



COLUMNA

**Pensando un nuevo
Ministerio de Salud
de la Nación...**

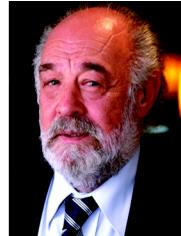
Por el Dr. Mauricio Klajman



OPINIÓN

**El futuro de la
salud en tiempos
de ajuste**

Por el Dr. Sergio del Prete



COLUMNA

**Los efectos del
calentamiento
global en la salud**

Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos **Medicina Global**

La revista de salud y calidad de vida

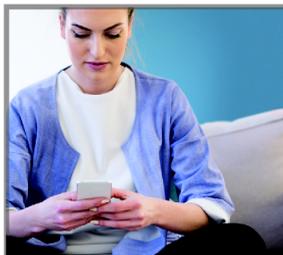
Año XXI. N° 112. Septiembre 2019

ELECCIONES ¿Y DESPUÉS...?

Ante la grave crisis que enfrenta el Sistema de Salud, el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social convocó a una



jornada a la que asistieron dirigentes de la CGT y los principales referentes del sector con el objetivo de consensuar las bases de un proyecto para presentar al próximo Gobierno electo de cara a octubre.



**DESCARGÁ
LA APP DE GALENO**

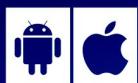
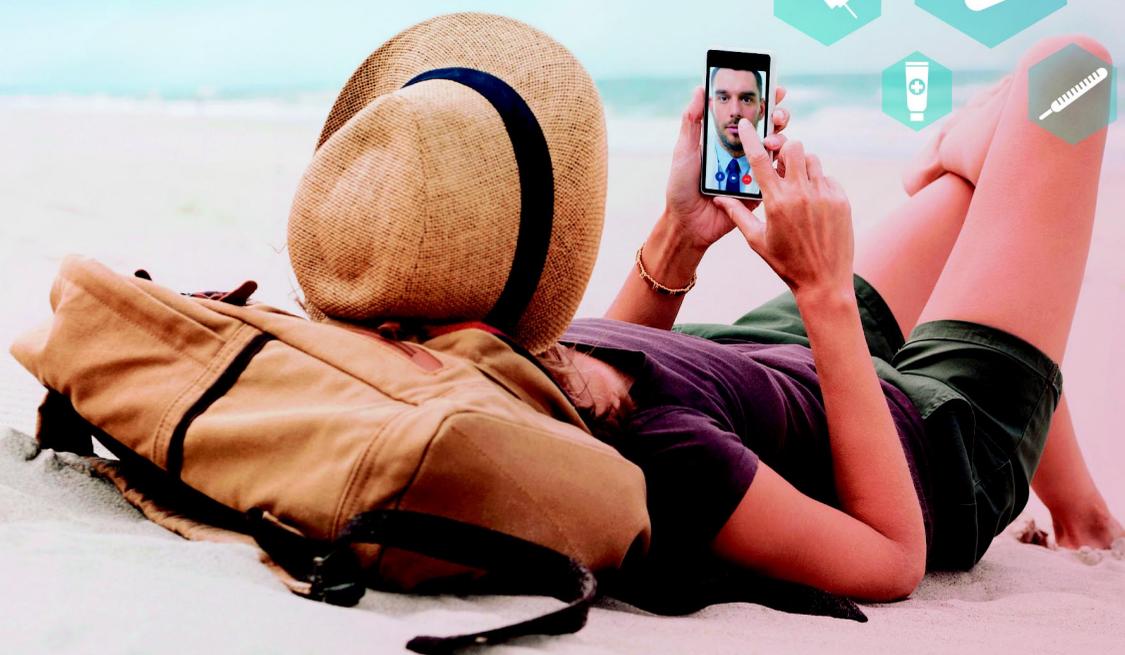
Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR
A TODOS LOS SERVICIOS



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

**universal
assistance**

cuidamos tu mundo



La **red** de emergencias médicas
más grande del país



UN SOLO
TELÉFONO



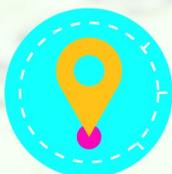
UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



750
EMPRESAS
PRESTADORAS



20.000
LOCALIDADES



TODO EL
TERRITORIO
NACIONAL



EMERGENCIAS,
URGENCIAS
Y VISITAS
DOMICILIARIAS



DIVISIÓN
TRASLADOS



TELEMEDICINA



INTERNACIÓN
DOMICILIARIA



COBERTURAS
ESPECIALES



ÁREA PROTEGIDA
PARA GRANDES
CADENAS
DE RETAIL



OBRAS
SOCIALES



PREPAGAS



CÍAS. DE
SEGUROS
ART



OAA_v IONet

www.sifeme.com

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

andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación
de Dependencia,
Monotributistas
y Particulares

0810-345-0184

ASESORAMIENTO COMERCIAL

0800-345-26327

CALL 24 HS.

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

 www.andar.org.ar

   andarobrasocial

  Mundo Viajante

**“YO ELIJO
UN PLAN DE SALUD
QUE SE AJUSTE
A LO QUE NECESITO”**

*Saludable
mente*

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

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

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

 **SanCorSalud**
Grupo de Medicina Privada

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

Más cerca de tu Salud



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

*0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar*

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



37 mesas. 98 comensales.
Solo 2 no pidieron el salero.

Queremos que más gente se cuide.

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



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, informate de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. Se encuentra disponible de lunes a viernes, de 10 a 17, llamando al 0810-222-SALUD (72583). - www.sssalud.com.ar - R.N.O.S 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. Las figuras humanas han sido retocadas y/o modificadas digitalmente.

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño),
 Graciela Baldo (corrección)
 y Yamila Bègné (redacción).

**ASESORIA Y DESARROLLO
 TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

GRAGEAS	10
NOVEDADES	14
<i>Acudir recibió un premio a la calidad en la atención</i>	
LIBROS	16
<i>La salud que no tenemos</i>	
<i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)</i>	
COLUMNA	18
<i>Progresar y humanizar</i>	
<i>Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas</i>	
COLUMNA	20
<i>Malos vientos para los profesionales médicos</i>	
<i>Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson</i>	
COLUMNA	22
<i>Segundo Simposio Internacional – Hospitalarios FEFARA</i>	
<i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	
COLUMNA	24
<i>Medio ambiente y salud - Los efectos del calentamiento global en la salud</i>	
<i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)</i>	
COLUMNA	26
<i>Pensando un nuevo Ministerio de Salud de la Nación...</i>	
<i>Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de los Trabajadores de Televisión</i>	
OPINIÓN	28
<i>Las amenazas a la salud pública en la Argentina</i>	
<i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	
PRIMERA PLANA	30
<i>Encuentro clave de cara a las elecciones: diagnóstico técnico y mirada política</i>	
VOCES	36
<i>Nusinersen: la incorporación de las prácticas de alto costo al Programa Médico Obligatorio</i>	
<i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados</i>	
INFORME ESPECIAL	38
<i>Telemedicina: controversias de una práctica que crece</i>	
COLUMNA	44
<i>El futuro de la salud en tiempos de ajuste - Gasto versus tecnologías disruptivas</i>	
<i>Por el Prof. Sergio Horis del Prete - Titular Análisis de mercados sanitarios. Universidad ISALUD</i>	
COLUMNA	46
<i>Los errores humanos</i>	
<i>Por Fernando G. Marionna - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. - CEO de RiskOut S.A.</i>	
ENCUESTA	48
<i>Evaluación del riesgo cardiovascular y riesgo de diabetes en la población argentina</i>	
OPINIÓN	50
<i>En defensa de la salud mental</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.

DESCARGÁ LA APP DE GALENO

Y ACCEDÉ DESDE TU CELULAR
A TODOS LOS SERVICIOS

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



DESCARGÁ LA APP EN



WWW.E-GALENO.COM.AR

0800-777-4253

SEGUINOS EN   



GALENO

GRAGEAS

EN OXFORD SE DISTINGUIÓ EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL DE UNA OBRA SOCIAL DE LA ARGENTINA

En el marco del V Oxford Latin American Health Care Executive workshop y ante un reconocido jurado integrado por el Director Dr. Bernard Crump y los ganadores del premio 2018, fue distinguido el caso presentado por la Mg Patricia D'Aste de ProSanitas BSC de Argentina. En el seminario participaron ejecutivos de salud de México, Brasil, Colombia, Argentina, Bolivia y Chile y los casos seleccionados expusieron problemáticas de México, Brasil y Argentina.



El caso distinguido denominado "Control del gasto en un financiador de salud público de la Argentina" expuso los beneficios de la introducción de tecnología informática y la metodología de Balanced Scorecard para identificar problemas de salud de la vasta población cubierta por el ISJ dentro y fuera de la provincia, elaborar planes de acción y mediciones que permitieran evaluar el impacto en el corto y mediano plazo. El caso se desarrolló con ejemplos e indicadores sobre 3 grandes temas de interés donde los resultados de contención del gasto surgieron de la correcta identificación de los problemas, distinguiendo entre los desvíos de uso y los aumentos por nuevas tecnologías. De este modo la gestión se vio fortalecida por el uso de tecnologías informáticas que pusieron a Jujuy en la avanzada de las provincias que aplican gestión estratégica para su Obra Social.

Patricia D'Aste, presidenta de ProSanitas BSC, Magister en Sistemas de salud y Especialista en Sistemas Socio-Sanitarios por la Univ. de Bologna, explicó las metas, indicadores y planes de acción trabajados siguiendo la metodología BSC destinada a conseguir la mejora continua sobre procesos médicos y administrativos, un mejor servicio para los afiliados y a transparentar los resultados mediante indicadores inteligentes.

ProSanitas BSC es una empresa nacional que ha liderado proyectos de implantación de Balanced Scorecard en un gran número de instituciones públicas y privadas de salud de la Argentina y Uruguay. ■

SEBASTIÁN FIKS FUE NOMBRADO GERENTE COMERCIAL DE OMINT PREPAGA Y OMINT ASSISTANCE

Sebastián Fiks asumió recientemente como Gerente Comercial de Omint prepaga y Omint Assistance. Su labor dentro de la compañía será muy importante, ya que permitirá seguir planificando e implementado una estrategia comercial a nivel nacional, para continuar impulsando el crecimiento de la compañía.

Tendrá a su cargo las principales gerencias comerciales: ventas retail y corporativa, obras sociales, gestión comercial, marketing y gerencia médica corporativa para empresas.

Sebastián tiene 50 años y es padre de tres hijos. Nació en la Ciudad de Buenos Aires y es licenciado en Comercio Internacional (UADE), con estudios de posgrado en Dirección de Empresas de Salud (Austral), Marketing (UCA), y programas de formación ejecutiva en Administración Estratégica (UBA), Negociación (UBA) y Desarrollo del Management (UADE). Tiene más de ocho años de trayectoria en Omint y más de veintitrés de experiencia en la industria de la salud ocupando diferentes posiciones.

La incorporación de Fiks a la gerencia comercial permitirá hacer crecer aún más a la compañía, generando nuevas oportunidades en el mercado. ■



Acerca del Grupo OMINT

El Grupo OMINT inició sus actividades en la Argentina en 1967 y en 1980 en el Brasil. Actualmente, está conformado por OMINT Argentina, OMINT ART, Clínica del Sol, Clínica Bazterrica, Clínica Santa Isabel, OMINT Assistance, OMINT Brasil y Clínicas Odontológicas en la Argentina y Brasil. Recientemente ha inaugurado la nueva unidad de negocios OMINT SEGUROS. Su objetivo es garantizar calidad de servicios médicos, eficacia y ética profesional, anticipándose a las tendencias en el cuidado de la salud. Con más de 50 años de trayectoria en el país, se ha posicionado como una empresa de medicina privada, líder en calidad médica. En el exterior, el Grupo OMINT es miembro de instituciones de prestigio internacional como el IAG (International Assistance Group) y el IFHP (International Federation of Health Plans).



**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



**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**



GRAGEAS

STAFF MÉDICO LLEGA A CABA DE LA MANO DEL GRUPO SANCOR SALUD

El Grupo SanCor Salud continúa creciendo y desarrollando nuevos negocios estratégicos, y esta vez lo hace de la mano de Staff Médico, su nueva empresa de medicina privada enfocada en el bienestar y el cuidado de la salud.



A partir del jueves 29 de agosto, abrió sus puertas su primera oficina comercial, emplazada en Marcelo T. De Alvear 1573, Recoleta CABA, reafirmando una vez más su valor primordial, la cercanía. Este nuevo proyecto conjuga la experiencia y la calidad de servicio del **Grupo SanCor Salud** que lo respalda, incluyendo atención personalizada, una red de prestadores comprometida y diversas opciones de planes al alcance de todos.

Bajo la promesa de brindar la mejor atención para que sus asociados, estén donde estén, reciban siempre un servicio de calidad y se sientan cuidados, **Staff Médico** se presenta como una alternativa viable en la búsqueda de democratizar la salud, acercarla a la gente y garantizarle una protección confiable y eficiente al segmento más amplio de la población.

Staff Médico desembarca con una filosofía inclusiva que integra a todas las personas que hasta ahora consideran que la medicina privada no puede estar a su alcance. "Porque a nosotros realmente nos preocupa la salud de las personas, de los trabajadores y nuestra intención es poder llegar a toda la gente, incluso a los que hasta hoy pensaban que la medicina privada no era una alternativa posible. Para que no crean que tener una prepaga de calidad es para unos pocos, puede ser para todos", destacó el Dr. Fernando Werlen, director general del **Grupo SanCor Salud**.



Gracias a una lectura precisa de la realidad y una habilidad para generar respuestas, el Grupo empresario supo integrarse como una fuerza de la sociedad, asumiendo constantemente compromisos con los argentinos y con el desarrollo del país.

Es así como se constituye en un referente en materia de salud, brindando alternativas con propuestas adaptadas a las necesidades de los diferentes targets, avanzando permanentemente en emprendimientos innovadores y ambiciosos que lo destacan en el sector. ■

Grupo SanCor Salud posee presencia en más de 500 ciudades a lo largo de la Argentina, la red de prestadores más grande del país con 150.000 profesionales y 15.000 centros médicos. Tiene hoy la confianza de medio millón de afiliados, a quienes acompañan a través de su amplio abanico de coberturas, reafirmando su posicionamiento como la cuarta prepaga más importante del país, proponiéndose entrar al podio en 2023 con 750.000 asociados.



Nueva Directora Médica en el Hospital Británico

El Hospital Británico de Buenos Aires comunicó que, a partir del 1 de agosto, la Dra. María Andrea Ricardo ocupa el cargo de Directora Médica, en reemplazo del Dr. Roberto Cerutti, quien ocupara dicha dirección desde abril de 2016.

La Dra. Ricardo, que en su nuevo puesto reporta a la Dirección General, es egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y cuenta con una especialización en Otorrinolaringología (ORL).

La nueva Directora Médica se incorporó al Hospital Británico en el año 1992 y, en 2013 pasó a desempeñarse como jefa del Servicio de Otorrinolaringología.

Con anterioridad, trabajó como médica y asesora del Servicio de ORL en FLENI y del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, entre otros. Asimismo, es directora de la Carrera de Especialistas en Otorrinolaringología de la sede del Hospital Británico de la Universidad de Buenos Aires. ■

Acerca del Hospital Británico de Buenos Aires

El Hospital Británico es una asociación civil sin fines de lucro que tiene como objetivo brindar a la comunidad atención en salud de alta complejidad, formar profesionales médicos y enfermeros de excelencia y desarrollar conocimiento científico de vanguardia para el país y el mundo.

Cuenta con una red de atención médica en el Norte y Sur de Gran Buenos Aires por medio de los Centros Médicos en Vicente López, Lomas de Zamora, Lanús y Microcentro. Allí se brinda atención por demanda espontánea, consultorios de diferentes especialidades, laboratorio y estudios de Diagnóstico por Imágenes (los dos últimos puntos excepto en Lanús). Además, el Centro Médico de Vicente López cuenta con cirugías programadas y Servicio de Kinesiología.

Asimismo, como unidad docente de la Universidad de Buenos Aires y como Hospital Universitario de la Universidad Católica Argentina, desarrolla una importante actividad docente y de investigación, formando decenas de médicos y enfermeros cada año. Su Escuela de Enfermería es la más antigua y prestigiosa del país, formando gratuitamente enfermeros de manera ininterrumpida desde 1890.





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

GUARDIA SMART

LA FORMA INTELIGENTE
DE IR A LA GUARDIA.

Acudir recibió un premio a la calidad en la atención

La empresa de emergencias médicas obtuvo el Premio a la Calidad en la Atención en Emergencias Médicas que otorga Consenso Salud. Y para continuar sumando excelencia al proyecto de crecimiento, amplió su oferta de capacitaciones.



El aporte a la innovación en nuevas tecnologías, la capacitación continua de su personal y el desarrollo de protocolos de atención médica fueron los motivos que llevaron a Acudir Emergencias Médicas a obtener el **Premio a la Calidad en la Atención de Emergencias Médicas**, en el marco de la cena anual organizada por Consenso Salud que, como cada año, reunió a los referentes más importantes del sector. "Recibir esta distinción nos motiva a continuar trabajando por brindar cada día un mejor servicio y reafirmar nuestro compromiso con los más altos estándares de calidad. El premio de Consenso Salud es un orgullo y un reconocimiento al trabajo en equipo de todas las áreas de Acudir", expresó el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de la compañía, quien recibió el premio junto a los Dres. Adolfo Savia y Anibal Fariás, ambos Coordinadores Médicos de Acudir. También fueron parte de esta gran cita anual Pablo Rossetto, Gerente General de la empresa; Gabriel López Ribada, Director Ejecutivo; Isabel Ferreiros, Gerente de Operaciones;

Guillermo González, Gerente Comercial; la Dra. Deborah Berenstein, Coordinadora Médica de Pediatría; Mónica Gago, Jefa de Recepción y Atención al Cliente y Lautaro Urrere Pon, Jefe de Despacho.

Por otra parte, el Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir (CCEA) sigue ampliando su oferta de capacitaciones para profesionales de la salud y público en general. Recientemente, completó la certificación que lo habilita a dictar el curso **Advanced Cardiac Life**

Support (ACLS), diseñado por la American Heart Association (AHA), máximo referente científico en cardiología de Estados Unidos. ACLS es una capacitación intensiva dirigida a profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento de pacientes en paro cardiorrespiratorio y otras urgencias o emergencias cardiovasculares.

