



**OPINIÓN**

Memento mori  
(recuerda que eres mortal)  
Por el Prof. Carlos Vassallo Sella



**DEBATE**

Tratamientos de alto costo:  
¿quién debería financiarlos?  
Por el Dr. Luis Scervino



**COLUMNA**

Un dilema irresuelto:  
la gestión de Salud  
Por el Dr. Ignacio Katz

# Médicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 111. Julio 2019

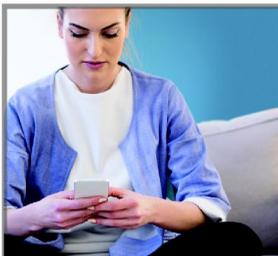
## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD LA ARTICULACIÓN PÚBLICO - PRIVADA UNA ASIGNATURA PENDIENTE



CONGRESO DE SALUD  
ADECRA+CEDIM 2019

### LA SALUD EN TIEMPOS DE CAMBIO

Ante un auditorio de más de 800 personas y más de 120 siguiendo la transmisión vía streaming, Adecra+Cedim llevó adelante la tercera edición del Congreso de Salud anual, que convocó a exponentes de primer nivel del empresariado del sector y referentes nacionales e internacionales.



## DESCARGÁ LA APP DE GALENO

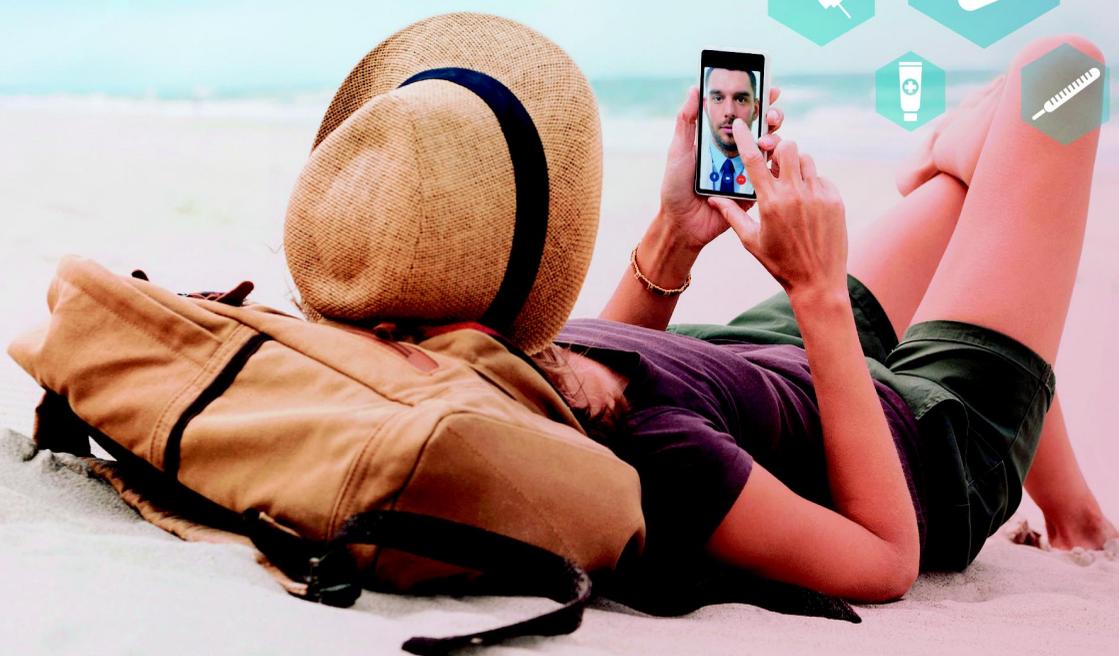
Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR  
A TODOS LOS SERVICIOS



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

**u** universal  
assistance

cuidamos tu mundo



La red de emergencias médicas más grande del país



UN SOLO  
TELÉFONO



UNA SOLA  
FACTURA



TODO  
UN PAÍS

**750**  
empresas

**20.000**  
localidades

**Emergencias, Urgencias  
y Visitas Domiciliarias**

**Grandes  
cadenas de  
Retail**  
de compleja distribución

**Todo el Territorio Nacional**

**Area Protegida**

**División Traslados**

**Coberturas  
especiales**

**Telemedicina**



OAA



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

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

# andar

*Su salud, nuestro compromiso.*

## PLANES DE SALUD

---

Empleados en Relación  
de Dependencia,  
Monotributistas  
y Particulares

---

0810-345-0184

ASESORAMIENTO COMERCIAL

0800-345-26327

CALL 24 HS.

---

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

---

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



andarobrasocial



Mundo Viajante

“YO ELIJO EL PLAN  
QUE MEJOR SE AJUSTA  
A MI FAMILIA”

*Saludable  
mente.*

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

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

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

 **SanCorSalud**  
Grupo de Medicina Privada

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-72583 - [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar) - Número de inscripción 1137

# Más cerca de tu Salud



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

**0 800 222 0123**

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

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

**32** personas con frío en el patio de un bar.  
Solo **8** no fumadores adentro.



**Queremos que  
más gente se cuide.**

Charlas sobre tabaquismo y más de 500  
de **PREVENCIÓN** se realizaron en todo el país  
durante el último año. **Sumate vos también.**





Revista bimestral



**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

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

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

**Web Site:**

www.revistamedicos.com.ar

**E-Mail:**

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

**Colaboran en esta edición:**

Esteban Portela (diseño),  
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
GRANDES NOVEDADES EN ACUDIR	16
<i>Crecimiento y renovación del compromiso con la calidad de servicios</i>	
DEBATE	18
<i>Situación en la Argentina</i>	
<i>Tratamientos de alto costo: ¿quién debería financiarlos?</i>	
<i>Por el Dr. Luis Scervino - Ex Superintendente de Servicios de Salud</i>	
VOCES	20
<i>Reasignación de fondos de las Obras Sociales</i>	
<i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados</i>	
COLUMNA	22
<i>¿No habrá llegado la hora del cambio?</i>	
<i>Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson</i>	
COLUMNA	24
<i>Un dilema irresuelto: la gestión de Salud</i>	
<i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)</i>	
COLUMNA	26
<i>Lo hicimos, una vez más...</i>	
<i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	
III CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM	28
<i>El sector salud denuncia un presente fragmentado y pide sustentabilidad</i>	
OPINIÓN	30
<i>Las 10 amenazas a la salud pública según la OMS</i>	
<i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	
OPINIÓN	32
<i>Memento mori (recuerda que eres mortal)</i>	
<i>Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Universidad Nacional del Litoral y Universidad de San Andrés</i>	
PRIMERA PLANA	34
<i>Desafíos y metas para la articulación público-privada en atención primaria de la salud</i>	
OPINIÓN	38
<i>Tecnologías disruptivas ¿Qué son y cómo impactan en la salud?</i>	
<i>Por el Prof. Sergio Horis del Prete - Titular Análisis de mercados sanitarios. Universidad ISALUD</i>	
COLUMNA	40
<i>Innovación en los servicios de salud</i>	
<i>Por el Lic. Manuel Álvarez - CGS (Clínica de Gestión Sanitaria)</i>	
COLUMNA	44
<i>La complejidad de los sistemas de producción y sus fallas</i>	
<i>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</i>	
COLUMNA	46
<i>El peso de la masa laboral</i>	
<i>Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico. Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud   UBA; Doctorando   UBA</i>	
COLUMNA	48
<i>¿Cuándo el final se acerca?</i>	
<i>Por el Dr. Floreal López Delgado - Abogado y asesor sanatorial</i>	
OPINIÓN	50
<i>Médicos Municipales: 83 Años en defensa de la salud pública</i>	
<i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	

**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.

DIECI  
OCHO

18

VEINTI  
CINCO

25

# ¿QUIÉNES SOMOS?

SOMOS LA GENERACIÓN QUE CAMBIÓ EL MANDATO FAMILIAR POR UN HOBBY PROFESIONAL.

LA QUE PARA CADA PROBLEMA TIENE DOS APLICACIONES.

LA DEL TODO YA. DOS TOQUES SON UN LIKE Y A LA IZQUIERDA UN NO TE DOY.

VAMOS DE UN EXTREMO A OTRO.

CORREMOS MARATONES... MIRAMOS MARATONES.

DELIBERAMOS POCO Y DELIVEREAMOS MUCHO.

LE TENEMOS MIEDO AL COMPROMISO PERO NO A UN TATUAJE PARA TODA LA VIDA.

SOMOS LA GENERACIÓN QUE CONOCE EL SUDESTE ASIÁTICO Y NO UN VHS.

LA GENERACIÓN QUE INVENTÓ EL CUALQUIERA-OFFICE.

LA PRIMERA QUE VERDADERAMENTE TIENE TODAS LAS RESPUESTAS.

SOMOS LA GENERACIÓN  
**QUE SE VIENE**  
PARA NOSOTROS LLEGÓ

**mio**  
GALENO

# GRAGEAS

## OMINT SIGUE APOSTANDO A LA INNOVACIÓN Y PRESENTA SU CHATBOT

**Mint es una nueva plataforma que brinda respuestas efectivas a consultas simples de los usuarios. Este desarrollo posibilita una atención más rápida.**

### OMINT

Para continuar posicionándose como una compañía líder en innovación en el mercado y con el fin de mejorar la experiencia de los usuarios, Omint lanza Mint, el nuevo chatbot que se encuentra disponible en la página: [www.omint.com.ar](http://www.omint.com.ar).

Esta nueva plataforma permite a todas las personas consultar sobre autorizaciones, reintegros, horarios de atención y direcciones de las sucursales en todo el país, facturación, generación de certificados de asistencia al viajero, entre otras, desde la comodidad de su casa.

"Mint fue desarrollada por equipo propio del Grupo Omint y nos enorgullece ver la solución que representa para nuestros usuarios y para nuestros empleados, ya que permite que se especialicen en temas de mayor complejidad. Es importante destacar que el canal cuenta con protocolos de seguridad para el manejo de información sensible que brindan los usuarios. Además, desde su implementación, Mint ha respondido un promedio de 5.100 chats por mes de manera satisfactoria según cifras de febrero y marzo del 2019 y estamos sumando nuevas opciones para que sea todavía más efectiva", explicó Diego Jatemiánsky, gerente de Análisis y Desarrollo de Sistemas en Grupo OMINT.

Omint Brasil también ha desarrollado esta plataforma y desde su puesta en marcha se han reducido en primera instancia un 11% el número de conexiones en la Central Telefónica de Atención al Cliente. Luego de un tiempo, ese porcentaje alcanzó un 15%, pues el chatbot absorbió los casos de complejidad simple y media.

"Teniendo en cuenta la positiva experiencia que ha tenido Brasil, nuestra idea para Mint en la Argentina es poder replicar su excelente funcionamiento y lograr que los usuarios se adapten a la nueva tecnología ofrecida. De esta forma, cumpliremos con nuestra meta que siempre ha sido satisfacer las necesidades de las personas que cuentan con nuestros servicios", comentó Jatemiánsky.

Mint es un paso más en el camino de la innovación que viene recorriendo el Grupo desde sus inicios en tecnología. Este nuevo canal de atención se suma a los desarrollados para economizar tiempo y cumplir con los requisitos que exige la era digital. ■

## "IDEA RAÍZ", EL CONCURSO DEL HOSPITAL BRITÁNICO PARA REVALORIZAR SUS ESPACIOS VERDES



En el marco de la celebración de su 175° Aniversario, el Hospital Británico abrió la inscripción al concurso "IDEA RAÍZ" cuyo objetivo es poner en valor los espacios verdes de su Sede Central, más de 2.000 mts<sup>2</sup> de jardín para rediseñar.

Declarado de Interés Institucional por la Facultad de Agronomía de la Universidad de Buenos Aires (FAUBA), el concurso está destinado a estudiantes y profesionales afines al diseño del paisaje, con el objetivo de transformar los ambientes verdes, emblemáticos para la Institución, en un legado para el futuro, de uso cotidiano y como espacio de sosiego y esparcimiento respetuoso para pacientes, familias y empleados. El proyecto que resulte ganador recibirá un premio de \$100.000.

Los interesados en recibir más información e inscribirse podrán hacerlo hasta el 16 de setiembre, ingresando al sitio web: [idearaiz.hospitalbritanico.org.ar](http://idearaiz.hospitalbritanico.org.ar)

El presidente del jurado será el Ing. Agrónomo **Eduardo Stafforini**, quien fuera presidente de la Sociedad Latinoamericana de Paisajismo y de la Sociedad Argentina de Paisajistas. Ingeniero Agrónomo de la Universidad Nacional de la Plata recibido con Medalla de Oro en 1973. Es propietario y director del estudio Eduardo Stafforini Muya-Pah, una empresa familiar con más de 100 años de trabajo en viveros y 65 en paisajismo.

Es asesor en múltiples emprendimientos, especialmente en obras particulares a lo que actualmente está abocado casi en exclusividad (más de 4.000 documentadas). Fue asesor de importantes emprendimientos urbanísticos tales como; Nordelta, San Carlos Country Club, El Malacate, Lago de Manzanares, entre otros.

Junto a Stafforini, el jurado además estará integrado por ejecutivos del Hospital Británico, y representantes de la Facultad de Agronomía y la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires. ■





**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



**OBRA SOCIAL  
DE PETROLEROS**

# GRAGEAS

## PREVENCIÓN SALUD RECIBIÓ UN RECONOCIMIENTO POR SU COMPROMISO CON LA DONACIÓN DE SANGRE

**El pasado 14 de junio, en el marco del Día Internacional del Donante de Sangre, el Centro Regional de Hemoterapia de Mendoza reconoció a aquellas instituciones, empresas y actores de la sociedad civil que muestran un fuerte compromiso con la Donación de Sangre. Entre quienes recibieron esta distinción se encuentra Prevención Salud, la prepaga de Sancor Seguros.**



El evento se realizó en la Explanada Municipal de la capital mendocina, con la intervención de autoridades del Centro Regional de Hemoterapia y de las entidades que fueron reconocidas.

Prevención Salud se encontró entre los protagonistas de la jornada debido a "Sumá chances de vida. Doná para vivir. Viví para donar", su campaña de donación de sangre e inscripción en el registro nacional de donantes de médula ósea, que incluyó charlas gratuitas a cargo de especialistas en Mendoza y otras partes del país, material informativo que fue puesto a disposición del público en la **web de la prepaga** y a través de folletos, un **spot de concientización** sobre la temática y jornadas de donación de sangre en las ciudades de Sunchales, Rosario, Santa Fe, Córdoba y Mendoza.

*"Nuestra principal preocupación es, a través de acciones concretas, contribuir a elevar la calidad de vida de las personas; en primer lugar, de nuestros afiliados, pero también de la comunidad en general. Por eso, es una gran satisfacción que el trabajo que hemos realizado para concientizar sobre la importancia de la donación de sangre sea visibilizado a través de este reconocimiento",* comentaron desde Prevención Salud.

Es importante recordar que la hemodonación es un acto sencillo, rápido, prácticamente indoloro y que tiene la capacidad de salvar la vida o recuperar la salud de decenas de pacientes. La sangre es un componente que solo puede obtenerse por vía de la donación, ya que no existe ningún producto capaz de sustituirla completamente. Además, con un simple acto de donación se pueden salvar tres vidas, ya que la muestra se fracciona en tres componentes: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. ■

## PRESENTACIÓN DE UN NUEVO INFORME DEL OBSERVATORIO

**El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina presentó el informe "Heterogeneidad y fragmentación del mercado de trabajo (2010-2018)".**



El informe da cuenta de la fragmentación y la precariedad laboral en los trabajadores urbanos, así como del efecto que esto tiene en las condiciones de vida de los hogares. Según los resultados, referidos al tercer trimestre de 2018, sólo el 44,1% de la población económica activa de 18 años y más logró acceder a un empleo pleno de derechos. Mientras que el 9,9% de esta población se encontraba abiertamente desempleado y el 18,6% sometida a un subempleo inestable (realizando changas, trabajos temporarios o no remunerados, o siendo beneficiarios de programas de empleo con contraprestación). Al mismo tiempo, el 27,2% contaba con un empleo regular pero precario (con niveles de ingresos superiores a los de subsistencia, pero sin afiliación alguna al Sistema de Seguridad Social).

Asimismo, el sector micro-informal (actividades laborales no profesionales, con alta rotación y baja o nula vinculación con el mercado formal) reunió al 49,3% de los ocupados. Dentro de ese sector, un 81,7% de los trabajadores tenían un empleo precario o un subempleo inestable y sus ingresos fueron 41% menores que los ingresos del total de ocupados. El 75,9% no contaba con aportes jubilatorios, y el 51,3% no poseía cobertura de salud nominativa.

En 2018, el ingreso medio mensual de los trabajadores del sector micro-informal fue un 41% menor que el ingreso del total de ocupados. En ese año, el ingreso medio mensual del total de los ocupados fue de \$ 17.454, el de los trabajadores del sector micro-informal de \$ 10.283, el de los ocupados del sector privado formal de \$ 24.985 y el del sector público de \$ 22.987. En el mismo año el ingreso horario de los trabajadores de este sector fue un 38% menor que el del total de ocupados.

El nivel socioeconómico del hogar es el factor que más incide en las limitaciones de inserción en trabajos de calidad. La probabilidad de ocuparse en el sector micro-informal aumenta 13,5 veces al comparar a los trabajadores de hogares de nivel socioeconómico muy bajo con los de nivel medio alto, anulando el efecto de otras variables. Si se considera el acceso del hogar al empleo pleno a través de todos sus miembros activos, casi 4 de cada 10 hogares (38,7%) sólo disponen de trabajadores precarios o en situación de desocupación. ■



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).

