al nuevo convenio; y otra parte, a las licitaciones de hemofilia y oncología, también realizadas en conjunto.

“Al inicio de las negociaciones, bajamos 5 puntos el precio anterior y pusimos un tope inflacionario del 70%. Ese techo hizo que esos 5 puntos originales se convirtieran en 12, casi 13 puntos. Si seguíamos con ese techo, nadie podía resistir”, se explayó el titular de PAMI. Es por eso que el nuevo techo será del 100% de la inflación. Además, “como los medicamentos siguieron aumentando un poco más que la

AHORRO ALCANZADO EN MEDICAMENTOS 2018

Miles de Millones de \$, 12 meses*



* Impacto de 12 meses de licitación



de 3 mil millones de pesos menos que el año anterior en medicamentos”, puntualizó Cassinotti.

TECNOLOGÍA PARA GESTIONAR

La implementación del sistema Farmapami es otra de las medidas que ayudaron al equilibrio. “PAMI tenía que tener la información que realmente le hace falta para gestionar. Nuestro equipo quería un tablero de control para saber lo que está pasando”, comentó el director ejecutivo. Con Farmapami, la entidad monitorea información de todo tipo, por rubros y en tiempo real. “Tenemos acceso a la cantidad de consultas, a los consumos por laboratorio; podemos elegir por período, por rubro, y el sistema nos informa”.

Uno de los usos clave del sistema es el monitoreo de recetas, que son procesadas también en tiempo real, y pueden consultarse por colegio profesional o entidad. “Es la primera vez que PAMI dispone de

esta herramienta”, recalcó Cassinotti. Así, la entidad ahora puede conocer información clave, como qué tipos de productos son los que más se consumen, cuánto representan para el bolsillo del PAMI y cuánto para el del afiliado. También los laboratorios tienen acceso a información que les es útil, ya que poseen dos códigos de acceso: uno de alto nivel y otro de nivel operativo. “Así, pueden saber en tiempo real qué vendió su laboratorio”.

**Farmapami:
“Es la primera
vez que PAMI
dispone
de esta
herramienta”.**

“Esta información a nosotros nos permite liquidar y auditar. Además, la usamos en el área médica para trabajar más en epidemiología: así sabemos dónde tenemos que reforzar servicios y cómo se

comporta el mercado de medicamentos dentro de PAMI”, amplió Cassinotti. “Para mí, era vital que después de más de 20 años, el PAMI tuviese esta información necesaria para gestionar las más de 6 millones y medio de recetas mensuales que ingresan”.

BENEFICIOS SOCIALES

El trabajo social del PAMI también ha encontrado nuevas medidas durante la última gestión. Además de la entrega de bolsones de comida, se ha trabajado para ordenar y sistematizar el funcionamiento de los centros de jubilados. “Firmamos un convenio para que un centro de jubilados pueda abrir una cuenta bancaria. Antes, le pagábamos con un cheque personal al presidente del centro”, explicó Cassinotti. Ahora, este tipo de sociedad se realiza sin costo. “Cada centro va a estar registrado; le damos una transparencia y un orden que no tenía en estos últimos años”.



Tecnología aplicada a la salud

Empresa proveedora de equipamiento médico para las áreas críticas, amplio portfolio de productos, nacionales e importados.

Proyectos llave en mano, asesoramiento e implementación.

Servicio técnico integral.

Sistema de Gestión.

Certificaciones de seguridad eléctrica y performance.

Quality Service & Products

info@biotrust.com.ar

PAMI EN NÚMEROS



AFILIADOS
4.928.848



PRESUPUESTO 2018
AR\$ 150.560.000.000



EMPLEADOS
10.195 Nivel Central y UGLs
3.363 Efectores Propios y Servicios de Emergencias



ORGANIZACIÓN TERRITORIAL
38 UGL
637 Agencias



MÉDICOS DE CABECERA
9.200



EFFECTORES PROPIOS
1 Milstein
2 PAMI I
3 PAMI II
4 Houssay



PRESTACIONES MÉDICAS MENSUALES
+ 13.000.000



MEDICAMENTOS DISPENSADOS MENSUALMENTE
11.000.000



PRESTACIONES MÉDICAS

En cuanto a las prestaciones médicas, Cassinotti detalló que la entidad que dirige tiene 30 mil pacientes en internación domiciliaria, 11 dializados y más del 40% de los beneficiarios con más de cuatro patologías simultáneas. Además, precisó, “en la gestión anterior se entregaban 6 mil sillas de ruedas por año. Nosotros entregamos alrededor de 38 mil. Teníamos un problema con las licitaciones; llevaban mucho tiempo y había mucha demanda contenida. Pero hoy tenemos licitado todo lo que va a necesitar PAMI hasta enero del año que viene”.

“Hoy tenemos licitado todo lo que va a necesitar PAMI hasta enero del año que viene”.

También para el caso de las prótesis, aclaró Cassinotti, la demanda contenida ha sido prácticamente eliminada: “Las prótesis llegan más rápido. Puede haber alguna empresa que tiene problemas, es verdad. Pero lo vemos, lo sancionamos y, si no se soluciona, le

sacamos la zona”. “Capitamos y controlamos que las cosas lleguen a tiempo”, señaló el director de PAMI.

ELIMINAR EL FRAUDE: UN DESAFÍO EN MARCHA

“Algo que me preocupa mucho es eliminar el fraude”, remarcó Cassinotti. Para el caso de los beneficiarios en internación domiciliaria, la entidad tiene como objetivo instalar un sistema de uso obligatorio para auditar a distancia. “Tiene geo-referencialización, tanto para los pacientes como para los médicos que los atienden. Vamos a cuidar también que las patologías no se vuelvan crónicas, porque la internación domiciliaria es para resolver un tema concreto”.

La receta digital será otro de los avances que ayudará a eliminar todo tipo de fraude. “El médico va a prescribir, la receta digital se sube a la nube y las 14 mil farmacias la van a tener disponible en tiempo real”. Es en este punto que la receta digital se vincula con la nueva credencial para beneficiarios, de las que el PAMI ya ha repartido 4 millones. “Cuando el beneficiario va a la farmacia, con la credencial se levanta su receta desde la nube”, explicó Cassinotti.

Se trata de un logro que traerá muchas ventajas. No habrá demo-

“Estas medidas apuntaron a tener más control, no a entregar menos medicamentos o prestaciones”.

ras en los tiempos para recibir recetas; además, el código QR incluirá las patologías crónicas del beneficiario, para poder ayudarlo en caso de accidentes en la vía pública. La credencial también posee todas las medidas de seguridad que caracterizan a cualquier tarjeta, por lo que resulta de difícil falsificación. “Así, estamos achicando el fraude”, destacó Cassinotti. “Estas medidas apuntaron a tener más control, no a entregar menos medicamentos o prestaciones”. “Queremos hacer un modelo de receta digital que sirva para el país, ajustar controles y dar más dinámica y acceso a nuestra población”, agregó.

PROTOCOLOS Y EXPEDIENTE DIGITAL

La gestión de Cassinotti también ha trabajado en generar nuevos y más protocolos. “Establecimos protocolos en oncología y diabetes; los trabajamos en conjunto con entidades médicas y científicas, con mucha auditoría. Eran escasos en PAMI y les estamos dando mucho impulso”. En relación al uso del expediente electrónico, Cassinotti reconoció que, si bien el PAMI se encuentra atrasado en este sentido en relación a otros sectores estatales, “ya estamos trabajando para alcanzar al resto del Estado”.

UN PLAN CUMPLIDO

“Tenemos un plan estratégico”, definió Cassinotti hacia el final de su presentación. “Todos estos puntos van a concluirse y van a estar funcionando este año”. “Si lo tenemos que dejar, nosotros queremos dejar un PAMI ordenado”. Pero, continuó, “ojalá que nos quedemos, porque si tenemos más estabilidad podemos llegar a cambios mucho más profundos”. El objetivo último, concluyó, es incorporar más tecnología, generar más auditorías y mejorar el acceso. □

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



Pharma se lanza al mundo digital: "beyond the pill"



Por Santiago Troncar - @stroncar (*)

La revolución digital ya se abre paso a ritmo acelerado en el sector salud, y la industria farmacéutica no es ajena a este proceso. Desde hace ya algunos años los laboratorios están invirtiendo presupuestos crecientes en dar sus primeros pasos digitales, haciendo apps móviles, cursos online para médicos y comunidades de pacientes con patologías específicas, entre otros proyectos.

Pero el proceso de adopción de tecnología en pharma es mucho más profundo y estratégico que ofrecer apps, landing sites y webinars.

Detrás de las nuevas herramientas tecnológicas y la información que estas generan, se despliega un mundo de posibilidades para los pacientes, los profesionales médicos, los laboratorios y financiadores. Y Pharma intuye el explosivo efecto que esto tendrá en su negocio futuro.