A lo largo de dos jornadas, los alumnos refuerzan sus conocimientos en la realización de un BLS precoz y de alta calidad, integrando el uso rápido de un DEA. También aprenden a reconocer y tratar precozmente a pacientes que sufren o han sufrido un paro respiratorio, ACV, síndromes coronarios agudos, bradicardia o taquicardia, ya sean estables o inestables. Se trabaja en escenarios de simulaciones clínicas y se practican habilidades básicas y avanzadas, individualmente y en equipo.

Con más de 17 años de historia y 19 Bases Operativas ubicadas en puntos estratégicos, Acudir Emergencias Médicas es la empresa con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires, zona Sur y zona Oeste del Gran Buenos Aires. Esto le permite asistir a pacientes en poco tiempo y cumplir con su misión de salvar vidas. □





DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



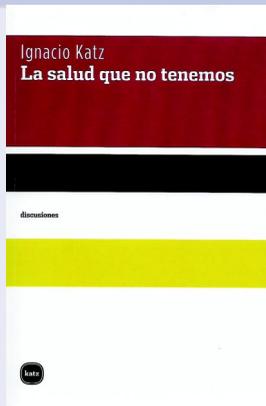
Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SciENZA Argentina
Av. Juan de Garay 437
Buenos Aires (C1153ABC)
Tel. (+54 11) 5554-7890
www.scienza.com.ar

SciENZA Uruguay
Av. Luis Alberto de Herrera 1248
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)
Tel. (+598 2) 1988-9000
www.scienza.com.uy



La salud que no tenemos

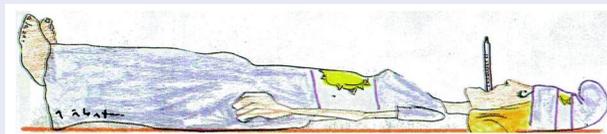
Por el Dr. Ignacio Katz

Si hiciéramos un inventario de los activos de nuestro país, tal vez nos sorprenderíamos al descubrir que no carecemos gravemente, en conjunto, de ninguno de los componentes necesarios para proveer a la población una atención

de salud de calidad, a excepción del factor acaso más importante: la articulación de dichos elementos según una planificación estratégica y bajo una evaluación permanente. La situación actual, aunque con altibajos, presenta desde hace décadas los mismos problemas, agravados en un contexto global de creciente mercantilización de la salud.

En este libro, el Dr. Ignacio Katz, apoyado en su amplia trayectoria profesional, describe la realidad sanitaria de la Argentina: su sistema y los distintos subsistemas de salud, el impacto de las nuevas tecnologías en el sector y la formación de los recursos humanos necesarios, sin dejar de lado cuestiones como el envejecimiento poblacional, la situación de los adultos mayores en nuestra sociedad y aspectos relacionados con la educación y el medioambiente. A partir del análisis de las falencias estructurales del actual sistema sanitario, el autor ofrece aquí una propuesta superadora para un acceso a la salud oportuno, eficiente, equitativo y universal. La creación de un Sistema Federal Integrado de Salud –a partir de un acuerdo sanitario que comprometa a todos los actores involucrados, bajo la coordinación del Estado nacional– es el eje de las transformaciones que se proponen en estas páginas para la reconstrucción de nuestro sistema de salud.

Como señala el autor: “Si no democratizamos la estructura sanitaria no habrá salud de calidad para todos, y sin salud para todos no hay democracia posible”.



PRÓLOGO

Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Argentina

Cuando Ignacio Katz me propuso prologar este libro realmente me sorprendió; pasar de ser un lector de sus artículos y obras a prologar una de ellas reforzó dos de mis convicciones: Katz es un maestro generoso y yo un imprudente aceptando estos ofrecimientos. Leí atentamente el presente libro que se nutre de artículos publicados por el autor durante los últimos años y finalmente confirmé que el hombre es víctima de sus emociones, y que no puede despojarse de ellas. “La culpa no está en las estrellas, sino en nuestros vicios”, como se cita en el capítulo “Integración y responsabilidad”. El doctor Katz reincide permanentemente, de manera casi obsesiva, en abordar el sistema de salud argentino, y lo más notable es que propone fervientemente estrategias racionales para su *reconstrucción*, término que prefiero al de reconversión, dado que en algún momento de la historia argentina existió un verdadero sistema de salud.

Con una visión holística, describe la realidad sanitaria pasando de la formación de recursos humanos en salud

hasta la degradación del medioambiente, desde el *boom* tecnológico y su impacto en el sector salud hasta el envejecimiento poblacional, del observatorio de salud a la planificación y gestión sanitaria. Como buen docente, transita de lo micro (relación médico-paciente) a lo macro (sistema de salud y salud global) vinculando ambos extremos con brillante sencillez. El texto está decorado con citas literarias que exceden al campo de la medicina vigorizando la vieja frase: “el que medicina solo sabe, ni medicina sabe”. Asimismo, resulta destacable la claridad conceptual que permanentemente busca, fundamental para saber de qué hablamos y sobre qué discutimos, y enriquecer así un debate sincero. Esta intelectualización de la medicina que propone el autor abre la mente del lector y es esperable que también su alma. Katz incorpora en este texto experiencias vivenciales durante su paso por la gestión pública, dolorosas en algunos casos, producto de tratar de hacer el bien. Anexa la *posverdad* –término que suaviza a la mentira– al campo de la medicina al indagar las actuales políticas sustantivas de salud como la Agencia de Evaluación de Tecnología de Salud (AGNET) y la Cobertura Universal de Salud (CUS).

El final es abierto como el de Puccini en su última ópera. En el capítulo “La crítica como elemento propositivo”, Katz resalta dos palabras: **anomía** y **acuerdo**. Como el dueto entre Turandot y Calaf, este es el punto culminante. Todo lo decisivo, lo verdaderamente importante, está resumido ahí, entre **anomia**, como última etapa de un pueblo en decadencia, y **acuerdo**, como la primera etapa para volver a empezar y retomar el rumbo perdido. El final queda abierto al debate, para los espíritus libres de fanatismo, ignorancia o intereses espurios; debates que no queden sólo en meros “diálogos” o “consensos”, sino que den respuestas a las verdaderas necesidades de la sociedad en términos de salud y desarrollo social, debates que den respuesta al clamor de la ciudadanía.

Estimado lector, estoy seguro de que este texto modificará su visión del sistema de salud, alterará su audición ante los discursos carentes de realismo y cargados de palabras vacías, cambiará su olfato para percibir la naftalina del pasado obsoleto, le permitirá palpar los cambios necesarios de un sistema que está en su etapa terminal, y finalmente transformará su gusto si le da a su paladar la oportunidad de percibir un nuevo Sistema Federal Integrado de Salud. □

ACERCA DEL AUTOR

Ignacio Katz es Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Ejerció, entre otros, los cargos de Director Nacional de Hospitales (1990), Gerente Médico de la Administración Nacional de Salud (1993), miembro titular del Comité del Programa de Reconversión de Obras Sociales, e Institutos Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (PROS) – Jefatura de Gabinete de Ministros (2000-2001) y miembro de la Comisión Normalizadora del Hospital Posadas (2000-2001). Fue también coordinador del Proyecto PNUD de Fortalecimiento del Sistema de Cobertura de Salud de la Población del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (2003-2006). Durante el año 2008 y hasta junio de 2009 desempeñó la función de Jefe de Asesores de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación. Fue reconocido en 2005 por su trayectoria profesional con el premio “Vocación Académica”, a propuesta de un jurado conformado por rectores y decanos de Universidades e Institutos terciarios. Actualmente es el Director Académico de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud en la Universidad Nacional del Centro (UNICEN).

Publicó *Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud* (Eudeba, 2012), *Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud* (Edhasa, 2004, Visión Jurídica 2018) y *La Fórmula Sanitaria* (Eudeba, 2003), entre otros libros.



Viví tu sueño.

50 AÑOS FORMANDO LÍDERES
EN CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERAS DE GRADO

- Medicina
- Nutrición
- Nutrición a distancia
- Kinesiología & Fisiatría
- Psicología

CARRERAS DE PREGRADO

- Análisis Clínicos
- Instrumentación Quirúrgica

CURSO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

- Agente de propaganda
médica

Potenciá tu carrera. CARRERAS DE POSGRADO

- Doctorado en Ciencias de la Salud
- Maestría en Gerontología Clínica
- Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica
- Especialización en Nutrición
- Especialización en Medicina Legal

Inscripciones abiertas



**DESCUENTOS
ESPECIALES**
por inscripción
temprana

Ciudad Autónoma
de Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

La Rioja
Provincia de La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
☎ (0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Santo Tomé
Provincia de Corrientes
Centeno y Rivadavia
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Provincia de Misiones
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería El Paseo
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

Progresar y humanizar



Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

Muchas personas creen que “el progreso” de las sociedades se expresa principalmente por su capacidad de adquirir permanentemente nuevas tecnologías. Y entre esas personas, claro, hay muchos profesionales de la salud.

Hay que darles la razón en cuanto a que son las herramientas -iniciando quizás con el palo que algún chimpancé aprendió a utilizar para vadear un arroyo- factores decisivos a la hora de acelerar y modelar el desarrollo de nuestra vida social, la producción y el intercambio de bienes materiales y simbólicos que han transformado drásticamente la vida de las personas a lo largo de la breve historia de la humanidad; lo cual viene sucediendo, además, en forma cada vez más veloz en los últimos siglos.

Indudablemente la curiosidad, la iniciativa, la inteligencia, y la voluntad de modificar las condiciones impuestas por la naturaleza a su propia existencia son algunos rasgos característicos de la humanidad. Tanto como aparentemente también lo son la codicia, y la crueldad.

Pero esa interpretación tan difundida del “progreso” es, además de comprensible y simplista, engañosa.

En Medicina esta creencia es especialmente poderosa por múltiples razones. Pero enfatizaremos en estas líneas en la concepción consumista de la vida en general y, en lo referente a la utilización de servicios de salud, en la dinámica propia de un mercado de enormes dimensiones a escala planetaria.

El optimismo tecnológico se fundamenta en los evidentes progresos obtenidos por la humanidad en términos de supervivencia y calidad de vida. Y es evidente que la parte del mundo que disfruta especialmente de esos progresos tiende a pensar que así seguirá siendo, en una progresión virtuosa.

Sobran evidencias de la no linealidad del progreso: basta mencionar que habiendo transcurrido 170 años desde las observaciones de Semmelweis, el lavado de manos en las instituciones sanitarias sigue siendo un desafío para la salud pública.

Una mirada menos ingenua y más inquisitiva sobre la utilización del conocimiento debiera permitirnos entrever al menos la enorme complejidad de los procesos culturales, sociales y económicos detrás de los paradigmas de la ciencia, la producción tecnológica y particularmente su aplicación en el campo de la salud, en cada época de la historia.

Aparentemente por cuestiones cognitivas las personas tendemos a pensar en términos lineales, de causa-efecto. En la otra vereda, el pensamiento o la interpretación de la complejidad requieren un esfuerzo intelectual o afectivo poco promovido (cuando no francamente desalentado), y bastante incómodo.

El actual debate sobre la calidad -y la intencionalidad- de la investigación científica y tecnológica en salud que incluye la evidencia de graves problemas de conflicto

de interés entre financiadores, investigadores y revistas, sesgos, fraudes, ocultamientos, incentivos ilegales, etc., pone en cuestión, al menos en ciertos ámbitos atentos a la problemática, la fiabilidad del conocimiento sobre el que giran tanto la asistencia sanitaria como los engrajes de un extraordinario aparato industrial y comercial y sus consecuencias sociales y políticas. Y esas son unas bases que hasta ahora considerábamos muy sólidas.

Es imprescindible promover miradas y discusiones críticas sobre los paradigmas del progreso, y el papel que nos corresponde a los profesionales de la salud en el marco de unas definiciones y acuerdos sociales que, para más complejidad, exceden a la visión de los servicios de salud.

Visto así, es mucho más difícil adherir al generalmente interesado discurso de los predicadores del paraíso en la Tierra, o a los del Cataclismo final. Ni blanco, ni negro, todo parece indicar que el futuro transcurrirá en un escenario de múltiples matices, avances y retrocesos, luces y sombras. Nuevas soluciones y distintos problemas. Y, en líneas generales, con progresivo mayor deterioro del entorno biológico y social en el cual vive gran parte de la humanidad.

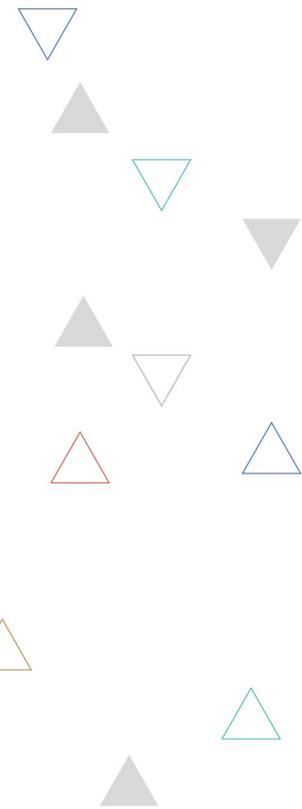
Y es que nunca ha sido “gratis” el avance de la cultura sobre la naturaleza; tal como corresponde a la interacción de las partes en sistemas cuya complejidad en algunos casos solo conocemos muy poco, o apenas podemos intuir.

Mientras, acuciados por las urgencias que impone un sistema sanitario permanentemente al borde del quebranto y sometido a extraordinarias presiones sectoriales e intereses diversos y contrapuestos, asumimos la avalancha tecnológica casi como un hecho natural, no cultural o político, y discutimos nuevas herramientas tecnológicas para el control de daños producidos por una dinámica que nos aleja progresivamente de la esencia humana de la atención al bienestar de las personas.

Es, entonces, imperativo que los profesionales de la salud también promovamos y nos involucremos en la discusión moral, política y ética sobre los principios y valores que deben guiar el desarrollo y la utilización de estas herramientas; cuestiones que no deberían estar libradas a las fuerzas del mercado.

Afortunadamente se suman voces para recordarnos la necesidad de humanizar la práctica médica. Lo cual, por otra parte, no deja de ser alarmante: sabemos que es imperioso reenfocar nuestras prácticas y nuestras organizaciones para poner en el centro la atención de las necesidades de las personas; y eso nos lleva a una pregunta incómoda pero necesaria: si no estamos pensando en las necesidades de las personas ¿Para quién estamos trabajando? □

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



LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

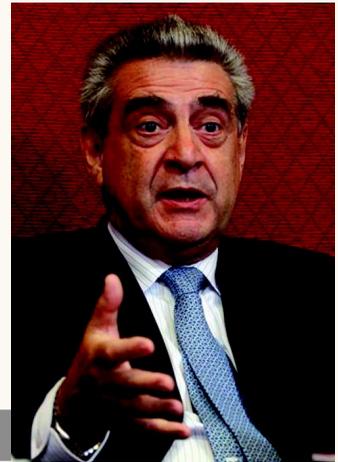
25% SEGURO DE HOGAR

20% INTEGRAL DE COMERCIO (RUBRO MÉDICO)

15% SEGURO DE AUTO

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

Malos vientos para los profesionales médicos



Por el Dr. Héctor Barrios (*)

“Otra vez sopa”... una frase popular que resume la lectura de la situación económica reinante. De alguna forma, nada nuevo para este país acostumbrado a las crisis periódicas, pero en donde, paradójicamente, sus habitantes nunca terminaremos de acostumbrarnos a ellas.

Por supuesto todos sabemos que la crisis traerá aparejado el reacomodamiento de precios del sector de la medicina prepaga... y un nuevo y consecuente retraso de los honorarios médicos que perciben los profesionales del sistema.

Un importante ejecutivo del sector me explicaba que “este no es un negocio de seguros. Aquí no se hacen reservas técnicas de ningún tipo, es más un “negocio de caja”. Por un lado, la inflación permite una contribución financiera al negocio que la estabilidad no te brinda y por el otro te permite también una licuación importante del costo médico. De hecho, hay empresas prepagas que en el 2018 -año inflacionario si los hay- trasladaron a sus profesionales prácticamente la mitad de los incrementos de precios que aplicaron al mercado”.

Me quedé pensando largamente en la reflexión. Casi todos los actores del mercado coinciden que el modelo actual es inviable, pero si esto es así, los plazos de la inviabilidad se acortan.

Un honorario de consulta médica en Capital Federal y el Gran Buenos Aires en torno de los 5 u\$s solo puede asegurar una mayor migración de los profesionales más expertos del sistema y por ende un mayor deterioro de la calidad de los resultados.

En las encuestas que realizamos a clientes en Willis Towers Watson cada vez es más frecuente la queja en esta materia, o bien el cobro de plus -o de honorarios extras por parte de Obstetras y Cirujanos-, como así también la derivación al “Equipo” por parte de aquellos profesionales de prestigio que cuentan con ellos (de hecho, es cada vez más frecuente ver en las Cartillas Médicas el agregado de “y Equipo”).

El Gobierno Nacional ha autorizado y sigue autorizando aumentos de precios (aunque imaginamos que, por razones de orden político -léase impacto en los votantes-, no serán de la magnitud del año anterior y serán “trasladados” en parte o totalmente para después de las elecciones). Los aumentos de la medicina prepaga obviamente inciden en el índice de precios (y obviamente como ya señalamos en el consumidor) pero sus efectos “no se derraman” en el sector de los profesionales, quienes han percibido aumentos muy alejados de los índices de incrementos señalados.

El panorama para lo que resta del año no es menos desalentador para la profesión médica. Los analistas económicos están estimando una inflación anual del orden del 55/60% fruto de sumar a la inflación de los primeros ocho meses del año los efectos de la devaluación del mes de agosto (lo que en economía se denomina “pass through”: el impacto que tiene en los precios una suba del tipo de

cambio, que en nuestro caso es el dólar estadounidense por ser la moneda de referencia en la Argentina). O sea, en la práctica, sumar unos 20/25 puntos inflacionarios a la que veníamos acumulando hasta el referido mes de agosto.