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

**GUARDIA  
SMART**

LA FORMA INTELIGENTE  
DE IR A LA GUARDIA.

# GRAGEAS



## GRUPO SANCOR SALUD APUESTA A LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

El pasado 10 de junio, la CESSI (Cámara de la Industria Argentina del Software) llevó a cabo su evento "Panorama de la Transformación Digital en los Negocios", en el Hotel Emperador, CABA, centrándose este año en el impacto que el *Blockchain* (cadena de bloques) está causando en los mercados contemporáneos. El Gerente Operativo de SanCor Salud, Uriel Nicola, expuso AbaCOM como caso de éxito, la *app* que modernizó y agilizó los tiempos de contratación del servicio y fue merecedora del máximo reconocimiento a la calidad en el *ASQ International Team Excellence Award*.

Durante la jornada, se desarrollaron diversos paneles de Experiencias enfocadas en FINTECH, Blockchain y Valuechain, términos y modos de intercambio comercial en los que se vinculan tecnología y estrategias de negocio. El objetivo del encuentro fue incentivar a que los sectores productivos exploren las oportunidades que el Blockchain ofrece y su gran potencial para transformar la Internet de la información en la internet del valor.

En un escenario donde la industria 4.0 es cada vez más evidente, la Prepaga actualiza sus modelos productivos. Inteligencia artificial, interconexión y digitalización no son conceptos ajenos para el Grupo que, sin perder la calidez y cercanía con sus más de 470.000 asociados, diariamente busca nuevas formas innovadoras para continuar creciendo en el rubro de la medicina privada. ■



## EN BUSCA DE FOMENTAR EL DIÁLOGO Y LA INNOVACIÓN EN SALUD

***La Universidad ISALUD, a través de la representación de su Rector, el Dr. Rubén Torres, asistió al Programa de capacitación y visitas que se realizó entre el pasado 25 de mayo y el 1 de junio en las ciudades de Austin y Houston, Texas, organizado en conjunto con AmCham (La Cámara de Comercio de Estados Unidos en la Argentina).***

La principal motivación del programa fue fomentar el diálogo entre los diferentes referentes del ámbito de la Salud y representantes de Gobiernos e Instituciones abocadas a los sistemas de salud que participaron del encuentro, además de la puesta en común de los desafíos más importantes a los cuales debe enfrentar el sector y los procesos de innovación que tienen lugar en el Texas Medical Center, el mayor complejo médico del mundo.

Durante su desarrollo, se realizaron diversas actividades: El inicio se dio a partir de la presentación de Alejandro Díaz, CEO de AmCham Argentina, bajo la premisa: La visión de las compañías internacionales sobre la agenda de negocios pendiente en la Argentina: ¿cómo recrear condiciones favorables para la inversión?, seguido por la presentación del Rector, Rubén Torres, quien disertó acerca del funcionamiento del sistema de salud en los Estados Unidos: Sus semejanzas y diferencias con el esquema sanitario argentino. También se realizó la presentación por parte de todos los integrantes del comité acerca de su campo de acción, destacando principales desafíos y cuestiones para compartir con el grupo.

Durante la estancia, se realizó la visita a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) donde presenciaron la charla sobre "El impacto de la política federal de salud a nivel local: marcos regulatorios (TBC)", la cual contó con la presencia del Rep. John Wray, vicepresidente de la Comisión de Salud Pública, el Rep. Eduardo Andrés Lucio III, presidente de la Comisión de Seguros y el Rep. James Frank, presidente de la Comisión de Servicios Sociales. También visitaron la Dell Medical School, el Hospital Metodista de Houston, la Torre Walter, el Instituto de Investigación y el Instituto para la Tecnología, la Innovación & la Educación del Hospital Metodista (MITIE). Asistieron al Centro de Cáncer MD Anderson, a la Universidad Rice I, una institución de excelencia en Estados Unidos con reconocimiento internacional por sus investigaciones en corazones artificiales y nanotecnología y la visita al Centro de Salud Hermann Memorial (TBC). ■





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

**Scienza Uruguay**

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

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

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

## Crecimiento y renovación del compromiso con la calidad de servicios

Aperturas de nuevas Bases Operativas, recertificación de Calidad ISO 9001 y ampliación de la oferta de capacitaciones fortalecen a Acudir y reafirman que es una de las empresas de emergencias médicas líder en CABA y GBA.



Tras el objetivo de consolidarse como la empresa de emergencias médicas con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Acudir continúa su expansión. Recientemente, inauguró dos nuevas Bases Operativas; la flamante Base Hurlingham, ubicada en Av. Gobernador Vergara 3810, se suma a Base Ramos Mejía, inaugurada un año atrás. Ambas permiten asistir a pacientes de Zona Oeste, ampliando sus servicios hacia localidades como Morón, La Tablada, Castelar, Haedo, El Palomar, Ciudad Jardín, Martín Coronado, Villa Bosch, Muñiz, Caseros, Pablo Podestá, Bella Vista, Hurlingham, Villa Tesel, Villa Sarmiento y alrededores.

La última de las Bases que inició operaciones es Monte Grande -en Av. Enrique Santamarina 563- que, junto a las Bases Avellaneda, Quilmes, Lanús y Lomas de Zamora, afianza a Acudir en Zona Sur. De esta forma, la compañía extiende su cuidado a Ezeiza, Monte Grande, El Jagüel, Canning, Malvinas Argentinas, Luis Guillón, Lavallol, La Unión, Turdera y alrededores.

Con estas aperturas, Acudir contabiliza 19 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de la Ciudad de Buenos Aires, Zona Sur y Zona Oeste de Gran Buenos Aires, brindando servicios de emergencias, urgencias, traslados, asistencia médica domiciliaria, área protegida y cursos de

capacitación en un gran radio de cobertura.

### CERTIFICADO DE CALIDAD

En el año 2015, Acudir Emergencias Médicas certificó por primera vez sus procesos bajo la norma internacional ISO 9001. Cuatro años más tarde, la compañía obtuvo la recertificación, renovando nuevamente su compromiso con la calidad.



Después de una auditoría externa, Acudir logró una nueva certificación de la Norma ISO 9001 para la prestación de servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas.

Esta recertificación demuestra que Acudir continúa fuertemente comprometida en brindar un servicio de excelencia y garantizar la eficiencia de todo el sistema tal y como las urgencias lo requieren.

"Cumplir las expectativas de las prestadoras con las que trabajamos y las necesidades de los pacientes se traduce en el crecimiento y consolidación de una empresa que busca ofrecer un servicio de calidad y apuesta a la mejora continua", explica Pablo Rossetto, gerente general de la firma.

### PALS EN EL CCEA

La tercera de las buenas noticias tiene como protagonista al Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir (CCEA), que luego de un intenso trabajo de todo su equipo completó la certificación que lo habilita a dictar el curso **Pediatric Advanced Life Support (PALS)**. Se trata de un curso diseñado por la American Heart Association (AHA), el máximo referente científico en cardiología de Estados Unidos, para profesionales de la salud que deseen practicar y reforzar sus conocimientos y habilidades en el manejo de las emergencias pediátricas donde hay riesgo de vida. El objetivo de PALS es mejorar la calidad de la atención suministrada a niños con enfermedades o lesiones graves. La capacitación es teórico-práctica y abarca temas como RCP y DEA en niños; RCP de alta calidad en lactantes; dinámicas de trabajo en equipo; diferenciación entre insuficiencia y dificultad respiratoria; intervenciones rápidas para el tratamiento del shock y manejo poscardiaco, entre otros.



"El principal objetivo del CCEA es brindar habilidades y conceptos actualizados a los profesionales para dar mayor probabilidad de sobrevivir a los pacientes de acuerdo con las últimas evidencias. En ese sentido, contar ahora con PALS en nuestra oferta de capacitaciones nos permite ofrecer una formación avanzada para asistir eficazmente a la población pediátrica", expresó el Dr. Miguel Pedraza, director médico de Acudir.

Como Centro de Entrenamiento Internacional de la AHA, el CCEA ya ofrece esta nueva capacitación que entrega certificado internacional, al igual que Heartsaver y BLS. De esta forma, cumple su principal misión: difundir conocimiento que salva vidas. □



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.*

# Situación en la Argentina Tratamientos de alto costo: ¿quién debería financiarlos?

Por el Dr. Luis Scervino (\*)



En los próximos 24 meses se espera que salgan al mercado cerca de 50 medicamentos con precios que superaran el millón de dólares. Hace pocos días la FDA, la agencia responsable de la regulación de medicamentos y alimentos de los Estados Unidos; aprobó para su comercialización un medicamento llamado Zolgensma, que representa la primera y única terapia génica que promete curar la Atrofia Muscular Espinal (AME). La Unión Europea y Japón, probablemente sigan el mismo camino y lo aprueben durante el año en curso.

Esta noticia, que representa una luz de esperanza para los pacientes que sufren esta enfermedad devastadora; provoca al mismo tiempo una fuerte inquietud en el ámbito sanitario internacional. La razón es contundente: **el precio del tratamiento con este medicamento se estima que rondará los 2,1 millones de dólares.**

Ya en diciembre de 2016, la FDA había autorizado la primera droga destinada a esta enfermedad. Se trata del Nusinersen, cuyo nombre comercial es Spinraza. Es la droga que se está utilizando en la actualidad en la mayor parte del mundo. Hasta ese momento, los pacientes en nuestro país debían recurrir a la importación del medicamento por el régimen de excepción dispuesto por la ANMAT (disposición 10.401/16) que permitía el acceso a un medicamento no disponible en el mercado farmacéutico argentino. Finalmente, la ANMAT lo autorizó en marzo de este año.

Pero el problema mayor que debían enfrentar estos pacientes era la negativa de cobertura de parte de los financiadores del sistema sanitario, tanto públicos, privados como de la seguridad social. Esta negativa estaba ligada al precio de este medicamento que oscila entre los 600 y 700 mil dólares por paciente y que el mismo no estaba contemplado en el Programa Médico Obligatorio. Por este motivo para muchos pacientes la única vía para obtener la cobertura fue la judicial, mediante recursos de amparo. Actualmente hay cerca de 100 en curso en diferentes estados.

Hasta aquí estuvimos hablando de la problemática que plantea la cobertura de un par de medicamentos, pero si tomamos en cuenta que durante los próximos dos años aparecerán cerca de 50 nuevas drogas para el tratamiento de otras enfermedades y que en su mayoría saldrán al mercado con precios astronómicos, cercano al millón de dólares; el problema adquiere otra dimensión.

No estamos preparados como país para afrontar el dilema que plantean las nuevas tecnologías de altísimo costo. Desde hace 4 años hemos tenido idas y vueltas para aprobar en el Congreso una Agencia de Evaluación de Tecnologías, que es uno de los pilares para empezar a dar respuestas racionales a estas cuestiones. El último intento de discusión sobre la Agencia está a punto de naufragar, presumiblemente por estar incluido en el proyecto de ley de blanqueo laboral, con el cual nada tiene que ver.

Es muy difícil encarar estos temas con seriedad si no se tiene en cuenta el concepto de "costo de oportunidad" que supone que, con un presupuesto finito, los recursos que utilizamos para financiar una prestación desfinancian o le quitan la cobertura a otra. Desde el Congreso Nacional

se han sancionado cerca de una docena de leyes de cobertura por enfermedad sin especificar de dónde se obtendría el financiamiento y mucho menos qué se debería dejar de cubrir para obtener los recursos que insuman estas normas.

Y esta discusión no es menor en el marco de la situación socioeconómica de la Argentina con un 30% de la población por debajo de la línea de la pobreza. Porque justamente, las enfermedades que van de la mano de la pobreza como la mortalidad infantil, la desnutrición, el bajo peso, la mortalidad materna y tantas otras; son poco visibles a la hora de discutir presupuestos. No tienen Lobby.

No tengo ninguna duda que las nuevas tecnologías de alto costo deben ser cubiertas por el Estado, Nacional o Provincial, al menos durante los primeros tres años a partir del momento de su aprobación en el país. Tiempo durante el cual la experiencia indica que el precio de las mismas va decayendo.

De esta manera lo resuelven la mayor parte de los países desarrollados. Tal es el caso de Canadá, que tiene un sistema político Federal o bien España, que tiene comunidades autónomas que discuten su independencia pero que a la hora de asegurar equidad en la provisión de estos tratamientos se ponen de acuerdo.

**Ni la seguridad social ni los prestadores privados están en condiciones de afrontar por sí solos la responsabilidad del financiamiento de este tipo de coberturas.** El Estado, como garante Constitucional de la Salud, no puede mirar para otro lado. Y así lo han entendido algunos magistrados, que en el caso del Nusinersen obligaron con sus fallos al Estado Nacional a cubrir el 70% del valor del tratamiento.

El mecanicismo de "compra centralizada" desde el Estado ha sido una experiencia exitosa de la actual administración para asegurar los mejores precios de compra de las drogas que se utilizan para el tratamiento de la Hemofilia. Creemos que este mecanicismo puede replicarse para otras enfermedades que requieren tratamientos de alto costo. De igual modo, **el seguro para la cobertura de enfermedades catastróficas para toda la población;** es una herramienta que debe ser tenida en cuenta a la luz de los desafíos que deberemos afrontar los próximos años.

Será responsabilidad del Estado definir las políticas que aseguren el acceso y la cobertura de estas tecnologías. Además de inclusivas y equitativas, deberán mantener un justo equilibrio entre el derecho individual y el derecho colectivo de toda la población.

Los recursos que se destinen para tal fin tendrían que explicitarse en el presupuesto de salud y discutirse cada año cuando se trate la ley de presupuesto en el ámbito del Congreso Nacional.

Nuestros legisladores, como representantes del pueblo; deberán resolver el viejo dilema de la "frazada corta" cuando los recursos no alcancen para cubrir las expectativas de toda la población. □

(\*) Ex Superintendente de Servicios de 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](http://www.tpcseguros.com) • [info@tpcseguros.com](mailto:info@tpcseguros.com)

Buscanos en



/TPC Compañía de Seguros

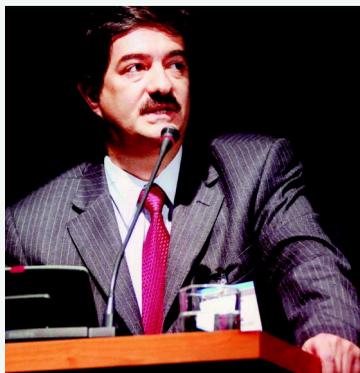
Nº de inscripción en SSN  
0741

Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)



# Reasignación de fondos de las Obras Sociales



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

El día 5 de abril pasado, se dictó el decreto N° 251/2019. Allí se ordenó la reasignación del capital de los fondos disponibles, que hubieran ingresado hasta el 28 de febrero de 2019, relacionados con los pagos efectuados por la Organización de Servicios Directos Empresarios (en adelante, OSDE), en concepto de cancelación del reclamo de la suma que, en concepto de aportes y contribuciones adeudados por el porcentaje de las cuotas correspondientes a los beneficiarios adherentes, había reclamado oportunamente en sede judicial la Superintendencia de Servicios de Salud. Ello así, en cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución del ex Ministerio de Salud N° E 1641/17, que había aceptado la oferta de pago efectuada por OSDE. Dichos fondos deberán ser canalizados al Fondo de Emergencia y Asistencia creado en el artículo 6 del decreto N° 908/16 que se destina, a su vez, a financiar el Programa de Asistencia Financiera Para el Fortalecimiento Institucional y Mejoramiento de la Calidad Prestacional de los Agentes del Seguro de Salud, previsto en el artículo 9 del decreto N° 554/18.

Recordemos que el decreto N° 908/16 había ordenado, en términos generales, la distribución de los casi 27 mil millones de pesos que se encontraban acumulados y sin distribuir en el Fondo Solidario de Redistribución; y, en particular, el art. 6 de esta norma, dispuso la afectación de 4.500 millones de esos recursos, con destino a la conformación del Fondo referido en el párrafo anterior, de las obras sociales integrantes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Además, este artículo ordenó que estos fondos fueran destinados a los objetivos y finalidades indicados en

el Anexo II de ese decreto, a saber:

- 1°) Asistencia financiera a obras sociales ante situaciones de Epidemias y o Emergencias en el ámbito del territorio nacional.
- 2°) Asistencia financiera a obras sociales que desarrollen programas de prevención aprobados por la Superintendencia de servicios de Salud.
- 3°) Apoyo financiero a las obras sociales para la adquisición y/o remodelación de efectores propios.
- 4°) Asistencia financiera para la adquisición de equipamiento tecnológico para efectores propios de la seguridad social.
- 5°) Asistencia financiera para programas de fortalecimiento institucional de las obras sociales.
- 6°) Apoyo financiero para programas de modernización institucional en el campo informático.
- 7°) Financiamiento de situaciones de excepción, no contempladas en las normativas vigentes y que produzcan un impacto negativo sobre la situación económico financiera de las obras sociales.

Por su parte, recordemos también que el artículo 10 del decreto N° 554/18 ordenó que los fondos afectados al Fondo de Emergencia y Asistencia creado por el decreto 908/16, debían ser incluidos en el Programa Asistencia Financiera Para el Fortalecimiento Institucional y Mejoramiento de la Calidad Prestacional de los Agentes del Seguro de Salud, creado por el art. 9 del decreto N° 554/18.

En síntesis, el decreto N° 251/2019 ordenó que los pagos que realiza OSDE, como consecuencia del proceso judicial que le inició la Superintendencia de Servicios de Salud, tienen que ser destinados al propio Fon-

do Solidario de Redistribución y no al Tesoro Nacional.