Las farmacéuticas comienzan a bajar lineamientos globales cada día más concretos respecto de sus estrategias de exploración digital. Vas Narasimhan, CEO global de Novartis, incluyó en su presentación pública en el JP Morgan Health Conference de enero 2019, la estrategia de "Go Big on Data and Digital" como una de las iniciativas clave de la multinacional suiza.

En febrero 2019, en HIMSS19 Orlando, el grupo ROCHE sorprendió al establishment del evento, normalmente liderado por empresas tecnológicas, con un stand propio y una fuerte apuesta al mundo de la medicina digital. En ese evento, Okan Ekinci, chief medical officer de Roche Diagnostics, presentó a cuatro vientos una iniciativa clave del grupo: "From real world data to digital twins: Paving the way for personalized health care". Tanto en su stand como en su presentación, el grupo mostró su iniciativa NAVIFY, una plataforma tecnológica para colaboración en el diagnóstico de pacientes oncológicos, exhortando a los especialistas a usar la información clínica de sus pacientes de manera colaborativa para fortalecer sus posibilidades de diagnóstico temprano y selección de los tratamientos a través de tecnología. Más allá del proyecto específico, la compañía testó su mensaje al mercado: queremos trabajar con los médicos para potenciar colaborativamente la información clínica que ellos generan en forma individual con sus pacientes.

En ese mismo evento tuvo lugar el Pharma Forum de HIMSS, del que participaron ejecutivos globales de Merck, Pfizer, Novartis, Biogen, entre otros laboratorios líderes, jugadores que desarrollan desde hace años sus Innovation hubs, sus convocatorias y desafíos para emprendedores, y sus pilotos tecnológicos en instituciones médicas de todas las escalas.

Todos ellos comparten una mirada común respecto del creciente desafío y oportunidad que representan las herramientas digitales, con especial foco en algunas áreas de aplicación:

1) RWE: El nuevo mundo de "Real World Data" generado por los pacientes desde apps y "wearables", y por los profesionales médicos desde sus "electronic health records". Mientras profesionales y pacientes comienzan estos intercambios, que involucran aspectos delicados sobre la privacidad y la seguridad de la información privada de los pacientes, la FDA americana ya

publicó recientemente su "framework para proyectos de Real World Evidence" para acompañar de cerca y regular el proceso de exploración de la comunidad médica con sus pacientes.

No sólo está en juego la necesidad de generar RWE para mostrar evidencia médica de mejoras clínicas en los pacientes, sino también mostrar eficiencias relevantes en el costo-beneficio de los financiadores privados y públicos. Ambas evidencias son clave para sostener la industria farmacéutica y los discutidos precios de sus productos.

2) Plataformas interactivas para médicos y pacientes, "beyond the pill": desarrollo de soluciones para la digitalización de instituciones, consultorios médicos y para el seguimiento, atención remota y control de adherencia de los pacientes. Un buen ejemplo de ello es el acuerdo que Novartis firmó con numerosas sociedades médicas argentinas y la empresa ConsultorioMOVIL (NdE: quien escribe esta nota es CEO de la compañía), para promover el acceso gratuito a los médicos, a una plataforma que les permite implementar registros médicos digitales y brindarle una solución de educación y seguimiento digitalizado a sus pacientes, de una manera privada y segura.

En Chile, la misma farmacéutica suiza acaba de lanzar una nueva medicación para migraña y, junto con ésta, un portal y una app llamados "Espacio Migraña" para promover la educación en la prevención y tratamiento de la cefalea, y la interacción entre especialistas y pacientes. Adicionalmente la empresa promueve una "Medical Academy" digital sobre cefalea, exclusiva para profesionales médicos.

La estrategia "beyond the pill", de la que tantas conferencias hablan desde hace años, deja de ser una idea conceptual y se convierte, a través de la tecnología, en un valor agregado relevante para los médicos especialistas y sus pacientes.

Otro buen ejemplo, es la batería de herramientas digitales que promueve la multinacional IQVIA (fusión entre IMS y Quintiles), entre las que se destaca el concepto de AppScript, un sistema digital que exhorta a los médicos a "prescribir medicina digital". Consiste en una plataforma que permite subir apps de salud digital para instituciones médicas, vincularlas a los EMRs de las instituciones y promover que los médicos las recomienden y distribuyan entre sus pacientes para colaborar con el seguimiento de los tratamientos médicos indicados.

3) Las "terapias digitales", una nueva categoría de prescripciones aprobada por la FDA, que consiste en indicar "tratamientos digitales", bajo receta médica. Tal vez el ejemplo más reconocido sea BlueStar, una terapia digital pionera de la empresa WellDoc, que la FDA aprobó para pacientes con Diabetes Tipo 2. La nueva categoría es tan explosiva que en USA ya existen más 150 empresas de terapias digitales, y se ha conformado la Alianza de Terapias Digitales (www.dtxalliance.org). Startups de la categoría han recibido inversiones millonarias de líderes Pharma como Sanofi, Merck, Pfizer, Novartis, J&J y Roche, por nombrar solo algunos de ellos.

4) La Digitalización del proceso de Research de pharma y el uso de Inteligencia Artificial como herramientas de “drug discovery & development”: hoy es normal que el desarrollo de una nueva droga demore +10 años y cueste un mínimo de \$ 2.5 Billones de dólares. Varios jugadores se han propuesto usar tecnología para buscar eficientizar y acelerar su proceso de research y aprobación de nuevas drogas. Reclutar pacientes a través de redes sociales, generar evidencia a partir de información clínica colectada por médicos y lograr publicaciones, son algunos de los objetivos deseados por el mundo científico que genera los ensayos clínicos tradicionales.

En paralelo, numerosas firmas invierten millones en la construcción de modelos y herramientas de big data, machine learning e Inteligencia Artificial, con la esperanza que éstas les ayuden a decodificar los océanos de data que poseen, y los guíen hacia nuevos descubrimientos médicos. Secuenciamientos genómicos y de ADN cada día más veloces, potentes y económicos abren promesas excitantes.

Acelerar el proceso de descubrimiento y aprobación implicaría ahorrar billones en los desarrollos, fortaleciendo al mismo tiempo los pipelines de lanzamientos y los balances de big pharma. La lectura del flamante libro “Deep Medicine” del cardiólogo Eric Topol, referente indiscutido del mundo de la medicina digital, resulta de lectura obligada para todos los profesionales de la salud que apuestan a la confluencia entre medicina, tecnología, inteligencia artificial y data.

Pensando en la “última milla” del paciente en su compra o acceso a la medicación, surge la inquietud local sobre el progreso de la receta electrónica en la Argentina, práctica implementada desde hace años en USA, Europa, e incluso en países como Brasil, Chile y México. Los jugadores locales avanzan silenciosamente con sus testeos y recetas digitalizadas, antes que el Congreso promulgue una ley ad-hoc, que ya ha sido discutida y retenida por años. Financiadores, Redes de farmacias y droguerías ya operan apps, portales y sistemas de generación y recepción de recetas en formato digital. “Testear en voz baja”, parece ser la norma local.

Volviendo a las estrategias de pharma global, una rápida mirada al evento Eyeforpharma Barcelona, evento global líder de la industria, es suficiente para ver el impacto que hoy tiene la tecnología en la agenda de los directivos, y en su visión sobre el futuro de la industria. Títulos como “la oportunidad digital”, “nueva relación con clientes e innovadores”, “la nueva era del consumidor conectado”, RWE y “medicina personalizada” son algunos de los conceptos que se destacan en su agenda para el mega evento en 2020.

La industria farmacéutica sabe que su rol futuro será mucho más amplio que fabricar medicamentos. Tiene y puede ir más allá de la píldora. La tecnología les ofrece un amplio abanico de oportunidades frente al “patient journey”, así como una interesante gama de posibilidades de colaboración con los profesionales médicos, instituciones y financiadores.

Pharma se prepara para ser un jugador con un alcance más integral en la investigación, el desarrollo de los tratamientos y la prestación de servicios de salud, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas y específicas. Las compañías evalúan internamente cuales son las habilidades, tecnologías y operaciones que deberían adquirir e implementar para lograrlo. Las promesas son muchas y el camino de transformación es largo y trabajoso.

Como reza el proverbio chino, todo camino de mil leguas comienza con un primer paso, y Pharma ya lo ha dado. □

(*) Presidente de ConsultorioMOVIL



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



Pobreza y Salud

“No puede haber política sanitaria sin política social”. Dr. Ramón Carrillo



Por el Dr. Ernesto van der Kooy
Prosanity Consulting

La salud, integra el grupo de derechos humanos inherentes a la naturaleza del hombre. En la Argentina, esta prerrogativa está garantizada por la Constitución Nacional.

Hay dos indicadores sanitarios que se usan clásicamente para medir la condición de salud de las poblaciones. A) Esperanza de vida al nacer: para el 2.016 (OMS) 76,58 años (72,78 años para los varones y 80,31 para las mujeres). Los valores difieren según las regiones y del tipo de expectativa de vida, saludable o no. B) Mortalidad infantil: ha existido una disminución muy acentuada en todo el país en las últimas décadas (del 59,4 por mil en 1.970 al 9,7 por mil en 2.016). Si se analiza por jurisdicción se observa un 6,4 por mil en Ciudad de Buenos Aires contrastando con el 14,5 de la Provincia de Corrientes, y el más del 12% de Formosa y Tucumán.