Si estimamos que el año pasado los profesionales perdieron unos 15 puntos contra los incrementos que aplicaron las empresas de medicina prepaga y le sumamos otros 15/20 puntos que podríamos estimar para este 2019, nos encontraremos que la pérdida de honorarios a valores constantes alcanzará un tercio de éstos. Dramático.

Dicho en indicadores generales muchas veces no se alcanza a captar la real dimensión de su significado. A título de ejemplo pongamos una especialidad como la Psiquiatría. Allí, la falta de actualización de los honorarios acentuará la ya importante migración de profesionales del sistema (de hecho, señalan en las entidades que cada vez es más difícil encontrar profesionales en la especialidad y más aún en subespecialidades como Psiquiatría Infantil, Emergencias, etc.).

Si tenemos en cuenta que tanto la Organización Mundial de la Salud, como todos los estudios privados serios señalan que la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas irá en aumento en el mundo -y que la crisis de la Argentina es un factor que contribuye largamente a esto- el “modelo” en la materia es como el de dos trenes viajando sobre la misma vía en dirección opuesta.

Podemos trasladar lo dicho para Psiquiatría a muchas otras especialidades médicas y también a otras áreas como la Odontología, en donde las críticas al nivel de servicios están al máximo nivel en las encuestas a usuarios.

Un hecho que es nuevo -y no es menor a nivel corporativo- es la preocupación de las áreas de Dirección de Recursos Humanos por diferenciar los proveedores teniendo en cuenta precisamente cómo le llegan al prestador médico los importantes incrementos de precios que les aplican a las empresas. Un tema en el que particularmente también hacemos hincapié desde la Consultoría.

Todos coinciden también en que el sistema en su conjunto ha involucionado. El Gobierno no es ajeno a esto: su mecánica de “privatizar” el sistema de seguridad social cargando sobre el sector más y más leyes de coberturas adicionales ha hecho su contribución para dicha involución. Seguramente la Judicialización ha hecho otro “aporte importante” en esa materia.

El panorama es francamente desalentador. Sería bueno preguntarse amigo lector, aquella frase que caracterizó a *Revista Médicos*: **¿Quo Vadis Salud?**

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



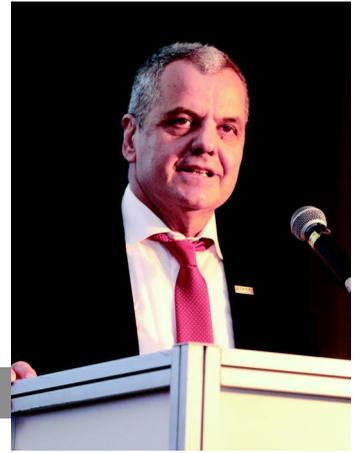
La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que le brinda más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud

- ▶ VIDA COLECTIVO
- ▶ ACCIDENTES PERSONALES
- ▶ SEPELIO | CAUCIÓN
- ▶ RESPONSABILIDAD CIVIL
- ▶ CAUCIÓN AMBIENTAL
- ▶ PRAXIS PROFESIONAL
- ▶ NUEVOS PRODUCTOS PARA AUTOMOTORES Y MOTOVEHÍCULOS

Cuida de **vos** y ahora también de **tu auto**



Segundo Simposio Internacional – Hospitalarios FEFARA



Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA

En agosto de 2018 el Departamento de Hospitalarios FEFARA llevó a cabo su 1^{er} Simposio Científico Nacional e Internacional, cuya exitosa realización y trascendencia acabaron por constituirse en el punto de partida para un evento que promete seguir el camino de nuestras Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, las cuales venimos realizando de manera ininterrumpida desde el año 2002.



Con ese antecedente, el pasado 6 de setiembre de 2019 en la sede de FEFARA, Hipólito Yrigoyen 900 3° Piso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tuvo lugar el

“2^{do} Simposio Científico Nacional e Internacional” bajo el lema: “Gestión Clínica en las Instituciones de Salud: La Farmacoeconomía como herramienta de empoderamiento del Farmacéutico en los Servicios de Farmacia y Centrales de Esterilización”.

DISERTACIÓN DE EXPERTOS

Durante la mañana tuvieron lugar las exposiciones de expertos en la temática del Simposio, estando la primera de ellas a cargo de la Dra. Ana Ortega Eslava, Clínica Universitaria de Navarra, España, presentando “Farmacoeconomía: Herramienta de utilidad para el Farmacéutico Hospitalario”.

A continuación, lo hizo la Farm. Andrea Mosconi del Sanatorio de los Arcos – C. Zavala, Argentina, quien tituló su presentación “Gestión del Farmacéutico en la central de esterilización: Evaluaciones económicas”.

Por último, asistimos a la presentación del Dr. Rodolfo Quirós, Clínica Foianini, Bolivia, el cual expuso sobre “Farmacoeconomía orientada al uso optimizado de los antimicrobianos”.

PRESENTACIÓN DE PROYECTOS

En el marco de este Simposio, y tal como ocurriera en la anterior edición, se realizó una convocatoria abierta para la presentación de proyectos dirigida a profesionales farmacéuticos, profesionales sanitarios e integrantes de equipos de salud de instituciones sanitarias.

Los proyectos presentados a partir de esta convocatoria se encontraban en fase de planificación y/o implementación, con impacto económico-sanitario y en la seguridad del paciente, y sus contenidos resultaban

aplicables tanto a las áreas de gestión como a las áreas clínicas.

La respuesta a nuestra convocatoria resultó, una vez más, muy satisfactoria pudiendo resumirse ello del siguiente modo:

- Presentación de veinticinco proyectos, tanto en fase de planificación como en fase de implementación.
- Proyectos con impacto económico-sanitario cuantificado y/o estimado, con impacto directo en la seguridad del paciente.
- Proyectos de aplicación tanto en áreas clínicas como de gestión, de instituciones de salud.
- Proyectos federales, pues las respuestas han llegado desde diferentes lugares de seis provincias argentinas.

En esta 2^{da} Edición del Simposio, los proyectos seleccionados para presentación oral el día del evento, fueron los siguientes:

- Comité de Alto Costo de un Grupo de Efectores.
Autora principal: Farm. Pires Nadia - Provincia de Santa Fe.
- Medicamentos destinados a la promoción (muestras médicas) en los establecimientos estatales prestadores de servicios de salud de la provincia de Mendoza.
Autora principal: María Teresa Miranda - Provincia de Mendoza.
- Impacto valorizado de las actividades del servicio de farmacia.
Autora principal: Farm. Gabriela Lemonnier - Provincia de Buenos Aires.
- Reducción de la prescripción inapropiada de medicamentos en el anciano hospitalizado.
Autora principal: Farm. Ana Fajreldines - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro parte, a modo de reconocimiento y procurando estimular la participación en actividades de investigación, a todos los autores y coautores de los proyectos presentados en la convocatoria se les hizo entrega de un Certificado de Participación Activa en la Convocatoria a Presentación de Proyectos. Asimismo, cada uno de los trabajos y sus autores formarán parte de la memoria anual del Departamento Hospitalarios FEFARA.

Muy satisfechos por las respuestas y los resultados obtenidos, comprometemos desde hoy mismo la realización del tercer Simposio Nacional e Internacional para el próximo año. □



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.

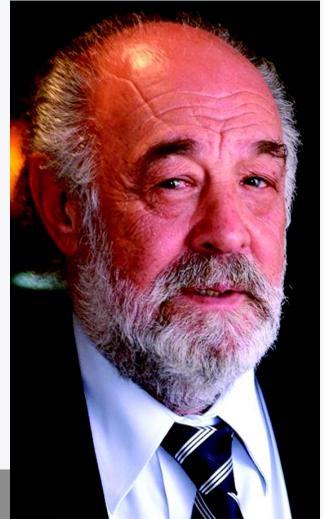
COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros 

Medio ambiente y salud

Los efectos del calentamiento global en la salud

“Nuestro vínculo común más básico es que todos habitamos este planeta. Todos respiramos el mismo aire. Todos valoramos el futuro de nuestros hijos. Y todos somos mortales”
John F. Kennedy



Por el Dr. Ignacio Katz

La salud humana es la resultante compleja de múltiples factores que se conjugan de manera dinámica. Entre ellos, el medio ambiente incide en aproximadamente un 20% y, actualmente, el calentamiento global influye en los determinantes económico-sociales y medioambientales de la salud, como un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura.

Podemos distinguir algunos ejes, aunque en verdad se hallen entrelazados y retroalimentados. Nos referimos al calentamiento global propiamente dicho, a la deforestación (o desmonte), a la contaminación acuática y terrestre (especialmente vinculada a los residuos cloacales como los residuos sólidos urbanos y los que provienen de las industrias), y a fenómenos climáticos puntuales, como terremotos, olas de calor, inundaciones, entre otros. Pero el calentamiento global concentra varios de los problemas puntuales, y es sin dudas el más preocupante debido a sus múltiples (y en parte inciertos) efectos.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD

El calentamiento climático global genera trastornos en el clima y en el planeta que van desde terremotos hasta tsunamis, pasando por el deshielo de los glaciares, lo cual hace subir el nivel del mar, generando inundaciones en zonas costeras y catástrofes en islas. El cultivo y las viviendas se ven afectadas. Recordemos que más de la mitad de la población mundial vive a menos de 60 kilómetros del mar. El aumento del nivel oceánico destruirá hogares, servicios médicos y otros esenciales.

Las temperaturas extremas contribuyen a las muertes por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo en la población de edad avanzada. En la ola de calor de Europa se registraron 70.000 defunciones adicionales a la media. También aumenta la cantidad de ozono del aire, que agrava las enfermedades de este género.

Se calcula que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250.000 defunciones por año, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico. Y el coste de los daños directos para la salud se sitúa entre los 2.000 y 4.000 millones de dólares. Se estima también que aumenten las sequías, generando hambrunas y falta de agua potable. Al mismo tiempo, aumentan las precipitaciones extremas, generando inundaciones y alterando las fuentes de agua dulce que

generan criaderos de insectos portadores de enfermedades, como los mosquitos.

Mientras la emisión de gases de efecto invernadero, sobre todo el dióxido de carbono (CO²) asociado a la combustión de derivados del petróleo, aumenta en vez de disminuir año tras año⁽¹⁾, la deforestación empeora el problema al disminuir la cantidad de “succionadores” naturales de dicho gas (los árboles). El propio CO², además, junto a otros gases y partículas, generan contaminación que afecta a las personas vía la respiración. Es cierto que no todo desmonte es igualmente negativo, y constituye una práctica necesaria para el cultivo, pero, por caso, la progresiva desaparición de Amazonia, “el pulmón del planeta”, significa una pérdida tan irresponsable como irreversible.

Además, la deforestación de bosques tropicales genera condiciones óptimas para la difusión de las plagas transmitidas por mosquitos, como la malaria y el dengue. Asimismo, los primates y otros animales transmiten enfermedades a las personas desde los bosques diezmados. Un estudio de Geoffrey Donovan mostró comparativamente que existe una correlación entre la menor cantidad de árboles y la mayor mortalidad humana. Asimismo, el aumento de los viajes y traslados de personas esparcen estas enfermedades geolocalizadas por todo el mundo. Para ello se aplican los controles de viajantes y las vacunas, cuando existen. Doblemente preocupante, entonces, es el actual movimiento mundial antivacunas.

Existen otras cuestiones y enfermedades nuevas, recurrentes o ya consolidadas, que deben llamarnos la atención, como ser:

- La pandemia global de influenza.
- La resistencia antimicrobiana.
- El ébola, el dengue, el HIV.
- Nuevas ETS (enfermedades de transmisión sexual).
- Enfermedades tecnológicas (o tecnopatías).
- Contaminación del aire y otras alteraciones en el uso de las tierras.
- Incremento de enfermedades no transmisibles: obesidad, diabetes.

La situación actual amerita, como lo indica la OMS (Organización Mundial de la Salud), crear una agenda de investigación mundial que genere un seguimiento de éstas y otras tendencias. A nivel local, en particular, preocupa la falta de un sistema de salud que conozca la evolución de estas variables en nuestro país y tenga

capacidad efectiva de asistirlos. Es imprescindible desarrollar programas que permitan tomar acciones preventivas y procesos de restauración para determinar y evaluar políticas ópticas de control⁽²⁾.

LA GENERACIÓN DE UNA ESPERANZA

Desde la Cumbre de Río de Janeiro de 1992, pasando por Kioto (1997) y París (2015), la historia de las acciones mundiales para disminuir el aumento de la temperatura media global, acumulan más frustraciones que otra cosa⁽³⁾. Discursos y *objetivos loables* pero *resultados magros* son la regla, con un aumento del nivel de conciencia del peligro, pero falta de determinación política que sea acompañada y empujada por la opinión pública para torcer el brazo a los lobbies económicos que impiden el cambio.

Con su usual ímpetu, son los jóvenes, incluso los adolescentes, quienes más se están haciendo oír. El 15 de marzo de este año casi un millón y medio de jóvenes salieron a las calles de 125 países para pedir que los políticos escuchen las advertencias de los científicos e implementen medidas concretas y vinculantes para luchar contra el cambio climático. No esperan que los gobiernos generen las respuestas, las demandan a gritos, sabiendo que su futuro depende de ello.

Lo cierto es que iniciativas de índole individual a esta altura resultan insuficientes. Podemos separar los residuos plásticos, pero ya es hora de producir con materiales alternativos. Podemos usar bicicleta en vez de un automóvil, pero ya es hora de producir exclusivamente autos electrónicos. Podemos viajar en tren en lugar de hacerlo en avión⁽⁴⁾, pero debe estar acompañado de una política de transporte sustentable. La clave pasa por la regulación estatal, con parámetros que prioricen la preservación del medio ambiente y de la salud humana por sobre la maximización de la ganancia. En el área de la salud, igualmente, debemos consolidar una estrategia comprehensiva que aborde este grave problema y su impacto en la salud de las personas. □

1- Lo que constituye el principal "forzante antropogénico" del calentamiento global, es decir, generado por la acción humana, en oposición a los "forzantes naturales" que también inciden en las variaciones de la temperatura terrestre.

2- Nuestro país cuenta con el Laboratorio Gulich, que pertenece a la CONAE (Comisión Nacional de Actividades espaciales) y la UNC (Universidad Nacional de Córdoba). Su principal actividad es realizar un diagnóstico temprano de los graves eventos climáticos como las inundaciones, los incendios forestales, los tsunamis, mediante la teledetección de la tierra, los océanos y la atmósfera, realizando captura, y almacenamiento de información espacial con fines pacíficos.

3- La Cumbre de Río de la Tierra de 1992 aprobó la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, que afirma la necesidad de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero que condujo a la firma en 1997 del Protocolo de Kioto (que recién entró en vigencia en 2005, y nunca fue ratificado por EE.UU.). La Cumbre de París de 2015 fue enmarcada con un entendimiento entre los dos principales emisores de gases de efecto invernadero, EE.UU. y China, pero la administración de Donald Trump en 2017 retiró a su país del acuerdo.

4- La llamada "huella de carbono" es particularmente alta, a nivel individual, por cada traslado en avión, lo cual generó un rechazo a este medio de transporte por parte de poblaciones altamente concientizadas sobre el peligro ambiental, como ser los países nórdicos.

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). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018). "La salud que no tenemos" - Katz Editores (2019).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Pensando un nuevo Ministerio de Salud de la Nación...



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

El Ministerio de Salud de la Nación fue pensado para constituirse en eje de la estrategia sanitaria nacional. Tendría una acción efectiva y continua en las políticas sobre la materia. Los gobiernos pseudo democráticos, de facto, o incluso democráticos que continuaron al fundador del mismo, Ramón Carrillo, **no lograron instalar un plan nacional estratégico de salud.**

La creación de las Obras Sociales Nacionales y del PAMI fue un aporte significativo. Estos dos sistemas contribuyeron a mejorar la expectativa de vida de nuestro país. Con el tiempo siguen posibilitando el acceso a la salud, en el caso de las O.S. de casi el 50% de la población general.

La Medicina Prepaga, heredera del sistema privado pre-Carrillo, con más presupuesto que las O.S. atiende a una porción importante de personas, pero proporcionalmente mucho menor que las O.S. Nacionales. La misma fue beneficiada por la ley de desregulación de los trabajadores.

De esta manera el subsector de O.S. Nacionales, está subsidiando mediante el SUR, a través de los fondos de los trabajadores, a la Medicina Prepaga.

Todo esto no resuelve los grandes problemas de salud de los argentinos.

El subsector público tuvo avances y retrocesos en cuanto a sus políticas estructurales, en calidad sanitaria y en **distribución geográfica.** La falta de políticas efectivas, estrategias participativas y consensuadas con Provincias y Municipios, por la desconcentración realizada durante la dictadura militar, trajo un desorden en las metas y fines de la Salud Pública Nacional.

Además, la desaparición del Ministerio de Salud, rebajado a Secretaría, trajo consigo la pérdida de programas, presupuesto y técnicos capacitados. No se explica que esto haya pasado en un país que garantiza constitucionalmente la salud a todos sus habitantes.

La falta de articulación entre los subsectores es decisiva si queremos avanzar en un sistema de políticas complementarias. Debemos invariablemente acentuar esto para eliminar el gasto superfluo.

El sistema de financiamiento debe ser revisado, dado el avance de la farmacopea de última generación y de tecnologías nuevas extremadamente onerosas. Dicho sistema de financiamiento resulta obsoleto en relación con los tiempos que corren. Fue pensado en un tiempo donde, además, la demanda era mucho menor.

Debemos pensar más en la atención primaria de la salud, en planes efectivos de prevención, en agua potable de red, en cloacas, en promover el movimiento y el ejercicio físico en niños y adultos, en ropa y calzado

ergonómico, tal como lo venimos enseñando en Salud Pública desde hace décadas.

La Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo son otro claro ejemplo de la integralidad de las políticas que se llevó adelante con el proyecto político comenzado en el 2003. No hay un indicador más adecuado para expresar los avances en materia de desarrollo, que la tasa de mortalidad infantil, que, en la Argentina, entre 2003 y 2015, descendió un 32,1 por ciento. Sin embargo, los índices sanitarios que mejoraron sensiblemente en la llamada década ganada no reflejan, una realidad que debemos observar y estudiar con detenimiento.