Asimismo, el artículo 4 del decreto N° 251/19, dispuso que los intereses devengados a partir del 1° de marzo de 2019 y hasta el 31 de diciembre de 2019, resultantes de la inversión del Fondo de Emergencia y Asistencia creado por el artículo 6 del decreto N° 908/16 que acabamos de analizar y las cuotas percibidas por el Estado Nacional, de parte de OSDE, conforme la Resolución del ex Ministerio de Salud N° E 1641/17, desde el 1° de marzo y hasta el 31 de diciembre del año 2019, serán destinados al Sistema Único de Reintegro (S.U.R.) y a complementar los subsidios para los regímenes de trabajo especial (trabajadores de casas particulares, monotributistas, monotributistas sociales y monotributistas agropecuarios) del decreto N° 1368/13 (SUMARTE), según la forma de distribución que establezca la Superintendencia de Servicios de Salud.

En este sentido, la Superintendencia ya emitió la resolución 373/19, reglamentaria del decreto N° 251/19.

Esta resolución creó el Régimen de Compensación, a los fines de complementar el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial establecido en el decreto N° 1368/13 (SUMARTE).

A su vez, esta resolución estableció que los recursos afectados a este régimen, serán distribuidos a cada Agente del Seguro en forma proporcional al número de beneficiarios incluidos en el último padrón disponible correspondiente al Régimen de Trabajo Especial - Decreto N° 1368/13.

Consideramos plausible que los fondos de las obras sociales sean canalizados precisamente a su financiamiento y, además, que se utilicen parámetros objetivos de distribución, a los efectos de evitar la opacidad que refleja la discrecionalidad en el manejo de estos recursos.

Como lo señalamos en numerosas oportunidades, debemos adoptar las medidas necesarias para que los recursos de las obras sociales, administrados en el Fondo Solidario de Redistribución, sean finalmente destinados a sus arcas, para mejorar la calidad de los servicios médico-asistenciales que recibe la población, y que no sean usados nunca más como moneda de cambio de intereses políticos, en detrimento de la salud de los beneficiarios. □



 **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](mailto:consultassmgseguros@swissmedical.com.ar)

---

Nº de inscripción en SSN  
0002

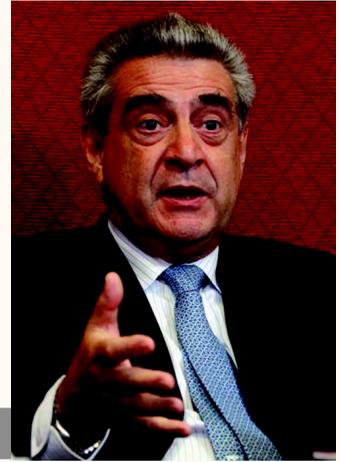
Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE  
SEGUROS DE LA NACIÓN

# ¿No habrá llegado la hora del cambio?

Por el Dr. Héctor Barrios (\*)



**H**ace algo más de un par de meses atrás, a través de la Resolución N° 872/2019, el Gobierno autorizó tres aumentos -para los meses de julio, agosto y setiembre- que suman un 17,5% de incremento en las cuotas de las empresas de Medicina Prepaga y de las Obras Sociales que prestan y facturan servicios a sus asociados.

O sea, permítaseme la analogía, autorizó tres pequeñas transfusiones de sangre al sistema.

Todos los actores no dudan en decir que el sistema está complicado... y efectivamente, está complicado.

Si hiciéramos una mirada retrospectiva, podemos decir que resulta muy comprensible que el Gobierno anterior "estatizara" la medicina prepaga y le transfiriera al sector privado las obligaciones de la salud pública.

Y decimos esto porque la ley de regulación de la medicina prepaga no hizo otra cosa que "estatizarla" al incluir obligatoriamente en el sistema a las personas con enfermedades preexistentes, estableciendo también la obligatoriedad de asociar a personas sin límites de edad y fijando la imposibilidad de las entidades de establecer períodos de carencias, tres elementos que conforman, entre otros elementos, la base de sustentación técnica de los sistemas de seguros médicos en todo el mundo. De hecho, no existe ningún sistema con estas características en todo el mundo. No es casual, obviamente.

Decíamos que la "estatización" es entendible. Es lo que también hizo el mismo gobierno con Aerolíneas Argentinas, con YPF, AYSA, TBA y también, por qué no decirlo, con el empleo, al sumar masivas incorporaciones a la administración pública nacional. Todo eso es entendible porque forma parte de su filosofía política, en donde el Estado es el principal protagonista.

Ahora bien, lo que no resulta entendible es que el actual Gobierno mantenga esa línea. Y eso se vio claramente cuando legisló sobre los planes de cobertura médica parcial.

Es más, desde esta misma columna anticipamos que se iba a un fracaso de la idea, al lanzarla en el marco de la reglamentación de la "Ley de regulación de la medicina prepaga" y, por supuesto, en el marco de un sistema judicial que genera amparos iluminados por el mismo haz de luz de la estatización.

Los jueces también creen que el sector privado de la salud es parte de la "cosa pública".

La pregunta que deberíamos hacernos -y que fundamentalmente debería hacerse el Gobierno- es sino llegó la hora de cambiar y, por lo tanto, de derogar esa ley.

Derogar la ley de medicina prepaga sería poner las cosas en su lugar, lo que es del estado al estado y lo que es de la actividad privada... a la actividad privada.

¡No se trata de anular la jornada laboral de ocho horas, ni de quitar la media jornada del sábado, ni el descanso dominical!

Se trata simplemente de volver a dotar al sistema de un equilibrio técnico que jamás debió haber perdido y cuyos resultados están a la vista. Tenemos un sistema empobrecido con médicos e instituciones prestadoras más empobrecidas aún.

Como ya señalamos, no existe ningún país en el mundo con una legislación como la actual. Y no existe porque simplemente es imposible de sustentarlo a lo largo del tiempo.

Resulta curioso que el Estado nacional establezca la obligatoriedad de aportar durante 30 años para acceder a una jubilación y nada para obtener una cobertura médica privada plena sin límites y sin cargo alguno.

¿Por qué el Estado exige determinados años de aportes? Simplemente porque si no el sistema no sería sustentable. Sin embargo, la sustentabilidad no está presente para nada en el sistema de salud. Inviabile.

¿Y qué va a ser de las personas con enfermedades que nunca financiaron un seguro de salud? ¿Y qué va a ser de las personas mayores que nunca contribuyeron?

Simplemente las atenderá el sistema público, para eso todos pagamos impuestos. Así ocurre en todos los países del mundo en donde existe un sector privado.

Para tenerlo más claro aún: la gente en situación de calle puede ir a un comedor comunitario, pero los restaurantes no están obligados a proveerle la comida.

En fin, amigo lector, confiemos que Dios ilumine a nuestros gobernantes y sobre todo... que les provea de valor para hacer los cambios que hay que hacer. □

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

# 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

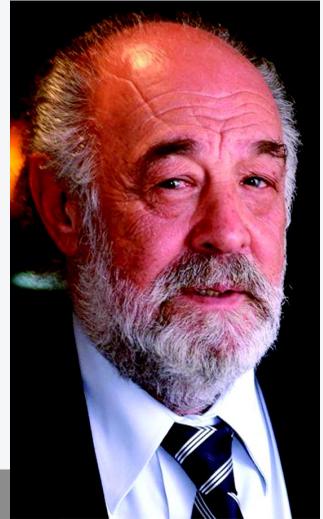
**PRUDENCIA**  
Seguros 

# Un dilema irresuelto: la gestión de Salud

“...quién cae en la insinceridad, cae en la atrofia”

Edmund Husserl

Por el Dr. Ignacio Katz



Una vez más, el anhelo de un acuerdo nacional está a la orden del día. De cara a unas elecciones inciertas y con un panorama difícil, cada quien declara la necesidad de acordar unos puntos fundamentales. El modelo de acuerdo, recordado hasta el cansancio, es el Pacto de la Moncloa (aunque en verdad se trató de dos grandes acuerdos).

El imaginario es simplista y parece suponer una llana buena fe, en vez de una intrincada *negociación* con actores principales que impulsen la iniciativa. En más de una ocasión cuestioné el trillado concepto de *consenso* con una mítica mesa en la que todos llegarían a un acuerdo a fuerza de argumentaciones y en pos del bien general. Muy por el contrario, el disenso y la puja de intereses son lo normal de una sociedad, sumado a la pluralidad de valores. El acuerdo parte de valuar las consecuencias sin ocultamiento y asumir las responsabilidades sin eludirlas.

Además, igual de importante que lo que se acuerda es lo que no se acuerda. En España, la impunidad de la larga dictadura franquista fue en sí misma parte de la negociada transición. La derecha aceptaba a la izquierda y al propio Partido Comunista y reformas de tinte socialdemócrata, mientras que la izquierda aceptaba la continuidad de la monarquía y resignaba la república junto al juzgamiento del franquismo. Así y todo, por derecha e izquierda la suscripción a los acuerdos fue gradual y no llegó a ser unánime.

En la transición argentina no existió un Pacto de la Moncloa, pero sí un cuestionamiento a la dictadura y una decisión de *mantener* y *sostener* la democracia como forma de gobierno y de vida, que se plasmó en el Nunca Más y en los Juicios a las Juntas Militares. Cuando el levantamiento “carapintada” tuvo en vilo al país durante la Semana Santa de 1987, todos los partidos políticos salieron a defender a la democracia. Ciertamente, hubo rápidos retrocesos, pero no se desdibujó el límite de la democracia como base fundamental de acuerdo (que no existía en décadas previas).

Asimismo, el giro neoliberal también respondió en parte a un acuerdo implícito de las jerarquías políticas de los dos grandes partidos políticos, cooptados por un espíritu de época. El Pacto de Olivos, por su parte, constituyó un acuerdo de cúpulas partidarias para la reforma constitucional de 1994, aunque limitado a la organización institucional del Estado, sin contenido social ni participación popular.

Si nos retrotraemos a la conformación de la Nación, veremos que el Acuerdo de San Nicolás de 1852 que dio lugar a nuestra Constitución Nacional, no contó con la participación de la principal provincia del país, Buenos Aires. Hubo que esperar diez años más para que, tras las batallas de Cepeda y Pavón, la provincia negoció los términos de la unificación con la Confederación, dando lugar a la presidencia nacional del porteño Mitre. Y recién en 1880, tras un nuevo enfrentamiento sangriento, la capitalización de Buenos Aires cerró el ciclo de la unificación.

Como vemos, no existe un momento mágico que dé lugar a un acuerdo, sino que se trata de largas negociaciones (y antaño batallas) y perseverancia en acercar posiciones. Los pactos no significan una abrupta *resolución de problemas estructurales*, pero fijan puntos en común, o al menos de referencia para los actores involucrados, incluso para aquellos que no aceptan los términos en un primer momento (o nunca).

Existen acuerdos más explícitos desde las estructuras de poder, pero también acuerdos sociales más implícitos que son la condición de posibilidad del impulso o sostén de los primeros. La decisión gubernamental y el sentir popular se refuerzan así mutuamente. La ley 1.420 de educación común, obligatoria y gratuita (de 1884) inició un camino de inclusión social que al día de hoy asocia, en el sentido común nacional, ascenso social con educación. Un siglo después, el Congreso Pedagógico de 1984, más allá de sus límites, significó una gran discusión nacional con los principales actores involucrados. *En el área de la salud, lamentablemente, no contamos con algo equivalente.*

Cuando proponemos un Acuerdo Sanitario, también debemos suponer que es poco probable que el pleno de actores involucrados en el área lo acepten de manera inmediata. El Acuerdo debe ser presentado una y otra vez hasta que alcance la participación y compromiso necesarios. Puede que existan acuerdos parciales, que si bien no serían suficientes, pueden establecer una base y un ejemplo para futuras convocatorias con creciente influencia. Pero por otro lado, y al mismo tiempo, se trata de lograr un apoyo popular considerable que sostenga y hasta impulse a la determinación gubernamental.

En un sistema que es público por su propia naturaleza, más allá de quien detente la titularidad de los servicios, es responsabilidad intransferible del Estado revalidar su papel como convocante y *orientar, coordi-*

nar y regular las acciones de interés público dirigidas a asegurar la protección de la salud colectiva y un accionar estratégico y planificado, que reconozca prioridades y concatene acciones.

La actual situación crítica económica, financiera e institucional obliga a una estrategia sincrónica que incluya el corto, mediano y largo plazo, ponderando el impacto en el tejido social y su deterioro sociocultural a revertir. Se debe establecer un Plan de Contingencia siguiendo particularidades específicas (atendiendo a la heterogeneidad territorial, por ejemplo) pero en correspondencia con un Plan Maestro de reconversión estructural que fije el objetivo final, aunque no los pasos intermedios que se ajustarán, en definitiva, por ensayo y error, pero con un seguimiento constante. En un área de tal complejidad, no se trata de *variables de estado* (estáticas), sino de *variables de control* (dinámicas), es decir, de monitoreo y regulación. Al decir del economista François Perroux, "el progreso se produce por y a través del desequilibrio".

Es preciso transformar la organización tradicional de la salud en un sistema que utilice los recursos del sector público, de las obras sociales y del sector privado —con y sin fines de lucro, ya se trate de prestadores individuales, grupales o institucionales— **integrándolos** en una única red, que abarque los distintos niveles de complejidad y modos operativos, desde la internación hasta la atención primaria. Hoy los adelantos informáticos posibilitan y facilitan esta misión. Para ello, necesitamos convocar a todos los componentes del sistema sanitario (financiador, prestador, usuario, proveedor y coordinador), descartando la acción unilateral del Estado y la articulación compulsiva. Sólo una participación voluntaria, activa, guiada por un interés cierto y valores esenciales, permitirá la genuina integración de los recursos privados al sistema.

Un acuerdo como tal permitirá la reconversión de la realidad sanitaria a partir de su conocimiento y la puesta en marcha de nuevas formas de organización, gestión y financiamiento que permitan la viabilidad del sistema y el mejoramiento de las prestaciones, así como asegurar la producción genuina de servicios y con ello la vitalidad de ese sector de la economía. La coordinación y el pleno uso de facilidades permitirán corregir las desigualdades, las distorsiones demográficas y las ineficiencias. Por esa razón, la integración conviene también a los pacientes y en ello radica su legitimidad. De ahí surge la necesidad de gestionar un acuerdo para acordar la gestión de Salud.

El acuerdo posible no es posibilista ni utópico; es ambicioso pero realista. Deben establecerse objetivos claros, con flexibilidad en su concreción, pero intransigencia en su espíritu. Se trata, como lo llamé alguna vez, de *un genuino sendero*, un camino que puede ser largo y sinuoso, pero con un destino claro: mejorar la salud con los principios de **equidad** y **eficiencia**. □

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 para la Gestión en salud Salud" - UNICEN (2013). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018).



UNIVERSIDAD  
ISALUD

EDUCACIÓN  
PARA LA  
TRANSFORMACIÓN

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



# Lo hicimos, una vez más...



Por el Farm. Manuel R. Agotegaray  
Presidente de FEFARA

**P**or décimo séptimo año consecutivo hemos concretado la edición anual de nuestras Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, en el marco de las cuales se desarrollaron también las 6<sup>tas</sup> Jornadas Profesionales y el 6<sup>to</sup> Encuentro de Jóvenes FEFARA.

En estos dos días de trabajo hemos tenido la ocasión de escuchar excelentes disertaciones con abordajes desde las más diversas aristas, comparando situaciones y experiencias vividas en variados ámbitos en los cuales el medicamento es el actor central.

Como habitualmente lo hacemos, la totalidad del material expuesto en las Jornadas se editará para darle forma al libro que cada año publicamos, como un aporte más de FEFARA al sector de medicamentos en la Argentina. Una vez finalizado este trabajo lo subiremos a nuestra biblioteca virtual, de libre acceso para toda la comunidad, en nuestra web [www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar) donde ya se encuentran los correspondientes a las XVI Jornadas anteriores.

En esta primera entrega, y a cuenta de lo que oportunamente iremos publicando, voy a compartir algunos comentarios sobre lo sucedido en el evento.

## LA APERTURA DE LAS JORNADAS

Del acto de apertura rescato las palabras de bienvenida, a cargo del presidente del Colegio de Farmacéuticos del Partido de General Pueyrredón, Farm. Mario Della Maggiora, el cual refiriéndose a la situación actual sostuvo que el presente nos encontraba ante un cambio de paradigma en el ejercicio de la profesión farmacéutica. Advirtió sobre la necesidad de estar atentos y dispuestos a adaptarse a los constantes cambios que se vienen sucediendo y acompañar estos procesos como



condición de supervivencia para la profesión. En tal sentido, destacó el trabajo que viene realizando FEFARA, alentándonos a continuar por el camino elegido.

A mi turno, quise traer el recuerdo de aquellas primeras jornadas del año 2002 en la ciudad de Santa Fe, destacando el esfuerzo que debimos hacer para realizarlas y la satisfacción de poder contar con representantes de todos los sectores del mercado, incluido el ministro de Salud de la Nación, en una época de crisis que tiene muchas similitudes con el presente.

Dije también que estas Jornadas significaban la consolidación de nuestras convicciones y el renovado desafío de ofrecer lo mejor de nosotros en beneficio de la sociedad. También señalé que haber optado por denominarlas "Jornadas" en reemplazo de "Congresos", encontraba sentido en el hecho que estos encuentros son verdaderas jornadas de trabajo, en las cuales los diferentes actores del mercado se juntan para debatir y aportar ideas sobre temas de común interés sin otra condición que su responsabilidad por las afirmaciones vertidas.