O sea que los resultados en salud contrastan en las diferentes jurisdicciones, y muchas veces dentro de ellas. Muestran grandes brechas de equidad sanitaria.

Los últimos datos conocidos (OMS, Banco Mundial 2017) siguen ubicando a la Argentina entre los países de la región con mejores indicadores de salud. Lo que claramente se nota es una pérdida de dinamismo en la mejora y un retroceso relativo con relación a otros países de la región.

Si nos remontamos a 1950, salvo Uruguay, ningún país de Latinoamérica tenía mejores indicadores de expectativa de vida al nacer y de mortalidad infantil que la Argentina. En el año 2017, según lo recabado estamos en quinto lugar luego de Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay.

¿Esa pérdida de dinamismo es el resultado de un sistema sanitario en crisis? Los buenos indicadores de los años 50 tuvieron que ver con la calidad del acceso a la educación, la mejor alimentación, el saneamiento ambiental y el acceso al agua potable, políticas características de esa época, más sociales que específicas de salud. Son los malos indicadores sociales actuales los que nos han hecho perder posicionamiento dentro del continente y en relación con los países europeos. Siguiendo el modelo de Lalonde (1974) y de Dever de 1976, los factores condicionantes de la salud en las poblaciones abarcan cuatro campos: la biología humana, el ambiente (entorno, factores sociales etc.), los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. Según los mismos la contribución potencial a la reducción de la mortalidad en la población en el caso de los sistemas de salud es de sólo un 11%.

TASA MORTALIDAD INFANTIL

PERÍODO	ARG.	COSTA RICA	CUBA	URUGUAY	CHILE
1970	59,4	61,5	37,4	48,5	66,5
1975	53,2	38,1	24,8	49,4	54,1
1980	37,5	19,8	16,7	35,4	27,9
1985	27,4	19,2	15	25,4	18,9
1990	25,4	14,3	10,5	20,2	16,1
1995	21,7	12,5	8,3	18	11,1
2000	17,7	11,1	6,3	14,8	9,2
2005	14,7	9	5,6	12,5	7,8
2010	13	8,7	4,6	9,2	7,5
2015	10,2	8,2	4,3	7,6	6,7
2016	9,7	8	4,2	7,3	6,6
2017	9,2	7,8	4,1	7	6,3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

PERÍODO	ARG.	COSTA RICA	CUBA	URUGUAY	CHILE
1970	66,44	66,44	69,81	68,62	62,31
1975	67,44	69,08	72,15	69,10	65,66
1980	69,47	72,04	73,80	70,25	69,07
1985	70,62	74,40	74,52	71,60	71,74
1990	71,57	75,64	74,64	72,57	73,69
1995	72,72	76,58	75,41	73,61	75,37
2000	73,83	77,45	76,66	74,80	76,79
2005	75,80	78,11	78	75,80	77,80
2010	75,60	78,76	78,83	76,59	78,45
2015	76,41	79,63	79,58	77,34	79,31
2016	76,58	79,83	79,74	77,50	79,52



explican la mayor parte de las inequidades sanitarias en nuestro país, y explican los resultados de los indicadores sanitarios.

La Argentina fue durante muchos años un país en crecimiento, dotado de una clase media activa, y con escasos problemas de desigualdad y pobreza extrema. Pero poco a poco nuestra historia ha ido cambiando. Cada vez la clase media es menor y los indicadores de pobreza han oscilado desde hace alrededor de 40 años entre el 16 y el 28% con picos (89/90 40%) y la máxima expresión en 2001, cuando la pobreza superó el 50%. El país no ha logrado vencer la pobreza y si bien hasta el 2010 algo se recuperó, hoy nos encuentra en valores de alrededor del 32%.

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población, y sin embargo es la que más recursos económicos recibe (los gastos en salud están afectados en un 90% para los sistemas de atención y sólo un 10% para los otros determinantes).

Los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social. Los determinantes sociales de la salud y sus indicadores

La pobreza es un fenómeno multicausal, que abarca diversos aspectos de la vida de las personas, y por lo tanto muy difícil de definir. No es sólo un núcleo básico de necesidades no satisfechas (alimentación, educación, vivienda, agua potable etc.) sino que también

FEFARA
AVANZA

17^{mas} Jornadas Federales y 16^{tas} Internacionales
Política, Economía y Gestión de Medicamentos
6^{tas} Jornadas Profesionales Farmacéuticas

6 y 7 de junio de 2019
Hotel NH Gran Hotel Provincial
Mar del Plata, Argentina

La sustentabilidad del financiamiento pasa por el uso racional, precios asequibles y calidad de los medicamentos

Ejes temáticos

- La salud y la tercera edad: el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- Evolución del mercado de medicamentos en Argentina y la Región. Tendencias.
- Intervenciones y cambios en la gestión del PAMI. Un modelo para hacer frente de las necesidades y demandas sanitarias de los adultos mayores.

- Desafíos de eficiencia y calidad en la gestión de los institutos y obras sociales provinciales.
- La Bioequivalencia como garantía de calidad y competencia.
- Sistemas de salud y acceso al medicamento: financiamiento, cobertura, y reembolso.
- Medicamentos de alto precio: buscando el equilibrio entre biológicos y los biosimilares.
- Lecciones aprendidas del proyecto de los farmacéuticos vascos y españoles.

Más info: FEFARA | Hipólito Yrigoyen 900 3° Piso (1086) - CABA | Tel: (011) 4342 9473 | fefara@fefara.org.ar

incorpora otras carencias indispensables para un correcto desarrollo. No es de extrañar entonces que su medición ofrezca diversas alternativas.

En la Argentina primero se establece el valor de una Canasta Básica de Alimentos (CBA), que estima el ingreso mensual que debe alcanzar una persona para cubrir sus necesidades alimenticias. La CBA marca la línea de indigencia, y a partir de ella se elabora la Canasta Básica Total (CBT), que incluye todos los bienes y servicios que una persona necesita consumir para no ser pobre.

Examinando la alimentación, la Argentina es un país que produce alimentos para 400 millones de personas y donde solo viven poco más de 40 millones. Sin embargo, aún existen casos de desnutrición extrema en las provincias del norte más pobres como son Formosa o Chaco. Asistimos ahora a otro tipo de malnutrición referida a la pobreza, que se denomina "inseguridad alimentaria" (UCA) observada en áreas urbanas (lo padecen uno de cada cinco chicos) que es la necesidad de reducir la alimentación por problemas económicos (en el 7,7% de ellos en forma severa). Un 27% de los niños recibe alimentación escolar que sirve para paliar estas carencias. Otra alteración es el sobrepeso por alimentación mal equilibrada, con preponderancia de harinas y/o grasas. Hay carencia de nutrientes, observándose menor talla y muchos retrasos madurativos. En el nordeste el 40% de la población vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas, cifra que se eleva casi al 50% en los niños y niñas menores de cinco años. En muchas provincias, especialmente en las del noroeste y noreste, se observa un porcentaje cercano o superior al 20% de niños y niñas nacidos de madres adolescentes sin primario completo. En la mayoría de los países de Latinoamérica la forma de medir la pobreza se basa también en los ingresos. Los que hoy prevalecen han conseguido descender los indicadores de pobreza en forma importante. En el caso de Costa Rica en el período 1980/95 de más del 50% al 25% amesetándose hasta la fecha.

Si bien, como hemos dicho y visto, hay factores o campos esenciales en los resultados de salud poblacional (sobre todo la pobreza), también debe fortalecerse el sistema sanitario, aumentando su equidad y haciéndolos más costo-efectivos.