EL DEBATE SOBRE LA SALUD NO SE INSTALÓ EN LA SOCIEDAD

Algunas leyes sancionadas, no son producto de estrategias sanitarias, sino que actúan sobre grupos poblacionales pequeños que no mejoran la salud general. Se debe legislar adecuadamente y sobre integralidades, tendiendo a abarcar grandes poblaciones y no sectores de poca influencia sobre el bienestar sanitario general.

La regulación tan esperada de sectores claves en la salud, como en los medicamentos, es prioritaria. En muchos casos, autorizados sin avales científicos reconocidos por estándares de investigación internacional. Los costos de estos deben tener topes lógicos adaptados a la realidad de nuestro sistema de salud. La regulación en los costos de prótesis e insumos es una necesidad urgente para el sistema. Ni hablar de la tecnología sin control, superpoblando los lugares en donde es negocio a través de la generación de mercado y en muchos casos con indicación médica sin evidencia clara de necesidad.

TODOS SABEMOS DESDE SIEMPRE QUE MÁS TECNOLOGÍA NO ES MÁS SALUD

La protocolización de los grandes síndromes, a través de consensos adecuados, y que representa un problema de ágil solución, es una meta alcanzable, con gran incidencia en el gasto excesivo, generado por las prácticas de diagnóstico sin control. En este tópico la educación médica es imprescindible, mediante la adecuación de las currículas universitarias de grado y de posgrado a la realidad de nuestro sistema de salud.

Esto último es urgente dada la formación inadecuada de los médicos egresados de Facultades de Medicina, que no se adaptan a la realidad sanitaria actual de la Argentina.

La medicina ocupacional es un eje que se debe tratar, profundizando el control de las ART. Esto para que los otros subsectores no las subsidién, atendiendo los casos en los cuales dichas empresas no dan las soluciones adecuadas.

La falta de control bromatológico, ocasionada por el desguace durante las dictaduras militares de los sectores de control ministerial, no tuvo una adecuada política de refundación de los mismos.

El control y regulación en sectores claves para la salud urbana y rural relacionados con el ambiente y sus noxas necesitan una profundización de las políticas de control.

UNA META ES LA GENERACIÓN DE ECOSISTEMAS SALUDABLES

Merece una consideración especial lograr la regulación y clasificación de los Prestadores de salud de todos los subsectores según calidad y complejidad. Se debe consensuar la creación de modernos índices sanitarios que sean fiables, para poder planificar con realidades lógicas.

Adecuar las estadísticas sanitarias, permitiría crear planes estratégicos para el futuro mediano.

Los Ministerios de Salud están ausentes en la distribución lógica de prestadores, dejando porciones inmensas de territorio y sus poblaciones lejos de una atención adecuada o con baja calidad.

Con las leyes de **desconcentración** generadas en las dictaduras militares también se destruyó la presencia del Ministerio de Salud de la Nación en la Provincias, dejando librado a éstas, la generación de políticas sanitarias propias sin una conducción integrada, federal y actual, que oriente hacia las grandes metas sanitarias nacionales.

La sanidad de fronteras en este mundo tan globalizado también se debe implementar con lógica sanitaria.

El Ministro de Salud Pública de Ramón Carrillo, basó el rol del Estado en materia sanitaria sobre tres pilares: medicina preventiva, medicina social y atención materno-infantil. Hoy no alcanza, es otro tiempo, otro país y otro mundo.

El Sistema Nacional de Salud... se va a lograr mediante la complementariedad de los subsectores existentes.

La equidad se va a universalizar cuando la accesibilidad geográfica se alcance.

El Ministerio de Salud de la Nación debe regenerarse a sí mismo, proyectándose hacia el futuro, para lograr una vida más saludable para todos. Desde Ramón Carrillo a Thomas Piketty, exigen un gran desarrollo en la búsqueda de mejores condiciones de salud. Nuestro gran desafío va a ser reducir las desigualdades sociales y la concentración de la riqueza, universalizando la prevención, llegando con nuestro sistema de salud a todos los rincones de la República, por más alejados que sean de las ciudades capitales.

La colaboración entre los subsectores complementándose y volviendo sinérgicas las poleas del desarrollo es la etapa que viene.

Seamos parte de ese proyecto para las generaciones que vengan, con la fuerza de las ideas, del conocimiento, de nuestras convicciones y el sentimiento altruista de quienes nos inspiraron para ser parte de la Argentina grande y solidaria. □

(*) Director Médico Nacional de la Obra Social de los Trabajadores de Televisión.



¡Conocé todos nuestros productos!

 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

 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  www.fefara.org.ar

Las amenazas a la salud pública en la Argentina



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

En la edición pasada hemos descripto las diez amenazas a la salud pública que según la Organización Mundial de la Salud presentan desafíos muy importantes a nivel mundial. Estos desafíos se transforman entonces en una priorización en la agenda mundial para todos los países en general. Si bien la mayoría de éstos también representan amenazas y desafíos para nuestro país, resulta necesario revisar esta agenda y adaptarla a nuestra realidad.

En este sentido la propuesta del presente artículo es enumerar algunas amenazas que complementan las enumeradas en el informe de la OMS y también representan desafíos a la salud pública en nuestro país.

Recordemos que las amenazas descriptas por la OMS son: Contaminación del aire y cambio climático, enfermedades no transmisibles, pandemia global de influenza, entornos frágiles y vulnerables, resistencia antimicrobiana, Ébola y otros patógenos, débil Atención Primaria de la Salud, dudas sobre las vacunas, Dengue y HIV.

OBESIDAD Y ECNT

Según datos de la 4^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada por la Secretaría de Gobierno de Salud y el INDEC, el 61,6% de los argentinos tiene exceso de peso, en una proporción de 36,2% de personas con sobrepeso y 25,4% con obesidad. Comparada con las cifras de obesidad de la primera encuesta realizada en 2005 podemos afirmar que aumentó más del 10 por ciento lo que constituye el dato más alarmante (del 14,6% al 25,4%). Esta cifra va de la mano de la tendencia a la baja en cuanto a la actividad física (del 54,7% en el 2013 al 64,9% de inactividad física en el 2018). (Fuente: <https://www.argentina.gob.ar>).

Si bien las enfermedades crónicas no transmisibles producen la mayoría de las muertes a nivel mundial (se estima alrededor del 60%) en nuestro país esta proporción es más alta y peor aún, se dan en edades más tempranas de la vida.

SALUD MENTAL

Del primer Estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental, publicado en la revista científica *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, se desprende que la prevalencia de por vida para algún trastorno de salud mental fue del 29,1%, o sea que prácticamente uno de cada tres argentinos mayores de 18 años presentó algún trastorno de salud mental en algún momento de su vida (<https://www.perfil.com/noticias/ciencia/salud-mental-uno-de-cada-tres-argentinos-su->

[fre-algun-trastorno.phtml](https://www.perfil.com/noticias/ciencia/salud-mental-uno-de-cada-tres-argentinos-su-fre-algun-trastorno.phtml)). Las principales causas según el estudio fueron las fobias específicas, el episodio depresivo mayor y el abuso de sustancias. Consistente con estos datos se observan altas tasas de suicidio en población joven (de 15 a 35 años) y de alcoholismo.

CHAGAS NEONATAL

En la Argentina nacen alrededor de 1.500 niños por año con infección por *Trypanosoma cruzi* según un estudio de Sosa-Estani y colegas publicado en la revista *Medicina* (de Buenos Aires). (<https://www.lanacion.com.ar/salud/enfermedad-de-chagas-la-transmision-materna-ya-origina-mas-casos-que-la-vinchuca-nid-2279701>).

Según el artículo los especialistas advierten que en el país ya son más los nuevos casos originados por vía vertical o congénita, es decir, de madre infectada a hijo. Por esta razón se observa cada vez más Chagas en zonas tradicionalmente no endémicas como grandes ciudades.

Siempre según el artículo, ya en 2015 la Organización Mundial de la Salud estimaba para la Argentina que la transmisión de la madre producía más infecciones que la vectorial (por vinchuca), lo cual es confirmado por la Secretaría de Gobierno de Salud recientemente.

SÍFILIS Y OTRAS ETS

Las enfermedades de transmisión sexual siempre han sido una amenaza para la salud pública pero según una nota aparecida recientemente en un matutino, en diferentes servicios especializados de hospitales públicos y sanatorios privados coinciden en observar un aumento sustancial de casos de sífilis y sífilis congénita (https://www.clarin.com/buena-vida/sifilis-vieja-enfermedad-re-aparecio-usa-preservativo_0_sXKk7tC5S.html).

En nuestro país, según el artículo, la tasa de casos reportados en varones y mujeres creció un 330%: pasó de 11,7 a 50,4 cada 100 mil habitantes entre 2013 y 2018, con un pico en el grupo de los jóvenes de 15 a 24 años. En 2018 se notificaron 22.428, casi un 16% más que en 2017. También crecen año a año los casos de sífilis congénita.

El recrudescimiento de viejas ETS como la sífilis y la presencia de no tan viejas como el HIV, agravada por la asociación a TBC, constituyen un gran desafío para las políticas de promoción y educación para la salud.

DENGUE Y OTRAS TRANSMITIDAS POR EL AEDES

Desde hace ya bastante tiempo venimos conviviendo con epidemias de dengue. Pero cada vez resulta más

preocupante no sólo la cantidad de casos, sino la aparición de otras enfermedades relacionadas como el Zika y el Chicungunya. En la actualidad se está viviendo una nueva pandemia de dengue en toda la región con casos muy aumentados en nuestro país. Pero lo más grave según los especialistas es que están circulando las cuatro cepas de manera simultánea, lo que aumenta el riesgo de dengue grave. Eso ocurre en Brasil, Guatemala y México, mientras que en Colombia, Panamá, Martinica, Venezuela, Paraguay y Perú están circulando tres serotipos. (<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/dengue-para-la-ops-es-alto-el-riesgo-epidemico-en-la-region-nid2279059>).

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Según la Asociación Civil "Luchemos por la Vida" la Argentina ostenta uno de los índices más altos de mortalidad por accidentes de tránsito. Veinte personas mueren por día; hay 7.274 víctimas fatales por año (2018) y unos 120 mil heridos de distinto grado y miles de discapacitados. Las pérdidas económicas del tránsito caótico y accidentes de tránsito superan los u\$s 10.000 millones anuales.

La mayoría de las muertes por accidentes de tránsito ocurren en población joven.

LA AGENDA DE LA SALUD PÚBLICA EN LA ARGENTINA

Muchísimos son los desafíos que afrontamos. De los enumerados por la OMS podríamos decir que varios de ellos aún no han impactado en nuestro país y debiéramos tener una actitud de alerta sobre ellos preparándonos por alguna eventualidad o trabajando para que no ocurran. En este grupo podríamos incluir al Ébola y a los movimientos antivacunas (una encuesta reciente estableció que la inmensa mayoría de la población está muy a favor de las vacunas). Otros son problemas globales que claramente nos involucran como la contaminación del aire y el cambio climático, la pandemia global de influenza, y los entornos frágiles y vulnerables. A su vez el problema de la resistencia antimicrobiana es de preocupación creciente entre autoridades, pero aún no se ha hecho evidente entre los profesionales de la salud en nuestro medio. Claramente los problemas relacionados con la organización del sistema de salud descrito por la OMS como débil Atención Primaria de la Salud están magnificados en nuestro país por la alta fragmentación del sistema y los problemas de accesibilidad y calidad que padecemos.

Finalmente he enumerado un grupo de problemas descriptos por la OMS, pero con alguna característica particular en nuestro país como por ejemplo en las enfermedades no transmisibles hacer hincapié en la obesidad, en las ETS destacar la sífilis, aunque sin descartar el HIV por supuesto y en el caso del dengue completar con las otras enfermedades transmitidas por el mosquito además de destacar la preocupación de las cuatro cepas en circulación de manera simultánea en la región. Finalmente he agregado otros problemas particulares como los accidentes de tránsito, el Chagas y salud mental que tienen una prevalencia muy alta aquí.

Sin ser una lista exhaustiva todos estos problemas representan desafíos a priorizar y atacar desde las políticas de salud pública. □

(*) 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

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

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



Encuentro clave de cara a las elecciones: diagnóstico técnico y mirada política

Ante la grave crisis que enfrenta el Sistema de Salud, el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social convocó a una jornada a la que asistieron dirigentes de la CGT y los principales referentes del sector con el objetivo de consensuar las bases de un proyecto para presentar al próximo Gobierno.

El encuentro al que accedió *Revista Médicos* en forma exclusiva tuvo lugar el 29 de agosto pasado en la sede del Instituto (IISSS). El mensaje de todos los participantes fue contundente: el sistema de salud argentino atraviesa una grave crisis, así como también cada uno de sus subsectores.

El llamado a la acción fue clave y, una vez más, los participantes estuvieron de acuerdo con la necesidad imperiosa de aunar esfuerzos y, dejando de lado las diferencias, trabajar en conjunto para lograr salvaguardar el sector y garantizar las prestaciones de salud para todos los beneficiarios.

El encuentro se desarrolló bajo la moderación del presidente del Instituto y gerente médico de OSECAC, Gabriel Lebersztein. La jornada se dividió en dos segmentos: en primer lugar, disertaron José Luis Lingeri, secretario general de Acción Social y Salud de la CGT; Carlos West Ocampo, secretario general de FATSAs; Daniel Gollán, ex ministro de Salud de la Nación; Rubén Torres, ex superintendente de Servicios de Salud y actual rector de la Universidad ISALUD; Claudio Belocoppitt, presidente de Swiss Medical Group; Luis Scervino, vicepresidente del IISSS y ex superintendente; y Héctor Daer, secretario general de la CGT y de la Asociación de Trabajadores de Sanidad (ATSAs).

A continuación, se invitó a los demás asistentes, referentes de los distintos subsectores, a sintetizar sus ideas y propuestas.

Gabriel Lebersztein, dejó en claro la finalidad del encuentro: "Como ya lo hemos hecho hace cuatro años, queremos hoy generar algún grado de consenso en las políticas básicas que creemos debe adoptar el próximo Gobierno y, así, poder cambiar algunos de los ejes que nos han hecho sufrir últimamente".

"LA FALTA DE POLÍTICAS DE ESTADO EN SALUD GOLPEA A TODOS LOS SUBSECTORES"

José Luis Lingeri no dejó lugar a dudas: "La situación que estamos viviendo es de total incertidumbre y la falta de políticas de Estado en materia de salud golpea a todos los subsectores". En el caso del subsector de las obras sociales, prosiguió, "estamos llenos de preocupación, hoy hay alrededor de 15 o 20 obras sociales que están en situación terminal, estamos tratando de solucionar los problemas, pero las medidas que se toman desde la Superinten-



José Luis Lingeri

dencia apuntan solamente a dilatar los temas por falta de financiamiento. Hoy se adeudan a las obras sociales más de 10.000 millones de pesos en materia de alta complejidad". Ante esta situación, "hemos tomado la determinación que la CGT, hoy no esté concurriendo prácticamente a la Secretaría de Salud".

Otro de los temas que más aqueja a la Seguridad Social es el monotributo. "Hay que modificar la Ley; el monto de aportes es irrisorio, no se trata de fondos genuinos y, con

los valores de mercado aumentando día a día, cubrir a los monotributistas se hace insostenible", señaló Lingeri, y agregó que: "Tenemos mucho trabajo por delante, pero no hay gestión desde el Estado que canalice estos temas".

Ante este escenario tan complicado y en función de las nuevas autoridades que surjan a partir de octubre, agregó Lingeri, "queremos lograr un sistema que nos permita mantener la independencia y, a la vez, buscar los caminos que hagan viable la política de salud: mejorar costos y circuitos administrativos, llegar a acuerdos con los laboratorios, pero no para que se beneficie el ministro de turno, sino para que sirvan para el conjunto de los trabajadores".

"SOMOS EL REFLEJO EXACTO DE LA CRISIS DEL PAÍS"

También Carlos West Ocampo fue contundente: "La gestión de los últimos tiempos fue lamentable en el sector, todos los temas se han agravado". "Es imposible continuar con algunas cuestiones, como la cobertura de monotributistas en las obras sociales; usan al sistema para abaratar costos laborales", señaló. Todo esto resulta "en una sobrecarga a los trabajadores formales, que son los que aportan y los que sostienen el sistema".

"El mayor problema del mismo, hoy, es el financiamiento", aclaró West Ocampo. "Es difícil hablar de un sistema si algo tan fundamental como el financiamiento está tan vaporeado". "Somos el reflejo exacto de la crisis del país".

Otro de los temas que más preocupa a West Ocampo es el de los altos costos "por medicamentos que van dirigidos a determinados segmentos de la población".



Carlos West Ocampo

"Surgen situaciones inmanejables; si no asumimos todos estos cambios es muy difícil seguir sosteniendo el sistema".

Aunque sea difícil dar con una solución integral, West Ocampo alertó sobre la necesidad de "trabajar rápidamente y mostrarle al nuevo Gobierno las necesidades del sistema de salud, y ver qué se puede modificar normativamente para pre-

pararnos para un cambio total en la sociedad".

"Las obras sociales están en serio peligro; ojalá que podamos encontrar definiciones que nos sirvan para trabajar en el próximo tiempo y hacer viable el sistema de obras sociales, que debe ser una prioridad de los gobernantes", finalizó.

"HAY TEMAS URGENTES, PERO NO NOS OLVIDEMOS DE LO ESTRUCTURAL"

"No hay cadena de pagos y estamos sin insumos", advirtió Daniel Gollán para arrancar su presentación. Se trata de una situación de urgencia para la que hay que encontrar soluciones: "Los prestadores privados están cerca de la quiebra, las obras sociales están desfinanciadas, el salario promedio bajó y los productos médicos aumentaron: aquí la ecuación del desastre que vive el sector".

Con relación a los medicamentos de alto costo, Gollán señaló que "se trata de un problema a escala mundial". Con estos medicamentos supe-



Daniel Gollán

rando el 55% del gasto total de medicamentos en la Argentina, Gollán afirmó que "tenemos que retomar las negociaciones a nivel regional".