En tal sentido detallé la variada representación que ejercían los disertantes presentes, destacando la presencia de funcionarios públicos de alta conducción (del INSSJP, Secretaría de Salud de la Nación, ANMAT, Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, Obras Sociales provinciales de Mendoza, Santa Fe y otros) que, estando en ejercicio de sus cargos concurren para exponer sus planes y logros, como también las limitaciones que deben afrontar en su diaria gestión.

Hice público además el esfuerzo y orgullo que nos genera a los integrantes de FEFARA, poder realizar estas Jornadas financiándolas de manera exclusiva con recursos propios, destacando que esta independencia económica nos resultaba esencial para sostener nuestra independencia política.

Volviendo a comparar el presente con aquel 2002, señalé que la situación actual resultaba más favorable que aquella y que hoy estábamos ante una nueva oportunidad porque el Estado, aunque fuera de manera parcial, ha tomado la iniciativa de regular el precio del medicamento. En ese marco, nosotros hemos tomado partido en favor de esta decisión facilitándole al PAMI las herramientas y conocimientos que hemos sabido adquirir en todo este tiempo, como gestores de contratos de la seguridad social.

También traje a colación que un día 6 de junio, pero 28 años atrás, el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe firmaba contrato de prestación y gestión en materia de medicamentos con IAPOS (obra social provincial de Santa Fe), gracias al cual se vienen brindando servicios a sus

afiliados sin haber tenido ni un solo día de suspensión o interrupción en todos estos años.

A partir de esta experiencia y con el acompañamiento del grupo de Colegios Farmacéuticos que dieron origen a la Federación, se han ido diseñando los procesos y herramientas que hoy ponen a FEFARA en primer nivel en materia de soluciones de gestión para el sector.

## EL ACTO DE CIERRE

Acompañado por las Farm. Natalia Rodríguez (6<sup>tas</sup> Jornadas Profesionales) y Micaela Albanesi (6<sup>to</sup>. Encuentro de Jóvenes), quienes resumieron todo lo acontecido en ambos encuentros, hice un repaso de lo vivido destacando algunos puntos salientes de cada una de las mesas y sus participantes, las cuales por razones de espacio no pueden hoy ser incluidas en esta columna.

Lo que sí quiero destacar aquí, es una presentación que se produjo al mediodía del viernes, en la cual el Departamento Hospitalarios FEFARA compartió detalles de un ambicioso trabajo que están llevando adelante, en el marco de una iniciativa que han denominado "Farmacéuticos activos por la Seguridad del Paciente".

En la ocasión nos presentaron el "1er informe técnico del cuestionario de autoevaluación y relevamiento sobre el manejo y uso de los medicamentos en las Instituciones de Salud de la República Argentina". El objetivo de la iniciativa se funda en la necesidad de contar con una base de datos a nivel nacional con relación al Uso Seguro de Medicamentos, con la finalidad de incorporar a la agenda de salud pública "la seguridad del paciente".

La exposición estuvo a cargo de las Farm. Marisa



Bazzano, Gisela Carignano y Julieta Burgi, las que destacaron la satisfactoria respuesta lograda sobre el total de invitaciones cursadas, habiendo recibido datos provenientes de establecimientos públicos y privados de ocho provincias argentinas.

Al presente se está trabajando con el enorme cúmulo de datos recibidos para transformarlos en valiosa información, logrado lo cual se avanzará en las tareas de difusión y diseño de estrategias de acción, para incorporar "la seguridad del paciente" en la agenda de la salud pública.

Cerrando esta primera entrega, quiero repetir las palabras finales de mi exposición en las Jornadas: "...esto es FEFARA: Decisión, Valor, Compromiso y Gestión". □



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

# El sector salud denuncia un presente fragmentado y pide sustentabilidad

Ante un auditorio de más de 800 personas y más de 120 siguiendo la transmisión vía streaming, Adecra+Cedim llevó adelante la tercera edición del Congreso de Salud anual, que convocó a exponentes de primer nivel del empresariado del sector y referentes nacionales e internacionales.

Fueron tres jornadas a día completo, el 26 y 27 de junio, sobre Dirección Médica, Recursos Humanos y Política-Empresaria de Salud, bajo la consigna "la salud en tiempos de cambio".

"Las jornadas del primer día estuvieron más orientadas a la microeconomía de nuestras compañías y los cambios de paradigmas en recursos humanos y dirección médica. En la jornada Político-Empresaria, hemos analizado la macro, lo que nos mostró que estamos en una situación complicada, como nunca, y necesitamos que el Estado intervenga, mejorando la situación fiscal del sector", explicó el presidente de Adecra, Jorge Cherro.

Además, en relación con las paritarias, comentó que están en proceso de negociación con Sanidad:

"Hemos hecho una contrapropuesta al número que ellos solicitaron y tenemos que volver a juntarnos".

Por último, Cherro dijo sentirse muy "gratificado" con el evento y agradeció "al público presente; a los disertantes y a las empresas que nos han acompañado; a las Comisiones de Trabajo, que han generado el esqueleto de las jornadas; y al staff".

Por su parte, en el discurso de apertura del segundo día del Congreso, el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman, hizo referencia a la fragmentación y al poco "poder" que los funcionarios del Estado le dan al arco de la salud privada. "Es una vergüenza que, con nuestro PBI del 10% y estando muy por encima de otras industrias en la creación de empleos, no tengamos la voz cantante, como tienen otros sectores".

Al igual que Cherro, Kaufman se refirió a la importancia de la reciente conformación de la Unión Argentina de Salud (UAS). "Financiadores y prestadores nos hemos unido en una organización con poder de fuego, para discutir la macro, que nos ponga de nuevo en un lugar preponderante".

Asimismo, el presidente de Cedim resumió la importancia del Congreso contando qué es Adecra+Cedim: "311 instituciones asociadas, 18 mil camas, tres mil consultorios médicos, un millón y medio de internaciones por año y 24 millones de pacientes ambulatorios anuales es lo que está representando, de alguna manera, este Congreso. Somos la voz que podemos dar al conjunto de nuestras organizaciones".

## Día 1: VII Jornada de Directores Médicos y V Jornada de Recursos Humanos en Salud

En el encuentro de conducción médica, se trabajó sobre la "seguridad del paciente como eje de la calidad médica", tomando los modelos de otras industrias, con el aporte de la presidente de DuPont Argentina, Silvia Bulla, y el director de cine, médico y piloto de avión, Enrique Piñeyro. "¿Por qué aceptamos tantos errores en tierra que en aire no?", preguntó Piñeyro, y ponderó a la aviación como ejemplo en "las gestiones de riesgo y la comunicación, con un espíritu no punitivo".

En otros paneles, se abordó el tema de las métricas y otras herramientas integrales en la cultura de



Jorge Cherro



la seguridad. También, el camino de la dirección médica como “especialidad” y su comparación con la emergentología, y se planteó la controversia sobre la continuidad o no de la actividad asistencial en el rol moderno del director Médico.

En Recursos Humanos, se trató la Diplomatura para Jefes de Departamentos de Enfermería y las transformaciones culturales en el mundo organizacional: diversidad, big data en RR.HH., y telemedicina, entre otras.

## Día 2: III Jornada Político-Empresaria de Salud

Economía de la salud, dinámica del mercado laboral, envejecimiento poblacional y superposición de coberturas como tendencias en el aumento del gasto y la ineficiencia del sistema, problemas macroeconómicos, fiscales, tributarios e impositivos del sector, con el agravante de la fluctuación del dólar. Todas las variables concluyeron en la idea de que el desafío vital es la sostenibilidad del sistema.

Desde una mirada macroeconómica, el ex titular del Banco Nación, Carlos Melconian, analizó la coyuntura política-económica actual del país y “el punto de partida del próximo presidente”.

*“No hay chance de que sectorialmente anden bien las cosas si la macroeconomía anda mal. Macri tiene la responsabilidad de la mala praxis de 2016 y 2017, después vino el “Plan Picapiedra”, pero la herencia fue espantosa y asintomática”.* Habló del “Cuadrilátero Argentina 2020-2023”: “programa económico integral y consistente, una mesa crítica parlamentaria y de consensos, el canal con la justicia y el acuerdo “disciplinador” y flexible con el FMI”.

En la misma mesa, que compartieron con los periodistas de La Nación Silvia Stang y Diego Cabot, el presidente y cofundador de Poliarquia Consultores, Alejandro Catterberg, pintó el panorama político-electoral “en los meses previos a que se abra el debate real en la Argentina”.

“No sabemos quién va a ganar, pero sí sabemos que los indicadores de opinión pública empezaron a mejorar, luego de una caída consistente desde hace más de un año”, y agregó: “mi impresión es que Macri necesita tiempo: un tipo de cambio estable e inflación a la baja; si esas variables se cumplen, no es seguro que gane, pero necesita sí o sí de esas condiciones”.

La jornada también contó con el aporte de Boi Ruiz García, ex consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña, España, que dio un valioso aporte sobre los modelos y sistemas sanitarios y su sostenibilidad, trayendo el caso de la política sanitaria de España.

*“Un modelo sanitario no es más que la respuesta de un Estado a contemplar la protección o atención a la salud. El reto de ustedes es transformar el sistema sanitario para bien de todos”*, señaló Ruiz García.

Por su parte, los problemas y desafíos hacia la sostenibilidad en la Argentina los expusieron Carlos

Marcelo Kaufman



Vassallo, consultor de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), y el economista de Adecra+Cedim, Jorge Colina.

*“Una suma de coberturas no es un sistema de salud”*, sentenció Vassallo, y agregó que *“tenemos un sistema con una baja intensidad de gobernanza y debilidad institucional”*, lo cual se vincula con el *“crecimiento desordenado de las coberturas y la superposición; la transferencia de servicios de salud a las provincias, sin redefinir el rol del Ministerio y plantear qué hace cada jurisdicción; y la ausencia de una ley de coparticipación federal actualizada que aborde el tema sanitario”*, entre otros problemas.

Colina dijo: *“Ha crecido la cobertura de los grupos más desfinanciados y, con la crisis cambiaría, se desató una carrera de dólar y precios donde los salarios de los afiliados van rezagados. El problema del PAMI no es transitorio: tiene el doble de recursos per cápita que los activos, pero gasta cuatro veces más”*.

Desde Abbott División Diagnósticos, Erick Gryzbowski disertó sobre la transformación digital en la salud. *“la Argentina y Latinoamérica enfrentan el envejecimiento poblacional. La tendencia es que el gasto aumentará y debemos hacer algo”*, puntualizó. □



## 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

# Las 10 amenazas a la salud pública según la OMS

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



**E**n un informe reciente la OMS pone la lupa sobre 10 grandes temas que constituyen las principales amenazas a la salud pública mundial y por ende se transforman en los principales desafíos a desarrollar de cara al futuro.

Según la OMS, “el mundo se enfrenta a múltiples retos en salud, que van desde brotes de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión y la difteria, el aumento de los reportes de patógenos resistentes a los medicamentos, el incremento de las tasas de obesidad y de sedentarismo hasta los efectos en la salud de la contaminación ambiental y el cambio climático y las múltiples crisis humanitarias”. De esta manera está marcando una agenda muy intensa para los próximos años considerando muchos determinantes de la salud cuyo abordaje excede largamente los sistemas de servicios de salud de los países.

En este sentido la OMS presentó el 13<sup>er</sup> Programa General de Trabajo que representa un nuevo plan estratégico quinquenal. Este plan plantea enfocarse en un objetivo de tres mil millones de personas: “asegurar que 1.000 millones más se beneficien del acceso a la cobertura de salud universal, que 1.000 millones más de personas estén protegidas de emergencias de salud y que 1.000 millones más disfruten de mejor salud y bienestar”, manifiesta la Organización.

## LOS 10 DESAFÍOS DE LA OMS

Muchos de estos temas los hemos desarrollados en esta revista desde esta columna.

Igualmente resulta muy interesante y necesario pasar y difundir estos 10 desafíos que deben transformarse en la agenda prioritaria de los países de cara al futuro. Estos son las 10 amenazas y desafíos prioritarios de la OMS a partir de este año:

### 1. Contaminación del aire y cambio climático

Según la OMS el 90 por ciento de las personas respiran aire contaminado todos los días transformándose en el mayor riesgo ambiental para la salud. “Los diferentes contaminantes presentes en el aire que penetran los sistemas respiratorios y circulatorios dañan los pulmones, el corazón y el cerebro, matando a 7 millones de personas en forma prematura cada año por enfermedades como el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades cardíacas y pulmonares. Alrededor del 90% de estas muertes se producen en países de ingresos bajos y medios, con altos volúmenes de emisiones de la industria, el transporte y la agricultura, pero también por artefactos hogareños y combustibles”.

Sumado a esto, la causa principal de la contaminación del aire que es la quema de combustibles fósiles también contribuye de manera importante al cambio

climático, lo que repercute en la salud de las personas de diferentes maneras. Estima la OMS que “entre 2030 y 2050, se espera que el cambio climático cause 250.000 muertes adicionales por año, como consecuencia de la desnutrición, la malaria, la diarrea y el estrés por calor”.

### 2. Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardíacas causan la muerte de aproximadamente 41 millones de personas anualmente, incluyendo a 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y 69 años. Esto representa más del 70% de todas las muertes anuales en todo el mundo.

Una vez más, el 85% de estas muertes prematuras se producen en países de ingresos bajos y medios. La OMS nos recuerda nuevamente que cinco son los factores de riesgo principales: el tabaquismo, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, las dietas poco saludables y la contaminación del aire. Y también una vez más afirma que “estos factores de riesgo también exacerban los problemas de salud mental, que pueden originarse desde una edad temprana. La mitad de todas las enfermedades mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años”. Temas muy conocidos y estudiados por todos pero que empeoran cada vez más.

### 3. Pandemia global de influenza

En este informe la OMS pronostica que “el mundo enfrentará otra pandemia de influenza, aunque no se sabe cuándo llegará y qué tan grave será”.

La vacunación a tiempo es la única barrera efectiva para encarar esta problemática.

### 4. Entornos frágiles y vulnerables

El informe estima que “más de 1.600 millones de personas (22% de la población mundial) viven en lugares donde las crisis prolongadas (a través de una combinación de desafíos como la sequía, el hambre, los conflictos y el desplazamiento de la población) y los servicios de salud débiles los dejan sin acceso a la atención básica”.

### 5. Resistencia antimicrobiana

Dice la OMS en forma categórica “el desarrollo de antibióticos, antivirales y antimaláricos son algunos de los mayores éxitos de la medicina moderna. Pero el tiempo de estos medicamentos se está acabando. La resistencia a los antimicrobianos (la capacidad de las bacterias, parásitos, virus y hongos para resistir estos medicamentos) amenaza con devolvernos a

épocas en que no podíamos tratar fácilmente infecciones como la neumonía, la tuberculosis, la gonorrea y la salmonelosis. La incapacidad para prevenir infecciones podría comprometer seriamente la cirugía y los procedimientos como la quimioterapia”.

#### 6. Ébola y otros patógenos

El ébola continúa siendo una amenaza crítica. La OMS nos alerta: “En 2018, la República Democrática del Congo vivió dos brotes distintos de ébola, que se extendieron a ciudades de más de 1 millón de personas. Una de las provincias afectadas también se encuentra en una zona de conflicto activo”.

#### 7. Débil atención primaria de salud

Aquí hace referencia a una debilidad de muchos de los sistemas de atención de la salud enfocándose más que nada en la debilidad del primer nivel de atención. Deberíamos agregar y ampliar seguramente el desafío para lograr en nuestro país un sistema más integrado y equitativo.

#### 8. Dudas sobre las vacunas

Otro de los grandes problemas que se mencionan tiene que ver con los movimientos antivacunas que están creciendo en el mundo principalmente en países desarrollados. Según la OMS, “las dudas sobre las vacunas (la renuencia o el rechazo) amenaza con revertir el progreso realizado en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación. La vacunación es una de las formas más rentables de evitar la enfermedad: actualmente previene de 2 a 3 millones de muertes por año y podrían evitarse otros 1,5 millones si se mejorara la cobertura mundial”.

#### 9. Dengue

Una enfermedad que en nuestro país representa una amenaza todos los años. El dengue, y ahora el zika y chikungunya representan un peligro latente y desde hace décadas una amenaza creciente. Según el informe “se estima que el 40% del mundo está en riesgo de contraer dengue y hay alrededor de 390 millones de infecciones al año”.

#### 10. HIV

Afirma la OMS que “el progreso logrado contra el VIH fue enorme en cuanto a incrementar el número de personas que se realizan las pruebas, proporcionándoles antirretrovirales (22 millones están en tratamiento) y tengan acceso a medidas preventivas, como una profilaxis previa a la exposición (PrEP, que es cuando las personas en riesgo de VIH tomar antirretrovirales para prevenir la infección). Sin embargo, la epidemia continúa. Casi un millón de personas por año mueren de VIH/SIDA. Desde el comienzo de la epidemia, más de 70 millones de personas contrajeron la infección y alrededor de 35 millones de personas murieron. En la actualidad, alrededor de 37 millones viven con VIH en el mundo”.

### VIEJOS Y NUEVOS PROBLEMAS

Estos diez desafíos para diez grandes preocupaciones significan una priorización muy necesaria e imprescindible para definir las agendas de los próximos años en los países. Se intercalan viejos problemas que se van agravando por la falta de soluciones con nuevos problemas como los movimientos antivacunas que generan nuevos desafíos muy difíciles de resolver.

La Argentina debe plantearse estos desafíos como prioritarios adaptándolos a nuestra realidad y debemos lograr el consenso con todos los sectores para desarrollar las mejores soluciones a estos grandes problemas. □

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



# UCA

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en  
Nutrición

Licenciatura en  
Kinesiología y Fisiatría

DEPARTAMENTO DE INGRESO

[ingreso@uca.edu.ar](mailto:ingreso@uca.edu.ar)

### ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

[csmedicas@uca.edu.ar](mailto:csmedicas@uca.edu.ar)

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

# Memento mori (recuerda que eres mortal)



Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (\*)

vassalloc@gmail.com

El sistema de salud de la Argentina está en terapia intensiva. Hace varias décadas que no planteamos reformas estructurales y mientras tanto “chapa y pintura” no es suficiente. Es necesario abordar reformas que adecúen el modelo de gobernanza, financiamiento y provisión para hacer frente a la extraordinaria demanda-necesidad que plantea la revolución científico tecnológica (medicamentos biológicos que atacan las causas de la enfermedad, medicina genómica, nanotecnología, dispositivos robóticos, prótesis inteligentes, etc.).

Mientras tanto la innovación organizativa que implica las adecuaciones al momento de gestionar y coordinar la oferta y demanda de servicios de salud está llegando tarde a la cita. El sistema de salud está bloqueado para las reformas, así como otras áreas sociales y mientras tanto asistimos al festival de las injusticias y las inequidades de la mano de la judicialización de la salud. Todos nos quejamos, pero no somos capaces de sentarnos a consensuar reformas que nuestros vecinos de Uruguay, Chile, Brasil o Colombia están concretando desde hace algunos años.

También en materia de salud seguimos viviendo de las supuestas glorias ganadas. Hacemos pequeños ajustes sobre la seguridad social y actuamos como si tuviéramos un sistema de salud inclusivo, universal y equitativo. Y mientras tanto convivimos con 15 millones de habitantes que no tienen cobertura formal, muy parecido a la cantidad de personas bajo la línea de la pobreza y recordemos que la pobreza y la salud van de la mano. Un documento de la OMS (2003) denominado “Influencias de la pobreza en la salud” reza en uno de sus párrafos lo siguiente: El debate sobre la relación entre pobreza y salud viene de antiguo. En general, las tasas de mortalidad más altas se registraron en las zonas más pobres de los países y la población, que goza de buena salud suele ser más productiva en el plan económico. Se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población que se trate.

Los países de la región enfrentan el fenómeno de la innovación de diferentes formas según el sistema de salud vigente:

1. Creación de agencias de evaluación de tecnologías (Colombia, Brasil).
2. Organización de planes de beneficios vinculados con el costo efectividad y con la carga de enfermedad y mortalidad (Garantías explícitas de salud en Chile).
3. Organización de fondos especiales para la cobertura de enfermedades catastróficas (Fondo Nacional de Recursos en Uruguay, o Ley Ricarte Soto en Chile).

4. Organización de “seguros” públicos (seguro popular en México) o de aseguradoras públicas (ASSE en Uruguay, FONASA en Chile) que puedan contar con un pool de riesgo apto para negociar.
5. Coordinar los registros clínicos para evaluar resultados y poder negociar acuerdos de riesgos con esta información clave.
6. Introducción de medicamentos biosimilares para ahorrar cuando se vencen las patentes.
7. Programas de bioequivalencia (México y Brasil han llegado a los 400 principios activos), nosotros estamos siendo superados por Colombia y Chile, aunque fuimos de los pioneros en la región al crear la Agencia de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías.

Una frase en latín dice “A fronte praecipitium, a tergo lupi”. Al frente, un precipicio, los lobos a la espalda. Esa es la situación ante la cual nos encontramos en el sistema sanitario argentino o nos disponemos a saltar y nos organizamos para hacerlo o nos comen los lobos.

Los Poderes del Estado le esquivan al problema de salud. El famoso costo político de meterse con áreas sociales sensibles genera grandes actos de cobardía y mediocridad política. El miedo a hacer algo que no le guste a la gente, a los poderes establecidos o a los medios y terminar en el cadalso tienden a generar un bloqueo. Decía Alberdi que los “grandes hombres no son sino locos de la víspera”.

El Poder Ejecutivo no hace olas en materia de salud porque no tiene la fuerza política para hacer las reformas (desde hace varias décadas) y el Poder Legislativo (los legisladores) responden a su conciencia social aprobando leyes que amplían la cobertura sin establecer el financiamiento correspondiente y dejando que el sistema funcione como un mercado de ofertas donde el que llega primero o está mejor posicionado (por relaciones sociales) accede y el resto a la cola hasta que exista presupuesto o se termine muriendo. Esto es legislar sobre los derechos con total irresponsabilidad económica.

En pleno gobierno de Menem se aprobó una ley de discapacidad que es impagable. Es tan amplia en materia de derechos que no alcanzarían los recursos de toda la salud para financiarla. Se abren puertas que después no se pueden cerrar y entonces aparece el gran Poder Judicial como el salvador y quien abre puertas especiales, inventando los recursos que no existen. Para los jueces el costo de oportunidad o los recursos escasos constituyen supuestos económicos y ellos lo pueden vencer en nombre de los derechos individuales.

De esta manera el Poder Judicial también lava sus culpas sociales aceptando prescripciones sin evidencia clínica para intentar compensar la gran cantidad de falencias que comete como liberar personas de manera incorrecta que luego cometen crímenes o los atrasos en la administración de la justicia.

Pero el festival de derechos a la salud sin financiamiento no terminó allí. En el año 2014 una nota del diario La Nación de Fabiola Czubaj menciona "Diabetes, obesidad, salud mental, celiaquía, infertilidad, contracepción quirúrgica son algunas de las nuevas leyes y las que más repercusiones tuvieron, aunque aún no todas están reglamentadas. La ley de fertilidad asistida, sancionada en 2013 (en plena campaña electoral), recibió un tratamiento exprés comparada con el resto: el Gobierno demoró sólo un mes y medio en reglamentarla, en lugar de los dos años o más que tardó con las demás".

Salud no puede ser considerado como un sector normal de economía. Aquí la oferta crea su propia demanda y un agente clave es el médico que tiene una posición privilegiada en esa relación en tanto que prescribe, pero no financia ni recibe el tratamiento. Los sistemas de salud de todo el mundo regulan la oferta. No se puede dejar instalar más tomógrafos o más camas que las que necesita una población porque inmediatamente tenderán a generar demanda para poder sobrevivir. Y como las indicaciones de internación o de estudios complementarios las firma un médico pueden imaginarse lo fácil que resulta promover más estudios, más internaciones y más medicación que la necesaria. Y recordemos que en salud "más no es mejor".

Es hora de recuperar la agenda y poner sobre la mesa los problemas antes que nos pasen por encima. Los gestores estatales y de la seguridad social no pueden seguir jugando solos es necesario que se sienten en una mesa a ponerse de acuerdo, acordar y coordinar políticas como fueron las exitosas compras conjuntas que lideró el PAMI.

Las enfermedades de alto precio y baja incidencia necesitan un pool de riesgo poblacional muy alto, con diseño y mantenimiento de guías clínicas y protocolos muy estrictos, selección de proveedores, información clínica para poder negociar en base a resultados y eso sólo se puede hacer con un gran acuerdo sectorial de los financiadores de servicios de salud. La demanda debe estar en condiciones para solucionar y establecer precios de entra-

da y no jugar de manera sectorial que sólo conduce a incrementos del costo de oportunidad, malgasto, variabilidad de precios y precios altos.

Finalmente, un mensaje para los funcionarios ahora que nos encontramos cerca de las elecciones nacionales y donde se dará seguramente un recambio de funcionarios en las distintas áreas de gobierno vinculadas con la salud (ministerios nacionales y provinciales, secretarías de salud, Superintendencia de Servicios de Salud, PAMI, ANMAT, y todos los descentralizados): **Memento Mori (recuerda que eres mortal)**.

Con esta locución latina, que significa "acuérdate de la muerte" o "recuerda que vas a morir", suele expresarse el asombro y la desazón por la fragilidad y la fugacidad de la vida humana y lo imprevisible (y a veces, abrupto) de su final. Cuenta la tradición que el Senado romano obligaba a colocar, en los desfiles triunfales, justo detrás de los generales victoriosos, a un esclavo que repetía una y otra vez: Respice post te! Hominem te esse memento! "¡Mira tras de ti! Recuerda que eres un hombre" (y no un dios).

Lo hacía por buenas razones: muchos generales y señores de la guerra romanos intentaron en el pasado aprovechar su momento de gloria y hacerse con el poder absoluto, o faltar el respeto y la obediencia debidos a las leyes y las instituciones del imperio.

Es el gobernante argentino un hombre que tropieza dos o tres veces con la misma piedra o es el hombre inteligente que aprende de los errores o acaso el hombre sabio que aprende de los errores de los demás. En Salud 2020 lo terminaremos de confirmar. □

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



**¡Conocé todos nuestros productos!**



**DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS**



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



**INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN**



**SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL**



**RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL**



**RED ESPECIALIZADA**

► Además contamos con nuestros Sistemas Informáticos de Gestión, nuestra Biblioteca Virtual y el nuevo espacio de FEFARA Proyecta.

**Gestionamos políticas para garantizar un servicio farmacéutico óptimo, de eficiencia y calidad profesional.**

 Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso | (1086) Capital Federal 
  011 4342 9473 
  [fefara@fefara.org.ar](mailto:fefara@fefara.org.ar)
 [www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar)

# Desafíos y metas para la articulación público-privada en atención primaria de la salud

El 6 de junio pasado, en la Sede la Asociación Médica Argentina, tuvo lugar la *Primera Jornada de Articulación entre el Estado y los privados y la Atención Primaria de la Salud, Un desafío pendiente en el sistema de salud argentino*, un evento organizado por CADIME (Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico) y por la Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT). La Jornada planteó la necesidad de integrar a las empresas de salud pequeñas y medianas al conjunto de la oferta sanitaria, a través de una política nacional a largo plazo.

## Estrategias para la integración de lo público y lo privado en salud

Fue Guillermo Gómez Galizia, presidente de CADIME y de la Fundación DPT, el encargado de abrir la Jornada. "Desde su fundación en 1975, CADIME representa el esfuerzo de profesionales de la salud que tomaron la decisión de asociarse para defender sus intereses de manera colectiva, con el fin de lograr atención médica de calidad y la salud de toda la población", señaló. Hoy por hoy, la Cámara nuclea a más de 13 mil Pymes del sector, que generan 65 mil puestos de trabajo administrativos y 20 mil puestos especializados. "Esta red de prestadores de todo el país es clave para la prestación del servicio de salud en el primer nivel de atención y

constituye un sector que no debe ser soslayado a la hora de pensar políticas públicas", expresó Gómez Galizia. **"Tenemos que avanzar hacia un sistema sanitario cada vez más integrado, equitativo y de calidad. Sin una refundación integradora y realista del sistema, no habrá medidas arancelarias o fiscales que alcancen"**, adelantó.

Le siguió el doctor Miguel A. R. Galmes, titular de la Asociación Médica Argentina, que compartió "el concepto de la atención primaria de la salud y la necesidad de establecer reuniones entre todas las sociedades científicas, académicas y de gobierno para encontrar una solución para el sistema nacional de salud". **"Los vasos comunicantes entre los subsectores quizás permitan establecer las ba-**

**ses para el tratamiento de todos los pacientes"**, definió.

Por su parte, el doctor Luis Giménez, secretario de Coberturas y Recursos de Salud, en representación del Doctor Adolfo Rubinstein, secretario de Gobierno de Salud de la Nación, señaló que **"los tres objetivos centrales de salud que se planteó la Secretaría son: lograr la Cobertura Universal de Salud, construir una política de medicamentos y combatir la epidemia de obesidad infantil"**. En cuanto a la Cobertura Universal de Salud, Giménez la definió como "la posibilidad de poder acceder a los servicios en tiempo en forma, con calidad, y sin penurias financieras". Más tarde, el doctor detalló los tres ejes de la cobertura universal de salud: la salud familiar y comunitaria; la cobertura efectiva; y la articulación entre el Estado y las instituciones privadas.

## ¿Qué puede ofrecer el sector Pyme en el marco de una política nacional de Salud?

El doctor Javier Vilosio, gerente del Área Técnica de CADIME, comenzó su exposición con los puntos del "fracaso sanitario argentino", según un trabajo publicado en 2014 por J. Colina, O. Giordano y P. R. del Pozo. "Pese a que hay avances en la situación sanitaria, siempre tenemos la evidencia de que es bastante



Luis Giménez, Guillermo Gómez Galizia y Miguel A. R. Galmes.



más lo que podríamos haber logrado reordenando algunas pautas del funcionamiento del sistema, en el sentido de buscar mecanismos de integración y articulación", analizó.

La fragmentación, señaló Vilosio, "tiene consecuencias dramáticas en términos de la cobertura efectiva, también en términos de eficacia, equidad y justicia". Además, impacta en la calidad: "no estamos pudiendo asegurar un mínimo de calidad en salud", destacó. Sin embargo, no todas son malas noticias: "Creemos que hay recursos, estructura e inteligencia y que podemos superar esta situación", enfatizó. **"Para dar el primer paso, es imprescindible contar con ámbitos de discusión política y técnica. Tenemos que construir políticamente estos ámbitos y lograr la reestructuración del sistema"**, definió.

En este sentido, el doctor se refirió a la Declaración de Astaná sobre atención primaria de salud. "Allí se habla de la incorporación del sector privado y se señala la necesidad de tomar políticas audaces". En los documentos, especificó, **"se reitera la necesidad de involucramiento del sector privado para utilizar todos los recursos de los que dispone una sociedad para mejorar su nivel de salud primaria ya que son recursos sociales, comunitarios"**. "Estamos convencidos de que hay un rol que debe asumir el sector que representamos, siempre bajo la conducción política de los gobier-

nos; pensar en integrar es audaz", subrayó Vilosio.

### Glocalización, territorialidad e integración

La segunda mesa de la Jornada llevó por título *Astaná y el camino a seguir en la Argentina*. La doctora Zulma Ortiz, ex ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires e integrante de la Academia Nacional de Medicina, fue la primera en disertar. Presentó **"tres ideas fuertes para debatir sobre el desafío de unificar Estado y sector privado para atención primaria de la salud: Glocalización, Territorialidad e Integración"**.

"Cada vez que existe una declaración como la de Astaná se busca poner en evidencia una agenda. **"La particularidad que tiene la declaración de Astaná es que de esa agenda toma la estrategia de atención primaria y la postula desde los distintos actores que componen el sistema"**.

En relación con el concepto de glocalización, la doctora lo definió como "agenda global y acción local". Resulta muy importante, señaló también, que las declaraciones de Astaná sobre atención primaria se expresen en un territorio determinado: "Esta declaración, ¿va a tener la misma significación en una comuna, que en un partido, que en una provincia o en otra?", se preguntó Ortiz. Para acercar una respuesta, la doctora expuso el ejem-



plo de la localidad de Rawson, en Chacabuco, que tiene 2 mil habitantes y un solo hospital, sin consultorios externos ni centros de atención primaria. "El hospital no hace análisis de carácter ambulatorio y, cuando algún paciente necesita un análisis de sangre, debe viajar". En ese caso, analizó Ortiz, "el sistema refleja toda su ineficiencia, la falta de articulación". **"Si no integramos, la atención primaria no va a resultar como Astaná pretende"**, advirtió.

### Romper las barreras de acceso

El doctor Javier Uribe, asesor internacional en Sistemas y Servicios de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), comenzó su presentación señalando que "el modelo de salud ahora está centrado en el usuario; es el usuario el que nos debe motivar".



**Una de las mayores dificultades que enfrenta el país, aclaró, está en el acceso a la atención primaria:** "la Argentina es un país muy diverso y la disparidad es muy grande tanto en la calidad como en el acceso". "Asegurar conjuntamente, tanto con el sector público como con el privado, que los recursos no se pierdan es una prioridad ya que el sistema de salud nos involucra a todos", definió Uribe.

Como instituciones, los integrantes del sector privado “también tienen una responsabilidad: y este es un valor que hay que fortalecer”, señaló Uribe. **“La atención primaria debe dar respuesta a las necesidades de la gente, no de la institución. Para esto se requiere integralidad, continuidad y responsabilidad”.**

Hacia el final, el doctor acercó dos importantes reflexiones: **“El mercado no soluciona los problemas de salud. Y la atención primaria es donde se gana o se pierde la batalla de la salud”.** “Cuando rompemos las barreras en el acceso todos ganamos, gana la gente”.

## Integración y atención primaria: la experiencia de Uruguay

La doctora Diana Domenech, integrante de la Federación Médica del Interior (FEMI), de Uruguay, presentó la experiencia de su país en la reforma e integración del sistema sanitario. Para comenzar, acercó detalles de la historia del sistema de salud uruguayo, desde principios del Siglo XIX hasta la reforma de salud de 2005.

**“Antes de la reforma”, especificó Domenech, “había una forma de atención para los que tenían acceso al sector privado y otra para los que tenían acceso al público. Teníamos una distribución no equitativa de los**



Diana Domenech



Verónica Schiavina, Julio David Matz y Alejandro Ciovini.

**recursos y una gran crisis de confianza de los usuarios”.**

La reforma del sistema fue formalizada en 2007. Surgió así el Sistema Nacional Integrado de Salud, que cuenta con tres ejes: cambio en el modelo de atención, cambio en el modelo de financiamiento, y cambio en el modelo de gestión. Este último implicó la “separación del Ministerio de otras actividades que no fueran de rectoría; y se previó la participación de los usuarios y los trabajadores”. En cuanto al financiamiento, el nuevo sistema implementó el Fonasa, un Fondo Nacional de Salud único que paga una cuota mensual a todos los proveedores de salud. “Con el Fonasa, la gente empezó a elegir atenderse en el sector privado”, especificó Domenech.

La doctora se explayó especialmente en el cambio de modelo de atención que implicó la reforma. **“El sistema se organiza en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tiene como estrategia la atención primaria en salud y prioriza el primer nivel de atención”.**

Son tres las herramientas que se utilizaron para la implementación del nuevo modelo: los Programas Integrales de Prestaciones, la Cuota Salud y los Contratos de gestión. Los Programas Integrales son las prestaciones que todos los proveedores de salud deben brindar obligatoriamente. “Se trata de una canasta que va creciendo con el tiempo”, aclaró Domenech. La Cuota Salud es el dinero que Fonasa paga todos los meses, y está compuesta de dos partes: cápitas por población y **metas prestacionales. “Estas últimas son pagos**

**por desempeño de ciertas actividades que implican que las instituciones están trabajando hacia la atención primaria y sus principios”**, explicó la doctora.

## Experiencias en Atención Primaria de la Salud y el sector privado

La doctora Verónica Schiavina, de FEMEBA, estuvo a cargo de abrir la mesa sobre *Experiencias en Atención Primaria de la Salud y el sector privado*. Compartió la experiencia de articulación público-privada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: el Seguro Público de Salud, que se inició en 2000. “La idea era cubrir a los menores de 5 años y a las embarazadas dando atención integral de primer nivel; también a las manzaneras. La meta era cubrir a 2 millones 400 mil personas: las personas que en ese momento no tenían cobertura”, detalló. Con prestadores georreferenciados, “fue un verdadero acuerdo público privado, muy eficiente; un proyecto exitoso”, señaló.

Pero con la crisis del 2002, se inició el Programa Remediar y luego el Nacer. “Hubo una superposición, y nuestro seguro se empezó a debilitar”. En 2017, con Zulma Ortiz como titular, surgió el Plan integrado de acceso y cobertura de la salud: “Es lo que queríamos: tener un sistema único con población nominalizada e integrar todo el financiamiento”. Pero, de nuevo, hubo cambio de gestión: “Entonces seguimos cada vez peor”. Actualmente, el programa incluye a muy pocos médicos, y se paga por hora de atención. “Es un magro complemento de lo poco que gana un mé-

dico. ¿Seguimos o no seguimos? Es la disyuntiva que tenemos hoy con el seguro”, señaló Schiavina.

Pensando en soluciones, la doctora enfatizó que **“apostamos a poder hacer vínculos muy estrechos con el sector público, desde el privado. ¿Cómo podemos empezar? En la promoción de la salud tenemos una puerta abierta para trabajar en forma conjunta”**.

El doctor Julio David Matz, jefe del servicio de Medicina Familiar del Sanatorio Güemes, acercó la experiencia del Sanatorio en la Atención Primaria de Salud: su servicio de medicina familiar. **“Una entidad debe beneficiarse y tomar a la atención primaria como fundamental en su modelo prestacional. Por eso, nosotros pregona- mos una medicina que, con menos ruido, nos dé mucho mejor resultado. Queremos salir del paradigma de que lo privado va de la mano siempre de un enfoque curativo”**, enfatizó Matz.

Analizando las experiencias de implementación de medicina familiar en Sudamérica y en España, el Sanatorio diseñó una recomendación del modelo de medicina familiar. **“Planificamos la incorporación de la residencia de medicina familiar, formando RRHH propios y genuinos”**. **“Nuestra propuesta”,** sumó Matz, **“es que hay tantos perfiles de medicina familiar como comunidades; por eso nos orientamos hacia la atención primaria, enfatizando en la promoción y la prevención y no sólo en la demanda”**.

Por su parte, el doctor Alejandro Ciovini, de Fundación ALMA, cerró la mesa repasando la realidad de muchos niños argentinos: **“Los temas de inequidad siguen pendientes”**, advirtió. **“Pero tenemos esperanza y creemos que algo se puede hacer”**. Por eso, el doctor comentó las actividades que Fundación ALMA realiza en sus viajes anuales: **“En todas las provincias la situación sanitaria es la misma. Ninguno de los chicos que vimos tiene control de salud, sólo control de peso”**. **“Donde están los chicos no llega nadie”**, advirtió.

**“Nosotros llegamos con cosas muy limitadas”**. Así, las escuelas se convierten en espacio para la atención primaria de la salud: **“Cualquier ámbito sirve para que la**



**trabajadora social pueda hacer su entrevista. Tratamos que toda la familia pase por la trabajadora social, el pediatra, el odontólogo”,** señaló Ciovini. A sus actividades, la Fundación suma educación para la salud y educación sexual.

### Telesalud y alternativas de articulación público-privada

La licenciada Maia Berlin, referente de Gestión Operativa y planificación estratégica de Telesalud, ofreció un marco institucional para entender la política de Cobertura Universal de Salud: **“Implica reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud entre las jurisdicciones y entre los tipos de cobertura, para que todas las personas tengan una atención equitativa que garantice el derecho a la salud con calidad, independientemente de donde vivan o su condición socioeconómica”**.



Maia Berlin

Berlin definió la Telesalud como política pública: **“Es una estrategia que busca acortar brechas sanitarias, mejorando el acceso y la calidad de la atención mediante nuevos modelos organizacionales y nuevas tecnologías”**. A la hora de proyectar el programa, expuso Berlin, **“en función de todo lo que relevamos planteamos tres ejes estratégicos: Gobernanza y Rectoría, Gestión del Plan Nacional de Telesalud y Desarrollo de Programas”**.

En cuanto a gobernanza, se definió que cada provincia contara con un referente de Telesalud y con un plan provincial. En cuanto a la gestión, el programa de Telesalud funciona mediante la creación de nodos: una unidad mínima funcional. El tercer eje prevé un conjunto de programas: **“actividades coordinadas para resolver problemas específicos”**. Éstos promueven el trabajo en red, explicitan y amplían la oferta de cuidados, permiten la integración de la información, incorporan los procesos naturales de referencia y contrarreferencia, permiten el monitoreo y evaluación continua, fortalecen objetivos de otras áreas del Ministerio y ofrecen una guía hacia estándares y calidad.

Hacia el final de su presentación, y en relación a la Red Nacional de Salud Digital, Berlin señaló que **“permite el intercambio de información sanitaria en todo el país. El plan está pensado para que todos puedan acceder a esta plataforma de interoperabilidad, tanto los públicos como los privados”**. □

# Tecnologías disruptivas ¿Qué son y cómo impactan en la salud?

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



El panorama sanitario está cambiando exponencialmente. Una de las mayores expectativas se centra en el impacto de las denominadas tecnologías disruptivas. Se trata de innovaciones que producen una ruptura brusca con lo conocido, y dejan obsoletos procesos anteriores sea de atención médica en el campo del diagnóstico y tratamiento o bien de la propia gestión asistencial. Y rompen con lo que existía hasta el momento. La innovación en salud puede llegar por tres vías: mejora de procesos, creación de nuevos productos e ideas que se transforman en investigaciones aplicadas sobre actividades antes no existentes pero que dan lugar a un avance significativo respecto de poder cambiar la forma en que se trabaja, vive, piensa y comporta respecto de una enfermedad. Y da como resultado la transformación del mercado donde se venía interactuando, que deja totalmente atrás al que existía hasta ese momento. La informática, por caso, ha condicionado muchos de estos cambios, ya que se han llegado a digitalizar algoritmos generando un cambio radical en la función de producción de determinadas actividades.

En 1997, Christensen en su libro *"The Innovator's Dilemma"* separó la nueva tecnología en dos categorías: sostenida y disruptiva. La primera se basa en simples mejoras incrementales a una tecnología ya establecida. La segunda, más innovadora y menos refinada, si bien tiene problemas de rendimiento por su novedad y puede no tener aún aplicación efectivamente demostrada, potencialmente da lugar a una revolución en determinado campo de la ciencia.

La tecnología disruptiva ha comenzado a cambiar la historia tanto de la oncología como del tratamiento de las enfermedades poco frecuentes. Y a su vez, a generar importante rentabilidad a las empresas desarrolladoras. Tomemos un caso complejo como la Atrofia Muscular Espinal (AME) Tipo 1 en pacientes pediátricos, que puede llevarlos a requerir ventilación asistida permanente. Su causa radica en un defecto genético a nivel de las neuronas motoras, que impide codificar la proteína SMN esencial para su supervivencia. Se estima que uno de cada 10.000 recién nacidos posee dicha enfermedad y en nuestro país se estima hay unos 400 casos potenciales, de los cuales 300 están registrados. La enfermedad carecía de posibilidades terapéuticas efectivas, hasta que en 2016 irrumpió el *nusinersen* (Spinraza<sup>®</sup>) de Biogen, un oligonucleótido (pedacito de ADN de 18 bases) que actúa aumentando la inclusión del exón 7 en el RNA que produce el gen SMN2 de estos pacientes y ayuda a generar más proteína, disminuida en la AME.

Rápidamente se transformó en la única alternativa terapéutica, al enlentecer la progresión de la enfermedad, aunque no sin cuestionamientos a la poca evidencia disponible acerca de su efectividad en el mediano y largo plazo.

Hace apenas un mes se ha producido en el campo de la AME una nueva disrupción tecnológica, cuando la FDA aprobó la comercialización de la terapia génica *onasemnogene abeparvovec-xioi* (Zolgensma<sup>®</sup>) de Novartis. Se trata de una molécula biotecnológica adquirida al laboratorio AveXis en 2018 y diseñada para atacar la propia raíz monogénica de la enfermedad. El efecto terapéutico -a partir de una aplicación única endovenosa- se logra al proporcionar al organismo una copia funcional del gen SMN1 humano utilizando el vector viral adenoasociado 9 (AAV9) que codifica dicha proteína SMN y resulta capaz de transducir los tejidos en las dianas del SNC previstas. Su aprobación se basó en la efectividad estimada en base a dos estudios (STRIVE y START) con seguimiento a lo largo de dos años, en los cuales 91.7% de pacientes evaluados pudieron mantener la cabeza erguida, 83.3% sentarse sin apoyo por más de diez segundos, 75% por más de 30 segundos y 16.7% alcanzar a caminar con ayuda. No se efectuó evaluación de la calidad de la evidencia, por lo cual estos resultados deben ser evaluados e interpretados con precaución.

Como fenómeno disruptivo novedoso, Zolgensma<sup>®</sup> ingresará en una competencia terapéutica inmediata con el *nusinersen* y aspirará a destronarlo. Al igual que Roche con el *ridisplam*, otra molécula aún no aprobada que se administra en forma diaria por vía oral. La debilidad relativa que ofrece el Spinraza<sup>®</sup> es su necesidad de ser administrado por medio de varias inyecciones intratecales, procedimiento riesgoso e invasivo. Y su alto costo, ya que un tratamiento requiere impregnación inicial de tres dosis en un mes, luego a los 60 días, y posteriormente cada cuatro meses, con un precio de u\$s 750.000 en el primer año y u\$s 375.000 por año subsiguiente y por vida, que no incluye los costos asociados de administración que varían según necesidades individuales del paciente. Sólo en 2017, Biogen obtuvo ganancias asociadas al *nusinersen* por más de u\$s 435 millones.

El problema es que Zolgensma<sup>®</sup> sale a disputar el mercado de la AME a un precio de u\$s 2,1 millones por dosis única/paciente, con lo que se convierte en el medicamento más caro del mundo y constituye el último ejemplo de la estrategia de precios monopólicos y cuestiones poco éticas entre BigPharma y "medicamentos huérfanos" (para enfermedades poco frecuentes),

en base a lo que el mercado sanitario pueda llegar financieramente a soportar. Si bien el discurso de las empresas gira siempre en torno a las cifras de I+D+i, Novartis no investigó ni desarrolló este medicamento, sino que simplemente lo adquirió a AveXis (la innovadora) por un precio que se estima recuperará en relativamente poco tiempo. Tanto es así que se calcula que la droga llegará a su posición de venta más alta - u\$s 2.03 billones - en 2025.

Con semejante precio aplicado a un medicamento que ya entró al mercado de US y no tardará en ser requerido en nuestro país, el impacto económico que significará sobre sistemas de salud ya golpeados por el precio excesivo de otras tecnologías innovadoras será tremendo. Pero en el otro lado del debate están los beneficiarios del Zolgensma°, los padres de niños afectados en quienes el dilema económico y ético no tiene ninguna consideración si se trata de la salud y de liberarse de la posibilidad de una historia de vida compleja en cuanto a atención en el hogar, ventilación asistida y hospitalizaciones repetidas con desenlace a menudo fatal para sus hijos. Si no hay regulaciones posibles que puedan poner límite al dislate del precio de monopolio de una droga innovadora -más allá de su efectividad- tampoco se puede poner precio a la vida de un niño. Cualquier padre tiene derecho a creer que u\$s 2.1 millones es un precio justo en comparación con la alternativa de vida de su hijo enfermo. Y luchar judicialmente por su provisión.

Quizás los dilemas mayores surjan de las implicancias médicas, bioéticas y económicas para nuestro sistema de salud. Caben aquí varias preguntas ¿Demuestran eficacia los resultados obtenidos por los *trials*? ¿Dará el medicamento mayor calidad de vida a los

pacientes? ¿En qué casos corresponde negar o aceptar el tratamiento? ¿Por qué invertir tantos recursos en casos en los que el pronóstico no es seguro, con el costo de oportunidad que ello tiene respecto de otras enfermedades curables? ¿Cómo resolver las tensiones entre intereses individuales y colectivos? ¿Puede nuestro sistema de salud asumir esos costos? ¿Quiénes y cómo deben considerar estas decisiones de vida o muerte?

En opinión del ex Ministro de Salud de Colombia Alejandro Gaviria, "este asunto casi trágico debe trascender las pasiones, las opiniones y la indignación". La tecnología disruptiva ha llegado para quedarse, tras impactar significativamente en la salud. En lo sanitario, generando mayores expectativas, en lo ético provocando complejos dilemas, y en lo económico complicando la ya de por sí lábil sustentabilidad financiera de los sistemas de salud. La gestión de los retos institucionales que esto plantea requiere dotar de la suficiente fortaleza y flexibilidad a los financiadores para maximizar la capacidad de tratamiento soportando su alto costo, pero ajustándolo en base a los resultados. Por ejemplo, en base a diferenciación de precios de acuerdo a qué tan efectiva sea una droga, incluso potenciando los protocolos cuando el paisaje de la terapia varíe debido a los altos costos y a los nuevos datos sobre eficacia clínica. Y también formular estrategias comunes para aplicar la suficiente presión que permita reducir el precio y su efecto negativo respecto de la potencial accesibilidad a tales tratamientos. Un debate por cierto muy difícil, y aún sin respuestas. □

(\*) Titular de Análisis de mercados sanitarios. Universidad ISALUD.

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación  
en la Seguridad Social







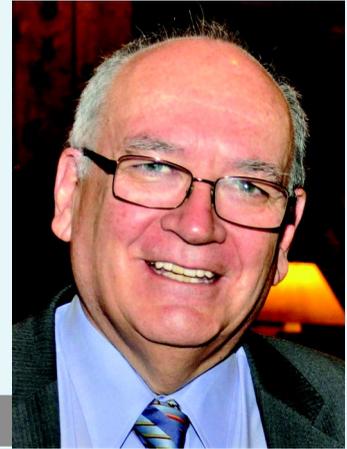



Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso  
(C1019ABG) Capital Federal

# Innovación en los servicios de salud



Por el Lic. Manuel Álvarez (\*)  
alvarezmanuel3@yahoo.com.ar

Los costos de la atención de la salud están aumentando tan rápidamente que se estima que, si no se realizan reformas importantes, la atención médica en la mayoría de los países, no será asequible para mediados de este siglo.

Un informe de la OCDE de 2015 reveló que en las dos décadas anteriores el aumento en los costos de atención médica, entre sus países miembros, había superado sin excepción el crecimiento económico.

En general todos estamos de acuerdo con la necesidad de realizar cambios en la forma en que se proporciona la atención médica para garantizar que ésta sea asequible y accesible.

Asimismo, es necesario que los procesos de reforma apunten fundamentalmente a desarrollar soluciones que puedan ser utilizadas por instituciones médicas del sector público y privado para atender cinco objetivos específicos:

- Disminuir la inequidad y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.
- Enfocarse en prevenir la enfermedad más que reaccionar ante ella.
- Controlar el gasto destinado al desarrollo de innovaciones médicas para evitar despilfarro.
- Minimizar la variabilidad en la calidad de los resultados de la atención médica.
- Disminuir los riesgos asociados a las intervenciones médicas.

Por otro lado, la tecnología ha tenido una influencia central en la evolución de prácticamente todas las áreas de nuestra sociedad, y por supuesto también en el sector salud, donde la medicina se está transformando en una tecnología de la información.

¿Qué significa esto? Que un sector de la economía transforma procesos mecánicos en procesos de información. Cuando esto ocurre (como sucede actualmente en la medicina), ese sector es susceptible de transformaciones exponenciales.

**“La consecuencia es que las nuevas tecnologías transformarán la medicina (como ciencia), la salud (como sector/industria) y la prestación asistencial (como servicio), que proporcionarán potentes herramientas, datos y soluciones que provocarán un cambio radical en el funcionamiento de los modelos de atención médica que conocemos hoy”.**

La conclusión es que nos encontramos en una encrucijada y la tecnología parece ser la mejor solución para su resolución.

## LA INNOVACIÓN EN EL MUNDO

Este año, el ranking mundial de innovación elaborado por la Facultad de Negocios de la Universidad de Cornell, la Escuela de Negocios Insead y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), está encabezado por Suiza, seguido por Suecia, Holanda, Estados Unidos y Gran Bretaña. Entre las naciones latinoamericanas, Chile ocupó el puesto 46; México, el 58; Colombia, el 65; Uruguay, el 67; Brasil, el 69; Perú, el 70; la Argentina, el 76; Ecuador, el 92; El Salvador, el 103, y Bolivia, el 106.

Algunos economistas dicen que esto se debe a que los países latinoamericanos tienen demasiadas regulaciones gubernamentales y demasiado poco capital de riesgo para financiar ideas de gente talentosa. Otros economistas, por el contrario, afirman que América latina necesita más intervención gubernamental para producir más innovación.

**Estos últimos señalan que mientras naciones altamente innovadoras como Corea del Sur e Israel invierten el 4,2 por ciento de su producto bruto en investigación y desarrollo de nuevos productos, en América latina el promedio es del 0,5 por ciento.**

En realidad, las razones por las cuales la innovación en nuestro país es tan escasa son múltiples, pero sin lugar a duda resulta de fundamental peso, el contexto cultural, ya que éste determina el modus operandi del conjunto social. En países como Estados Unidos y los Nórdicos existe un espíritu emprendedor más asentado y por lo tanto mayor probabilidad de que surja una idea con valor que pueda generar desarrollo económico. En el otro lado de la moneda, en sociedades más conservadoras en cuanto a innovación como las orientales, las musulmanas, y del Sur de Europa se da mayor valor a la seguridad que a la innovación, debido al miedo a fracasar y consecuentemente pocos se atreven a cuestionar el status quo, lo que desalienta la innovación.

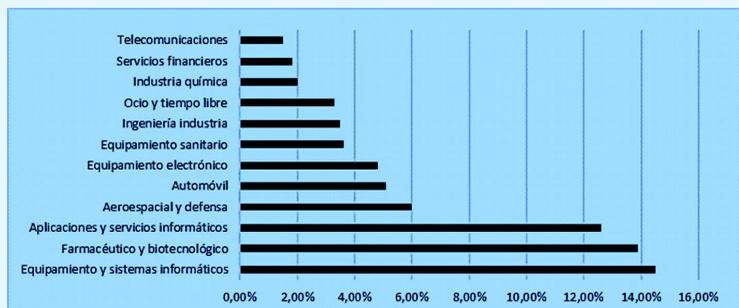


Figura 1. Inversión en I+D sobre el total de facturación (sector industrial)

No obstante, hay países que sí han sabido compaginar conservadurismo cultural e innovación, como es el caso de Corea del Sur y Japón, que son líderes mundiales en innovación.

## LA INNOVACIÓN Y EL SECTOR SALUD

Entre los sectores industriales más dinámicos en materia de innovación están el de Medicamentos y el de Equipamiento Médico.

Pero, como se deduce del punto anterior, la innovación en salud no sólo requiere innovación en producto sino también requiere innovar tanto en el modelo de atención médica como en el modelo de gestión de las organizaciones que lo integran.

Asimismo, la innovación en salud deberá incluir distintas perspectivas: "la estratégica (por ejemplo, más atención a la medicina predictiva, preventiva y personalizada y mucho mayor participación de los pacientes), la tecnológica (tecnologías de la información y comunicación, robótica), la de procesos (atención a la cronicidad, integración de niveles asistenciales), la de recursos humanos (movilidad, nuevos perfiles profesionales, compromiso y participación de los profesionales) y la de investigación, poniendo un mayor énfasis en adoptar las innovaciones de una forma eficiente y plenamente integradas".

Se trata de encontrar el equilibrio adecuado entre profesionales, organizaciones y tecnología, que multiplique aquello en lo que cada uno puede aportar: las máquinas (en calcular rápidamente y encontrar patrones y outliers), los humanos (en tener empatía con los pacientes y en motivarlos a introducir nuevos hábitos de vida saludables) y las organizaciones en favorecer y gestionar la innovación.



*"La sanidad del futuro no dependerá de tener la mejor tecnología, sino de tener el mejor equilibrio entre tecnología y talento".*

Otro factor que seguramente también influye en que en nuestro país la innovación sea tan pobre, es la baja calidad de gestión existente en nuestras organizaciones.

Por ello resulta clave que los procesos de reforma contemplen los cambios necesarios en las organizaciones e involucren a las mismas en la realización de las innovaciones necesarias para alcanzar exitosamente los objetivos señalados.

En algunas organizaciones de salud de nuestro medio se han creado áreas para impulsar la innovación y

# López Delgado & Asociados

## estudio jurídico

### DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

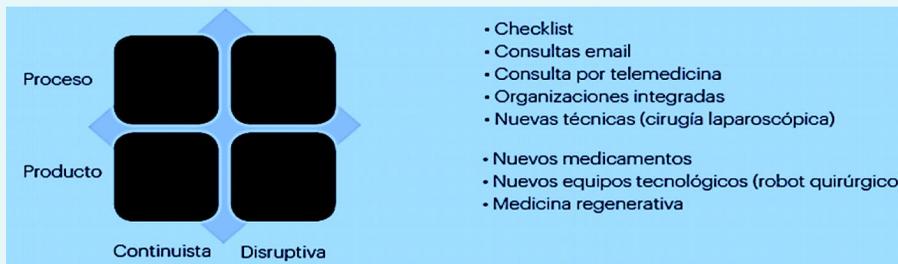


Figura 2. Tipología de innovaciones en el sector sanitario

supervisar su proceso de gestión, las que son dotadas con capacidades específicas para cumplir con estas funciones.

En estas organizaciones el departamento de innovación es responsable de definir e implantar las condiciones para conseguir que esto sea posible.

Porque para innovar no basta sólo con definir un proyecto y realizar la gestión de recursos, plazos y costos, sino que es necesario establecer las condiciones para asegurar que toda la organización está orientada a:

- Generar muchas ideas de forma sostenible.
- Convertir las mejores ideas en proyectos, que puedan ejecutarse exitosamente.

En eso, y no otra cosa, consiste la innovación sistemática.

## INNOVACIÓN ABIERTA

En 2016 en la Comunidad de Cataluña nació el proyecto Innòbics, la comunidad de innovación abierta en salud del Institut Català de la Salut.

El objetivo de su creación fue dar la oportunidad a sus 38.000 profesionales a participar en el proceso corporativo de innovación en servicios, organización y procesos asistenciales. Es decir, fomentar el emprendimiento interno. Una iniciativa ambiciosa que demuestra el compromiso del sistema público catalán para estar a la vanguardia de la gestión sanitaria.

Innòbics promueve que cualquier profesional sanitario o de gestión del ICS pueda participar desde cualquier lugar, aportando ideas, comentarios, o participando como colaboradores en los proyectos de innovación, entre otros.

El proceso histórico de la innovación en salud es lineal y la innovación está orientada a producto.

Pero existe hoy una gran "oportunidad", que es la innovación en prestación de servicios de salud, donde la prioridad de la innovación está vinculada con aquello que se realiza en el punto de atención, *al pie de la cama*.

La innovación lineal, como tradicionalmente la conocemos, ha pasado a la historia. La innovación actual debe ser innovación abierta facilitada por la creación de comunidades de innovación implicando al conjunto de profesionales.

Un aspecto importante por considerar es que a las ideas les cuesta avanzar. Cuando por alguna razón una buena idea no se implementa, se produce un efecto *boomerang*, en forma de frustración de los profesionales, que se sentirán frustrados y hasta engañados.

Una buena idea que no se aplica es una mala noticia. Hay que hacer que el proceso llegue a puerto. Y garantizar así una metodología que produzca innovaciones reales, haciendo que las ideas cumplan con los procesos de evaluación, desarrollo piloto, evaluación y diseminación al conjunto del sistema. La implementación crea cultura de innovación.

Pero además es necesario que funcione un modelo de reconocimiento y recompensa.

Según Mario Morales, para crear una cultura de innovación, se deben tener en cuenta los siguientes siete elementos:

### 1. Visión y liderazgo para la innovación: Uno de los elementos más importantes o piedra angular de cualquier cultura

de innovación es el liderazgo que exista para apoyarla. Sin esto nada es posible.

2. **Cuestionar el status quo:** Considerando que la innovación es cambio, otro elemento fundamental para que exista un ambiente que propicie la innovación es que en la empresa se permita cuestionar la forma como se hacen las cosas. La innovación es un estado mental, y si uno quiere innovar va a requerir, indiscutiblemente, un estado mental de innovación.

3. **Entorno y recursos para innovar:** La excusa más frecuente para no innovar es "no tenemos tiempo, el día a día nos absorbe". Una cultura que apoye innovación debe crear el clima y dar tiempo y espacio para innovar.

4. **Talento y motivación:** Las empresas no innovan, son las personas, por lo que para que haya exista cultura de innovación se debe atraer, retener, desarrollar, motivar y reconocer el talento innovador.

5. **Experimentar y correr riesgos:** La innovación por definición implica riesgo, sin este no se puede innovar, por lo que un ambiente que permita la experimentación y el fracaso son indispensables para que suceda la innovación.

6. **Diversidad de pensamiento:** La fuente principal de las nuevas ideas es la diversidad de las personas que participen en el proceso creativo; hay que asegurar la existencia de diversidad de pensamiento.

7. **Colaboración:** Lo han comprobado todos los estudios realizados sobre el tema: la innovación es un esfuerzo transversal a toda la empresa, que necesita de la colaboración de todos los departamentos, unidades, divisiones. Sin colaboración no hay innovación.

El mundo está en permanente movimiento por lo que si no nos movemos con él estamos condenados a quedarnos atrás.

Innovar plantea un riesgo, pero si no apostamos por innovar, por brindar cada vez mejores y más eficientes servicios, por adaptarnos a los cambios y por poner en marcha nuevas soluciones afrontaremos un riesgo todavía mayor. □

## BIBLIOGRAFÍA

1. Innovacion.cl <http://www.innovacion.cl/2013/05/los-7-elementos-para-construir-una--innovadora/>
2. Barrubés J, Honrubia L, Día O, de Vicente M. El reto del acceso a la innovación: Implantar procesos disruptivos en estructuras organizativas rígidas. Barcelona: Antares Consulting; 2018
3. Jorge Juan Fernández García. "El Hospital del Futuro"
4. Ignasi Clos. 10 elementos clave de Innòbics, la comunidad de innovación abierta en salud del ICS
5. Andrés Oppenheimer. Mucho talento, poca innovación, Diario La Nación



TURNOS POR  
**WhatsApp**  
+549 11 6640 2020



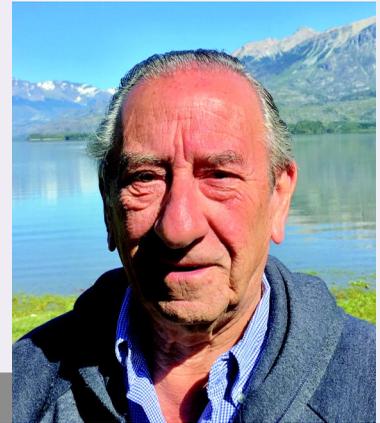
Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

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

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

# La complejidad de los sistemas de producción y sus fallas



Por Fernando G. Mariona - Abogado (\*\*)

Los constantes avances en los sistemas de producción contemporáneos son el resultado de la evolución de las técnicas y de la visión de sus operadores. Ellas permiten la creación de productos o de servicios novedosos (automóviles sofisticados, transporte aéreo seguro y cada vez más comfortable, puesta en órbita de un satélite para satisfacer distintos usos, nuevas metodologías para la producción de energía, cuidado de la salud).

Los sistemas de producción han sido objeto de perfeccionamientos permanentes al integrarse los progresos científicos a las innovaciones técnicas y organizacionales, interrelacionadas con el respeto de las imposiciones del medio ambiente y las leyes de defensa del consumidor.

En el campo del servicio del cuidado de la salud, la legislación sanitaria comprensiva de los derechos de los pacientes, historia clínica, consentimiento informado y voluntades anticipadas, las leyes que regulan las distintas actividades de la medicina y sus actividades auxiliares o del "equipo de salud", el derecho a la salud en la Constitución de todos los países de la región y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, ha recogido paulatinamente la impronta de los cambios culturales producidos en la sociedad, por ello los operadores del servicio, deberán establecer metodologías de trabajo, que les permitan adecuarse a dichos cambios.

Hace unos años atrás hablar de "La industria al servicio del cuidado de la salud" parecía una blasfemia. Las habilidades de las organizaciones productoras de bienes y servicios se acrecentaron progresivamente y se estructuraron en torno a ciertas profesiones especializadas y complementarias para procurar un buen resultado, confiabilidad, eficiencia, eficacia y seguridad.

Los sistemas resultantes de dicha evolución son sistemas complejos.

Cualquier intento de prestar un buen servicio a la comunidad de usuarios requiere la realización de numerosas actividades diferentes pero interrelacionadas, así como el buen funcionamiento de múltiples procesos.

En una producción estandarizada, todo cambio, aunque sea mínimo puede tener consecuencias sobre el resultado final.

En una producción poco estandarizada –tal el caso de lo concerniente a la industria del cuidado de la salud– se agrega la necesidad de adaptarse en forma permanente a la variabilidad de las situaciones y realizar la ardua y paradójica tarea de capacitar a los actores, para producir mejores y más seguros resultados sobre el paciente, aunque jurídicamente se interprete que sólo es necesario tratar de curarlo. Hay un doble mensaje.

Por momentos –cada vez más– se habla de estándares y por el otro sigue siendo un "arte". Sin embargo, la Ley de Defensa de los Derechos del Consumidor denomina a los médicos y a los sanatorios cuando están organizados bajo una forma de empresa, como "proveedores".

Los resultados adversos a las expectativas del consumidor, del usuario, generan quejas.

La complejidad y sofisticación en materia de salud es universalmente requerida cada vez más por los usuarios,

aunque es muy costosa su obtención, máxime en los países de nuestra región.

La actividad médica es una actividad de servicio muy particular y los operadores de dicho servicio también lo son. En la etapa que estamos atravesando del cuidado de la salud, la persona humana es el centro de la legislación de salud.

Ello torna altamente riesgoso para el empresario de la salud, cualquier desvío en la prestación del servicio, que pueda generar daños en los pacientes.

El servicio del cuidado de la salud se corresponde con una variable cualitativa disímil y que cuantitativamente requiere capacidades de adaptación considerables.

En efecto, el sistema debe adaptarse a la variabilidad de los flujos estacionales, a la urgencia, a la emergencia, a la zona geográfica y a cada diferente situación, puesto que el caso de cada paciente puede requerir competencias múltiples, y especialidades distintas, que es necesario identificar, evaluar y reunir en un lugar y dentro de un plazo imperativo.

Hoy en día se trata de prestar un sistema efectivo en cuanto a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas y a la rapidez de investigación y de tratamiento. Se basa sobre múltiples procesos, técnicas, competencias y conocimientos muy sofisticados.

Cualquier demora es interpretada por el usuario como impericia, negligencia, abandono de persona, error o retardo diagnóstico, pérdida de chance de curación, en definitiva, conductas que no coincidan con la expectativa del paciente o sus familiares.

En materia de salud, igual que en otros campos de distintas actividades, las profesiones y las especialidades, deben organizarse para desarrollar e implementar sus actividades, confiriéndoles eficacia, confiabilidad y seguridad.

Deben procurar en especial la formación inicial y continua, mediante calificaciones, y conocer, adoptar y aplicar las normas de buena práctica de cada especialidad, las que generalmente coinciden con el cumplimiento adecuado de la relación contractual, que resultará siendo el cumplimiento de la exigencia legal.

Cada institución pública y privada involucrada en el sistema del cuidado de la salud, debería establecer sus reglas internas de funcionamiento y el Estado nacional, provincial o municipal intervenir definiendo la reglamentación aplicable a cada grado de actividad, complejidad, recurso humano capacitado y equipamiento, con un sistema de control periódico.

La seguridad del paciente es una de las dimensiones que deben tenerse en cuenta en el enfoque profesional, de cada especialidad según los riesgos evitables e inevitables.

La performance del sistema del cuidado de la salud de cada institución pública o privada y la seguridad del paciente deben mejorar mediante un aumento de la competencia en la gestión, y la capacitación de los participantes en el diseño, aplicación y control de sistemas seguros.

Cuando una tarea es efectuada por una persona que no tiene la calificación requerida, o la actitud diligente para

evitar lo evitable y documentar esa conducta diligente, la seguridad del paciente puede verse afectada.

La seguridad del paciente no sólo pasa por una "Historia Clínica Informatizada" o por uno o decenas de "Formularios de Consentimiento Informado".

La seguridad del paciente está dirigida a la evitabilidad del daño. El análisis jurídico, médico-legal y judicial siempre pasará por la evaluación de la conducta humana diligente en el área geográfica de América latina.

Una aproximación al sistema de seguridad para el paciente que se instaure en una institución, centro médico o consultorio, deberá ser el resultante de la construcción progresiva de normas dentro de una organización, que tenga en cuenta para su redacción los resultados esperados e inesperados, o la epidemiología de los errores de toda la actividad del cuidado de la salud prestada en los últimos años, las exigencias puestas por la organización para la práctica de las tareas y especialidades ya practicadas, la reglamentación interna, y su control y la evaluación del cumplimiento, en caso de que existieran.

Cada institución, servicio, centro médico o consultorio debería definir las modalidades propias que permiten integrar esas exigencias.

El archivo de quejas y efectivos reclamos bien podría ser una forma de empezar.

La historia siniestral, con el análisis crítico de las conductas empleadas en cada hecho médico que pudo ser considerado como generador de un reclamo, o que lo fue efectivamente, es una manera básica de hacer la epidemiología de los errores.

De acuerdo con ella, podría hacerse elecciones organizacionales y establecer así sus reglas de funcionamiento, que deberían ser incluso más ambiciosas de lo que requiere la reglamentación puesta por el Estado nacional, provincial o municipal, ya sean ministerios o secretarías, o sus organizaciones delegadas para ello.

Dichas reglas podrían estar basadas en numerosas formas preestablecidas (leyes, decretos, resoluciones,

reglamentos, procedimientos, instrucciones, prescripciones orales, normas de buena práctica, consensos), que deberían ser conocidas por cada organización y por cada especialidad.

Hasta ese momento, podrán haber sido escritas o tácitas, pero a partir del momento de la toma de decisión, serán las que rijan el funcionamiento colectivo y serán las que integren y hagan participar al recurso humano, de la cultura del establecimiento.

- ✓ La experiencia adquirida a través de éxitos o fracasos es útil para elaborar modos de organización adaptados a cada realidad.
- ✓ La recolección interna de Incidentes enriquece la historia siniestral e identifica las reincidencias.
- ✓ La gestión de los riesgos a posteriori se integra dentro de ese contexto y predispone para la gestión de los riesgos a priori.
- ✓ La complejidad de los sistemas determina la necesidad de instaurar internamente un "Sistema de Gestión de los Riesgos".
- ✓ El Sistema permitirá gestionar después sobre las conductas de las personas que se desempeñan en la organización.

El objeto de cada obligación ya sea de medios o de resultados, es un plan de CONDUCTA del prestador, para satisfacer los intereses del PACIENTE. Esa será la visión con la que el juez analizará la actuación médica individual, del equipo o del establecimiento médico. □

(\*) 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.



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

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

# El peso de la masa laboral



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (\*)

Las dos políticas sustantivas del siglo XX se fundaron en un bipartidismo que se balanceó entre la mística de la militancia y el caudillismo silente por el otro lado. Mientras el Consejo Federal de Salud, encargado de coordinar las políticas con todas las provincias; se redujo a un ámbito de catarsis y negociación tácita de la coparticipación de los programas de financiación externa. Pero en todos los efectores es donde debe estar presente el Estado con dos funciones sustantivas: La solidaridad y por el otro una más técnica que es el costo /utilidad.

Debemos reconocer que el costo no es una función administrativa contable sino una función de producción en la organización. La necesidad de calcular los costos no nace en determinar el costo unitario para cerrar inventarios o el costo total para cerrar resultados; nace de la necesidad básica de sostenibilidad y supervivencia de la organización. Existen sólo dos opciones para sostenerse y supervivir, que son manejar los ingresos y manejar los costos. Los ingresos son manejables, pero hasta cierto punto solamente, porque dependen de su variable principal que para el caso del financiador Obra Social es su paritaria sumada al volumen de aportes.

Los ingresos de las Obras Sociales no son controlados por sí mismos, y por mucho esfuerzo de mercadeo que se le imponga, como financiador no pagará más que lo que esté dispuesto en relación con el ingreso y a los valores promedio del mercado. Los costos son manejables en dos aspectos: los directos mediante combinaciones de uso y origen (cambios en las recetas o cambios en proveedores) y cambios en la estructura (la organización, el cómo se hacen las cosas y quién las hace).

Para lograrlo, hay que enfocar la tarea de los costos a nivel de toda la organización y no solamente de las necesidades contables. Es recomendable hacer depender la función de costos de los departamentos productivos o del más alto nivel, para que puedan enfocar su accionar hacia todos los detalles en todos los departamentos productivos y de apoyo. Hay que reconocer que los costos deberían ser una preocupación corporativa global, y no solamente de los niveles altos de dirección

es un excelente plan. Por lo tanto, debería ser socializado, explicado, confrontado también con técnicas globales. Se deberían crear grupos en todo el personal para analizar las maneras de cómo se trabaja, los recursos que se usan, etc.

No basta con tener normas de calidad de cualquier tipo, hay que lograr involucrar al personal en el objetivo de reconocer, denunciar, luchar contra los costos. La lucha contra los costos tendría que ser el eje de liderazgo por el nivel más alto de la empresa. Y recalcamos este concepto: es muy distinto al de encargar, ordenar, comandar, monitorear.

Esto implica crear organizaciones internas que se encarguen de los costos, programas de socialización y manejo, incitar la emulación entre las unidades, facilitar el acceso a nueva información, capacitar en técnicas, y monitorear estrechamente todo este aspecto crucial de la actividad empresarial.

Una Obra Social tiene gastos fijos definidos por ley como administrativo. Pero en muchos casos el desenvolvimiento económico de las Obras Sociales es insuficiente para cubrir adecuadamente los gastos requeridos para la implementación de las prestaciones demandadas por sus afiliados.

Nos debemos preguntar: ¿Disminuyó la recaudación por falta de aportes de los empleadores? ¿Resulta insuficiente el ochenta por ciento (80%) de la recaudación para cumplir adecuadamente las prestaciones médicas? ¿Los recursos de amparo injustificados desfinancian aún más el sistema?

Por último, tener siempre presente las palabras de Alberto Einstein: "No esperes lograr distintos resultados si sigues haciendo siempre lo mismo". Esta verdad debería ser la columna vertebral de una política de costos orientada hacia la productividad. Las medidas del sistema como respuesta a la crisis, a la incertidumbre y los contextos turbulentos deben ser claras. □

(\*) Médico; Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud | UBA; Doctorando | UBA

**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.





# ExpoMedical 2019

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

**25|26|27**  
**SEPTIEMBRE**



**CENTRO COSTA  
SALGUERO**  
BUENOS AIRES, ARGENTINA



**18<sup>VAS</sup>** JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA



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

El punto de encuentro del Sector Salud

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

[WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR](http://WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR)

# ¿Cuándo el final se acerca?



Por el Dr. Floreal López Delgado (\*)  
Abogado y asesor sanatorial

**T**odo habitante tiene derechos y conocerlos, es sencillo, basta leer la Constitución Nacional son los civiles y políticos como vida, conciencia, propiedad, igualdad ante la ley, elección de autoridades, acceso a la justicia, inviolabilidad del domicilio, privacidad... ninguno es absoluto, sus límites son los derechos de los demás y los otros que establecen las normas que reglamentan su ejercicio que son, apenas unos miles.

Los derechos deben ser "ejercidos" o sea llevados a la práctica y aquí las dificultades se amplían, ya que: pueden entrar en colisión con los de otras personas. O el titular ser "incapaz" (permanente o transitorio) de ejercerlos, por lo que las decisiones realmente las toma otro. Y en muchos casos las ejecuta un tercero, que también tiene derecho a la propia conciencia, propiedad.

## DERECHOS Y SALUD

Los vinculados a la salud son derivaciones, básicamente, del derecho a la vida y a la conciencia (libres convicciones) del paciente, a los que se agregan los del profesional y sus auxiliares, que también tienen conciencia que respetar y puede verse afectada por dejar morir a quien puede vivir y "ejercer industria lícita" del que se deriva cobrar por su actuación etc. etc.

Todos pueden entrar en colisión.

## LA VIDA Y SU TERMINACIÓN

Un tema común a la ética, la medicina y el derecho es el final de la vida.

Antes, la muerte se diagnosticaba como la ausencia de actividad cardiorrespiratoria espontánea y simplemente ocurría en algún momento o cuando Dios quería, según las creencias del paciente o sus parientes.

Cuando se perfeccionaron los métodos de conservación de la vida como RCP, respiradores etc., muchos pacientes pudieron superar estados críticos y recuperarse.

Pero también se creó la posibilidad de prolongarla en un estado de inconsciencia definitiva.

Y también de prolongar largamente los estados terminales.

Y su correlato: preguntarse: ¿qué tipo de "vida" es aquella en la que no hay conciencia?

Y la siguiente: ¿y la que sólo prolonga un estado terminal sin esperanza de curación?

Para esa situación la ley de derechos del paciente 26.529 dispuso expresamente que el paciente, lúcido y

mayor de edad tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, y también a cambiar de idea.

Cuando se trata de incapaces (menores de edad o inhabilitados) que son representados por los padres, tutores o curadores, la representación es apreciada con limitaciones si la decisión implica el final de la vida.

Para hacer las cosas más difíciles se introdujeron requisitos, sólo aplicables a algunos casos, pero en derecho casi todo es opinable ya que existe la interpretación por "analogía".

El principio según la ley de Derechos del Paciente es la autonomía de la voluntad.

El paciente adulto y lúcido tiene derecho a: no requerir atención médica y si la acepta a "rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos" y cambiar de idea.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a "intervenir" en los términos de la ley 26.061, que dice que deben "ser oídos".

Pero "oír" esa expresión de voluntad no significa que deba ser obedecida.

Además, establece una escala de edades que deben ser tenidas en cuenta.

Antes eran mayores o menores, según la época, a los 22 años (al sancionarse el Código Civil) luego a los 21, después a los 18. Ahora hay tres "mayorías": hasta los 13 años debe "ser oído", desde los 13 a 16 puede "decidir" sobre los tratamientos menos radicales y no invasivos y de 16 a 18 es "adulto" para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

Los conceptos son fáciles de comprender, pero difíciles de aplicar ante situaciones concretas, basta con imaginar que haríamos ante un menor de 16 años cuya vida depende de una amputación y la rechaza diciendo "prefiero morir".

¿Es lo suficientemente mayor para decidir?

Para complicar más las cosas, la ley condiciona las decisiones más importantes, como no recibir un tratamiento y como consecuencia de ellos morir a que:

Presente una "enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, y haya sido informado en forma fehaciente", y que "las terapias sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesura-

do y produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable" (salvo las de control del sufrimiento).

Todo ello previa "información" de tipo "sanitaria" que también tiene requisitos especiales, ser clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente sobre su estado de salud, el procedimiento propuesto, sus objetivos beneficios esperados, los riesgos, molestias y efectos adversos los alternativos y las consecuencias de no realizarlos.

Pero el rechazo debe ser realizado por escrito ante escribano público o juez de primera instancia, con la presencia de dos testigos que también deberán expedirse sobre el estado mental del paciente, que si no son profesionales de la salud mental no sabemos en base a que parámetros podrán opinar fundadamente.

Nos preguntamos para qué pedir tantos requisitos formales a un adulto lúcido internado en un establecimiento, que bien puede quedarse en su casa, no recibir ninguna atención médica y morir sin hacer tanto papeleo, pero como decían los romanos "dura lex sed lex" (la ley es estricta, pero debe ser obedecida) y no cumplirla puede traer serias complicaciones para el médico, civiles y penales, estas últimas, nada menos que ser acusado de "homicidio".

A lo que agregamos: si es incapaz el juez o escribano debería dar intervención al defensor de menores e incapaces.

Y si no lo es o siquiera se duda de su capacidad en ese momento, también.

En los hechos y para "no tener problemas" posteriores esto llevaría a que en la mayoría de los casos intervenga el defensor oficial.

Los condicionamientos entorpecen el ejercicio de la

voluntad por el paciente, ya que basta preguntarse: ¿Y si no se dan todos los requisitos no puede rechazar el tratamiento?

La respuesta puede ser sí o no, según la interpretación del texto legal que se adopte, pero ninguna es "absurda".

Opino que se trata de un mero defecto de redacción ya que, si la persona puede rechazar un tratamiento que lo curará, salvándole la vida, más aún puede hacerlo con otro que sólo le prolongará una existencia limitada y sufriente o inconsciente, pero el texto, es interpretable en un sentido o en otro.

Un requisito que entorpece el ejercicio es que la voluntad debe ser expresada mediante escritura pública, o acta judicial que también deben suscribir dos testigos.

Los menores deben "ser oídos" y "tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061" que no es demasiado clara sobre los límites a esa "audición" ni "intervención" lo que nos lleva a preguntarnos:

¿Qué ocurre si el menor o incapaz dice "prefiero morir"? ¿Qué hará el médico? ¿Y si acepta la voluntad de su paciente qué hará el juez ante el que se lo denuncie por homicidio?

Una posibilidad nada desdeñable es que opine que, ante la capacidad restringida de los menores, máxima cuando se refiere al primero de los derechos humanos, el derecho a la vida no debió obedecer la declaración...y todas las consecuencias que le siguen.

Para terminar, recordemos que no basta con hacer leyes que confieran derechos, también deben ser redactadas con cuidadosa técnica legislativa para que su aplicación coincida con la voluntad del legislador. □

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

**La mutual** Argentina Salud  
y Responsabilidad Profesional

[www.lamutual.org.ar](http://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, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - [lamutual@lamutual.org.ar](mailto:lamutual@lamutual.org.ar)



# Médicos Municipales: 83 años en defensa de la salud pública

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación  
de Médicos Municipales



La Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires cumplió 83 años de vida y todos quienes formamos parte de la misma nos sentimos verdaderamente orgullosos de pertenecer a ella y de seguir el ejemplo de aquellos pioneros que tuvieron la magnífica idea de fundar una asociación médica gremial por la necesidad de defender la asistencia pública, los derechos de los médicos en un momento delicado del país que se encontraba atravesado por una crisis social importante.

Es en ese momento que la AMM empieza a poner estos temas sobre la mesa y fundamentalmente la necesidad de que el hospital público sea para todos, es por eso que se comienza a trabajar por la estabilidad, el salario y las condiciones de trabajo; la sumatoria de todas estas iniciativas confluyen en una mejora para la atención del paciente y en consecuencia para quienes a diario transitan por los pasillos de los hospitales porteños.

Durante estos años de vida hemos mantenido la coherencia, tenemos nuestras diferencias, pero en suma somos los médicos de guardapolvo blanco del hospital público en defensa del trabajo, en defensa de la carrera, es decir, lo que nos permite entrar por concurso al hospital y hacer una carrera horizontal, que los jefes sean quienes la hacen.

A lo largo de nuestros años hemos estamos orgullosos de tener un convenio que le asegura a los médicos estabilidad, días por estrés, una cosa que puede parecer menor, pero para el profesional es importante por el desgaste que se sufre a diario.

Del mismo modo debimos adaptarnos a los nuevos paradigmas, tenemos un Instituto muy importante que cubre la demanda de los jóvenes, en su formación, en su perfeccionamiento con la práctica del RCP y con la flamante incorporación del simulador porque les da a los jóvenes de tener la sensación de estar operando, pero también sirve para los que tenemos experiencia.

La AMM creció de manera exponencial y así como estamos orgullosos de nuestra vida institucional también lo estamos cuando vemos el Polideportivo del que disfrutamos a diario la familia de Médicos Municipales, quienes peinamos canas recordamos cuando tomamos posesión del mismo era sólo un campo y hoy es nuestro lugar de encuentro, de práctica deportiva y de encuentro social.

Con todo, además trabajamos sobre lo que tiene que ver con la prevención del riesgo de la praxis médica, por eso tenemos nuestra compañía de seguros que atiende sólo el seguro de la praxis y que es garantía para los trabajadores de la salud. En el mismo sentido, hemos trabajado y hemos sido los primeros que hablamos de la seguridad y de la mejora en las condiciones laborales, fuimos los primeros que paramos por la agresión hacia un

médico, nos criticaron algunos sectores pero la sociedad por primera vez escuchó que había que cuidar al que asiste, por ello se han tomado medidas en los hospitales aunque hay algunos episodios aislados que merecen ser denunciados para que las autoridades tomen conciencia de la importancia del tema. A raíz de ello hemos creado una red de asistencia para atender al personal que es agredido, tenemos un protocolo que se activa al instante para que llegue la asistencia legal al profesional agredido. Esto nos llena de orgullo porque varias provincias han aplicado este sistema.

Por supuesto que tenemos más ambiciones y entre ellas está la creación de la casa del jubilado porque tiene una actividad importante dentro de nuestra institución y son una guía de referencia para los residentes y para los más jóvenes, son muy importantes para la vida interna de la AMM.

No nos cansamos de decir que lo fundamental es la defensa de la salud pública, su accesibilidad: no muchos tienen un sistema como el SAME, que llega a todos lados con un médico y que traslada al paciente a una guardia, o muchos no tienen un centro de salud cerca de la casa para que la gente pueda acercarse fácilmente: por eso es importante que la gente sepa que los tres niveles funcionan, el primero el CESAC, el segundo nivel el hospital y el tercer nivel el de la alta complejidad para ser asistido cuando uno lo necesite. Salud pública es todo eso y además programar, prevenir estar por encima de todos los partidos porque en definitiva es para el beneficio de todos los ciudadanos.

Otro trabajo importante fue la defensa de la salud mental, de los neuropsiquiátricos. Los extremos son malos siempre, y en medicina más aún. El hospital bien enfocado es necesario, tiene que haber asistencia del Estado, no hay que cerrar por cerrar. Hay factores sociales, familiares por eso creemos que hay que construir y no destruir y para ello se necesita atención y fondos.

Por último, queremos reiterar nuestro orgullo con la formación del Observatorio Judicial porque será importante para sacar conclusiones y estadísticas en función de la salud pública, cuál es el índice de mortalidad infantil, cuáles son las causas. Todo esto se lleva a cabo con gente especializada, capacitada y desinteresada para que sea tomada por el personal que tiene que tomar las medidas adecuadas para mejorar estas condiciones. Hay temas que hay que mejorar, hay situaciones que son difíciles de manejar, hay más demanda, más gente que se queda sin obra social lo que redundará en una mayor demanda del hospital por lo que se necesita dinamizar los turnos para sean más ágiles.

Estamos orgullosos de pertenecer a la AMM y ver cómo ha crecido a través de los años, lo que nos obliga a seguir trabajando en defensa de la salud pública. □

# 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.acudireemergencias.com.ar](http://www.acudireemergencias.com.ar)