Nuestro sistema sanitario es fragmentado, poco ar-

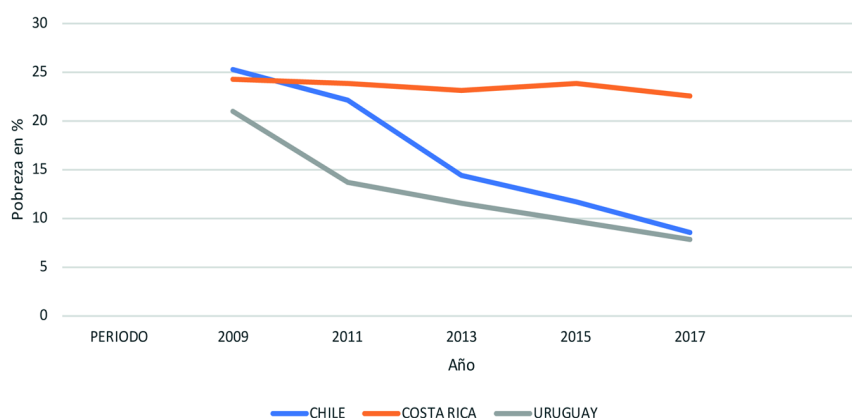
mónico y con grandes brechas de equidad sanitaria. De estructura federal, sufre los altos costos incrementales de la medicina y se encuentra crónicamente en crisis. Si bien ha conseguido algunos buenos resultados (indicadores de vacunación por encima del 85%) y mejorar los indicadores sanitarios, es regresivo (el gasto de bolsillo en relación con el gasto total en salud representa alrededor de un 22% e impacta proporcionalmente más en los sectores más desprotegidos.) La cobertura de prestaciones de salud es muy diferente en accesibilidad, oportunidad y calidad entre los beneficiarios formalmente cubiertos (Obras Sociales y Prepagos) y los informalmente cubiertos o "sin cobertura". El PMO no se asegura a los informalmente cubiertos (38%), que son las personas que en general tienen el nivel socioeconómico más bajo y por lo tanto mayor riesgo de enfermar. Se necesita un estado afianzado en su capacidad reguladora, cumpliendo sus roles de gobernanza y rectoría y formulando políticas saludables, orientadas a erradicar enfermedades o reducir su incidencia.

Se espera a futuro un progreso científico y desarrollo tecnológico de complejidad creciente, aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, mayor longevidad. En la Argentina con un perfil epidemiológico dual, se seguirán observando problemas de salud típicos de países en desarrollo, y, por otro lado, aumento de situaciones de salud características de países desarrollados (aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, enfermedades mentales, adicciones, etc.). Además, modificaciones epidemiológicas paulatinas pero consistentes, tanto genéticas, medioambientales, nutricionales, y conductuales. Sin embargo, disponer de más y mejores médicos y medicamentos no necesariamente se traduce en más y mejor salud. La mayoría de los abordajes sobre el futuro de la salud caen en el reduccionismo de suponer que el mismo sólo es función de la innovación tecnológica. Ya está demostrado de forma contundente que por sobre todo la salud es una cuestión social y que la organización social influye mucho más sobre la cantidad y calidad de vida de las personas que cualquier dispositivo tecnológico.

Es por eso que se debe priorizar el abordaje social de la salud a la par que mejorar al sistema sanitario con nuevas acciones articuladas para perfeccionarlo, tales como la Cobertura Universal en Salud, abordaje del Gasto

Catastrófico en Salud, la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud de tipo público-privadas, basadas en la Atención Primaria de Salud (APS) de la población, orientar la formación de los RR.HH. en esa dirección, acceso bio-psico-social de los Modelos de Atención ,etc. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) mejorarán los procesos, la información y la integración, a la par de apoyar a los profesionales a cambiar la práctica clínica y hacerla más segura, facilitando la información al paciente y colaborando en su atención a distancia. □

EVOLUCIÓN POBREZA. PAÍSES SELECCIONADOS



OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social



osim
Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal



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 tridimensionada
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

¿Qué debe saber un profesional sanitario de Economía de la Salud?

Por el Dr. Sergio Horis del Prete (*)



A la pregunta: *¿cuánto debe saber un profesional de las ciencias de la salud sobre economía y gestión clínica y sanitaria?*, la respuesta es: *“lo suficiente para la incorporación básica de criterios de eficiencia respecto de su accionar como sujeto económico de la política sanitaria, desde las perspectivas social y médica y desde los valores sociales y las evidencias científicas”*. El problema es que a casi treinta años de iniciada la Economía de la Salud como disciplina de estudio e investigación aplicada, aún permanece sesgada y heterogénea la posibilidad de que la práctica médica tenga su auxilio para una mejor gestión asistencial. Por ejemplo, no se enseña dicha disciplina ni en la academia en el pregrado, ni se la incluye en la mayoría de los programas de salud, debido a visiones dispares que se mantiene desde la propia ciencia médica, que parecen transformarse en cuestiones paradigmáticas -aunque de valor relativo y con una cierta carga de falacia-, a saber:

- ✓ “La Economía de la salud es una disciplina relativamente muy nueva y como fue impulsada por algunos organismos supranacionales como parte de las reformas de los sistemas de salud, adscribe al neoliberalismo o es su caballo de Troya”.
- ✓ “Es una disciplina destinada solamente a llevar los números del sistema y a justificar ajustes y racionalizar el uso de los recursos, sin reconocer su importancia en dar racionalidad al gasto sanitario”.
- ✓ “La salud no es un negocio. Y no tiene precio. Aunque sea imposible dejar de reconocer que tiene costos”.

Ahora bien. Más allá de las frases hechas, para los profesionales de la salud, lo más importante del estudio de la economía debiera ser aprender a entender cómo piensan los economistas, que la salud es un mercado y que el interés en el negocio existe, aunque deba ser ocultado a la sombra de la ética. Aunque quizás lo más necesario sería que lograran reconocer como ellos y sus usuarios (pacientes) se mueven dentro de un mercado sumamente imperfecto, con niveles de oferta, demanda y perfiles de intercambio (relación de agencia) sensiblemente asociados a cuestiones particulares, y en el cual interactúan múltiples recursos humanos, tecnológicos y materiales con diversos intereses. Al

mismo tiempo, y más allá de la finalidad o no de lucro -que puede coexistir dentro del sistema-, la gestión de obtener efectos sobre la pérdida de la salud (gestión clínica) comienza a ser cada vez más necesitada del análisis de costos y del estudio de su utilidad, y a la vez genera razones por las cuales debiera relacionárselo no sólo con el beneficio de los resultados, sino con su efectividad en función a tales costos.

Ante las dificultades de sustentabilidad que afrontan los diferentes sistemas sanitarios, la economía ha impuesto una realidad de la cual los servicios de atención de la salud no pueden abstraerse. Como ciencia del comportamiento social que estudia la asignación racional de los recursos escasos susceptibles de usos alternativos para la obtención de un conjunto ordenado de objetivos, observa los procesos sociales de producción, distribución y consumo de bienes y servicios que históricamente demanda la sociedad, en relación al nivel de desarrollo técnico y tecnológico alcanzado. Y al mismo tiempo, analiza los problemas derivados de la insuficiencia y aplicación alternativa de los medios o recursos para atender todas las necesidades humanas imaginables -que se suponen teóricamente infinitas- ocupándose del estudio de cuanto se relaciona con la financiación, producción, distribución y consumo de bienes y servicios. Salud es uno de estos últimos.

Si la ecuación productos/procesos/resultados en la gestión sanitaria se expresa económicamente como un costo de oportunidad, tratar eficazmente la enfermedad no resulta un simple problema de costos sino, por el contrario, una compleja combinación entre asignación y aplicación técnicamente eficiente y humanamente racional de los recursos disponibles, dejando de lado cuestiones contables. Y uno de los puntos clave es que el comportamiento de oferta y demanda (prestadores y pacientes) muchas veces no suele estar sensiblemente alineado. Por tal motivo, las variaciones que pueden exhibir ambas, expresados como “movimientos” o “desplazamientos” de sus curvas correspondientes, están sujetas al aumento o reducción de los ingresos (la renta) o al nivel de cobertura de los seguros del lado de la demanda, o al incremento de la capacidad instalada, recursos humanos o tecnología del lado de la oferta. De esta forma, los prestadores del sistema de salud se asemejan por una parte a una empresa altamente diferenciada y

súper especializada de producción de servicios, en la cual se combinan factores diversos (recursos humanos, equipamiento, insumos, etc.) a fin de obtener productos intermedios y finales. Y por otra, requieren de un proceso de producción diferente para cada persona. Es así como la producción de servicios de salud -independientemente de quien sea quien los provea y como sean financiados- resulta una actividad económica como cualquier otra. Aunque particular, y sujeta siempre a la condición de eficiencia.

Dentro de las múltiples instancias que componen una determinada función de producción sanitaria, y más allá de la racionalidad económica que pueda aplicarse a su análisis específico, resulta imposible de obviar el componente ético de la práctica profesional. Dicho principio establece dos cuestiones. Que nadie debe quedar sin recibir tratamiento efectivo y apropiado, y que la efectividad clínica de la atención médica y la eficiencia social de la asignación de recursos no deben quedar englobadas dentro del conflicto que surge entre información y valores del médico y su comportamiento respecto de la desinformación natural de la demanda frente a la enfermedad. Pero el dilema ético final es que el propio médico es quien determina la elección de las mejores alternativas para la resolución del problema de salud, lo que lo transforma en un monopolista discriminante. Como sugiere Zweifel (1981), elige el tratamiento considerando no sólo su criterio profesional sino sus incentivos económicos. Entonces resulta ser que quien define el costo de oportunidad de tomar determinadas decisiones sanitarias que se transforman en económicas, sean diagnósticas o terapéuticas. Y esas decisiones generan gastos mayores o menores respecto de otros pacientes, de forma tal que la provisión ilimitada puede ser tan equitativa como ineficiente, más cuando quien consume unidades de atención no puede valorar en forma racional la cantidad necesaria que requiere.

En el último tiempo, se ha hecho evidente en el campo sanitario una mayor controversia entre los criterios de eficiencia y de costos asociado a igualdad de oportunidades en la micro asignación de recursos. Básicamente, un conflicto entre la sostenida innovación tecnológica, la atracción casi "mágica" por nuevos fármacos y dispositivos médicos de efectividad alejada no bien comprobada, y cierta "eficiencia utilitarista" en la cual no sólo se desconoce lo mencionado sino los costos incrementales de intervenciones comparadas. Entonces, agotadas las posibilidades de tratamiento, queda abierta la variabilidad de criterio, situación cuyos límites son tanto ético/médicos como económicos. Y precisamente en este contexto, los límites bioéticos y económicos entre máxima beneficencia y no

maleficencia -en la práctica- se tornan difíciles de establecer. Y lo peor, más difíciles aún de controlar. Circunstancias como la denominada "regla del rescate", aplicada a pacientes sin alternativas terapéuticas convencionales, resultan *polarizadoras* del gasto. Especialmente cuando no existen suficientes evaluaciones costo/efectivas o de costo/utilidad sobre las *consecuencias económicas* que se derivan de las decisiones adoptadas. La innovación tecnológica, el dilema ético, la cuestión económica y la responsabilidad profesional se entremezclan así difusamente, frente a la equívoca percepción de la sociedad respecto de las posibilidades reales de intervención que la tecnología ofrece para preservar o recuperar la salud perdida.

Que los profesionales sanitarios conozcan sobre economía de la salud es cada vez más necesario para llenar el vacío entre eficacia, efectividad y costos de nuevas tecnologías, productos y procesos, reducir los márgenes de variabilidad de criterio y monitorear la costo /efectividad de las intervenciones. Tanto como brindar en forma simultánea mayor claridad respecto de la cuestión legal de la práctica médica y la "inducción" de la judicialización del insumo. Si priorizar es decidir entre dos o más finalidades alternativas, en la gestión clínica priorizar consiste en tomar decisiones unilaterales que afectan directamente al individuo -paciente, incorporando el correspondiente costo de oportunidad de las mismas. En tal sentido, la etapa de la hoy bajo sospecha *medicina de la evidencia* (alterada particularmente por el comportamiento de las empresas fármaco-tecnológicas y su participación activa en el sesgo de las evaluaciones de efectividad) debiera comenzar a virar perceptiblemente hacia la *medicina basada en la eficiencia*. Y centrarse en la necesidad de alcanzar la *mejor ecuación costo/resulta- do de las alternativas terapéuticas*, al tiempo de permitir, como bien sostiene Segarra Medrano (2003) que "*los escasos recursos existentes se asignen y distribuyan en función del interés global de la sociedad y no sólo del bienestar individual del paciente*". De lo contrario, el sistema de salud será cada vez menos sustentable, y más desigual. □

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



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

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

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

Fuente desaceleración de las contrataciones en el sector creador de empleos formales más dinámico de la economía

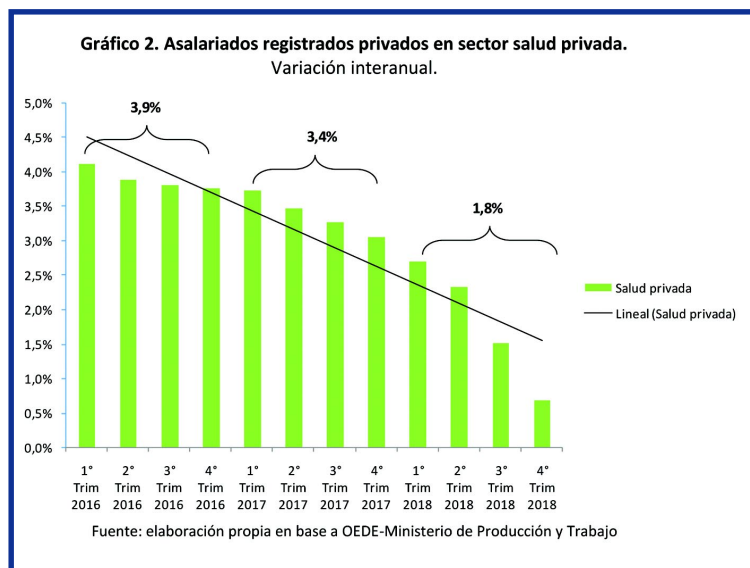
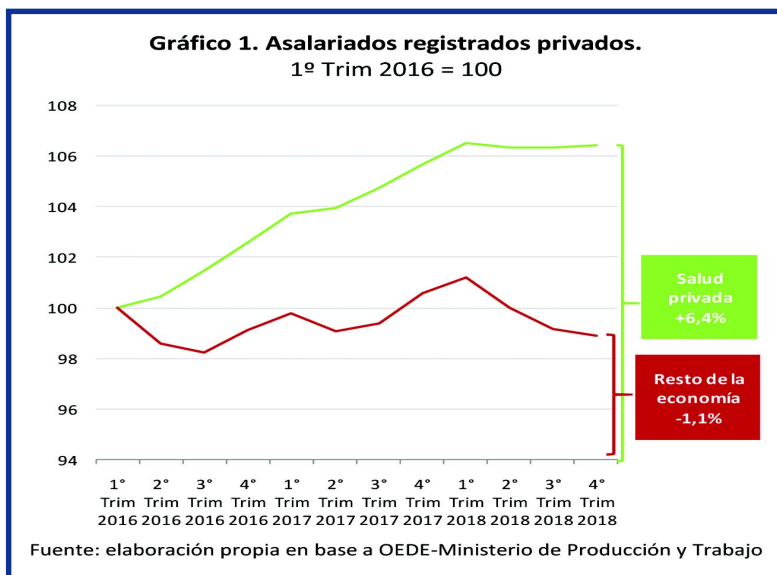
En los últimos tres años se ha observado un aumento en el empleo formal registrado del sector de la salud privada del orden del 6,4% ⁽¹⁾, cuando el resto de la economía cayó un 1,1%. En esos años el sector de la salud privada generó 21 mil puestos de trabajo, mientras que en el resto de la economía esa caída implica la destrucción de 83 mil puestos de trabajo.

Es importante remarcar que el aporte de las instituciones médicas a la economía nacional no sólo responde a la cantidad de puestos de trabajo que genera, sino también al hecho de que es una actividad económica de alto y sostenido crecimiento, con uso intensivo de mano de obra de alta calificación y mucha ingeniería en aparatología e insumos especializados. Esto hace que el sector de la salud privado sea uno de los motores más importantes de creación de empleo asalariado formal de alta calificación y de demanda interna de productos a la industria nacional.

A pesar de que en los últimos tres años el sector de la salud privada ha sido uno de los pocos sectores impulsores del crecimiento, actuando contra cíclicamente, este crecimiento ha ido decreciendo trimestre tras trimestre. En el siguiente

gráfico se ve la evidente disminución en su tasa de crecimiento. Mientras que el crecimiento trimestral promedio en 2016 fue de 3,9%, en 2017 fue de 3,4% y en 2018 fue del 1,8%.

En conclusión, la evidente desaceleración que se acentuó sobre finales del año 2018, y cuya tendencia se mantiene en los primeros meses de este año, va en línea con la urgente situación económica financiera de las instituciones del sector privado de la salud en su conjunto. Situación que está impactando en una inusual baja de contratación de personal del sector, que históricamente es la más dinámica en términos de creación de empleos privados registrados de media y alta calificación. No revisar y modificar normas y políticas públicas de las cuales surjan medidas concretas en salvaguarda del sector a la brevedad, redundará irremediablemente en un deterioro de la calidad de la atención médica. □



1) Los datos provienen Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial del Ministerio de Producción y Trabajo de la Nación que tiene como fuente primaria al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). La información del SIPA surge de las declaraciones mensuales que realizan los empleadores sobre la nómina de trabajadores en relación de dependencia para el pago de aportes y contribuciones. La información aquí presente refiere al sector privado registrado y tiene una cobertura de todo el país.

Revista Médicos: defensa y compromiso por la salud pública



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación
de Médicos Municipales

La vigencia de un medio de comunicación en la Argentina de hoy es relevante porque es un puente entre la sociedad y aquellos que tienen la responsabilidad de informar; cuando se trata de temas específicos eso se potencia porque tiene una doble matriz: la comunicación y el traspaso de conocimientos hacia adentro cuando se trata de una institución, y los detalles cuando el mensaje se dirige hacia quienes no conocen el tema de salud con profundidad.

Revista Médicos nos hace transitar esa doble vía porque aborda la problemática de la salud, por sus páginas pasan destacados referentes de la misma y porque además nos hace reflexionar sobre cómo abordar los grandes temas que directamente pegan en el corazón de la sociedad.

La Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires adhiere y felicita a su director y a todos aquellos que ponen en nuestras manos un ejemplar que nos hace reflexionar, nos educa y nos muestra que la salud es un universo por donde pasan profesionales, pacientes, pero fundamentalmente aquellos que tienen en sus manos la responsabilidad de hacer de la misma un sistema cada vez mejor.

En este sentido coincidimos cuando hablamos de recuperar la capacidad edilicia obsoleta, de mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud para que eso permita una mejor atención para los miles de personas que transitan a diario por los pasillos de los hospitales.

Por las páginas de este medio se han debatido estos temas, pero además cada una de las partes que formamos éste universo sanitario podemos hacer conocer a quienes no lo son, de nuestras necesidades y del avance de nuestra institución.

Nosotros decimos que el acceso a la salud es un derecho humano cuya integral satisfacción exige del sistema de salud el aporte de múltiples recursos y aspectos.

A veces, se identifica el derecho a la salud con la imagen de un moderno edificio, repleto de aparatología, incluida la robótica y la nanotecnología. Tal representación, aunque correcta, es incompleta. El servicio de atención de salud sólo puede brindarse de modo eficaz y oportuno si la adecuada tecnología e infraestructura se suma el trabajo humano del "equipo profesional de salud".

No puede pensarse el sistema de salud sin los profesionales que atienden las necesidades de la población.

Aprovechando la generosidad de este medio la AMM tiene el agrado de comunicar que nuestro Centro de Estudios de Políticas Públicas en Salud y la Academia de Intercambio y Estudios Judiciales ha resuelto constituir un Observatorio de Salud Pública y Bioderecho del que participarán miembros académicos y notables de las áreas de medicina, derecho y economía con el fin de disponer de un espacio multidisciplinario de estudio e investigación que genere conocimientos e inteligencia sanitaria que puedan aportar al estado y desarrollo de la salud pública en nuestro país y al efectivo ejercicio y prestación de los bioderechos de nuestra población. La producción académica de este observatorio generará información de libre acceso a todo interesado en la materia.

Revista Médicos es un canal de importancia para quienes formamos parte del sistema y sus páginas atraviesan todo lo relacionado con la defensa de la salud pública y el respeto a la tarea del médico y fundamentalmente a que sean ellos mismos los que se encarguen de dirigir los destinos de cada hospital.

En este nuevo aniversario queremos acercar nuestras más cálidas felicitaciones y agradecimiento por la tarea hecha en pos de un mejor estado de la salud y de permitirnos que la AMM se haga presente para que la comunidad médica y quienes no forman parte de ella conozcan nuestra tarea.

Felicidades y gracias por el profesionalismo de estos años. □

***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.



OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

Prueban con éxito un medicamento para prevenir el Síndrome Urémico Hemolítico

Un nuevo suero podría convertirse en el primer tratamiento en el mundo contra esta enfermedad. Su seguridad fue corroborada y ahora se podrá avanzar hacia una etapa clínica en pacientes.

El laboratorio Inmunova y el Hospital Italiano de Buenos Aires finalizaron con éxito la fase inicial de un estudio clínico en humanos para el tratamiento del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). El nuevo suero se podría convertir en el primer medicamento en el mundo para evitar la progresión de esta enfermedad.

El Síndrome Urémico Hemolítico es una intoxicación alimentaria transmitida por el consumo de alimentos contaminados con la bacteria *Escherichia coli*, productora de toxina Shiga (STEC). Se lo conoce como el “mal de las hamburguesas crudas” pero la bacteria se encuentra también en frutas y verduras o leche sin pasteurizar.

En la actualidad, no existe un tratamiento específico disponible y, según la Organización Mundial de la Salud, la Argentina presenta la mayor tasa de incidencia mundial de esta enfermedad en menores de 5 años. El SUH puede provocar la muerte y es la primera causa de insuficiencia renal aguda en pacientes pediátricos.

Convencidos de la urgente necesidad de contar con terapias específicas, investigadores del laboratorio Inmunova —una start up biotecnológica surgida hace nueve años del Instituto Leloir— y del Instituto de Medicina Experimental —dependiente de la Academia de Medicina y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)— desarrollaron un medicamento biológico innovador con potencial de transformarse en el primer tratamiento para evitar la progresión al Síndrome Urémico Hemolítico de las infecciones intestinales con STEC. El medicamento —un anticuerpo similar al que se utiliza contra el veneno de serpientes o alacranes— actúa neutralizando la toxina en circulación, responsable de desencadenar el síndrome.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) fue la encargada de evaluar el plan de estudios clínicos para llevar adelante la prueba en humanos, así como también de habilitar al Hospital Italiano de Buenos Aires para la

realización de estudios en fases tempranas, según la nueva normativa aprobada en 2017.

En esta primera fase participaron 14 personas del Registro de Voluntarios Sanos del Hospital Italiano, que recibieron el suero por vía endovenosa. Este registro está conformado por individuos sanos que desean colaborar de manera altruista en la búsqueda de nuevos tratamientos que podrían ayudar a muchas personas.

La prueba implementada por la sección de Farmacología Clínica del Hospital Italiano mostró un excelente perfil de seguridad y una farmacocinética (distribución del medicamento en el cuerpo) muy adecuada para su posterior aplicación.

Este año está planificado iniciar el estudio clínico Fase 2/3, que se desarrollará con un equipo de pediatras y nefrólogos pediátricos del Hospital Italiano y de otros centros de todo el país. Los niños infectados con la bacteria *E. Coli* productora de toxina Shiga y en riesgo de desarrollar el SUH serán invitados a participar voluntariamente y bajo todas las regulaciones de la ANMAT en el ensayo clínico, que buscará demostrar la eficacia y seguridad del producto en comparación con la administración de placebo sumado al tratamiento estándar.

Tanto el equipo de Inmunova como el del Hospital Italiano trabajan enérgicamente en esta nueva fase para poder disminuir la tasa de complicaciones y de mortalidad asociadas al SUH.

Acerca del Síndrome Urémico Hemolítico

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad muy grave que se produce por ingerir alimentos contaminados con la bacteria *Escherichia coli*, que puede

INNOVACIONES DEL PRODUCTO

Los investigadores en distintas partes del mundo buscaron desarrollar anticuerpos contra la toxina Shiga pero no se logró porque ésta es altamente inestable. **El nuevo antígeno ideado por científicos argentinos estabiliza la toxina mediante el diseño de nuevas estructuras combinando dos proteínas diferentes.** Esto permite generar sueros de alta potencia con capacidad de reconocer a diferentes variantes de la toxina.

Gentileza Inmunova

estar presente en la carne, las frutas, las verduras, la leche sin pasteurizar o incluso en el agua. Esta bacteria produce la toxina Shiga (STEC), que es la que genera el SUH.

Su mayor incidencia es en la población pediátrica. Según la Organización Mundial de la Salud, la Argentina tiene la tasa más alta del mundo en menores de cinco años (8,5 casos por cada 100.000 niños). Al año, hay en el país 5.000 infecciones por STEC, y 500 chicos desarrollan el síndrome. El SUH es la primera causa de insuficiencia renal aguda en niños y origina el 20% de los trasplantes de riñón pediátricos. Puede dejar secuelas de por vida como hipertensión y alteraciones neurológicas, y causa la muerte entre un 3 y 5% de los casos.

No existe aún ningún tratamiento aprobado por autoridades regulatorias contra el SUH. Sí pueden tomarse medidas de prevención, como cocinar bien la carne; lavarse las manos con agua y jabón antes y después de ir al baño, antes de manipular alimentos y después de tocar alimentos crudos; lavar bien frutas y verduras; y consumir agua potable y leche pasteurizada.

Acerca de Inmunova

Es una empresa de biotecnología argentina dedicada a la investigación y el diseño de una nueva generación de medicamentos destinados a la salud humana y animal.

Sus fundadores son científicos y emprendedores con una reconocida trayectoria en biotecnología y se consolidó como una compañía modelo de articulación público-privada, desarrollando distintas tecnologías en colaboración con el CONICET. Ha recibido inversiones de Grupo Insud, que posibilitan el desarrollo clínico de este producto y otras nuevas investigaciones que apuntan a hallar tratamientos para más enfermedades desatendidas.

Acerca de la sección de Farmacología del Hospital Italiano de Buenos Aires

El Hospital Italiano es la única institución en la Argentina que tiene una unidad de Farmacología Clínica en pleno funcionamiento desde 1992. Su misión es generar y difundir conocimiento farmacológico para mejorar los tratamientos y contribuir a la utilización adecuada de los fármacos.

En lo asistencial, trabaja junto con el equipo de salud para dar respuesta a situaciones que se presenten por la utilización de fármacos mediante el empleo de test genéticos, monitoreo de drogas en sangre y bases de conocimiento farmacológico.

A través de la docencia de pre y postgrado forma profesionales comprometidos con la ética y la excelencia en la aplicación del conocimiento farmacológico. En cuanto a la investigación, trabaja en todas las etapas del desarrollo de los fármacos para generar información valiosa. □

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones



Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Identificación del riesgo de reclamo en cirugía ortopédica

Por Fernando G. Mariona - Abogado (**)



En el interior de un establecimiento médico polivalente, cada servicio debería realizar dentro de sus "Programas de Calidad y de Seguridad del Paciente", un trabajo de identificación, análisis y tratamiento de los riesgos de reclamo indemnizatorio, judicial o extrajudicial por la que cada especialidad médica podría comprometer el patrimonio y el prestigio de cada institución médica, basándose en la epidemiología de los hechos ocurridos.

Mínimamente se debería comenzar por cada una de las cuatro especialidades que a lo largo de los últimos 40 años encabezan – alternándose en la punta de la Tabla – traumatología y ortopedia, obstetricia, ginecología y cirugía.

¿Qué riesgo de reclamo representa la práctica de la ortopedia? ¿Para qué tipo de cirugía realiza el reclamo el paciente? ¿Cuál es la razón? ¿Cómo manifiesta el paciente su disconformidad?

¿Existe un enfoque diferente de la calidad y eficiencia de la atención en curso, entre un auditor de una Obra Social o de una empresa de Medicina Prepaga, y un perito médico legista de oficio o de un médico forense o de un juez cuando la prestación ya finalizó?

EL ACTO CUESTIONADO

A lo largo de los últimos 16 años y más de 1267 reclamos judiciales, 190 de ellos (15%) han ocurrido dentro de la especialidad de **traumatología y ortopedia**, por un monto total de reclamo de \$ 24.700.000 y he podido evaluar como abogado dedicado exclusivamente a la defensa de médicos e instituciones, que la **artroplastia de cadera** es el procedimiento quirúrgico por el cual los cirujanos ortopedistas resultan más implicados (20%), seguida de la **artroplastia de rodilla** (13%) y el **tratamiento quirúrgico del pie** (8%). En más de 2/3 de los casos, el paciente presenta una queja por una cirugía en un miembro inferior. Estas cifras son coherentes al menos con el número de actos practicados cada año hoy en la medicina privada en la Argentina que yo conozco.⁽¹⁾ Las *extremidades inferiores* son más riesgosas y generan más quejas (71%) que las extremidades superiores, debido al mayor desgaste de las articulaciones relacionadas con el trabajo, la edad, la disminución de posibilidades futuras de continuar realizando actividades físicas de entretenimiento, deportivas amateur, deportivas profesionales y el devenir sobrepeso por ése déficit. Estas sensaciones que se exteriorizan en los pacientes después que los hechos médicos acontecieron, y los resultados han sido inesperados por mal informados, esta diferencia entre el riesgo soportado y el no soportado por los pacientes/parientes, no son demasiado tenidos en cuenta por los profesionales en el momento del cumplimiento legal y ético de su deber de información.

LA RAZÓN DE LA QUEJA

En el 70% de los casos, (133 casos) el paciente se quejó inicialmente por una de las siguientes cuatro razones: 1. Síndrome infeccioso (27%); 2. Resultado insatisfactorio (21%), 3. Dolor postoperatorio (13%); o 4. Complicaciones neurológicas (10%). Lo ocurrido en 1, 3 y 4, generó un reclamo. Menos significativamente, **la demanda** puede plantearse por alojamiento protésico, miembros desiguales después de la cirugía, rotura del implante, efectos adversos de la medicación, fallas del implante, herida vascular.

Los resultados insatisfactorios y el dolor postoperatorio ponen de relieve una dificultad más vinculada con la **comunicación**, que con la **técnica** entre el cirujano y su paciente. Detrás de esta figura surge la idea de una falta de comunicación, una comunicación defectuosa, o bien posiblemente alterada por diversas razones. Las causas, sin embargo, como se ve es posible identificarlas. La cuestión es corregirlas. Es decir, qué hacemos después de saber de qué se trata.

¿Se tomó el cirujano el tiempo para explicarle a su paciente los riesgos de fracaso y sus limitaciones? ¿Lo documentó? ¿Podría tener el cirujano ese tiempo? ¿Se sabe por qué no lo tiene? ¿Qué medios usó para informar y crear conciencia en el paciente? ¿Fueron variados y complementarios? ¿Conversación, gráficos, dibujos? ¿Se garantiza a posteriori que el paciente haya alcanzado la buena comprensión de la información? ¿Se documenta?

¿Estaba el paciente en condiciones de entender correctamente dada su edad, sus habilidades para comprender, su dolor? ¿Se valoró esta situación? ¿El profesional se capacitó o fue capacitado para entender a un semejante enfermo?

La infección asociada con el sitio quirúrgico (IACS) señala la condición, algunas veces, en que se realizó la intervención. A pesar de todos los esfuerzos realizados durante los últimos 30 años para luchar contra el riesgo de infección, ésta sigue involucrada en la cirugía ortopédica. Y aunque el médico está, en teoría, menos expuesto que el centro de salud desde que el legislador estableció el régimen de responsabilidad sin necesidad de la investigación de la culpa, objetivando el daño, el riesgo de infección no escapa al *bouquet* de quejas.

La propia definición dada por la Academia Nacional de Medicina y tomada al pie de la letra por expertos y profanos, conspira contra la frecuencia, la severidad y favorece una casi segura condena. Los gérmenes encontrados son en su mayor parte manu incorporados, lo que encamina inexorablemente la reflexión, hacia el factor humano aún muy presente en la prevención de las infecciones (lavado de manos, antibiótico terapias perioperatorias, eventual colonización previa del paciente, y obviamente la más perfecta documentación de las acciones preventivas).

El camino de atención del paciente, especialmente después de la operación, la vigilancia postoperatoria, la documentación ordenada de los procedimientos, se convierte en un problema importante. Hoy en día, el tiempo de operación es muy ajustado y el riesgo de infección está más controlado. Pero... ¿qué pasa con el riesgo *peri y post* operatorio de infección? Esto resalta la importancia de educar a todo el equipo de atención acerca de este riesgo en el seguimiento del paciente, y en una más adecuada documentación médica.

LA TIPOLOGÍA DE LA DENUNCIA

Analizados los casos, podemos advertir que, en casi la mitad de ellos, el paciente o los parientes enviaron una reclamación subliminal de indemnización a cualesquiera de las personas del equipo de salud que tuvieron a su alrededor. Habida cuenta de ello, el equipo de salud entonces no está capacitado para detectarlo y mucho menos para registrarlo y comunicarlo a la brevedad a un responsable superior. Una incomparablemente útil herramienta para que ello se materialice, previa elección de las personas que la operarán será el "Formulario de Denuncia Interna de Incidente".

En el 30% de los casos, el pariente o el paciente acudirán a los tribunales previo paso por una mediación, voluntaria u obligatoria, reclamando montos de indemnización que tornan ilusorio alcanzar un término de acuerdo. Y en el 20% restante de los casos, será una solicitud hecha de manera completamente informal y amigable. Por lo tanto, los reclamos en mediación son principalmente compensatorios, y la "víctima" estima que en la intervención quirúrgica se encuentra el origen de su daño, de su discomfort, de su discapacidad, que justifica una compensación financiera, y que está por afuera del daño "aceptado" por los pacientes en general.

Por otro lado, los cirujanos ortopédicos casi nunca son procesados penalmente, probablemente porque es una cirugía funcional que expone al paciente muy raramente a un riesgo grave que ponga en peligro la vida, mientras que el procedimiento penal es más usado comúnmente para lesiones mayores o muertes.

EL RESULTADO DE LA DENUNCIA

El paciente hace su reclamo en principio en tres etapas. La primera es cuando el médico lo recibe en forma directa en su consultorio, o al pie de la cama de la institución, o en el pasillo del hospital, o en el ascensor del sanatorio, o en la playa de estacionamiento. El profesional o lo minimiza, o no lo registra, no lo oye, o "huye". La segunda es cuando el paciente/pariente, ante la falta de respuesta,⁽²⁾ busca un abogado, quien en el mejor de los casos y siempre que posea la totalidad de la información médica, consultará con un médico legista, tal vez de la misma especialidad, para obtener un informe pericial, que generalmente dirá lo que el abogado y el médico quieren leer. La tercera será el requerimiento fehaciente desde una mediación, donde sólo en un 30% de los casos puede alcanzarse un acuerdo, y la cuarta será ya ante el juez donde se planteará una demanda judicial por un reclamo de indemnización/compensación económica por el daño sufrido. Algunas veces el paciente/pariente abandona su persecución al final de la primera etapa, pero son los menos.

En el 58% de los casos, es posible considerar que un caso ha evolucionado favorablemente, es decir, hubo un acuerdo con pago, hubo un desistimiento del requerimiento por parte de quien reclama, o bien la demanda o no será iniciada o será rechazada, varios años después.

En los tribunales, la situación es algo diferente. Un procedimiento judicial no necesariamente termina rápi-

damente con una decisión judicial. Asimismo, son muy raros los reclamos inmediatos por daño inmediato, salvo en sede penal y en los casos de óbitos inesperados.

Por el contrario, el 42% de los juicios evolucionan desfavorablemente para el médico cirujano y la Institución donde se llevó a cabo el acto quirúrgico, ya sea por convicción judicial o transacción amistosa después de un informe de pericia forense, (finalización de la etapa probatoria) o después de que los informes periciales (IML) efectuados por todos y cada uno de los aseguradores de los reclamados resultan desfavorables, con lo que probablemente ello evolucionará hacia un acogimiento del reclamo en sede judicial, con la fijación de una indemnización a favor del reclamante.

En la falla técnica o de calidad que hemos detectado se culpa con mayor frecuencia está relacionada con el seguimiento postoperatorio. En cuanto a los síndromes infecciosos, primer motivo de queja, a veces se le reprocha al cirujano, cuando no debería ser así. Pero ocurre que el cirujano no está demasiado capacitado, más allá del *check list de quirófano*, para identificar –metafóricamente hablando– "previo a despegar, que todas las puertas del avión estén cerradas".

También hemos detectado en siete casos un diagnóstico tardío, pese a la advertencia de los pacientes/parientes del estado del "quejoso" antes del alta sanatorial con seguimiento por consultorios externos, pero la mayoría de las veces por un manejo superficial de la complicación sin una opinión colegiada o un recurso tardío a las habilidades de un especialista en enfermedades infecciosas por demoras administrativas o de organización, favorecieron el reclamo.

La colocación de prótesis de tamaños incorrectos y/o no adecuados para la lesión a reparar, generando posteriormente un acortamiento de miembros, pseudo artrosis, protrusión de prótesis o lesión de tendón han sido casos ocurridos y de complicada defensa.

En cuatro casos se practicaron intervenciones del lado equivocado, y un caso de óbito quirúrgico, detectándose tiempo después y a raíz de un estudio de imágenes, la presencia de un tornillo de prótesis de osteodesis sujeto detrás del fémur.

LO QUE HAY QUE RECORDAR

Hoy en día, el riesgo legal se concentra postoperatoriamente. Una gestión multidisciplinaria de la complicación y la coordinación entre el cirujano y el anestesista serán tantas garantías para prevenir el accidente y la queja. Para ser efectivo, se recomienda que se prevea, junto con la administración de la institución, y se asigne la tarea de manera que los roles de cada uno estén claramente definidos de antemano. Finalmente, espero que los lectores se den cuenta, que si yo, que soy abogado, puedo hacer epidemiología de los casos en que me ha tocado actuar, cuanto mejor lo podrían hacer ustedes y diseñar barreras para que las cosas no se repitan. Me parece. □

1) Este dato se obtiene al completarse los índices de consumo por especialidad en el Formulario de recolección de datos para analizar la tasa de riesgo para una cotización de seguro de RC Médica Institucional.

2) No debemos olvidar que muchas veces podemos encontrarnos ante un médico "previsor" que le avisa a su Asegurador lo que le está pasando, pero puede recibir como respuesta: "espere a que le llegue la cédula".

(*) Abogado- Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.

(*) CEO de RiskOut S.A. Consultora especializada en Responsabilidad Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

La definición del desempeño

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)



El promedio de vida de las empresas e instituciones, al menos como una organización exitosa, nunca fue en el pasado de más de treinta años. Por ende, habrá que aprender a desarrollar nuevos conceptos sobre el significado de “desempeño” en una empresa y también habrá que desarrollar nuevas mediciones por lo que todas las instituciones deberán pensar qué significa desempeño. En el pasado, esto era evidente y simple pero ya no lo es. Por todo lo comentado, la estrategia tendrá que basarse cada vez más en nuevas definiciones de este concepto.

LA COMPETITIVIDAD GLOBAL

Todas las instituciones tienen que hacer de la competitividad global una meta estratégica. Ninguna institución, ya sea una empresa, una universidad o un hospital, puede tener la esperanza de sobrevivir, y ni hablar de ser exitosa, a menos que esté a la altura de las pautas fijadas por los líderes en su campo, en cualquier lugar del mundo.

La vida humana no puede estar sujeta a los vaivenes financieros de los precios de las mercancías como el petróleo y las hamburguesas, ni se puede tirar a la basura cuando se presenta un daño como un televisor; la economía de mercado es el mejor de los sistemas económicos que hasta el momento ha producido el ser humano pero para que funcione eficientemente y no termine convirtiendo al ser humano en una mercancía como las demás se requiere el contrapeso del Estado para garantizar los bienes públicos esenciales y los derechos del ser humano.

LA INCONGRUENCIA ENTRE GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA Y FRAGMENTACIÓN POLÍTICA

La estrategia tiene que basarse en el supuesto de que las monedas seguirán siendo volátiles e inestables. Una implicación de esto es que toda administración deberá aprender lo que hasta ahora pocas son capaces de hacer: administrar su riesgo cambiario. Si las organizaciones no consideran estas nuevas realidades, no tendrán una estrategia y no estarán preparadas para los desafíos que los próximos años, si no las próximas décadas, seguramente plantearán. Y si estos desafíos no se enfrentan con buenos resultados, ninguna empresa tendrá esperanzas de éxito y menos aún de prosperidad en un período de turbulencia, cambio estructural y transformación económica, social, política y tecnológica.

EL PENSAMIENTO ESTRATÉGICO ¿ACCIÓN O ANÁLISIS?

Tom Peters, establece que la ejecución es casi siempre el secreto del éxito. Los resultados excelentes tienen su origen en tres capacidades de la organización. La primera refiere a la capacidad para ofrecer calidad y servicios de primera calidad. La segunda capacidad es aquella para innovar constantemente. La tercera capacidad establece la participación y el compromiso de todos. Para evaluar la estrategia es necesario dividir la propia empresa en dos partes. En primer lugar, hay que entender el sector a la que pertenece, y después la posición que ocupa dentro de la

industria. La estrategia es una forma de fijar límites. Es decidir que uno no va a ofrecer todo a todos, sino que va a buscar y encontrar, o inventar una propuesta diferente, especial. El hecho de fijar límites no es condicionar el crecimiento, todo lo contrario. El fijar límites acelera el crecimiento. Las empresas que realmente tienen éxito son aquellas que fijan claros límites, sin olvidar luego dominar su “territorio” tanto en el país de origen como en el plano internacional.

EL ESTRATEGA

Bourgeois y Brodwin plantean cinco modelos desde un concepto diferente al que se percibe al estratega en la actualidad:

Como actor racional: capta la esencia de la descripción más común del estratega. Tiene considerable poder y acceso a información utilizándola para hacer análisis racionales exhaustivos antes de emprender una acción. Su objetivo guía los actos estratégicos de la organización.

Como arquitecto: comienza cuando finaliza el “modelo racional”. En esta instancia, las recomendaciones estratégicas han sido recibidas y el estratega es quien debe lograr que la organización las ponga en práctica. El estratega no solamente define, sino que permanecerá involucrado a lo largo de todo el proceso de implantación.

Como coordinador: se ocupa de que las metas y estrategias sean alcanzadas con el compromiso de quienes participan en el diseño e implementación. Este modelo ofrece la posibilidad que el estratega no se limite a una sola persona, el hecho de involucrar a varias mentes disminuye la exactitud y los límites del proceso cognoscitivo del modelo racional.

Como entrenador: toma todos los instrumentos culturales disponibles definidos en la organización. Para que esto resulte, la misma debe tener una cultura definida: conjunto de valores, creencias y formas de pensar que es compartido por los miembros de la organización.

Como orquestador y juez: debido a que la estrategia suele ser un proceso de grupo y éstos están llenos de problemas potenciales, apunta a que el estratega dirija la atención de los subordinados a áreas de contenido claro apoyando una metodología específica para hacer planes y alterando la estructura de la organización. A fines del siglo XIX, la incorporación por parte del Estado prusiano de los seguros mutuales. Otto Von Bismarck decidió que empleadores y Estado también deberían participar en la financiación de los seguros gremiales (Tobar 2015).

EL CAMBIO ORGANIZACIONAL

Eliyahu Goldratt, en su obra “La meta” señala que “toda empresa, en el proceso de llegar a su meta, se encuentra con uno o más problemas. Si no fuese así, la empresa tendría un lucro infinito”. Según su enfoque, una vez que el o los problemas fueron superados, se genera un feedback, y se identifica una nueva restricción sobre la cual trabajar. Este disturbio revolucionario provocó un “salto” hacia una nueva estabilidad. □

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



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020



Rossi
Cuidándote siempre

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



ExpoMedical 2019

17ma. Feria Internacional de Productos, Equipos y Servicios para la Salud

25|26|27
SEPTIEMBRE



**CENTRO COSTA
SALGUERO**
BUENOS AIRES, ARGENTINA



18^{VAS} JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA



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

El punto de encuentro del Sector Salud

✉ info@expomedical.com.ar ☎ (54-11) 4791-8001
f [expomedical](#) t [expomedical](#) @ [expomedical](#)

WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR

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





**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