Explicó también que hay formulado un proyecto de Ley en el que se proponen políticas de medicamentos "para ganar poder de negociación y rebajas sustanciales".

"Si estamos pagando demasiada rentabilidad sobre algunos pro-



www.sanidad.org.ar

ductos, quiere decir que hay una anomalía que corregir”.

La ausencia del rol de Estado es otro de los puntos que agrava la crisis: “Tiene que haber un Estado más fuerte que tenga en cuenta este tema y analice si los medicamentos son costo-efectivos”.

“Necesitamos una Superintendencia acorde ya que esto se logra con la tutela del Estado”.

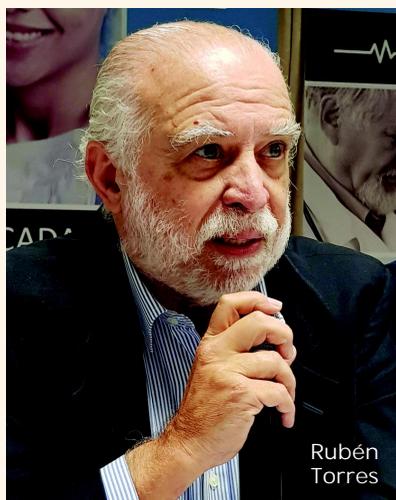
Pero además de discutir los temas de urgencia, según Gollán es también central “contar con un equipo que atienda el mediano y largo plazo: tenemos que pensar en una reestructuración del sistema”.

“EN LA ARGENTINA, LAS PERSONAS SE MUEREN POR LO QUE DICE SU CÓDIGO POSTAL”

Rubén Torres, por su parte, apuntó directamente al problema de la ausencia de rectoría desde la autoridad sanitaria nacional: “Tenemos que recuperar una situación de liderazgo en el sistema de salud, algo que está desaparecido desde hace mucho tiempo”.

“Este Gobierno durante dos años no tuvo ministro, y en los dos años siguientes el ministro no atacó los problemas centrales del sistema”.

“Es también el Ministerio el que, debe nivelar las desigualdades. Estamos en una República federal y la recaudación de las provincias es muy desigual; sin embargo, se les exige que tengan los mismos resultados en salud, creo que el Ministerio tiene que equilibrar estas diferencias, pero esto no se puede hacer con un Ministerio que tiene el 0,65 del PBI como presupuesto”, enfatizó Torres.



“El otro aspecto que tiene que ver con la rectoría es la hipocresía del Gobierno Nacional”, adelantó Torres.

“Le exige al seguro privado y a la Seguridad Social que cumpla cosas que el propio Estado no cumple con los más pobres de los argentinos (PMO). El problema es de inequidad no de cobertura”, argumentó Torres.

Con relación a la Seguridad Social, señaló que “es otro tema estructural que nadie ha encarado”. “El sistema de Seguridad Social está pervertido, el caso típico es el sistema de monotributo, donde el que más gana menos aporta y el que subsidia a ése que más gana es el más pobre. El sistema va a quebrar si esto no se soluciona”, remarcó.

“Por último”, agregó Torres, “creo que deberíamos discutir el PAMI, ningún país del mundo tiene un sistema específico para la tercera edad; discutamos seriamente si el PAMI debe existir en las condiciones de sustentabilidad que tiene”. Para finalizar, apuntó a la “hipocresía de la sociedad argentina, que discute el costo de la cuota de la prepaga pero no las diferencias de mortalidad materna o infantil entre Formosa y Tierra del Fuego. En los países civilizados, las personas se mueren por lo que dice su código genético; en la Argentina, se mueren por lo que dice su código postal”.

“LLEGAMOS A ESTE PUNTO PORQUE NO HEMOS TOMADO CONCIENCIA DE LA FUERZA DE ESTE SECTOR”

“Tecnología, farmacología, alta expectativa de vida, legisladores de turno, podríamos enumerar las causas de la crisis de financiamiento, pero no vale la pena porque todos las conocemos”, comenzó aclarando Claudio Belocopitt.

“Sí vale la pena preguntarnos qué hemos hecho nosotros como actores del sistema para estar donde estamos: nosotros somos corresponsables porque no hemos sabido transmitir, no hemos sabido ponernos de acuerdo”, acentuó.

“Hemos dejado que el Estado avance de manera permanente: todos los gobiernos, esto viene de mucho tiempo y la salud nunca ha sido una prioridad”.

Desde el sector de los privados, comentó que este año se ha confor-



mado la UAS (Unión Argentina de Entidades de Salud): “Por primera vez, nos juntamos todos a ver cómo podemos trabajar en conjunto para poner límites. El paso siguiente es unirnos con las obras sociales porque los problemas son los mismos”.

Belocopitt fue más que claro con respecto a la gravedad de la crisis del sector: “Nos vamos a fundir todos; y el problema más serio es que los argentinos se quedan sin sistema de salud”. La solución, definió, necesitará de acciones: “Con nosotros hacen política. ¿Qué pasa si un día le decimos al Gobierno: no damos más? Debemos tener la capacidad de que el gobierno de turno lo entienda”. “Llegamos a este punto porque no hemos tomado conciencia de la fuerza de este sector; debemos ponerle límites a este Gobierno y al futuro”, añadió Belocopitt.

El trabajo conjunto será también clave: “Si no empezamos a mirar los problemas de los otros subsectores, al sistema se lo llevan puesto. Tenemos que marcar la agenda y hablar con los gobiernos, este problema tiene que ser una prioridad del Presidente”. “Tenemos la obligación de pelear fuertemente”, finalizó Belocopitt.

“ES FUNDAMENTAL REFORMAR EL MARCO JURÍDICO QUE TENEMOS”

Luis Scervino comenzó rescatando lo señalado por el doctor Gollán: “Hay que pensar en la urgencia, pero a la vez tenemos que armar un equipo para el mediano y largo plazo porque si no el tiempo nos va a encontrar igual”.



Luis Scervino

“Creo que es fundamental reformar algunas cosas del marco jurídico que tenemos porque si no siempre estamos dando vueltas a través de lo coyuntural”.

“Con el Dr. Oscar Cochlar, sobre todo, en el momento que estuvimos en la función trabajamos en lo que llamamos Ley Complementaria de Salud que viene a traer soluciones a muchos de los temas que debatimos hoy”.

Uno de los temas a rediscutir, señaló Scervino, es el del PMO: “Habría que cambiarlo por una canasta de servicios para las prepagas y las obras sociales; y estipular que cumpliendo con esa canasta se extinga la responsabilidad”.

Otro tema clave es el financiero. En este sentido, Scervino aclaró que “nosotros prevemos que en esta ley se hable de la intangibilidad de los recursos de la Seguridad Social, incluyendo a todas las obras sociales y el PAMI, deben darle lo que realmente recaudan”.

Para Scervino, hay dos temas que son fundamentales, y están contenidos en el proyecto de ley: el modelo de atención médica y el de libertad de opción.

Con relación al modelo de atención, Scervino recaló que “debemos tener un sistema basado en el médico de cabecera obligatorio”. En relación con la libre elección señaló

que “ya es un derecho adquirido; es muy difícil revertir eso, pero sí podemos respetar la libertad sin romper el sistema solidario”.

El problema, añadió, es que “el complemento que se paga no tiene ningún tipo de aporte: queremos que ese complemento pague un 15% al Fondo, con lo cual el Fondo no se desfinanciaría”.

“Estos elementos que trabajan en el proyecto de Ley Complementaria de Salud pueden generar un mantenimiento de los recursos”, concluyó Scervino.

“VOLVAMOS A TENER POLÍTICAS FEDERALES DE SALUD”

“Tenemos que volver a plantear el sistema de salud como un sistema total, y no como una suma de individualidades”, señaló Héctor Daer al inicio de su presentación. Ver al sistema como un todo implica, con relación al descreme, que “hay que generar equidad de financiamiento de esos beneficiarios desregulados”.

Con respecto a la coyuntura, Daer marcó que “en el caso de



Héctor Daer

nuestra obra social, de 12 meses de gastos, 3 los pone el sindicato para financiar las prestaciones, pero el problema es que el sindicato tampoco da para más”.

En relación con el monotributo, aseveró que “es un tema para analizar a fondo: tenemos que entender que los trabajadores tienen que estar en relación de dependencia. Y, para aquellos que tiene profesiones liberales, habrá que buscar cuál es el mejor esquema de incorporación”.

Según Daer, otro de los temas a analizar es el de la discapacidad: “Que un chico sordo de un oído deba tener un transporte para ir al colegio es un ejemplo claro que distorsiona el principio de equidad. Hay que evaluar estas distorsiones”.

Otro de los asuntos a seguir pensando, concordó, es el del gasto en medicamentos. “Los remedios de farmacia no son los que terminan distorsionando el sistema, si los monopólicos que vienen de afuera”.

“Volvamos a tener políticas federales de salud”, ponderó Daer hacia el final. “Tenemos que volver a tener un programa integral para todos los argentinos, y generar una mirada desde lo universal y no desde lo individual”.

“TENEMOS QUE ACOSTUMBRARNOS QUE LA INFLACIÓN SANITARIA EN LA ARGENTINA ES SUPERIOR A LA MUNDIAL”

Gabriel Lebersztein agregó: “Nosotros estamos proponiendo una Agencia de Medicamentos que pueda negociar los precios antes de su autorización en la Argentina, y que pueda negociar confidencialmente, como lo hacen otras agencias del mundo”.



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



Gabriel Lebersztein

Además, sumó: “tenemos que acostumbrarnos a que la inflación sanitaria en la Argentina es superior en un 7% a la inflación mundial. El salario real en dólares cayó, a noviembre de 2018, un 45%. Y el costo de los medicamentos de alta tecnología aumentó en dólares un 20%. Es decir: no va a alcanzar nunca”.

Por eso, finalizó, “hay que empezar a decir que no, o al menos revisar qué va a estar primero y qué va a estar después y creo que la Agencia del Medicamento y la Agencia de Evaluación lo van a poder hacer”.

RONDA DE OPINIONES Y PROPUESTAS

Al iniciar la segunda parte de la jornada, se le dio la palabra al resto de los presentes que representaron a los diferentes subsectores. A continuación, una breve síntesis de las ideas, problemáticas y propuestas de los disertantes.

Comenzó Pablo Yedlin, diputado nacional por Tucumán quien señaló que “el sistema mixto es complejo, pero es el que tenemos y al que tenemos que apostar. Los sistemas públicos de salud no están igualmente colapsados en todas las regiones, el sistema tucumano es un ejemplo”.

Luego, Mario Lugones, presidente de la Fundación Sanatorio Güemes, afirmó “van a cerrar muchas clínicas, sobre todo en el área del conurbano porque son inviables, tiene que haber un organismo que realmente controle y gobierne el sistema de salud. También tenemos que discutir el tema del crédito del

IVA. No estamos en la agenda política porque hay algo que hicimos mal nosotros”.

A continuación, Gabriel Barbagallo, gerente de OSDE y secretario de la UAS enfatizó que “dada la crisis, tenemos que concentrarnos en las coincidencias. Las diferencias las vamos a tener que resolver con el tiempo. Ya no se puede más financiar la salud sólo desde el salario. Tenemos que plantear que el Estado no se desentienda y que se haga cargo de aliviar el impacto que tenemos por discapacidad”.

Por su parte, Hugo Magonza, director general del CEMIC y miembro de la UAS afirmó que “tenemos que trabajar juntos para encontrar una solución superadora. Hay dos temas a atacar: la judicialización inadecuada y la medicina defensiva. Si trabajamos sobre eso podemos ahorrar entre el 20 y el 30 por ciento del gasto actual”.

Alfredo Stern, director médico de la Obra Social de Sanidad, subrayó que “estamos muy mal por el efecto pinza, por los recursos que no nos llegan, por la aparición de nuevos monotributistas. Además, el problema de la salud es que su crecimiento es impagable. Por lo menos hasta que se nivele su consumo, la alta tecnología tiene que ser asumida por el Estado”.

Jorge Cherro, presidente de ADE-CRA, advirtió: “La Seguridad Social y el PAMI serán inviables a corto plazo: el Estado nos llevó al borde del precipicio. La emergencia sanitaria debe ser prorrogada. Se debe modificar la estructura fiscal de las deudas y habilitar la utilización del crédito fiscal del IVA. También nivelar el impuesto a la transferencia financiera del impuesto al cheque.

Son medidas que nos podrían traer alivio”, señaló también.

Isaías Drajer, presidente del Laboratorio Elea Phoenix y ex presidente de CILFA, fue el siguiente en tomar la palabra. “Coincido en lo que se ha dicho de los altos costos de medicamentos. En este sentido, hay otro tema fundamental además del costo: el de las políticas públicas que tenemos al respecto. Tenemos que saber qué pasa con el tema de propiedad intelectual. Hay que poner un límite a los derechos de las patentes”, destacó.

Marcelo Kaufman, presidente de CEDIM, añadió “en los últimos 35 años, en el sector sólo han aparecido parches y no una propuesta de cambio de modelo. Esta fragmentación nos lleva a que no pensemos cómo solucionar de raíz el problema. El problema no es la tecnología, sino su uso irracional. Tenemos que revisar la cultura prescriptiva”.

Más tarde, fue el turno de Sergio Oppel, secretario general de SUMAR que señaló “la calidad en salud que la gente todavía percibe se debe a la calidad de los médicos. Pero a la vez el 20 o 30 por ciento del gasto excesivo está dado por médicos mal formados que piden estudios innecesarios. Por eso, tenemos que prestar mucha atención a la capacitación médica continua y de excelencia”.

Por su parte, Andrés Pichón Riviere, director del IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), advirtió que “en una crisis se desnudan las debilidades: el sistema no está pensado para hacer frente a una crisis como ésta. Hay que repensar la manera en que se atienden las personas. La responsabilidad está en el Estado y en cada agente”.



Fernando Werlen, director general de Grupo Sancor Salud, aseguó que "llegó el momento de que la fragmentación del sector deje de ser una excusa. El sector necesita hacer un mea culpa. Todos tuvimos una mezquindad muy grande y ahora tenemos que estar unidos y hacer planteos, asumir responsabilidades e ir hacia la acción con propuestas".

A continuación, tomó la palabra Miguel Galmés, presidente de la Asociación Médica Argentina. "Como médicos, nos sentimos bastante desprotegidos por el sistema. Es difícil resolver un tema en 10 minutos de consulta muy mal paga. En general, resolvemos pidiendo estudios o con medicamentos. Tenemos que trabajar con ustedes para fomentar una mejor formación del profesional", afirmó.

Luego fue el turno de Liliana Conti, presidente de la Obra Social del Estado Fuegoño, que dijo estar "totalmente de acuerdo en las coincidencias, pero si no estamos en la agenda no podemos hacer mucho, tenemos la responsabilidad de ser la fuerza del sector para estar en la agenda política".

Continuó David Aruachan, presidente del Grupo Unión Personal, quien aseveró que "hay dos conceptos fundamentales: refundar un modelo de atención y redefinir el modelo de gestión. Tenemos que pensar en la Argentina como un país federal, con realidades muy distintas. Hay que trabajar también en el concepto de desinversión: no debemos tener miedo a discutir qué sirve y qué no".

Le siguió Jorge Iapichino, secretario de COMRA (Confederación de Médicos de la República Argentina). "Desde el punto de vista médico, la calidad y la educación médica está divorciada del Ministerio. Y de a poco se va deteriorando por los bajos salarios y la industria del jui-



cio, que hace que el médico trabaje a la defensiva", comentó.

A continuación, Oscar Cochlar, abogado y miembro del IISSS, ponderó que "lo más relevante es que necesitamos un Ministerio de Salud con rectoría suficiente para dirigir el sistema y tomar decisiones que sean aceptadas por el Poder Judicial. Hoy, tenemos una coadministración de salud a través del Poder Judicial. Debemos impulsar una conducta de los jueces para que otorguen cautelares sólo cuando sea necesario y por un plazo".

Por su parte, Daniel Alvarado, farmacéutico afirmó que "tenemos un problema grave: el 50 por ciento de los medicamentos se usan en forma inadecuada. Recomiendo leer la última posición de la OMS y de la OPS sobre las 10 claves de accesibilidad a vacunas y medicamentos: la Argentina está muy por encima de la media y esto es bueno. Pero sí tenemos un problema muy serio en la racionalidad: hay que concentrar todos los esfuerzos ahí, y eso sólo se puede hacer con un rol fuerte del Ministerio".

José Bustos, abogado, destacó por su parte que "hay que optimizar el uso de los recursos. Debemos

repensar el sistema de la Seguridad Social porque sobre una base contributiva ya no funciona más. Tenemos que ir hacia un sistema con más injerencia universal es decir tributos, para dar cobertura a todos".

Cerró la ronda Jorge Pellegrini, director de UOCRA. "El sistema tiene una cápita de alrededor de 1.600 pesos por afiliado. Y los monotributistas aportan 620, un tercio del aporte del sistema. Sin mencionar todas las anomalías que genera el monotributo, selección adversa, afiliación de personas enfermas y todas las que conocemos. El sistema de las grandes obras sociales no da para más. Lo mismo ocurre con PAMI. No son financiamientos genuinos del sistema", analizó.

Después de agradecer a todos los presentes por dar su visión, Gabriel Lebersztein pasó en limpio los puntos claves del encuentro, que "representó a todo el sector". "No va a alcanzar la plata", enfatizó Lebersztein. "La única solución se va a dar estando todos juntos para proponer nuevas ideas y leyes que puedan modificar lo que hoy sucede". □

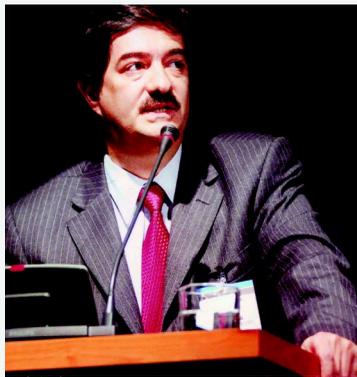
Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo. Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.

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.



Nusinersen: la incorporación de las prácticas de alto costo al Programa Médico Obligatorio



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

Con fecha 12/08/19 se publicó en el Boletín Oficial la Resolución 1452/19 de la Secretaría de Gobierno de Salud - Ministerio de Salud y Desarrollo Social que, incorpora en el PMO la cobertura del NUSINERSEN, disponiendo su cobertura a cargo de los Agentes del Seguro de Salud y Empresas de Medicina Prepaga, para el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME) en los tipos I, II y III, según las pautas establecidas por la Secretaría de Gobierno de Salud.

Las nuevas tecnologías que pretendan incorporarse al PMO deben necesariamente someterse a una evaluación de base científica que examine su eficiencia y efectividad y que por lo tanto asegure su contribución a la mejora de la salud de la población, en términos de cantidad y calidad de vida.

Si bien en los considerandos de la norma atacada, el firmante dice expresamente: "Que resulta uno de los ejes estratégicos de las políticas públicas de salud la evaluación de tecnologías sanitarias, con miras a reducir desigualdades y garantizar la equidad", afirmamos que este precepto no se ha seguido en este acto administrativo de alcance general:

a) A través de la resolución 623/18-MS del entonces Ministerio de Salud, se creó en el ámbito de la UNIDAD DE COORDINACIÓN GE-

NERAL del Ministerio de Salud, la COMISIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD – CONETEC, cuya función, según prescribe el artículo 6º, es la "... realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y/o rehabilitación de la salud, a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación para su financiamiento y/o cobertura. Dichas evaluaciones podrán tener en cuenta, según el caso, criterios de calidad, seguridad, efectividad, eficiencia, equidad, bajo dimensiones, éticas, médicas, económicas y sociales. Asimismo, podrá intervenir como órgano consultor en cualquier instancia donde se debatan cuestiones vinculadas al área de competencia de esta COMISIÓN, incluidos los procesos judiciales".

Hemos tomado conocimiento que la CONETEC ha realizado un informe de evaluación de tecnología sanitaria respecto de la utilización de NUSINERSEN en Atrofia Muscular Espinal (AME), que ni siquiera ha sido mencionado en esos considerandos de la norma.

b) Observando bibliografía sobre el tema, tampoco se ha considerado como antecedente, la evaluación efectuada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria –IECS, informe de carácter público, que textualmente dice: ⁽¹⁾

Conclusión:

Evidencia de alta calidad proveniente de un solo ensayo clínico aleatorizado con seguimiento a un año muestra que nusinersen para atrofia muscular espinal tipo I disminuye la mortalidad y el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, así como mejora la función motora permitiendo el desarrollo y la adquisición de ciertas habilidades (sentarse, permanecer de pie, caminar, etc.). Evidencia de alta calidad sobre el uso de nusinersen en atrofia muscular espinal tipo II muestra una mejora en la función motora a los 15 meses de tratamiento, aunque no se encontró evidencia sobre efectos en la mortalidad, el requerimiento de asistencia respiratoria o la calidad de vida. No se encontró evidencia sobre el uso de nusinersen en pacientes con atrofia muscular de inicio luego de los 20 meses de edad (tipos III y IV).

Nusinersen no se encuentra autorizado por ANMAT, pudiendo importarse como medicamento de uso compasivo. La Agencia Canadiense de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias, el Centro Nacional de Farmacoeconomía de Irlanda y documentos preliminares de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías al Sistema de Salud Brasileño y del Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia del Reino Unido no consideran la cobertura debido a su perfil de costo-efectivo e impacto presupuestario no favorable. Financiadores de Estados Unidos, así como Australia, Alemania y otros países de Europa contemplan la cobertura de nusinersen para los tipos I y II, con restricciones en su indicación, informando en general una reducción de su precio. Algunos

de estos financiadores también cubren esta tecnología en pacientes con atrofia muscular espinal tipo III o tipo IIIa, limitando su uso a indicaciones específicas.

Dicho informe ha sido actualizado recientemente -con posterioridad al dictado del acto administrativo que se analiza- aclarando el Instituto que:

Conclusión:

En la decisión de cobertura deberá tenerse en cuenta que la evidencia disponible, proveniente de los estudios pivotaes, no presenta los resultados diferenciados por tipo a AME, por lo que no se puede conocer la eficacia del nusinersen en pacientes con los distintos tipos de AME de inicio tardío. La guía de práctica clínica que ha sido consultada considera a la terapia con nusinersen como una opción terapéutica para todos los tipos de AME, sin embargo, se debe contar con una institución sanitaria que respalde dicha intervención. Algunos de los financiadores de salud de países de altos ingresos que han sido relevados brindan cobertura para esta indicación, mientras que otros sólo extienden la misma a pacientes con AME tipo I y II, ya que consideran que el tipo III cuenta con evidencia insuficiente. En la Argentina, el nusinersen fue incluido en el listado del PMO, otorgando cobertura del 100% a los beneficiarios a cargo del Agente del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Pre-paga, extendiendo su cobertura a pacientes con AME tipo I, II y III.

El informe de ese Instituto del mes de mayo de 2018, dice textualmente que: "Si bien no existe evidencia de adecuada calidad sobre su costo-efectividad en la Argentina, hay suficientes elementos para pensar que NO sería costo-efectivo (por ejemplo el costo es alto en relación a su comprador y la relación entre el costo de la intervención y el tamaño del beneficio neto es claramente desfavorable) - por ejemplo mayor a 3 PIB por año de vida o AVAC (año de vida ajustado por calidad) hay evidencia de que no es costo efectivo en otros países; o fue explícitamente excluido de la cobertura de otros sistemas de salud por su impacto presupuestario y/o falta de costo efectividad".

Ello, sin contar que hay informaciones de otros países que han efectuado evaluaciones de tecnología del Nusinersen, y que no han sido siquiera mencionadas en la norma referida.

EL ACUERDO CON EL LABORATORIO BIOGEN. LOS COMPROMISOS. EL FINANCIAMIENTO.

No hay discusión alguna que el Nusinersen es una terapia farmacológica de alto costo, y que la mayoría de las obras sociales no cuenta con los recursos suficientes para financiar el tratamiento.

La Secretaría de Gobierno de Salud ha suscripto un acuerdo con el laboratorio BIOGEN, a través del cual el organismo rector en la materia se compromete a implementar un "PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON AME". Nada de eso se ha hecho hasta el momento, limitándose el acto administrativo cuestionado a incorporar la terapia al Programa Médico Obligatorio.

Por otra parte, y si bien uno de los objetivos del acuerdo es reducir el precio que deben abonar los financiadores por la adquisición del principio activo Nusinersen (Spinraza), lo concreto es que las acciones que se ejecutaron están destinadas -casi con exclusividad- a su cobertura y no a la búsqueda del financiamiento adecuado.

La cláusula NOVENA del acuerdo textualmente dice:

NOVENA. PLAN MEDICO OBLIGATORIO Y SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS: Una vez cumplidos los requisitos legales, la SECRETARIA DE GOBIERNO DE SALUD se compromete a arbitrar todas las medidas necesarias para incluir el Principio Activo para pacientes con AME Tipo I, II y IIIa en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en el Sistema Único de Reintegro (SUR).

Dos son las conclusiones que pueden establecerse de esta cláusula:

- No se han cumplido todos los requisitos legales. Por ejemplo, no sabemos si los financiadores del Sistema han adherido a la firma del Acuerdo (cláusula DÉCIMA) hasta alcanzar el 70% de la población con AME. Tampoco, como quedó dicho antes, se han acompañado las evaluaciones de tecnología pertinentes que permitan acreditar el acompañamiento académico y científico a los tipos incorporados a través de la norma.
- No se ha dispuesto la cobertura a través de SUR para las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La Confederación General del Trabajo se presentó ante la Secretaría de Salud cuestionando el acuerdo, actitud que también asumieron algunas obras sociales del Sistema, recibiendo como respuesta de la Secretaría de Gobierno de Salud que: "En relación al presente requerimiento, se informa que la adquisición del medicamento que soliciten obras sociales a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD será financiada con recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN" (2)

Si bien no es resorte de la Secretaría de Salud la inclusión de coberturas dentro del Sistema Único de Reintegro que funciona en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud se trata de una condición establecida en el acuerdo que no se ha cumplido hasta el momento, máxime teniendo en cuenta la jerarquía que detenta la Secretaría respecto de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En virtud de esa supremacía jerárquica de organismos, bien pudo señalar en la parte dispositiva los compromisos asumidos en el cuestionado acuerdo.

Ahora bien, más allá de las competencias, lo concreto es que hoy se ha incorporado una cobertura de altísimo costo al Programa Médico Obligatorio sin financiamiento adecuado y sin el fundamento médico-científico correspondiente.

En definitiva, pareciera que tanto el acuerdo como la Resolución están destinados a cubrir un aspecto económico-financiero que nace a partir de las condenas solidarias para con el Estado Nacional, en los reclamos judiciales de cobertura del Nusinersen, y no por cuestiones científicas que ameriten su incorporación al Programa Médico Obligatorio.

Por otra parte, la metodología utilizada para la incorporación -a través de un acuerdo celebrado con el Laboratorio- podría, de repetirse con otros, transformarse en un mecanismo ilegítimo de inclusión de medicamentos de alto costo al PMO, bajo la apariencia de legalidad.

Consideramos que esta es una nueva demostración que refleja la necesidad de rediscutir el financiamiento de la salud en general y de la seguridad social en particular. □

1- INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SANITARIA. www.iecs.org.ar
2- NOTAN° NO-2019-62549254APN-SCYRS/MSYDS, en respuesta a la presentación que efectuara la Obra Social de Unión Personal.

Telemedicina: controversias de una práctica que crece

El 22 de agosto pasado, en el Hotel Four Seasons de Buenos Aires, tuvo lugar el VIII Congreso Argentino de Auditores y Gerentes de Salud, que tuvo por tema a la Telemedicina. Un evento organizado por SADAM (Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria).



Para que su aplicación fuera posible “son necesarios definir criterios de interoperabilidad, debe avanzarse significativamente hacia la digitalización del trabajo médico con el uso de herramientas avanzadas en comunicación entre profesionales y el paciente, con los debidos resguardos de seguridad y protección de sus datos”.

Le siguió el Dr. Emiliano López, coordinador nacional de Telesalud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que compartió **“el concepto de que la Telesalud es una estrategia que busca acortar brechas sanitarias mediante la incorporación de nuevos modelos organizacionales y nuevas tecnologías”**.

Con esto introdujo la explicación del Plan Nacional de Telesalud 2018-2024, planteado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el marco de la Cobertura Universal de Salud (CUS) como política pública. Para alcanzar las 24 jurisdicciones, explicó que el trabajo se estructura sobre 3 ejes transversales: Gobernanza, Gestión del Plan y Desarrollo del Programa.

“Como el Ministerio tiene su función de rectoría, llega a todas las provincias, para que a su vez cada provincia trabaje en sus propias instituciones por medio de resoluciones que designen a los referentes en telesalud de acuerdo con su función y finalmente, puedan ser usuarios los integrantes de los equipos de salud y beneficie a la ciudadanía”, señaló el Dr. López. Sobre infraestructura, desde el Estado se desarrolló un software gratuito

El Congreso planteó la necesidad de un abordaje integral de esta práctica que ya se está trabajando como política de Estado, y que presenta múltiples ventajas pero que merece importantes consideraciones para una aplicación segura y de calidad.

Fue la Farm. Estela Izquierdo, presidente de SADAM, la encargada de abrir el congreso. “En nuestro país estamos transitando el camino de la Telesalud como política de estado la cual se encuentra dando sus primeros pasos y para ello se presentó el Plan Nacional de TeleSalud 2018-2024 y dentro de este marco se encuentra la Telemedicina”.

Señaló que “la elección para abordar esta temática tiene su raíz en que el país transita por un sistema de salud muy fragmentado con distribuciones geográficas muy desiguales y con dificultad de acceso en

algunos casos y el hecho de que estas disciplinas son emergentes en todo el mundo”. De acuerdo con la definición de la Asociación Americana de Telemedicina es “El intercambio de información médica, desde un punto hacia otro, por medio de las comunicaciones electrónicas con el objeto de mejorar el estado de salud”, expresó la Farm. Izquierdo.



para entregar a todas las instituciones para que puedan desarrollar la telemedicina.

Con respecto a los avances, informó que en el eje Gobernanza ya se cuentan con 16 referentes de telesalud en las provincias; se han escrito 3 resoluciones: Resolución de Estrategia de Salud Digital, Resolución del Plan Nacional de Telesalud y Resolución de Estándares, para el desarrollo de software, y 3 documentos técnicos para trabajar los procesos de telesalud. Desde el eje de Gestión del Plan hay registrados 505 nodos en la red de 20 mil establecimientos, que ya se están colaborando entre sí; se incorporó la telemedicina y la telesalud en los programas SUMAR y PACES, y ya hay 15 programas que están siendo utilizados en las provincias.

Luego, en su disertación, la Dra. Sandra Wierzba, investigadora de la Facultad de Derecho de la UBA, profundizó en los as-



pectos jurídicos de la tecnología en salud, destacando el uso de la telesalud, inteligencia artificial y la robótica en el ámbito sanitario. Acerca de las normativas en salud mediadas por la tecnología, señaló que "la legislación en salud no se encuentra sistematizada, y esto genera un problema en el encuadre de las situaciones por posibles contraposiciones para el tratamiento del mismo problema".

"La normativa de protección de datos indica que los datos no pue-

den ser utilizados de forma automática sin autorización, deben ser utilizados para una finalidad específica y tratar de no ser extensos en la utilización de datos", explicó la Dra. Wierzba.

En cuanto a la Ley de firma digital, planteó, "¿Qué entidad audita o certifica las firmas digitales? ¿Cuántas instituciones pueden someterse a la verificación de la firma digital? Como ejemplo, planteó que "no todos tienen

firma digital de acceso, por lo que se utiliza la firma de unos pocos colegas que en principio la tienen, y en caso de mala praxis se responsabiliza al colega que no tuvo vinculación con el caso y que posteriormente debe explicar esta situación".

En cuanto a una posible ley de telemedicina, recomendó "trabajar en el proceso de buenas prácticas, normas abiertas, protocolos institucionales para comprender y tratar de regular las propias realidades".

chk
 consultores

Gestión de Sistemas de Salud
 Auditoría de Terreno
 Desarrollo de Redes Prestacionales
 Optimización del Gasto
 Programas Preventivos
 Consultoría Informática en Sistemas de Salud

mail: chkconsultores@gmail.com - cel.: +54 9 11 36986400



Hector Garín, Miguel Galmés y Adrián Gindin.

El Dr. Fabián Vítolo, gerente de Servicios Médicos de Noble Seguros, señaló que actualmente las compañías de seguros profesionales cubren telemedicina. De esta manera “reconocemos las enormes ventajas que ofrece: en la asistencia en zonas alejadas, problemáticas, en situaciones muy puntuales, de catástrofes, de guerra, de urgencia, la teleconsulta, la telecapacitación, la televigilancia y la cirugía robótica”.

A su vez, mencionó la controversia que la práctica genera para los médicos, que merece una reflexión: “El año pasado estábamos discutiendo esto en el congreso de cirugía y muchos cirujanos se estaban quejando de que las prepagas ofrecen

teleconsulta cuando no hay problemas para acceder a los médicos en el lugar. Eran médicos de la Provincia de Buenos Aires que se quejaban de que sus ingresos mermaban porque hacían interconsultas con médicos de otro lugar”.

LOS MÉDICOS Y LA TELEMEDICINA: UNA RELACIÓN QUE SE CONSTRUYE PASO A PASO

El Dr. Adrián Gindin, secretario de Tecnología Educativa por la Facultad de Medicina (UBA), informó que la telemedicina se está incorporando de forma exitosa por medio de capacitaciones e-learning, como programas

de apoyo a la educación presencial. “Tenemos capacitación virtual de telemedicina y la formación presencial en el taller donde aplican lo que vieron en la otra clase”.

Sobre la modalidad de capacitación, el Dr. Gindin señaló: “No son estrategias para enseñar y educar sobre esto, si no que complementan el entrenamiento presencial que están recibiendo. Esto nos permite tener un feedback más avanzado a través del e-learning”.

El Dr. Miguel Galmés, presidente de la Asociación Médica Argentina (AMA), remarcó la falta de marco regulatorio sobre la práctica de la telemedicina y cómo esto afecta a la actividad de los médicos: “Debemos regular qué se puede y qué no se puede hacer. A la Telesalud hay que darle un marco institucional, porque en la teleconsulta, ¿cómo se le da el marco jurídico para darle representación y la seguridad que debe tener ese médico?, tanto el que habla a distancia tanto como el que debe desarrollar la atención en el lugar donde está el paciente. ¿Cuál es el responsable?”.

Asimismo, hizo una crítica en cuanto a que en el Plan Nacional de Telesalud, dentro del grupo asesor no se encuentran las sociedades científicas de médicos. Luego, hizo hincapié en que “la telesalud debe ser una herramienta para los médicos que hacemos salud y no una herra-

Reconocimiento al compromiso con la salud

En el marco del VIII Congreso Argentino de auditores y Gerentes de Salud, que abordó la Telemedicina: “Controversias de una Práctica que Crece”, la comisión directiva de SADAM distinguió a las personalidades que anualmente son reconocidas por su trayectoria y compromiso con la salud de la comunidad. Este año fueron reconocidos: la Mg. Patricia D´Aste, ex presidente de SADAM y presidente de la Consultora ProSanitas BSC, el Dr. Jorge Pedro Cherro, presidente de ADECRA y el Dr. Mario Iván Lugones, presidente de la Fundación-Sanatorio Güemes. En los últimos años se han premiado a otros miembros destacados de la comunidad que han realizado su tarea, como el Dr. Aldo Neri, el Dr. Ginés González García, el Dr. Rubén Torres, la Dra. Mónica Fein y el Dr. Francisco Maglio, entre otros destacados profesionales del sector.



mienta de la informática que utiliza al médico. Ese es el concepto fundamental, y si le podemos dar un marco jurídico podemos decir que sí y que no dentro de la medicina".

Por su parte, el Dr. Héctor Garín, presidente de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA) coincidió en que el uso de la tecnología es positivo, "siempre que sea de utilidad, como la teleeducación, las interconsultas entre profesionales o con los pacientes, la digitalización de la histórica clínica, con la confidencialidad y recaudo correspondiente".

Asimismo, mencionó que "la teleconsulta deshumaniza la atención médica", y explicó: "nosotros defendemos a ultranza la relación médico-paciente. Que esta relación se rompa, nos parece una incorrección dentro de la medicina, porque un paciente no es un síntoma solamente. El síntoma es lo que el paciente puede llegar a transmitirnos. Pero el paciente es más que eso, es una persona que siente, piensa, que tienen una sensibilidad y esto no puede transmitirse a través de la tablet".

El Dr. Emiliano López compartió unas palabras al respecto, coincidiendo en que desde el Ministerio están atentos a los resultados que va produciendo la telemedicina, destacando que "esta es una tecnología más que viene a dar apoyo, pero que no soslaya lo que está antes que son los procesos, la calidad y los modelos de trabajo". Al respecto de las exposiciones de los Dres. Galmés y Garín, "los invitamos si no se han sentido representados, a participar del grupo asesor como un ambiente natural para debatir y poner todos los problemas que ustedes mencionaron para discutir estas cuestiones. Porque también disponemos de una medicina basada en la evidencia que de a poco pone a la vista las ventajas de esta práctica".

A su vez, el presidente de AMA agradeció la invitación y señaló: "esperamos que para la próxima reunión del grupo asesor la AMA pueda estar presente, como las demás entidades científicas y facultades. Porque si lo hacemos bien esto va a ser útil, si no esto será la banalización de la medicina".

LA TELEMEDICINA EN LA PRÁCTICA: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

La Dra. Mariana Flichman, gerente corporativa de Riesgo y Calidad Médica de Swiss Medical, compartió la experiencia de la aplicación de la telemedicina señalando sus ventajas como "un avance social, donde se acerca a los sectores más vulnerables a la atención en salud como en las grandes ciudades, favorece la comunicación del equipo y la posibilidad de hacer interconsultas en lugares y horarios que antes no se pensaban".

En contraste, llamó a "valorar los riesgos de las teleconsultas". Sobre esto explicó: "Algunas instituciones que quieren implementar un programa de teleasistencia, por el entusiasmo de querer avanzar por este camino, a veces les cuesta frenar un poco y evaluar los riesgos", que clasifica "con relación a la consulta, formación para los profesionales, la capacitación a la comunidad general y a la teleasistencia".



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar



Refirió a la consideración de la OMS "que señala que la distancia debe ser un factor crítico. Sin embargo, hoy lo estamos aplicando a lugares donde no es un factor crítico". Asimismo, señaló que deben existir "reglas claras" en cuanto a la práctica de la teleasistencia en general, tanto para los médicos como para la comunidad. "Si la persona que recibe el servicio no sabe cuáles son las condiciones, ya sea por su discapacidad o edad, tiene que haber otra persona responsable que acompañe al paciente que entienda las reglas del juego y las limitaciones".

Le siguió el Dr. Guillermo Schorlandman, presidente de la Fundación Iberoamericana de Telemedicina, que compartió la "Experiencia Pública Acuario Salud", una plataforma creada por la fundación en el año 2000, que, a través de la historia clínica digital lograron *despapelizar* la gestión de la atención primaria. Asimismo, mencionó la conectividad como una condición necesaria para un correcto funcionamiento de la práctica. "El ENACOM firmó una resolución para un programa de conectividad que se está tratando de aplicar a través de ARSAT".

La siguiente exposición estuvo a cargo del Dr. Fernando Plazzotta, jefe del Programa de Telemedicina del Hospital Italiano, quien compartió el funcionamiento de la plataforma de teleasistencia, como medio formal de consultas y de confidencialidad para los datos del paciente: "La historia clínica es el único repositorio de información del paciente y el portal de acceso a todo el equipo de salud. Es la puerta de acceso de la comunidad a su información como paciente y a estas consultas.

Sabemos quién es el médico, quién es el paciente porque está empadronado, con su foto que se vincula al

DNI, y se valida con el RENAPER". A su vez, en relación con las teleconsultas señaló: "El paciente está integrado al sistema de turnos y facturación. Y cada consulta queda registrada, con los datos de quien la atendió y cuando la atendió".

A su vez, el Lic. Antonio Luna, coordinador de Redes y Comunicación a distancia del Hospital Garrahan, expuso sobre "La Telemedicina en la Gestión de la Red Pediátrica Nacional", en la que compartió el origen de su programa de telemedicina: "La idea del Dr. Mauro Castelli de generar un sistema fácil, económico, eficaz y al alcance de todo surge en el 1997 con el telefax. Con esto, Castelli supera la fragmentación y le da un poder federal al hospital y firma convenios de cooperación interhospitalario con hospitales públicos de cabeceras de todas las provincias del país", contó el Lic. Luna.

"En el año 2002 la OPS y el hospital hicieron un proyecto de telemedicina para redes de servicio en Jujuy y se ubicó una oficina de comunicación a distancia que tenía que respetar los niveles de complejidad de la provincia y en caso de no poder solucionar un problema, se consultaba al Garrahan". Esto estableció un orden en el desarrollo del programa. El trabajo en red tiene por principios: estimular la resolución local, favorecer la regeneración, garantizar la adecuada contrarreferencia y potenciar transferencia de conocimientos.

El Dr. Gabriel Barbagallo, presidente de la Asociación Civil de telemedicina de la República Argentina (ACTRA)-OSDE, compartió la experiencia de la telemedicina en OSDE. Sobre las ventajas señaló "la accesibilidad, vence barreras geográficas, disminuye desplazamientos innece-



sarios, la detección precoz de patologías, previene errores médicos y acelera procesos de conocimientos", y agregó, "es una herramienta que mejora la calidad médica, siempre que complemente la atención clásica y no la reemplace. En ningún momento la telemedicina puede reemplazar ni la actividad ni la presencia del médico, es una forma más de llegar a donde de otra manera no se puede llegar en tiempo y en espacio".

EL Dr. Daniel Rizzatto Ledé, director de Desarrollo de Sistemas Informáticos Sanitarios en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, presentó la Estrategia Nacional de Salud Digital: "**El objetivo sanitario es que todas las personas tengan acceso a la atención en salud, sin importar su nivel socioeconómico o donde se encuentren localizados, y en esto ver como la tecnología nos ayudará a llegar a este objetivo**". En ese sentido, agregó: "**La estrategia no busca reemplazar los sistemas existentes si, no que busca que cada vez haya más y mejores sistemas de información en cada uno de los subsectores y en las instituciones, y que puedan comunicarse entre sí. Que cada uno desarrolle lo que necesite, con competitividad, pero con reglas en común para que puedan comunicarse entre sí**". La Red de Salud Digital pone en comunicación a los establecimientos de salud de distintos lugares, mediante una historia clínica digital compartida.

Sobre los resultados obtenidos, el Dr. Rizzatto Ledé destacó: "Hoy tenemos empadronadas casi un millón de personas en la red, y hay casi 5 mil pacientes que tienen información en más de un lugar por medio del sistema". □





Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



osim
Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

VIDT
ONCOLOGIA RADIANTE

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 futuro de la salud en tiempos de ajuste

Gasto versus tecnologías disruptivas

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



Hace ya cuatro años -en esta misma revista- publiqué un artículo en donde sostenía que la ausencia de una Agencia de Evaluación Económica (AEE) en salud como instrumento, técnicamente probado que posibilitara dimensionar en términos comparativos el beneficio de aplicar determinada intervención sanitaria disruptiva -teniendo en cuenta el costo de oportunidad que cada decisión trae consigo- impedía salir del dilema de la expansión del gasto en un contexto de recursos cada vez más escasos. Y que seguir gastando discrecionalmente en base a supuestas efectividades terapéuticas, cuando los precios resultaban astronómicos era, además de una cuestión compleja de dilucidar, algo que no podía quedar sólo en la lógica de la autonomía profesional como tampoco en la decisión unilateral y reduccionista de los financiadores. Nada mejor que la evaluación económica para tener evidencia de cuál es la mejor combinación deseable entre costos y efectividades, para poner a ambos actores en la exacta dimensión de lo que significa precio y valor terapéuticos. Siguiendo el viejo aforismo que *"sólo un necio confunde valor con precio"*.

El impacto que las nuevas tecnologías innovadoras en salud -sean fármacos o dispositivos médicos- viene ejerciendo sobre el gasto de los sistemas sanitarios es crítico. Especialmente en el caso de nuestro país, más cuando la economía viene retrocediendo dramáticamente. La velocidad con que las terapias disruptivas van ingresando al mercado sanitario y el peso de sus costos requiere un replanteo de los mecanismos de gestión de los procesos regulatorios en el sector salud. Sea en su aprobación o en sus precios. Porque básicamente llevan a poner en situación de alerta a quienes deben financiarlas, teniendo en cuenta el costo de oportunidad a que lleva condicionar el destino de cada unidad monetaria invertida en el contexto procíclico de un Producto Bruto decreciente. Y de la contracción relativa de aportes y contribuciones en los seguros sociales de salud, y de los recursos fiscales en el sector público. ¿Basta sólo con el deseo imaginario de tener al alcance la mejor tecnología médica, si de eso resulta comprometer fondos del sistema sólo para asegurar ciertos beneficios individuales en desmedro de la salud colectiva? ¿Resulta éticamente correcto asignar "mucho para pocos", sin tener en cuenta que entonces quedará "poco para muchos"? Preguntas sin respuestas claras.

Es cierto que existe una preocupación social mayor por aquellos que se enfrentan a peores perspectivas futuras de salud, de ahí que se tienda a dar prioridad a los pacientes más gravemente enfermos, particular-

mente a quienes se enfrentan a un riesgo de muerte inminente. ¿Pero para quienes tienen bajo riesgo de vida respecto de la práctica innovadora de alto costo, que conducta queda? Para tomar decisiones, el NICE inglés se apoya en los valores de costo por Año de Vida Asociado a Calidad (AVAC) cuando debe establecer si recomendar o no un nuevo medicamento o dispositivo médico para su uso en el sistema de salud, aplicando un umbral de costo/efectividad incremental de entre 1 y 2 PBI/cápita por AVAC ganado (NICE, 2008). Cualquier tratamiento cuya relación costo/AVAC se sitúe por encima de tal ratio tendrá escasas posibilidades de ser incorporado a la práctica médica. ¿Qué debiéramos hacer racionalmente en nuestro caso, teniendo en cuenta el valor real de nuestro actual PBI/cápita?

En la gestión de la presión tecnológica sobre el mercado de la salud confluyen intereses divergentes: de la política de salud, de los prestadores de servicios y del propio sector industrial. Cuestiones como la incorporación de nuevos medicamentos biotecnológicos o químicos en terapia oncológica o enfermedades poco frecuentes, o el uso creciente de dispositivos médicos sofisticados en intervencionismo terapéutico de alto costo y variable efectividad, constituyen ejemplos cuyo denominador común reside en la dificultad de determinar, por parte de reguladores y financiadores, si es o no deseable derivarles más recursos financieros en un contexto de utilidad no claramente establecida o percibida por el paciente.

¿Resulta posible incorporar acriticamente en nuestro país todo lo que asoma en el horizonte innovador de los países centrales? Quizás como caso más complejo vuelvo a traer el motivo de mi artículo del número anterior sobre tecnologías disruptivas, el Zolgensma^o, último desarrollo de terapia génica curativa que Novartis adquirió a AveXis en 2018 a un precio de u\$s 8.7 billones sólo para tratar la Atrofia Muscular Espinal (AME) Tipo 1, una enfermedad con incidencia de 1/10.000 nacidos vivos. Aplicable en el momento del diagnóstico o en etapas tempranas de la enfermedad, esta ha ingresado en fecha reciente en el mercado sanitario con un precio de u\$s 2.125.000 la dosis única. Para cualquier padre con un hijo afectado por esa patología, ese precio no es más que el equivalente del valor de la vida de su niño. El problema es que, si bien la efectividad inmediata a 20 meses ha sido muy alta, el poder curativo a largo plazo aún se desconoce, ya que la FDA ha aprobado su comercialización sólo con un estudio en Fase 1 de 15 pacientes iniciado en 2014 y finalizado en 2017. Hoy es el medicamento más caro del mundo y su futuro a corto plazo es también el de la medicina génica, ya que a 2025

la misma FDA estima que si todo va bien en 2025 habrá entre 10 y 20 terapias génicas en el mercado norteamericano. Son solo 6 años, y cada vez se acentuará más el dilema de precio/valor.

Si el costo de financiar determinadas prestaciones o insumos novedosos pone en riesgo la sustentabilidad del sistema, habrá llegado el momento de tomar decisiones respecto de aceptar o no tales tecnologías, lo que llevaría a la necesidad de priorizar. El dilema pasa por cómo construir ética y científicamente la lógica del NO en el campo de la salud, en función del por qué y el para qué asignar recursos escasos frente a tal presión tecnológica, y sobre qué bases ciertas. Más aún cuando mucha tecnología médica y fármacos de última generación quedan sujetos a procesos de "inducción" en el contexto de la relación de agencia, que conducen en forma directa al amparo judicial. Los efectos suelen ser comunes a las causas: controversia de opiniones en donde se mezclan consideraciones técnicas y conflictos de interés, "captura" de muchas decisiones regulatorias por parte de los prestadores o de la industria y crecientes demandas de una población potencialmente receptora de lo que opinan los medios respecto de nuevos tratamientos, donde lo que pesa es el juicio de valor en desmedro del juicio técnico. El problema es: ¿Existen métodos convincentes y adecuados que puedan aportar reglas claras, transparentes y generales a los diversos ámbitos de intervención de la actividad sanitaria?

La respuesta es afirmativa, si aplicamos el principio de la relación de agencia respecto de la asimetría de información. Si un Principal (el Estado), a su vez regulador por excelencia, asumiera el compromiso de tomar decisiones a partir de objetivos sanitarios perfectamente definidos desde lo técnico y con transparencia de infor-

mación, evitando ser "capturado" por otros "principales" (farmaindustria, tecnoindustria, capital privado, etc.), podrían neutralizarse debates que confunden a la opinión pública (en este caso el Agente) más de lo que aportan en conocimiento y confianza respecto de garantizar la mayor efectividad, con calidad y seguridad del proceso asistencial (asimetría de información), en un contexto financieramente sustentable. Más aún, en el mes de mayo de este año, el BMJ publicó un informe en el que se ponían en cuestión las estrechas relaciones entre las farmacéuticas y las asociaciones de pacientes en Reino Unido (<https://www.bmj.com/content/bmj/365/bmj.l1806.full.pdf>). Según este artículo, las investigaciones existentes han sacado a la luz que los lazos financieros con una industria impulsada por el riesgo de ganancias convierten a las organizaciones de pacientes en "terceros" aparentemente independientes pero que les son útiles a la hora de promover medicamentos nuevos, especialmente cuando éstos muestran perfiles clínicos problemáticos, o cuestiones de costo o exagerada rentabilidad. Esto habla de la necesidad imperiosa de comenzar a gestionar la presión tecnológica en forma integral y con responsabilidad. Más cuando la próxima década verá al sistema de salud inmerso en la conflictividad natural de un proceso de reconstrucción económica complejo, que requerirá demasiada prudencia y pocas promesas. Habrá sin duda mucho por hacer. Pero nunca será tarde para empezar si hay suficiente sustento técnico y decisión política. □

(*) Titular de Análisis de mercados de salud. MEGS. Universidad ISALUD. CABA. Argentina.

La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

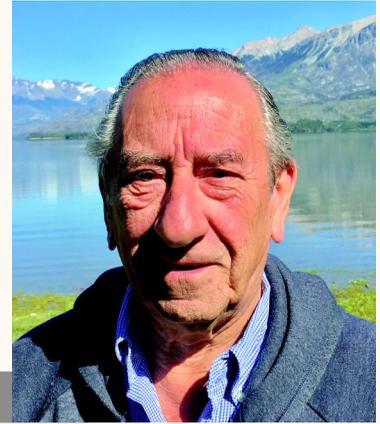
Nuestras publicaciones



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



Los errores humanos



Por Fernando G. Mariona - Abogado (**)

Cuando éramos estudiantes de abogacía de primer año de la carrera, cursábamos una materia que se llamaba "Civil I, Parte General". Teníamos en la UBA en aquel entonces unos monstruos sabios profesores, que nos explicarían un tema fascinante: los "vicios del Consentimiento".

Ellos eran el Error, el Dolo, el Fraude y la Violencia. Fue este uno de los primeros contactos que tuvimos con algunos elementos teóricos que nos iban a permitir el día de mañana usar como mecanismos de defensa.

Estos vicios del Consentimiento o de la Voluntad eran ciertos defectos congénitos en la producción de dichos actos jurídicos, que serían susceptibles de provocar la invalidez de los mismos.

En el tema del error se nos explicaba que había uno de hecho y otro de derecho. En el primero de ellos, era evidente que, si una parte entendía que iba a alquilar y el otro a vender, este error esencial sobre la naturaleza del acto lo anularía.

Lo mismo ocurriría si el error era sobre la persona con la cual se iba a formar la relación de derecho. En cambio, el error de derecho en ningún caso impediría las consecuencias legales de los actos jurídicos. Nadie, ningún habitante en la Argentina puede desconocer la existencia o inexistencia de una ley para justificar su obrar ilícito.

En el campo de la Medicina, desde siempre, el error ha sido una de las causas de producción de daños en los pacientes, que han llevado a los médicos a tribunales. En algunos casos por el error del diagnóstico, otros en el tratamiento, otros en la persona destinataria de este, otros en el lado en que debe realizarse el acto quirúrgico, otros en el miembro u órgano, otros en la medicación suministrada, otros en la vía para aplicarlo. Es decir, que como hemos comentado a lo largo de todas las anteriores columnas en esta revista, el error está latente.

La Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de Salud desde el año 2005 habían elaborado un proyecto destinado a la creación de un "Registro Unificado de errores médicos". Dicha saludable iniciativa habla por sí sola del reconocimiento de la problemática.

La falla de los sistemas complejos de gestión, como es el del cuidado de la salud de las personas en las instituciones asistenciales, incita a interesarse en el rol del error humano.

La literatura médica, mucho más que la jurídica, muestra la importancia del error humano.

Es así como el análisis de los accidentes en general imputa un 65 a 80% de las causas inmediatas a los operadores de primera línea en la industria y los transportes públicos (Woods y al., 1994; Hollnagel, 1993).

Para mejorar la seguridad de los sistemas es necesario tener en cuenta varias nociones.

En primer lugar, la imposibilidad de **suprimir** el error del funcionamiento humano "El error es inseparable de la inteligencia humana" (Reason, 2000).

En segundo lugar, reconocer la existencia de estrategias efectivas que el hombre implementa para evitar las limitaciones de sus capacidades. Como un mecanismo de autodefensa.

En efecto, el operador humano está limitado en sus recursos, limitado en su racionalidad, pero no se somete a esa limitación. Su "amor propio" se lo impide. Sigue hacia adelante, aunque advierta que puede estar equivocándose.

Es entonces que en tercer lugar se debe reconocer que el hombre "organiza" su cognición para afrontarlo: reducción de la complejidad, conducta temeraria por anticipación, funcionamiento con el sistema prueba/error, realización en paralelo de varias tareas, economía de los recursos que llevan a preferir un nivel de conducta automático a un nivel de conducta controlado, para ganar tiempo. Se autoconvence que cuanto menos tiempo, más eficiencia.

Esa manera de proceder va acompañada de una toma de riesgos pues privilegia el resultado a expensas del análisis exhaustivo de las situaciones a "posteriori" de su actuación, o de la concentración en una sola tarea. La elección de dicha "estrategia" por parte del cerebro humano tiene en cuenta (aunque a veces la sobreestima) la capacidad de recuperación en caso de error.

El error es la consecuencia natural de ese funcionamiento y no puede ser suprimido. Por esa razón, los errores son frecuentes en las actividades humanas, a veces se producen varios por hora, pero su índice de detección y de recuperación por parte de su autor, es asimismo muy elevado, del orden del 80% (Reason, 2000). El "quid" de la cuestión pasa por la honestidad intelectual del actor de primera línea, de reconocer con objetividad y sin temor, inmediatamente después de la producción del error, después de haberlo cometido, que se ha equivocado. Ya sea por su imprudencia, por su impericia o por su negligencia. Una muy delgada línea existe entre reconocerlo y no importarle, o reconocerlo y actuar en consecuencia.

La doctrina y la jurisprudencia han sido benévolos con el error en general y con el error médico en particular. Los ha dividido en "excusable" y en "inexcusable". Será excusable cuando de su parte no haya habido culpabilidad alguna, e inexcusable cuando podría haberse evitado si el médico hubiera actuado diligentemente. Este último se halla muy ligado a la idea de culpa.

Será tarea del juez dilucidar si el camino elegido por el profesional haya estado dentro de los aconsejados por la ciencia médica, habrá que darle los elementos para ello. □

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



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020



ROSSI
Cuidándote siempre

Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

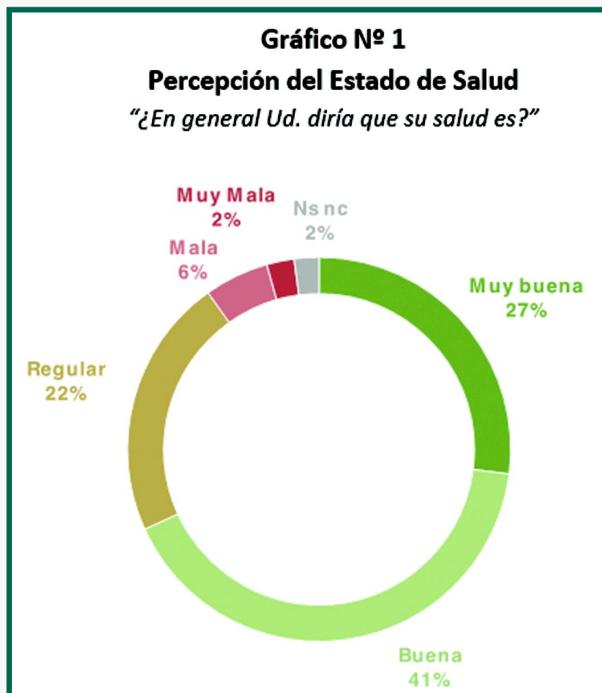
Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Av. Corrientes 544 | Arenales 2777/2751
Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678

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

Evaluación del riesgo cardiovascular y riesgo de diabetes en la población argentina

Continuando con el programa de estudios sobre salud (Proesa), las consultoras Poliarquía y Prosanity realizaron una investigación sobre los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares y de padecer diabetes del adulto, también llamada tipo 2. El estudio se realizó a través de un sondeo de 1124 casos a nivel nacional.

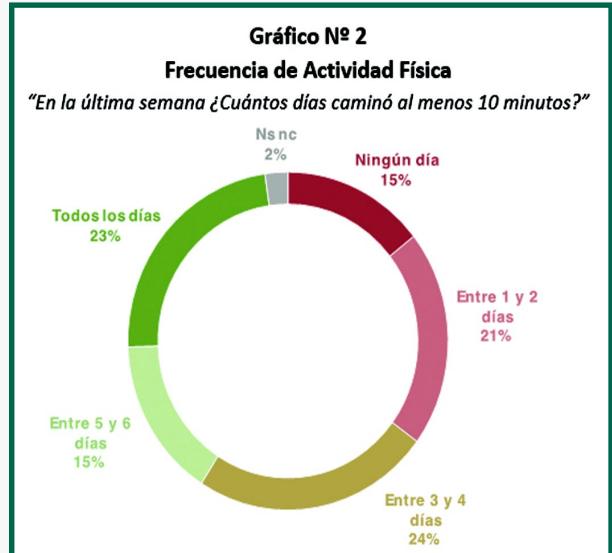
En primer lugar, hemos indagado sobre el estado de salud general de la población. Las respuestas han sido que 2 de cada tres argentinos se autoevalúan en su estado de salud como bien y muy bien, siendo las evaluaciones como regular, mala y muy mala del 30% de la población (Gráfico N° 1).



La percepción de la salud tiene variaciones significativas en los diversos estratos sociales, dado que la evaluación como una salud mala y regular ha sido del 22% en los sectores con educación primaria, mientras que esta calificación mejora en los sectores con educación terciaria y universitaria siendo del 8%.

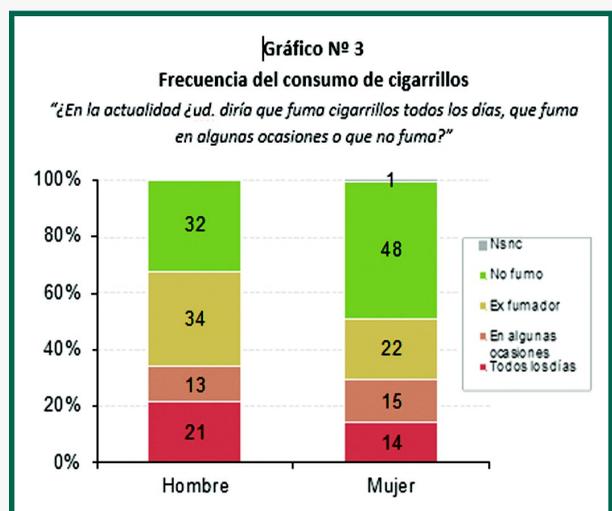
Al momento de indagar sobre sedentarismo hemos observado que casi el 61% de la población no cumple con las recomendaciones mínimas de actividad física; probablemente este guarismo sea aún mayor dado que hemos indagado sobre un mínimo de actividad física de 10 minutos al día (Gráfico N° 2).

El dato sobre sedentarismo está agravado cuando investigamos sobre la actividad física realizada en formato deportivo en la última semana; aquí el 54% de la población argentina respondió que no ha realizado ni un solo día de actividad deportiva.



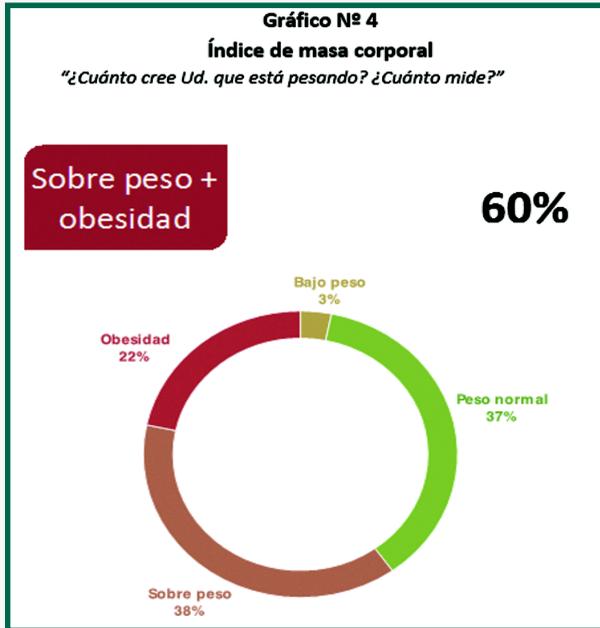
A la hora de indagar sobre el consumo de frutas y verduras, la población argentina está lejos de poder cumplir con las recomendaciones de los expertos y de las guías alimentarias nacionales, siendo que apenas el 20% de la población respondió que consumió frutas y verduras todos los días.

Sobre el consumo de tabaco el 18% de la población declaró ser un consumidor diario y un 14% respondió ser un consumidor ocasional; siendo sólo un 45% de la población general parte de aquellos que nunca han fumado en el gráfico adjunto reproducimos las diferencias observadas de este consumo según el sexo (Gráfico N° 3).



La hipertensión arterial, es un conocido factor de riesgo cardiovascular. En nuestra muestra más de 1 de cada tres argentinos mayores de edad han manifestado que en alguna ocasión han tenido la presión arterial elevada.

Cuando se indaga sobre el peso y altura de cada persona, nos permite obtener un indicador llamado "Índice de masa corporal", en el que se relaciona el peso con la altura individual. En este punto hemos observado que el 60% de la población presenta indicadores compatibles con sobrepeso y obesidad. Estos guarismos están en línea con lo observado en la encuesta nacional de factores de riesgo realizada desde el año 2018 (Gráfico N° 4).



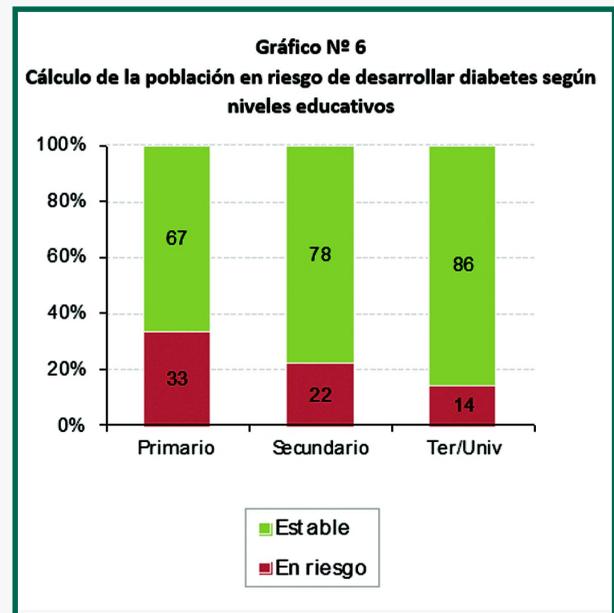
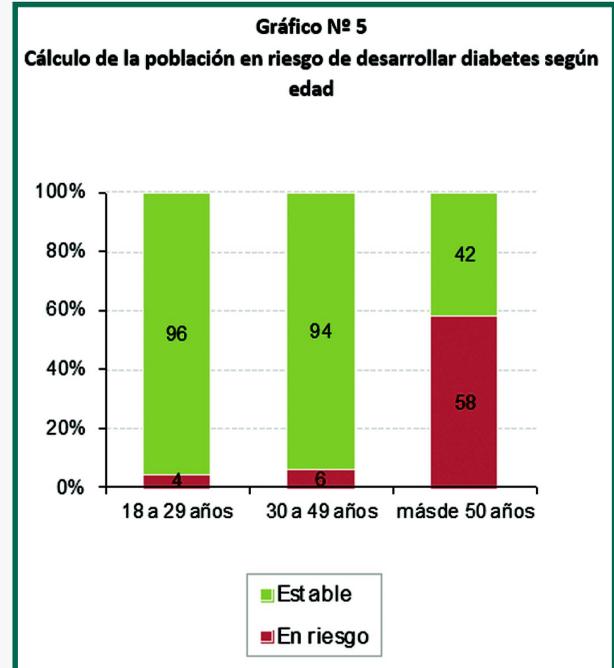
Mostrando los hombres una cifra cercana al 70% de la población masculina con sobrepeso y obesidad, y los mayores de 50 años con niveles de sobrepeso y obesidad del 72% de la población de ese rango etáreo.

Cuando pusimos en práctica el score de predicción de diabetes utilizado por la Asociación Americana de Diabetes llamado "ADA Risk Test", hemos observado que el 24% de la población mayor de edad está en riesgo de desarrollar diabetes. Este score se construye preguntando la edad, el sexo, la presencia de diabetes durante el embarazo, antecedentes familiares de diabetes, la presencia de hipertensión arterial y la realización de actividad física.

En los últimos dos cuadros podemos observar las diferencias sociodemográficas del riesgo de desarrollo de diabetes en la población general (Gráficos N° 5 y 6).

A modo de conclusión podríamos decir que según los datos que se desprenden de esta investigación la población argentina mayor de edad tiene altos niveles de riesgo cardiovascular general y se encuentra alejada de poder cumplir con las recomendaciones y pautas

generales de reducción o atenuación del riesgo. También hasta un cuarto de la población mayor de 18 años presenta un riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, es decir, la forma de la enfermedad que está estrechamente relacionada a los estilos de vida y su dificultad en poder modificarlos. □



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.
Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).
Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.
Tamaño de la muestra: 1124 casos nacionales.
Error estadístico: +/- 2,92 % para un nivel de confianza del 95%.
Fecha del trabajo de campo: De mayo a agosto de 2019.
Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity.

En defensa de la salud mental

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



En un contexto de plena defensa del sistema de salud mental, la Asociación de Médicos Municipales firmó, junto con el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, un acta acuerdo para impedir el cierre de los hospitales neuropsiquiátricos en el 2020 y lograr, de esta manera, su refuncionalización.

En este sentido, el presidente de la AMM, doctor Jorge Gilardi, calificó el hecho “como un momento histórico para la salud pública. La firma de esta acta acuerdo ratifica lo que siempre sostiene Médicos Municipales: la defensa irrestricta de la salud pública, de los médicos municipales y de los pacientes”.

Asimismo, Gilardi aseguró que “frente a esta ley que anunciaba el cierre de los neuropsiquiátricos en el 2020, Médicos Municipales tomó el objetivo claro de alcanzar lo que hoy hemos firmado: que no se cierre ningún hospital y que progresivamente se puedan refuncionalizar transformándolos en hospitales polivalentes especializados en Salud Mental, Psiquiatría y Neurociencias”.

Cabe consignar que el sistema estaba entrando en un cono de sombra que hacía peligrar la continuidad de los mismos, ya que además la partida asignada era de aproximadamente un 2 por ciento del total del presupuesto de salud. Un porcentaje demasiado escaso, ya que además muchos de estos hospitales no sólo no contaban con la cantidad de profesionales necesaria, sino que tenían fallas edilicias.

“Nos vamos a adecuar a la Ley, pero hemos logrado lo más importante que es el no cierre de los mismos”, agregó. En este punto cabe mencionar que los monovalentes pasarán a tener una guardia como el resto de las especialidades, como cardiología o gastroenterología, pero con acento en la psiquiatría.

Con todo, el titular de la AMM remarcó: “Los equipos de salud mental y cada uno de los médicos pusieron sus conocimientos al servicio de los pacientes y así es que defienden sus derechos. Por ello existe además el compromiso la incorporación de tecnología y la inclusión de otras especialidades como las Neurociencias, a realizar en cuatro etapas, que estarían completadas en seis años, lo que permite soñar con un profundo cambio cultural, en el que no se considere al enfermo mental como algo descartable, como una persona inútil para la sociedad por sus padecimientos psíquicos y garantice su tratamiento. Nosotros sabemos que esto llevará tiempo

y mucho más cuando durante muchos años se hizo muy poco”.

Por eso, quienes conocen el tema señalan que la salud mental estaba desfinanciada, no hay presupuesto para llevar adelante la red intermedia, y en este contexto, cerrar un monovalente puede dejar a los pacientes en la calle, sin recursos económicos ni simbólicos. A la vez, el enfermo psiquiátrico con padecimiento grave necesita un lugar especial en el que pueda deambular, hacer talleres, y eso no puede ocurrir en un hospital general. Por eso es importante que se desarrolle la red intermedia, pero también es fundamental que no se cierren los hospitales de especialidad.

“Este es un momento histórico porque la firma compromete a las partes a velar para que el acuerdo se cumpla a rajatabla y en su totalidad. Por eso siempre decimos y hoy reafirmamos que mientras haya un solo guardapolvo blanco en los hospitales de la ciudad, esta Asociación no va a permitir que se cierre ningún hospital de Salud Mental”.

El doctor Gilardi además adelantó otra de las facetas más importantes de la Asociación que tiene que ver, en este caso, con la vida interna de la entidad y en los adultos mayores en particular.

“En estos días estaremos anunciando la creación de lo que vamos a llamar la Casa del Jubilado, un espacio que va a tener una dinámica importante. La idea es que sea un espacio donde los mayores puedan transmitir todos sus conocimientos a los más jóvenes. Nosotros siempre le hemos dado un trato particular a nuestros jubilados y en este caso se trata de transmitir experiencias e interactuar con el resto de la comunidad”, remarcó.

La Asociación de Médicos Municipales acaba de montar un mojón de suma importancia en defensa, en este caso, de la salud mental para evitar que los hospitales cierren y más allá de la firma se encargará de velar para que el Ministerio de Salud cumpla con lo escrito; y puertas adentro este próximo espacio para que los adultos puedan transmitir toda su experiencia.

“Seguimos trabajando, seguimos defendiendo al sistema de salud y seguimos abriendo espacios para que la AMM siga creciendo. Y como siempre decimos seguimos trabajando para que los médicos y quienes transitan a diario por los pasillos de los hospitales porteños puedan tener una mejor calidad en la atención”, sentenció. □

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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





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

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

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

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**
URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar

