



Columna
**PMO: la reforma
congelada**
Por el Dr. Néstor Vázquez



Opinión
**Cuidar a los
que cuidan**
Por la Dra. Zulma Ortiz



Columna
**Educación y
desarrollo**
Por el Dr. Miguel A. Schiavone

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 115. Marzo 2020



¿QUO VADIS SALUD?
¡ESTA PELÍCULA YA LA VÍ...!

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 **GALENO**

DURANTE 2019
ENTRENAMOS A

10.065
PERSONAS

EN RCP*, DEA**
Y MANIOBRA
DE HEIMLICH



**CELEBREMOS QUE CADA VEZ SOMOS MÁS
LOS QUE PODEMOS SALVAR VIDAS.**

**Queremos que
más gente se cuide.**



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



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



UN SOLO
TELÉFONO



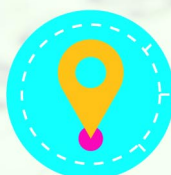
UNA SOLA
FACTURA



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 

www.sifeme.com

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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



— GEN

LA SALUD DE LA NUEVA
GENERACIÓN.

—

LÍNEA EXCLUSIVA PARA GENERACIÓN Z / GENERACIÓN Y

ASOCIATE Y DISFRUTÁ DE LOS BENEFICIOS PENSADOS PARA VOS:

- cobertura internacional en viajes, incluido Europa
- gratis plataforma de streaming de música  **deezer**
- guardería de mascotas ● salud en línea
- credencial digital ● turismo gen



SanCorSalud
Grupo SanCor Salud

gensancorsalud.com.ar



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





andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0 8 1 0 - 3 4 5 - 0 1 8 4

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800.222.SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - RNOS 1-2210-4 RNEMP 1252



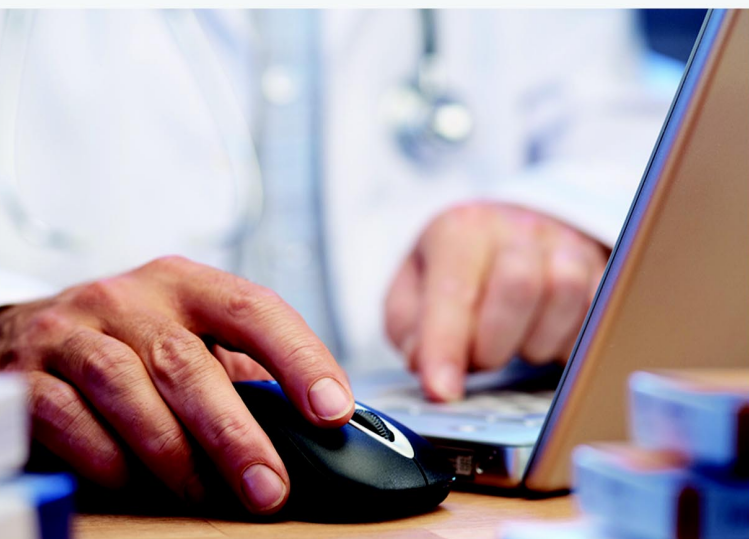
Cuidados domiciliarios

www.gohome.com.ar
comercial@gohome.com.ar
Tel. (+54 11) 4121 5650





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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



**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**

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

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)

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

BYNET Web Design
E-Mail: info@bynet.com.ar
Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Full Gráfica S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

GRAGEAS	12
ACUDIR <i>Continúa su expansión en el Gran Buenos Aires</i>	16
COLUMNNA <i>PMO: la reforma congelada</i> <i>Por el Dr. Néstor Vázquez - Profesor Titular - Departamento de Salud Pública</i> <i>Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires</i>	18
OPINIÓN <i>Las controversias de la necesidad de financiamiento del sector salud</i> <i>Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud</i>	20
PRIMERA PLANA <i>La salud después de la grieta</i> <i>Un análisis contrafactual del Sistema Argentino de Salud</i> <i>Por el Dr. Esteban Lifschitz y el Dr. Federico Tobar</i>	22
OPINIÓN <i>Cuidar a los que cuidan</i> <i>Por la Dra. Zulma Ortiz - Sub Directora Ejecutiva - Instituto de Investigaciones</i> <i>Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires</i>	26
COLUMNNA <i>Educación y desarrollo</i> <i>Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone - Rector - Universidad Católica Argentina</i>	28
VOCES <i>¿Alcanzará la emergencia sanitaria a la interpretación judicial?</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar</i>	30
COLUMNNA <i>¿Inteligencia artificial o auténtica sabiduría?</i> <i>Llamado de alerta sobre la Medicina y tecnología</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA</i>	32
OPINIÓN <i>El pluralismo negativo en salud</i> <i>Por el Dr. Rubén Torres - Rector - Universidad ISALUD</i>	34
COLUMNNA <i>El siglo XXI de los argentinos... Una encrucijada política</i> <i>Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión</i>	36
COLUMNNA <i>Comienzan a soplar buenos vientos</i> <i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	38
DEBATE <i>Salgamos del "modo emergencia" y pongamos el "modo institucional"</i> <i>Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL</i>	40
OPINIÓN <i>Los datos de la vida real</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	42
COLUMNNA <i>Coronary, y lo que en US llaman SID (Supply Induced Demand)</i> <i>Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD</i>	44
OPINIÓN <i>Salud Pública: el desafío de pensar al Hospital Público frente a una realidad compleja</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	46
COLUMNNA <i>Gerenciar los riesgos de la práctica de la medicina</i> <i>Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.; CEO de RiskOut S.A.</i>	48
OPINIÓN <i>Las empresas efectoras de salud</i> <i>Por Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud UBA - FSG</i>	50

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



LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

Seguimos evolucionando con más servicios y mejor cobertura. Porque lo único que no cambia son las ganas de seguir acompañándote.

- Plan de salud adaptado a tu necesidad.
- Cartilla médica calificada.
- La mayor red de Sanatorios y Centros Médicos propios del país.
- GALENO APP:
 - Cartilla médica
 - Credencial virtual
 - Video consulta médica
 - Receta digital
 - Turnos en Sanatorios de La Trinidad y Centros Médicos Propios
 - Trámites on line
 - Resultados de laboratorio en Sanatorios de La Trinidad y Centros Médicos Propios
 - Guardia Inteligente

Más info en
www.e-galeno.com.ar

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.



Grupo SanCor Salud presentó una nueva edición de su Revista "Vida & Salud"



El Grupo SanCor Salud, una compañía que crece de forma continua posicionada entre las cuatro mejores prepagas nacionales, lanzó en el mes de enero la **edición N° 111 de su Revista "Vida & Salud"**. En consonancia con el compromiso puesto en la promoción y cuidado del medioambiente, los ejemplares son distribuidos en todo el país en formato digital llegando a los hogares de sus asociados con notas e información de interés destinadas a toda la familia.

La empresa prioriza el bienestar y la protección de la salud de las personas por ello, con el fin de acompañar y promover decisiones saludables, presentó su nueva publicación con contenidos atractivos y una gran diversidad de temáticas. Diseño y hogar, sustentabilidad, lazos familiares, turismo, arte, recetas beneficiosas para la salud integral, entrevistas a destacadas personalidades nacionales e internacionales como el periodista Germán Paoloski, al reconocido director técnico de básquetbol argentino Rubén Magnano y el psicólogo estadounidense Daniel Goleman.

Con el fin de innovar para potenciar la calidad de servicio y fortalecer los vínculos con los integrantes de su cadena de valor, SanCor Salud desempeña una gestión sostenible y responsable garantizando el mejoramiento social, ambiental y económico además de enfocarse en la salud y la educación, ejes centrales en la vida de los ciudadanos. En este sentido, el Grupo planifica estratégicamente en función de los requerimientos y posibilidades de su medio millón de asociados con el propósito de estar cada vez más cerca brindando experiencias únicas y positivas.

Accedé a la revista completa en el siguiente enlace: <https://www.sancorsalud.com.ar/assets/revista/VidaYSalud111/index.html?page=1> ■

Las clínicas Santa Isabel y Bazterrica siguen potenciando Guardia Smart

En 2019 más de seis mil pacientes utilizaron este servicio que permite acceder de manera online a la guardia médica. Se estima que el número se duplicará este año.

Las clínicas Santa Isabel y Bazterrica continúan innovando en la atención a sus usuarios y mejorando sus prestaciones, por este motivo refuerzan el servicio de Guardia Smart, implementado por primera vez en 2018. Esta incorporación implica una nueva forma de acceso online a la guardia médica que acorta considerablemente los tiempos de espera en las clínicas Bazterrica y Santa Isabel.

Durante 2019 se registraron un total de 3.477 pacientes que realizaron el check-in y fueron atendidos, 3.928 utilizaron las guardias programadas y 194 pacientes resolvieron sus consultas a través del sistema de videoconsulta. *"Para este año 2020 planificamos aumentar la tasa de uso, facilitando así la experiencia de nuestros pacientes, mejorando la rapidez en la atención y manteniendo la calidad médica que nos caracteriza. También seguiremos mejorando la accesibilidad teniendo en cuenta las recomendaciones de uso que nos hicieron nuestros pacientes"*, indicó Diego Martínez, Director de Operaciones de las clínicas.

Guardia Smart brinda a los usuarios posibilidades que hacen que su estadía en el sistema de salud sea mucho más agradable. *Check In Guardia*, una de las funciones que este servicio ofrece, permite visualizar la espera de cada guardia desde cualquier lugar y ganar tiempo ingresando en la fila de forma online. Por otro lado, la opción *Guardia Programada* hace posible la reserva de turnos online con un médico clínico de guardia dentro de las 24 horas. Siguiendo esta línea, la consulta médica por videollamada también está disponible para quien lo desee y con los profesionales médicos de cartilla.

La incorporación de Guardia Smart permite mejorar la experiencia de los usuarios y acceder a la guardia tradicional de manera fácil y rápida, lo que lo convierte en uno de los servicios más eficientes del mercado. Los pacientes pueden registrarse a través de: www.miportalclnicas.com.ar ■

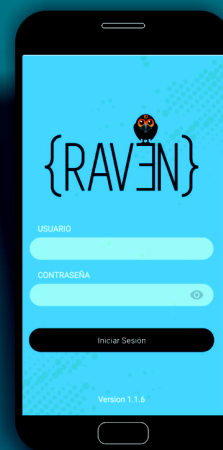


GRUPO
Proyectar

Ahora Internación Domiciliaria también en Buenos Aires

A diario más de **1500 pacientes** reciben prestaciones domiciliarias a través de más de **1000 profesionales** de la Salud.

Exclusivo y único
Sistema Online de
Monitoreo de Prestaciones.
Aplicación móvil propia
para garantizar la calidad de
nuestros servicios domiciliarios.



www.gproyectar.com

Casa Central Córdoba

Av. San Martín 58 - Villa C. Paz
(03541) 431984 - 433898

Sucursal La Falda

San Lorenzo 80 - Loc. 6.
(03548) 423993

Sucursal CABA

Lavalle 391 - 6° A
(011) 43138284 /
43129034

Sucursal Mendoza

Serú 165, Mendoza
(0261) 4240327)

Sucursal La Rioja

San Nicolás de Bari 110
Ciudad de La Rioja
(0380) 4442720

Nueva Comunidad virtual para personas con Psoriasis

El Hospital Italiano de Buenos Aires presenta la nueva Comunidad virtual para personas con Psoriasis que estará disponible en el Portal Personal de Salud.



Es gratuita y no es necesario atenderse en el Hospital Italiano para utilizarla.

A través de la Comunidad, las personas que tengan esta patología podrán intercambiar experiencias mediante un foro, moderado por profesionales expertos en el tema. Además, tendrán la posibilidad de acceder a información creada por dermatólogos especializados en psoriasis y registrar datos importantes

para las consultas a los cuales el médico tendrá acceso desde la Historia Clínica Electrónica.

La comunidad de Psoriasis fue creada por el equipo de médicos especialistas en Dermatología y de Informática en Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, en conjunto con la Asociación Civil para el Enfermo de Psoriasis (AEPSO).

Hospital acreditado en calidad y seguridad de atención

El Hospital Italiano obtuvo la acreditación de "hospital académico" por parte de la Joint Commission International. Esta prestigiosa organización auditó más de 1.200 elementos de medición siguiendo las más exigentes normas internacionales. De esta forma, evaluó la calidad y la seguridad asistencial, y también la calidad de la actividad docente y de investigación.

Con tal distinción, el Hospital asume el compromiso de afrontar auditorías cada tres años, que reafirmen y orienten el trabajo hacia la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes, los equipos de trabajo y las visitas que circulan a diario por la institución. ■

#LevantaloChallenge, una apuesta de Fundación SanCor Salud para cuidar el medioambiente



Los retos virales o "challenge" a través de Redes Sociales forman parte de una novedosa tendencia en la que gran cantidad de personas comparten online su participación al "desafío de moda". Fundación SanCor Salud lanzó #LevantaloChallenge, una iniciativa saludable que invita a la comunidad a recoger residuos de la vía pública y arrojarlos en los lugares correspondientes para, luego, viralizar y contagiar la acción a través del *hashtag* de la campaña. Una propuesta que combina el cuidado del medioambiente con un fuerte mensaje de concientización.

El jueves 30 y viernes 31 de enero, voluntarios de la Fundación SanCor Salud junto a quienes se sumaron al reto, estuvieron en Playa Bristol (Mar Del Plata) y en los Balnearios Marbella y CR (Pinamar) limpiando varios kilómetros de costa en cada locación.

Según datos aportados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cada año, 13 millones de toneladas de plástico se filtran y contaminan los océanos. Incluso, aquellos materiales plásticos que logran desintegrarse, después de mucho tiempo terminan convirtiéndose en micropartículas, perjudicando a la fauna marina que las consume como si fueran alimento.

Como miembros adheridos al Pacto Global de Naciones Unidas, la institución trabaja diariamente para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos para el año 2030. Con esta campaña, Fundación SanCor Salud aporta al ODS 13 (Acción por el clima), 14 (Vida submarina) y 15 (Vida de ecosistemas terrestres), todos ellos relacionados estrechamente a la conservación de ambientes naturales, indispensables para el desarrollo de las presentes y futuras generaciones. ■



Clínica Bazterrica



Clínica Santa Isabel



LA NUEVA FORMA
DE IR A LA GUARDIA.

+RÁPIDA.

+FÁCIL.

+SMART.



CHECK IN GUARDIA

Chequeá cada guardia desde donde estés y ganá tiempo ingresando a la fila online.

GUARDIA PROGRAMADA

Reservá tu turno online para ir a la guardia dentro de las 24 horas.

VIDEOCONSULTA

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

miportalclnicas.com.ar

**GUARDIA
SMART**

LA FORMA INTELIGENTE
DE IR A LA GUARDIA.

Acudir continúa su expansión en el Gran Buenos Aires

Con la apertura de dos nuevas Bases Operativas, Acudir se fortalece como la empresa de emergencias médicas líder en CABA y GBA.



A acudir cerró el año 2019 con la puesta en marcha de dos nuevas Bases Operativas en Adrogué y San Justo, afianzándose como la empresa de emergencias médicas con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

La flamante Base Operativa Adrogué, ubicada en Av. Hipólito Yrigoyen 13298, se suma a las Bases Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes en Zona Sur, ampliando el área de cobertura hacia los barrios de Burzaco, Longchamps, Glew, Claypole, Don Orione, Rafael Calzada, José Mármol, Temperley, Turdera, Luis Guillón y aledaños.

En Zona Oeste, la Base Operativa San Justo, sita en Sarandí 3625, complementa el radio de cobertura de las Bases Hurlingham y Ramos Mejía y extiende la atención de emergencias y urgencias médicas a las localidades de San Justo, Villa Luzuriaga, Morón, Ciudad Evita, Aldo Bonzi, Villa Celina, Villa Madero, Tapiales, Villa Insuperable y Lomas

del Mirador, entre otros barrios cercanos.

Gracias a estas dos nuevas aperturas, Acudir ya cuenta con 21 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de CABA, Zona Sur y Zona Oeste del Gran Buenos Aires. De esta forma, re-

afirma su compromiso con la salud, brindando servicios de emergencias, urgencias, traslados, asistencia médica domiciliaria, área protegida y cursos de capacitación en un gran radio de cobertura y destacándose por hacer de la calidad su actitud. □





DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

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

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

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

PMO: la reforma congelada

Por el Dr. Néstor Vázquez (*)



En diciembre de 1993 se integró una comisión de expertos en Obras Sociales para buscar herramientas de adaptación al decreto 576/93 de reforma del Sistema, como parte de esa comisión, propuse la incorporación del PMO, que había gestado y luego de su aprobación se presentó ante el Ministerio de Salud de la Nación, quien después de un tiempo de análisis lo aprobó y puso en plena vigencia, para el Sistema regulado por las leyes 23.660 y 23.661.

Esto era importante para darle certeza a los beneficiarios del sistema de Obras Sociales, y así supieran cuáles eran sus derechos de cobertura, además, con esta herramienta comenzar la integración del Sistema de Salud, con una base prestacional cierta y equitativa.

Luego se irían incorporando otras normas, que permitirían en el tiempo compatibilizar los diversos sistemas y las distintas modalidades de financiación, ya sea en el ámbito nacional, como así también en las provincias y municipios, para terminar con las asimetrías y propender a la equidad en la República, a través de un plan estratégico a 10 años.

Pero una herramienta que, es útil en un momento, no es un plan estratégico y la introducción de variables inesperadas, pueden transformarla en inútil. Lo cierto es que al reformarse la Constitución Nacional y, al incorporar en ella los pactos internacionales, el PMO perdió razón de ser y, además la permanente incorporación de prácticas de atención, por leyes y otras normas llevan a no entender cuál es la real base prestacional del Sistema de Salud Argentino.

Siguiendo a nuestra Carta Magna, todos los habitantes de nuestra República tienen derecho a recibir la práctica asistencial que deseen, aunque no esté normada en el PMO, esto quedó demostrado en los miles de fallos judiciales que así lo certifican y al no avanzar en un plan integrador el sistema es anárquico e injusto.

Es realmente imposible presupuestar la inversión anual de cualquier agente de atención médica ante la incertidumbre de que terminará financiando a lo largo del año, además de la falta de certeza de los costos prestacionales, que siempre superan a la inflación.

Es muy importante también, recordar, a modo de ejemplo, que los salarios perdieron con la inflación general entre el 25% y el 37% de capacidad de pago y si tenemos en cuenta que la mitad del - "gasto sanitario"- es contributivo por salarios, el financiamiento de la salud es insostenible.

En el escenario actual, nos encontramos con, asimetrías regionales insalvables, financiadores en crisis,

prestadores en virtual quiebra, médicos mal pagos, beneficiarios insatisfechos e incertidumbre de futuro.

Ante la falta de expectativa de la esperada "Reforma del Sistema de Salud" de la Argentina y su integración equitativa, solo la presencia del ministro de Salud actual nos brinda una esperanza de futuro bienestar, pero sabemos que no será inmediato porque el panorama es desolador y los cambios requieren tiempo, legislación e inversión.

En los últimos 25 años fueron las Obras Sociales las que marcaron el rumbo del progresismo en la cobertura sanitaria y son los sindicatos, los grandes protagonistas de ello y requieren de imaginación en sus dirigentes para alcanzar los objetivos en esta difícil coyuntura.

En esta emergencia pueden utilizarse instrumentos eficaces y eficientes, que rápidamente se puedan poner en práctica, sin vulnerar derechos como ser:

- 1) Presupuestos valorizando la Medicina basada en evidencia, reconducir la inversión según riesgo socio-sanitario y ambiental.
- 2) Profesionalizar la administración de los servicios de atención médica, para evitar costos improductivos.
- 3) Apostar a la capacitación permanente con el apoyo del Ministerio de Salud.
- 4) Reflotar la prescripción por nombre genérico de los medicamentos.
- 5) Creer en la integración regional de los recursos prestacionales para reducir valores individuales, y así evitar sobrecostos por número de población beneficiaria.
- 6) Apoyar y colaborar con los Organismos de Regulación y Control.
- 7) Mutuales, que, ayudarían a paliar momentáneamente la difícil situación financiera, contribuyendo sectorialmente y reduciendo porcentualmente los costos (aprovechando la situación fiscal de las mismas) pudiendo aplicar esas mermas en otras inversiones y comprometiendo a los afiliados en el cuidado de la salud y el futuro.

Por cierto, hay más herramientas para esta coyuntura, los anteriores son sólo ejemplos, que tenemos disponibles sin costos adicionales.

Finalmente tener presente que actualmente es ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, quien ya enfrentó en 2002 un panorama similar y pudo llevar adelante el Sistema, acompañemos, para que establezca bases firmes en la construcción del futuro. □

(*) Profesor Titular - Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires.



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



SMG COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. CUIT 30-50003196-0. AV. CORRIENTES 1865 PLANTA BAJA (C1045AAA) BUENOS AIRES, ARGENTINA

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



Las controversias de la necesidad de financiamiento del sector salud



Por el Lic. Ariel Goldman – Presidente de AES (*)

La necesidad de financiamiento en salud es tal vez el punto más discutido a lo largo de la bibliografía de especialistas. Hay quienes creen que los recursos son escasos, y lo demuestran a través de estudios de necesidades insatisfechas e inequidades del sistema. Por otro lado, hay quienes aducen que la corrupción, la ineficiencia y las malas políticas son las causantes de todos los males, y erradicándolas el presupuesto alcanzaría.

Independientemente de quien tenga razón, creo que ambos la tienen en parte, o sea, los recursos se usan mal y faltan, la verdadera pregunta que deberíamos hacernos es: ¿qué pasará en los próximos años? ¿Serán necesarios más recursos? ¿De dónde los conseguiremos? ¿Alcanza con mejorar la eficiencia del gasto?

Por un lado, tenemos tendencias irrefutables que generarán una necesidad mayor de recursos: el aumento de la longevidad, aumento de la cronicidad y discapacidad, nuevas enfermedades, avances tecnológicos y la judicialización.

Asimismo, tenemos ineficiencias propias de los mercados de salud que generan aumentos intrínsecos, como ser la gratuidad al momento del uso, la falta de información en la toma de decisión, los múltiples intereses contrapuestos, la variabilidad clínica, los monopolios que se derivan de las patentes y las altas expectativas sobre la medicina moderna. En resumen, la necesidad de mayor presupuesto para la salud es una realidad que afectará, al menos, en el corto y mediano plazo.

En la otra vereda, para cubrir estas demandas, y definir de dónde saldrán, debemos analizar las fuentes de financiamiento. Existen diversas fuentes de financiamiento, a saber:

- Aumento de la recaudación tributaria.
- Aumento del gasto de bolsillo.
- Redistribución de partidas tributarias, priorizando el sector de la salud.
- Fuentes externas de financiamiento.
- Recursos derivados de crecimiento económico.
- Aumento en la eficiencia del gasto en salud.

Las dos primeras instancias acuden una vez más a los ciudadanos, que vía impuestos y/o vía gasto de bolsillo, deberán aportar al sistema de salud. En la Argentina, la presión impositiva en estos momentos es muy alta y vivimos un ciclo de crecimiento negativo, por lo tanto, el aumento de impuesto no es una alternativa viable.

Respecto al aumento de gasto de bolsillo, tampoco parece ser una alternativa aceptada o al alcance de los ciudadanos, ya que han sufrido una reducción del poder de compra, traduciéndose en abandono de coberturas de mayor costo, bajando el tipo de plan o directamente optando por darse de baja del sistema prepago.

El sector de medicamentos también vio reflejada la reducción del poder de compras en la cantidad de envases vendidos totales a lo largo de los últimos años. Asimismo, es cierto que el financiamiento a través del gasto de bolsillo genera mayores inequidades.

Otra alternativa para el financiamiento del sector sería una redistribución de las partidas presupuestarias. Cada gobierno,

tanto Nacional, Provincial o Municipal, tiene la potestad de presentar ante el poder legislativo, su presupuesto anual. La distribución porcentual de partidas, o sea que porcentaje del total le corresponde a cada área, reflejan las prioridades de gobierno, en este caso la idea es priorizar el sector salud.

El sector salud ha obtenido un aumento en el porcentaje de gasto público en los últimos 30 años, alternando ciclos de crecimiento y retracciones, pero la tendencia es alcista. La actual puja distributiva, coyunturalmente ante un ciclo restrictivo, nos muestra una tendencia que permitiría poco crecimiento, o aún peor decrecimiento, para el sector salud en el corto plazo.

Otra fuente a la que pueden recurrir los gobiernos son las fuentes externas de financiamiento. Coyunturalmente la Argentina no puede acceder a estas fuentes vía endeudamiento a tasas razonables, y aun suponiendo que se logre acceder, es desaconsejada para cubrir gastos corrientes. Bajo el mismo supuesto, invertir en tecnología, al ser un sector mano de obra dependiente, conlleva un incremento en la masa laboral y por ende en el gasto corriente. Este último punto, sería beneficioso en tiempo de expansión y crecimiento económico, pero no en épocas de escasez de recursos.

Una fuente fundamental para analizar son los recursos derivados de crecimiento económico. Es esencial que la economía crezca y se deriven nuevamente más recursos al sector salud. Automáticamente con la generación de empleo, el PAMI y las Obras Sociales se ven beneficiadas, pero también el sector público, ya que parte de sus usuarios cambian de subsector, además de contar con mayores recursos vía impuesto.

Por supuesto, está demostrado que el sector privado se beneficia de este crecimiento, teniendo un mayor número de afiliados y gastos directos. Sin embargo, recién para 2022 estaría proyectado un ciclo positivo. Y aunque parezca poco tiempo nada nos asegura que así sea.

Finalmente nos queda un aumento en la eficiencia del gasto en salud. Este punto es tal vez el más controversial. En principio admite que el sector no es eficiente. Sin embargo, los resultados, medidos como esperanza de vida al nacer o mortalidad infantil, han mejorado notablemente, probablemente mucho más que los resultados de otros sectores de la economía que no se declaran ineficiente e invierten la misma cantidad de recursos.

Otro punto por discutir sería cuanto más eficiente se puede ser en un mercado que no pretende la eficiencia del gasto sino la equidad y solidaridad. Por último, y aceptando que hay ineficiencias a mejorar, son muy difíciles de medir, ya que no hay relación directa entre resultados y gastos. Por lo tanto, será imprescindible redefinir el producto u objetivo en salud y asignar recursos. O sea, cambiar el paradigma de las mediciones en salud.

Concluyendo, la necesidad en el corto y mediano plazo de mayores recursos es indiscutible. El desafío será lograr mayores recursos, analizando cada una de las fuentes de financiamiento, reacomodando el sistema dentro de las prioridades de gobierno y generando nuevos mecanismos para medir la eficiencia. Hay mucho por hacer. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.

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



La salud después de la grieta

Un análisis contrafactual del Sistema Argentino de Salud

La Argentina ha transitado el siglo XX (y lo que va del XXI) debatiéndose entre promover estructuras sociales y políticas jerárquicas, como lo ha hecho la mayoría de los países de la región, o construir instituciones igualitarias. Esa tensión atravesó todos los sectores: la educación pública versus la enseñanza privada, barrios abiertos frente a barrios cerrados, servicios públicos subsidiados versus tarifas sostenibles, policía estatal versus seguridad privada, e incluso hasta el fútbol como un bien social ("para todos") o un bien de consumo.

La construcción de nuestras respuestas sociales en salud tampoco ha escapado a esa grieta. Tal vez lo que hizo a la salud diferente en la Argentina sean las contradicciones propias de las fuerzas políticas y sociales que siempre hemos identificado con las consignas igualitarias. Recordemos que bajo la conducción de Ramón Carrillo entre 1946 y 1951 se construyeron 21 hospitales con una capacidad de 22.000 camas. El país alcanzaba una razón de camas por habitante superior a la que promovió el National Health Service británico en sus inicios.

Albert Hirschman en su libro "Salida, voz y lealtad", postulaba que cuando los sectores sociales y políticos mejor posicionados comparten los mismos servicios sociales que los sectores menos aventajados se alza una voz en defensa de su calidad. Si existe una salida para los grupos mejor posicionados, entonces los servicios públicos se tornan "pobres servicios para personas pobres".

¿Por qué no continuó la Argentina por la ruta de construcción de un estado de bienestar en salud, similar a los europeos? Por un lado, porque la misma estructura de poder que dio cabida al proyecto de Carrillo estimuló la creación de una "salida" del sistema público para los trabajadores agremiados a través de la promoción de obras sociales.



Por Esteban Lifschitz^[1] y Federico Tobar^[2]

Por otro lado, los historiadores suelen olvidar que Carrillo se exilió antes de la caída del Peronismo hostigado por el vicepresidente de Perón, Alberto Tesaire, por sus convicciones nacionalistas y católicas.

¿Y si hubiéramos construido un estado de bienestar?

¿Cómo sería hoy la salud en la Argentina si hubiéramos continuado consolidando un sistema público y universal financiado a través de rentas generales? El ejercicio contrafáctico no requiere mucha imaginación. Hay varios espejos donde podríamos mirar para ver cómo seríamos. España, Inglaterra o Canadá, nos proveen ejemplos de qué hubiera sucedido si no se hubiera expulsado a Carrillo en 1954. Estos modelos, conocidos como tipo Beveridge en homenaje a uno de los responsables de su creación en la Inglaterra de la posguerra (Lord William Beveridge), comparten la universalidad en la cobertura, la financiación a través de impuestos y la marcada presencia estatal en prácticamente todos los componentes del sistema de salud.

Es verdad que ningún ejemplo es puro. Hablamos del estado de bien-

estar como un tipo ideal, en el que se destacan sus rasgos más salientes. Pero en los países mencionados hay, en mayor o menor proporción, un espacio para la financiación privada. Sin embargo, el rol de las empresas que brindan ese tipo de cobertura voluntaria suele ser suplementario del sistema público sin cubrir los mismos servicios y cuidados.

Los argentinos destinan a los cuidados de salud una proporción de su economía similar y hasta superior a la que registran países con sistemas de salud predominantemente públicos y universales. Un reciente informe oficial, afirma que la Argentina destina 9,4%, de su Producto Bruto Interno a salud.⁽¹⁾ Esta cifra la sitúa por encima de países como España (8,9%) e incluso del promedio de países de la OCDE (8,8%).⁽²⁾

Entonces ¿por qué en España el dinero parece alcanzar para garantizar una cobertura en salud adecuada y en la Argentina no? ¿Cómo se explica que ante una similar disponibilidad de recursos económicos para financiar al sistema de salud los argentinos hayan necesitado esas "salidas" que mencionaba Hirschman? Como narraba aquel trágico verso de Martin Niemöller podríamos decir...

“primero vinieron y se llevaron a los hospitales públicos, pero no nos importó porque teníamos obra social... luego vinieron y se llevaron a las obras sociales, pero no nos importó porque teníamos prepaga. Ahora golpean a nuestras puertas”.

Cuando se compara los resultados sanitarios el contraste es contundente. Los españoles (también los italianos) viven en promedio ocho años más que los argentinos (83,4 años ⁽³⁾ versus poco más de 75 años ⁽⁴⁾). Es poco probable que alguien en estas latitudes tenga la osadía de atribuir esas diferencias a causas genéticas. A su vez, la mortalidad infantil en la Argentina triplica a la registrada en la madre patria (2,7 por cada mil nacidos vivos en España y 9,3 por cada 1.000 nacidos vivos en la Argentina).

En parte es posible atribuir las diferencias a que el gasto en salud medido como porcentaje del PBI no dice toda la verdad. Porque no es lo mismo 9,4% de u\$s 20.610 (PBI per cápita de la Argentina) que de los u\$s 39.715 con que cuenta España ⁽⁵⁾. En otras palabras, en España la asignación per cápita es un 82%

mayor que en la Argentina. Pero, además, en nuestro país sólo 2,7 puntos del PBI es gasto público en salud (28,7% del gasto total en salud), contra un 71% en España. En síntesis, el monto per cápita disponible con fondos públicos es de u\$s 556. Un valor muy bajo para afrontar la atención de todos los habitantes que nos deja de este lado del Océano Atlántico en una situación similar a la de otros países de la región.

El contraste no sería tan marcado si consideramos la comparación de nuestro sistema de salud con el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). Aunque Brasil viene registrando mejoras sostenidas en casi todos sus indicadores sanitarios, aún está lejos de presentar los resultados de España y, en algunos casos, incluso está peor que la Argentina. Pero cabe observar que el SUS se inicia con la Constitución de 1988. También que el SUS carga con la hercúlea tarea de contrarrestar determinantes sociales muy pesados puesto que Brasil registra uno de los mayores coeficientes de Gini del mundo. Pero, sobre todo, que se

trata de una reforma sanitaria incompleta que ha tolerado “salidas”. No sólo han prosperado los seguros privados de salud (de hecho, Brasil es el segundo mercado mundial de seguros médicos detrás de EE. UU.) sino que también, en algunos casos se mantienen respuestas similares a las “obras sociales” para empleados públicos con financiamiento tripartito (como es el caso del Banco do Brasil y de la Fundación Oswaldo Cruz, por ejemplo).

¿Y si hubiéramos construido seguros públicos?

Varios países cuyos sistemas de salud siguieron trayectorias similares al argentino, optaron por hacer de su sistema público un seguro público de salud enfocado en aquellos que no pueden o no quieren buscar una salida del sistema. Lo hizo Chile, lo hizo Colombia y lo hizo República Dominicana. Todos ellos bajo gobiernos que podrían ser tildados de “conservadores”. Pero también lo hizo magistralmente el Uruguay del Frente Amplio de Tabaré Vázquez y José Mujica. En la Argentina se ha debati-



¡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 I (1086) Capital Federal
  011 4342 9473
  fefara@fefara.org.ar
 www.fefara.org.ar

do esa propuesta (aunque tal vez no lo suficiente).

No es el propósito de este trabajo proponer uno (o varios) seguros públicos de salud. Sólo proponemos que se considere que, si los recursos fiscales destinados a la salud fueran usados en forma exclusiva a proveer cuidados a los 14 millones de habitantes que cuentan exclusivamente con acceso al sector público, el aporte real del Estado equivaldría a u\$s 1.787 por persona/año. En otras palabras, siendo optimistas podríamos decir que, si la Argentina optara por una solución a la grieta sanitaria a través de construir seguros públicos, los recursos para atender a los menos favorecidos resultarían 3,2 veces mayores.

La vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser...

El país que alguna vez soñó con tener una estructura social y política más igualitaria y que soñó con lograrlo en forma más ambiciosa en salud que en otros ámbitos hoy es el que presenta la estructura más inequitativa en su financiación, en su acceso y cobertura y en sus resultados de salud. Año a año las brechas en los indicadores epidemiológicos entre jurisdicciones y grupos poblacionales se disparan más. La salud cayó en la grieta.

El presente análisis deja en claro varios aspectos sobre el sistema de salud que merecen ser abordados a fin de reducir las inequidades crónicas en el acceso de la población.

- El gasto público per cápita en salud no aparece como suficiente para brindar atención a los 45 millones de habitantes de la Argentina, pero sí para garantizar prestaciones de calidad para los 14 millones que sólo cuentan con acceso al sector público.
- La estabilidad del Peso argentino no aparece como un aspecto central en la sostenibilidad de un modelo centrado en la financiación pública, teniendo en cuenta que una parte de las prestaciones en salud está atada al precio del dólar estadounidense.
- La atomización de la financiación corroe la eficacia del sistema de salud en su conjunto, no sólo por la duplicación de fondos sino por los resultados sanitarios subóptimos que se logran.

El gasto en salud es uno de los indicadores que se asocian con la mejora de los resultados sanitarios, pero está lejos de ser el único. La manera de gestionar los recursos del sistema y la integración de los cuidados aparecen como condicionantes tanto o más relevantes que el aspecto económico. El desafío para la Argentina radica en optimizar el uso de los recursos económicos disponibles para mejorar el rendimiento del sistema de salud en su conjunto y con ello, los resultados en salud para la población beneficiaria.

Primum non nocere

El dilema es cómo salvar a la salud pública sin destruir a nadie o al menos haciendo el menor daño posible. Ya no parece sensato alentar propuestas del tipo “acabar con las obras sociales y las prepagas”. Necesitamos fortalecer lazos entre las diferentes salidas. Construir “lealtad” al sistema de salud y una visión de conjunto. A modo de cierre, postulamos a continuación unas pocas ideas que nos gustaría debatir...

1. Un sólido programa de mejoras del sector público ayudaría a incorporar justicia y a evitar que continúe la salida. Reducir las filas, mejorar la infraestructura y garantizar su funcionalidad y resolutiveidad. En ese sentido, hay mucho para aprender de sistemas predominantemente públicos que regulan la habilitación a través de mapas sanitarios que apuntan a distribuir la oferta en forma adecuada a las necesidades de salud de la población.

2. También es fundamental garantizar una canasta de prestaciones única para todos los habitantes del país, a modo de puente entre los subsistemas. Tan obligatorio de ser cumplido como las prioridades epidemiológicas de la población lo dictaminen y tan racional en su composición como la evaluación de tecnologías sanitarias pueda aportarle a ese tipo de definiciones de cobertura.

3. Fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS) como puerta de entrada al sistema de salud en los tres subsectores. Aunque suene anti-intuitivo, nada más alejado de los mejores resultados para una persona que su propia elección de la especialidad con la cual abordar sus problemas de salud. Por otro

lado, siempre que se habla de APS es lo hace desde el sector público y es muy poco lo que hemos avanzado en su incorporación desde obras sociales y prepagas.

4. En el extremo opuesto a la APS, incorporar modelos únicos de atención, financiación y gestión de los cuidados de alto costo. Si el primer puente entre los tres subsectores debe ser en el modelo de atención del primer nivel, también podemos construir un seguro único y universal de enfermedades catastróficas. En ese sentido, el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay es emblemático.

5. Regular la oferta. Teniendo en cuenta que en salud es necesario gastar, el desafío es gastar bien. Ello incluye desde regular el precio de los medicamentos hasta definir metas prestacionales y alinear la financiación a su cumplimiento. Pero nuevamente insistimos con ideas como los mapas de oferta ya que en salud la oferta induce demanda.

Es posible que estas cinco ideas no resulten suficientes. También somos conscientes de que es posible que se instrumenten haciendo más daño que beneficio. Consideramos que mientras el pasado es irreparable, el futuro dependerá de nuestra capacidad para cicatrizar heridas, para cerrar grietas. Para construir esos puentes entre subsistemas de salud. □

Referencias

- 1- Secretaría de Gobierno de Salud. ¿Cuánto gasta Argentina en Salud? 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>
- 2- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- 3- Estadísticas OCDE. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- 4- Argentina. Indicadores Básicos 2019. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>
- 5- Banco Mundial. Base de datos del programa de comparación internacional. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD?view=chart>

[1] Director de la Carrera de Médico Especialista en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

[2] Asesor Regional en Medicamentos y Sistemas de Salud del Fondo de Población de las Naciones Unidas.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo 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 Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

PRUDENCIA
Seguros



www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

Cuidar a los que cuidan

Por la Dra. Zulma Ortiz (*)



La cobertura universal de salud, que asegura el acceso a servicios de salud seguros y de calidad para cualquier persona, sin ningún tipo de discriminación y sin que ello suponga dificultades financieras, constituye hoy una prioridad en la agenda de desarrollo sostenible instaurada post-2015 a nivel global con la adhesión de numerosos países.⁽¹⁾ Sin embargo, el logro de estos objetivos está fuertemente amenazado por dificultades económicas, sociales, políticas y en particular por la falta de disponibilidad de trabajadores y trabajadoras en número suficiente y con perfil adecuadamente calificado para proveer servicios de calidad a toda la población. ¿Por qué no se alcanzan a cubrir puestos de especialidades críticas, o posiciones en el ámbito rural o remoto? ¿Qué factores están actuando como barreras en las elecciones o preferencias por optar ser trabajador o trabajadora de la salud?

La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas en marzo de 2016, concluyó en su informe que **es preciso invertir en personal sanitario**, y realizar un cambio transformador para crear sistemas de salud sostenibles con una fuerza de trabajo que sea capaz de atender efectivamente las necesidades de salud de la población.⁽²⁾

Dicha transformación conlleva cambios en los modelos de prestación de servicios de salud, las políticas del mercado de trabajo, la educación y la formación, teniendo en cuenta los avances tecnológicos. Además, exige invertir en condiciones de trabajo decentes, garantizar la igualdad de género, elaborar políticas de migración basadas en los derechos y mejorar la capacidad para responder a situaciones de emergencia. Todos los países -independientemente de su nivel de desarrollo económico- se enfrentan a este desafío de atracción, captación y retención del personal de salud, en particular en áreas rurales, remotas y periurbanas desatendidas, aunque en aquellos de bajos y medianos ingresos el problema es aún más acuciante. Sin una fuerte rectoría estatal las tensiones originadas por el mercado laboral terminan distorsionando las opciones para jóvenes profesionales y con esto el problema se sostiene y se agrava.

En la Argentina, existen todo tipo de disparidades en las condiciones y ambiente de trabajo vinculado a la salud. A modo de ejemplo, a medida que los profesionales de la salud se concentran en las áreas urbanas y buscan avanzar en su carrera allí, se desatienden las

áreas rurales donde en general se concentran las poblaciones con mayor índice de vulnerabilidad. Los salarios pueden variar en una misma zona geográfica por la naturaleza del sistema fragmentado en el que conviven, por ejemplo; hospitales municipales, provinciales, nacionales, privados y de obras sociales; con mecanismos para fijar los honorarios de manera diferente.

Es común que las razones por las que los trabajadores de salud deciden optar por el sector privado se vincule con la búsqueda de mejores remuneraciones, condiciones de trabajo, seguridad y oportunidades laborales.⁽³⁾ En consecuencia, la migración rural a urbana se ve agravada por la migración de zonas rurales a urbanas.

En nuestro país la crisis económica aplanó las diferencias entre lo público y lo privado así es que podría decirse que el desarrollo socioeconómico desigual de las zonas rurales en comparación con las urbanas presenta la principal limitación para lograr una distribución equilibrada de los recursos humanos.

Aunque los desequilibrios entre la oferta y la demanda de trabajo en un área geográfica determinada se pueden prevenir estableciendo un mercado laboral competitivo, la economía es sólo uno de los múltiples factores que afectan la decisión de un profesional de la salud donde ubicar su práctica. De acuerdo con la noción de "trabajo decente" establecida por la Organización Internacional del Trabajo⁽⁴⁾ se han sumado factores individuales, organizacionales y otros determinantes que contribuyen a la motivación de los/as trabajadores de salud, su bienestar, su desempeño y, consecuentemente, impactan en la calidad de atención y los resultados en salud. Estas condiciones, al interactuar con las características propias de los/as trabajadores, determinan su preferencia (atracción), contratación efectiva (captación) y permanencia (retención) en la organización de salud. La complejidad del tema excede las posibilidades de abordarlo en esta columna; pero alcanza para hacer un llamado de atención y a la acción por parte de la sociedad.

Por último, la feminización del campo de la salud es un fenómeno ampliamente descripto que plantea grandes desafíos organizacionales, los principales están vinculados con la gestión de conflictos y las situaciones de violencia; más frecuentemente observado en sistemas hegemónicos con organización jerárquica vertical. Existe evidencia que da cuenta de las dificultades que encuentran las mujeres en ámbitos de salud para encontrar mentores y modelos a seguir, esto implica

peores indicadores de bienestar y mayor probabilidad de estar expuestas a hostigamiento y discriminación. No es menor considerar también las particularidades que trae la maternidad, las inequidades en relación con las oportunidades para cubrir cargos jerárquicos y las brechas en los salarios.

Si se quiere garantizar la cobertura universal se debería hacer los esfuerzos necesarios para mejorar las condiciones y el ambiente de trabajo; con enfoque de género. Las necesidades y demandas de los/as trabajadores de salud son dinámicas y están afectadas tanto por factores internos, propios del trabajador (por ej. ciclo de vida personal, familiar y laboral) como por factores externos (por ej. cambios en la comunidad, reformas de salud). El trabajador de la salud, en la actividad de cuidar a otro, está sujeto también a diferentes cargas laborales según el tipo de cuidado. Esto a veces no es fácil de objetivar. Los aspectos medibles cuantitativamente y por lo tanto comparables con las normas mencionadas son, por ejemplo, los salarios, la existencia de un contrato precario o formal, las cuestiones relativas al tiempo de trabajo y a la duración del contrato. Otras son la educación, la formación profesional, la garantía o facilitación del aprendizaje permanente, indispensables para asegurar el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo. Los invito a reflexionar sobre cómo podemos contribuir para que los trabajadores y trabajadoras de salud como portadores de derechos tengan la contención y atención por parte de los garantes de esos derechos: gobiernos, empleadores y la sociedad en su conjunto. Que la humanización de la atención sea bidireccional y sobre todo que por un momento salgamos de la emergencia sanitaria y pensemos en las futuras generaciones de trabajadores y trabajadoras de la salud con una mirada holística e innovadora. □

REFERENCIAS

- 1) Kieny MP et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ 2017; 95:537–539 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187476>.
- 2) Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: Working for health and growth: investing in the health workforce, Report of the High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Ginebra, OMS, 2016.
- 3) Rutebemberwa E, Kinengyere AA, Ssengooba F, Pariyo GW, Kiwanuka SN. Financial interventions and movement restrictions for managing the movement of health workers between public and private organizations in low? and middle?income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD009845. DOI: 10.1002/14651858.CD009845.pub2.
- 4) Oficina Internacional del Trabajo. Una fuerza de trabajo capacitada para un crecimiento sólido, sostenible y equilibrado: Estrategia de formación del G-20, Ginebra, OIT, 2011.

(*) Sub Directora Ejecutiva - Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería



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

Educación y desarrollo

*"Dale un pescado a un hombre y comerá un día,
enséñale a pescar y comerá todos los días"*
Lao-Tse

Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone (*)



Las cosas que no se dicen y que no se repiten se ignoran y se olvidan. Tenemos que comenzar por **no engañarnos** como sociedad. En el mundo se estudia "la paradoja argentina", un país que experimentó un elevado desarrollo económico, con un índice de alfabetización y un sistema de salud pública referente en la región de las Américas pero que, a partir de la década del 30 inició un proceso de involución sorprendente.

Hoy la Argentina es un país empobrecido... hoy Argentina es un país en decadencia económica, educacional, sanitaria, moral... casi sin rumbo y lo peor de todo: se está debilitando la esperanza. La Argentina necesita salir de la pobreza, esa pobreza que según el último informe del Observatorio de la Deuda Social alcanzó el 40% de la población. Esa medición que realza desde hace más de 10 años, que siempre duele al gobierno de turno y es considerada como verdad por la oposición del momento.

De la misma forma que las enfermedades tienen una multicausalidad de factores determinantes y explicativos, también la pobreza no tiene una sola causa. Para entender lo cóncavo se puede observar lo convexo, de esta forma podríamos pensar ya no en cómo salir de la pobreza sino en **cómo alcanzar el desarrollo**.

Algunos países alcanzaron el desarrollo con capitales, otros con recursos naturales. Sin contar con estos dos recursos, existen naciones que avanzaron hacia el desarrollo con cultura de trabajo. Pero ninguno de los países que hoy reconocemos como centrales y desarrollados, alcanzó ese estatus sin salud ni educación de sus ciudadanos. Sin salud no hay capacidad productiva ni tampoco creativa, se necesitan músculos y neuronas sanas y activas para trabajar y pensar. En este artículo vamos a focalizarnos en la segunda dimensión, la de la educación como motor del desarrollo.

T. W. Schultz y Gary Becker, ambos Premios Nobel de economía impusieron el argumento de la educación como inversión. Gary Becker con su teoría del capital humano sostuvo que la inversión en la educación explica el crecimiento económico de un país. Un año adicional de escolarización puede aumentar los ingresos en un 10 % al año, superando cualquier otra inversión.

El desarrollo económico de un país comienza en el aula. **"Sólo cambiando la educación se puede cambiar al mundo"** son las palabras de nuestro Papa

Francisco. Si la Argentina se esforzara en mejorar su calidad educativa y consiguiera que sus alumnos alcanzaran un mínimo de 400 puntos en las pruebas PISA -que no es un valor exagerado, sino el promedio del sistema- en el término de 80 años el PBI de la Argentina crecería 1.200% a partir de un capital humano mejor formado y preparado.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realizó un listado de los países "más educados del mundo", que según su criterio son aquellos con mayor porcentaje de personas entre las edades de 25 y 64 años que completaron algún tipo de educación universitaria o de tercer nivel. Canadá fue el país con mayor porcentaje de universitarios del mundo, el 56% de su población adulta recibió algún tipo de educación superior. Le sigue Japón con 50% de su población con estudios universitarios. En tercer lugar, está Israel (49%), continuando con Corea del Sur (47%), Reino Unido (46%), Estados Unidos (45%), Australia (44%), Finlandia (44%), Noruega (43%) y finalmente, cierra el "top ten" Luxemburgo (42%).

Solo tres países de América latina entraron en este listado. Costa Rica ocupa el lugar 30, con 23% de los costarricenses entre los 23 y los 64 años que realizaron algún tipo de estudios superiores. En segundo lugar, está Colombia ocupando la posición 32, con 22,2% del total de su población que ha recibido educación superior. México ocupa la posición 36 del ranking de la OCDE con 16,8% de la población. Es evidente que hay una correlación positiva entre los niveles de desarrollo y los niveles de educación.

En este contexto ¿Cuál es la realidad de la Argentina? Según estimaciones del INDEC, hay 356 alumnos y 20 egresados de universidades nacionales cada 10 mil habitantes para el año 2019. Pero hay otras realidades precedentes:

Primera realidad: no cumplimos con la ley ni con los acuerdos y pactos educativos que nosotros mismos establecimos. En 2006 la Argentina decide y legisla que la educación será obligatoria desde los 4 años hasta completar la secundaria, pero la realidad es que el 50% de los alumnos del nivel secundario no egresa en tiempo y forma y no se recibe. Tampoco cumplimos con la incorporación al nivel inicial, y 25% de los niños de 4 años no están

incorporados a este nivel. También la legislación dice que “las escuelas primarias serán de jornada extendida o completa”, pero en 2018 sólo el 13,9% de los niños argentinos gozaban de este beneficio, alcanzando un máximo en CABA del 48,3%. Hasta 2015, el artículo 50 de la Ley de Educación Superior establecía un mínimo de dos materias aprobadas por año para mantener la matrícula, cuando en realidad el 50% de los alumnos de las Universidades Públicas no lo cumplía. Finalmente, la norma se derogó. **En educación los discursos no se correlacionan con los hechos.**

Segunda realidad: la cantidad de años de escolarización no se correlaciona con la calidad educativa que reciben los alumnos. La calidad educativa depende de los docentes, de la capacidad de gestión que tiene el director del ámbito educativo, del entorno en que se encuentra la escuela, y de la participación de las familias y la comunidad en este proceso. Las pruebas Aprender 2018, muestran que el 25% de los alumnos de sexto grado primaria tienen dificultades para interpretar un texto o reflexionar sobre el tipo de narración. El 43% no identifican las propiedades específicas de las figuras geométricas, no pueden calcular el valor de un área y tienen dificultad en resolver cálculos que involucran operaciones con fracciones. En el nivel secundario los resultados de Aprender 2017 siguieron con déficits, pero con un patrón invertido. El 41% de los estudiantes evaluados no alcanzó niveles de desempeño básicos en matemática, y el 17,9% no lo logró en el área de lengua. El problema de la calidad educativa quedó documentado no sólo con las pruebas Aprender, también se reiteraron en las pruebas PISA. Rechaza-

mos las evaluaciones, pero **sin evaluaciones el fracaso está garantizado.**

Tercera realidad: La deuda más grande que tiene la Argentina en educación es la de la equidad. En matemática -como mencionamos- el 41% de los alumnos no alcanzan el nivel básico, pero esta cifra asciende al 60% si sólo se considera a los alumnos de nivel socioeconómico bajo. En lengua sucede lo mismo, el 40% de los alumnos de nivel socioeconómico bajo no comprende lo que lee. Este bajo nivel de calidad y desempeño educativo se agrava considerando que como mencionamos en el punto anterior sólo el 50% completa la secundaria. Son pocos los que completan la escolarización obligatoria y dentro de éstos un elevado porcentaje no logra niveles satisfactorios. **Los más bajos niveles educativos se concentran en los grupos pobres e indigentes.**

La educación es un requisito necesario para nivelar las desigualdades económicas y sociales; enriquece la cultura, el espíritu y los valores del ser humano, y promueve la movilidad social. Con educación se accede a mejores empleos; se fortalece la democracia e impulsa la ciencia, la tecnología y la innovación.

Las políticas del sistema educativo no deben verse de manera aislada de todas las demás políticas del gobierno. Inicié este artículo con una afirmación: “Tenemos que comenzar por no engañarnos como sociedad” y quisiera concluirlo con una pregunta: **¿es la educación una prioridad nacional?** □

(*) Rector - Universidad Católica Argentina



www.sanidad.org.ar

¿Alcanzará la emergencia sanitaria a la interpretación judicial?



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

En el mes de diciembre, se dictó la ley 27.541 que declaró la emergencia pública en materia económica, financiera, fiscal, administrativa, previsional, tarifaria, energética, sanitaria y social, conocida como la Ley de Solidaridad Social y Reactivación Productiva.⁽¹⁾

En materia de emergencia sanitaria (Título X de la referida ley, artículos 64 a 85) y vinculado estrictamente con la seguridad social nacional (leyes 23.660 y 23.661) se incluye la suspensión –hasta el 31 de diciembre del año en curso– de las ejecuciones forzadas de créditos que tenga el Estado Nacional con los agentes del seguro de salud, incluyendo también a la Administración Federal de Ingresos Públicos.⁽²⁾ Se mantiene la suspensión de los decretos 446/00, 1.140/00 y 1.305/00, relacionados con el ejercicio de la opción de cambio de obra social y la intervención de los privados en ella, así como la condición de dejar sin efecto los decretos 9/93 y 573/93, vinculada a las restricciones de contratar con los colegios profesionales.

En lo estrictamente sanitario, tiene diferencias con la emergencia dictada en el año 2002 (Decreto de Necesidad y Urgencia 486/2002), sostenida hasta fin del año pasado, ya que no se ha avanzado con normativas relativas al Programa Médico Obligatorio, con distribuciones vinculadas al Fondo Solidario de

Redistribución ni cuestiones atinentes a las contrataciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

En lo que se refiere al Proyecto enviado desde el Poder Ejecutivo Nacional y el texto final sancionado por el Congreso, hay dos artículos vinculados a la seguridad social que no han sido incluidos en la redacción aprobada: a) el artículo 74 del proyecto, que suspendía por trescientos sesenta (360) días la incorporación de nuevas prestaciones, medicamentos, procedimientos terapéuticos, diagnósticos y tecnologías médicas al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO), en el contexto de la Emergencia Sanitaria, con excepción de aquellas que probadamente contribuyeren a la disminución de los costos de atención

de la salud o bien resultaren de extrema e impostergable necesidad sanitaria, y b) el artículo 81 del proyecto que modificaba el artículo 23 de la ley 26.682 (ley de medicina prepaga), en tanto compellía a los agentes del seguro de salud y a las empresas de medicina prepaga a abonar un porcentaje al Fondo Solidario de Redistribución a aplicar sobre las llamadas “diferencias de plan” o pagos de bolsillo por planes superadores.

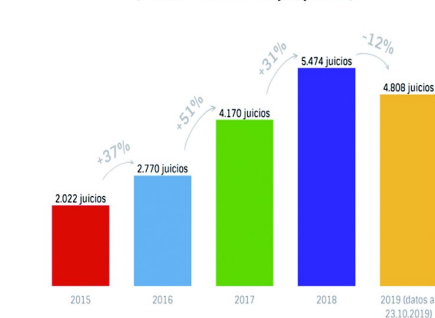
Analizando la nota de elevación del Proyecto del Poder Ejecutivo Nacional al Poder Legislativo, es oportuno señalar que en materia sanitaria la propuesta se fundamenta en “*un Estado guiado por el principio de la ética de la solidaridad (que) debe instrumentar políticas de salud pública que atiendan al suministro de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a pacientes en condición de alta vulnerabilidad social y el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas no transmisibles. También debe promover al pleno cumplimiento de la ley 27.491 de control de enfermedades prevenibles por vacunación, con particular referencia a la situación de emergencia epidemiológica que atraviesa el país y la región, y procurar las prestaciones básicas de salud a los beneficiarios del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD*”.

De la lectura de esos párrafos, entendemos que la calificación de “solidaridad social”, alcanza también a la emergencia sanitaria.

Por lo visto hasta el momento, el entendimiento de la situación de emergencia y la solidaridad social a la que nos hemos referido no ha tenido favorable acogimiento en el Poder Judicial. Si bien hemos transcurrido durante el mes de enero la feria judicial de verano, la cantidad de habilitaciones⁽³⁾ dispuestas

Incremento de la judicialización en materia de salud: Fuero Civil y Comercial Federal

(Período 2015 - 23/10/2019)

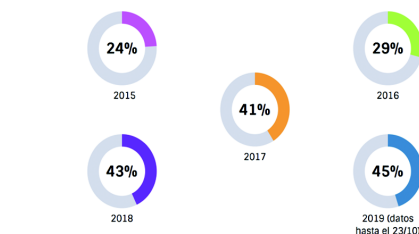


Fuente: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal

en el ámbito de los Tribunales Nacionales hacen pensar que la emergencia sanitaria no va a tener efectos en los reclamos individuales.

Hemos tenido conocimiento de procesos judiciales en los que se ha dispuesto la habilitación de feria (durante el mes de enero), por pedidos de cobertura y provisión de medicamentos que son de venta libre, prestadores fuera de la red de la obra social, afiliación de integrante del grupo familiar, mantenimiento de afiliación a un plan determinado (luego de dejar de pagar cuotas de plan superador), bajas por falseamiento de la declaración jurada, provisión de aceite de cannabis,⁽⁴⁾ y las consabidas acciones para conservar la obra social al momento de jubilarse, de las que ya hemos efec-

Incidencia de juicios de salud en relación al total de la materia del Fuero Civil y Comercial Federal
(Período 2015 - 23/10/2019)



Fuente: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal

tuado referencias en otros números de esta revista.⁽⁵⁾ Huelga aclarar que todas ellas, sí todas ellas, incluyen primordialmente una medida cautelar inaudita parte.

En este 2020, es el año donde más se ha solicitado (con éxito) la

habilitación de feria judicial, y pareciera que la tendencia de reclamos en temas de salud irá *in crescendo*. Basta señalar que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal ha señalado, hasta el mes de octubre del año pasado, que casi el 50% de los reclamos que se presentan en ese fuero corresponden a temas de salud. Obsérvese que estamos, cronológicamente hablando, en el mes posterior a la entrada en vigencia de la ley 27.541.

Las razones que fundamentan la emergencia a la que alude la ley 27.541 y que incluyen a la emergencia sanitaria, ameritan profundizar el análisis del Poder Judicial de la Nación en el otorgamiento de las medidas cautelares. □

1- Ley 27.541, Boletín Oficial del 23 de diciembre de 2019.

2- Tampoco se podrá ejecutar medidas cautelares sobre bienes de las obras sociales y/o del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

3- Las razones de urgencia que determinan la habilitación del feriado judicial son aquellas que entrañan para los litigantes riesgo serio e inminente de ver alterados sus derechos para cuya tutela se requiere protección jurisdiccional, pues la intervención de los tribunales de feria tiende, en principio, a asegurar únicamente el futuro ejercicio de un derecho o el cumplimiento de medidas ya decretadas, debiendo siempre concurrir alguno de los supuestos de excepción contemplados por el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación -art. 153-.

4- Por razones de secreto profesional no se denuncian los expedientes judiciales.

5- Revista Médicos N° 110, "Es momento de resolver de modo integral la atención de salud de nuestros jubilados".



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

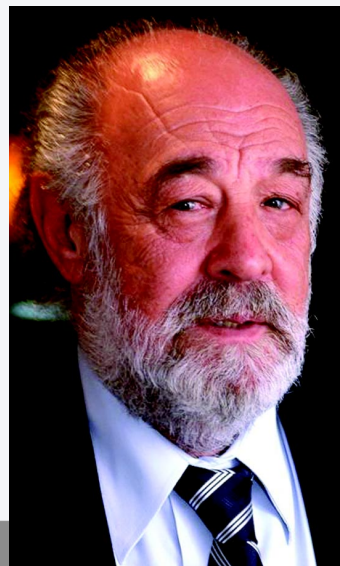
¿Inteligencia artificial o auténtica sabiduría?

Llamado de alerta sobre la Medicina y tecnología

"No basta con transformar el mundo. Eso sucede ampliamente incluso sin nuestro concurso. Para que el mundo no siga cambiando sin nosotros, y no se transforme al final en un mundo sin nosotros"

Günther Anders

La obsolescencia del hombre, tomo II.



Por el Dr. Ignacio Katz

Decíamos en el artículo anterior: "En un momento que requiere de la transformación del Sistema de Salud con un Estado en un mundo en transición, una brújula debe indicar la dirección. Esa guía es el uso adecuado de la tecnología actual".

Efectivamente, la tecnología, como el dios Jano, presenta dos caras: una oportunidad y un riesgo. *Oportunidad* de multiplicar y fortalecer capacidades; y el *riesgo* de perder discernimiento y elección. La herramienta suele diferenciarse de la máquina en que la primera es manipulada por la mano humana, mientras que la segunda tiene una automatización a la cual el hombre se ajusta. El aspecto positivo que determinadas herramientas posibilitan no debe nublar la visión frente a cambios de fondo que dicho uso puede implicar en lo que refiere a **los valores humanos**. Por ejemplo, la *telemedicina* sin duda significa un acceso de interconsulta muy valioso, especialmente para pacientes alejados de centros importantes. Puede reducir el contagio en guardias y disminuir tiempos de espera, pero sería necio negar la preocupación frente a la desestimación del vínculo directo médico-paciente.

Debemos evitar el tono catastrófico y tecnofóbico, pero no podemos ignorar la tendencia ya presente en múltiples planos que modifican la sociabilidad en general y en particular, que resultan cuanto menos cuestionables. No para desechar o renegar de los adelantos tecnológicos, sino para encontrar la forma más provechosa de usarlos y para prevenir usos indebidos y *desvíos alarmantes* a fin de encender algunas **señales de alerta** frente a cambios en curso para al menos considerar su evolución. Vale mencionar a Nick Bostrom, quien incluye el mal uso de las tecnologías y la mala programación de una superinteligencia en los *riesgos existenciales actuales* junto con las pandemias y guerras nucleares, entre otros.

La indiscutida novedad en boga es la Inteligencia Artificial (en especial la de tipo Deep Learning, que implica un proceso de autoaprendizaje) aplicada a la Big Data. La conexión permanente que tiene la casi totalidad de la población con los dispositivos móviles genera una cantidad de datos inauditos que pueden ser procesados por algoritmos de manera asombrosa. Las ventajas son innegables, pero también son múltiples los riesgos, como la pérdida de privacidad que es lo que

más preocupa en nuestro ámbito. Nos referimos a lo que alguien llamó máquinas inteligentes y humanos tontos. Aspectos de inteligencia y cognición son delegados en la tecnología y se van perdiendo en las personas. Así, por caso, se va diluyendo la escritura a mano (y eventualmente, la escritura a secas).

Para dar un ejemplo en nuestro campo, se ha producido un software para predecir infartos y problemas cardíacos cargando datos de pacientes, que dio resultados positivos (lo mismo sucede en otras especialidades como en diagnósticos oncológicos). Ahora bien, no está mal brindar una herramienta de este tipo a médicos cardiólogos, sin resignar por ello la profundización en dicho aspecto. Por el contrario, los resultados obtenidos deben mostrarnos correlaciones ignoradas que lleven a indagar, investigar y reflexionar para así avanzar en la frontera del conocimiento.

Esto significa no descansar en la tecnología ni depender de ella, sino usarla como plafón para aumentar nuestro conocimiento que no puede desentenderse de la base creada para incluso revisarla, corregirla y mejorarla. La tecnología debe ser una herramienta que eleve y mejore la capacidad de decisión del profesional y no una excusa para delegar la responsabilidad. Los programas de diagnóstico no diagnostican, lo hace el médico con la ayuda del programa. Debemos ser cuidadosos de no perder el conocimiento que objetivamos. Es decir, la tecnología debe ser un instrumento que nos haga mejores médicos, no una máquina que nos reemplace.

El desafío es que la enorme capacidad de automatismo (que es precisamente lo que produce su potencia) no se traduzca en la pérdida de autonomía humana profesional y, en definitiva, artesanal que la medicina requiere. Al clásico aforismo "hay enfermos, no enfermedades", podríamos traducirlo hoy como que el médico debe tratar *personas y no algoritmos*.

El especialista en Big Data, Walter Sosa Escudero, señala que faltan instituciones que ayuden a resolver los problemas de *transparencia* y *ética* que genera el flujo descontrolado de información. Cuanto más importante en un ámbito como la medicina. Máxime, teniendo en cuenta que existe toda una dimensión en germen que podría llegar a reestructurar nuestros cuerpos y nuestras mentes. Nos referimos a la conjunción de tres áreas críticas: revolución genética, que permitiría re-

programar nuestros genes y crear medicamentos capaces de atacar las enfermedades a nivel molecular; una revolución nanotecnológica, y una revolución de Inteligencia Artificial (IA). Esto nos lleva a un terreno que parece ciencia ficción, de ciborgs y robots, pero es apenas proyectar un poco la realidad actual. En este sentido, merecen consideración pioneros como Isaac Asimov y Arthur Clarke (por no mencionar a de La Mettrie y su *Hombre máquina* del siglo XVIII), así como las cercanas *distopías* de la serie "Black Mirror". En este espacio nos limitamos a preguntarnos si en lugar de "poshumanismo" y "realidad aumentada", como se ha planteado, no cabría pensar en términos de *deshumanización* y una *realidad distorsionada*.

Sin embargo, no debemos temer a la IA pero sí **regularla**, como advierte el Dr. en Ciencias de Computación del MIT, Brian Scassellati, quien relativiza su potencia al afirmar que "al crear robots nos damos cuenta de lo cuán complejas son las personas". Además, cuenta con la reflexión de que los actuales robots sirven para hacer una cosa específica, pero no cuentan con la *flexibilidad* y *complejidad* que tenemos las personas. Dan respuestas programadas crecientemente complejas, por cierto, pero, en definitiva, carecen de pensamientos.

Esto nos debería ayudar a no ceder ante el eufemismo de la IA que conlleva errores conceptuales, o lo que Borges llamaba "malversación del lenguaje". A saber, sustituir una palabra por otra, tergiversando la realidad como herramienta de manipulación. *No debemos confundir inteligencia artificial con inteligencia humana*. Sólo los humanos tenemos la capacidad del pensamiento científico. La capacidad de interpretar la realidad como procesos dinámicos, complejos y abiertos (variables topológicas), en lugar de procesar un cruce enorme pero lineal de datos. Parafraseando a Marcelino Cereijido: "la ciencia como paradigma de interpretación de la realidad".

Ya hace más de medio siglo que el filósofo Günther Anders reflexionaba sobre la brecha entre nuestra asombrosa (y tenebrosa) capacidad de producción (y destrucción) material, y nuestra incapacidad de reproducción consciente y moral sobre la misma. Producimos más de lo que somos capaces de aprehender con nuestras facultades intelectuales y emocionales, y ésta es una de las características básicas de nuestro tiempo, sostenía. Hoy, producimos datos que no podemos reproducir mentalmente, pero creamos una herramienta que sí lo hace. Pero de cómo lo haga depende de nuestra capacidad de programación, y qué hagamos con ello depende de nuestra capacidad de interpretación y nuestra decisión de aplicación, asumiendo así la **responsabilidad** de su uso al igual que sus **consecuencias** que, por último, también son enteramente nuestras. □

Doctor en Medicina - UBA. Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud" Universidad Nacional del Centro - UNICEN. Autor de: "La salud que no tenemos" - Katz Editores (2019). "Claves para la gestión en salud" - Editorial UNICEN (2019). "Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud" - Visión Jurídica Ediciones (2018). "Al gran pueblo Argentino Salud. Una propuesta operativa integradora" - Eudeba (1998).



UNIVERSIDAD
ISALUD

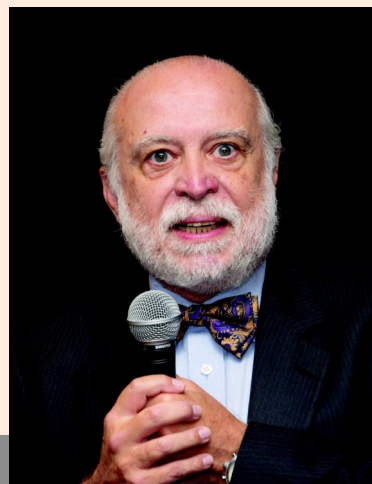
EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



El pluralismo negativo en salud

Por el Dr. Rubén Torres (*)



El filósofo Oscar Terán acuñó la idea del pluralismo negativo: espacio donde todos hablan, y nadie se escucha, cada uno dice su discurso y el otro aguanta hasta largar el suyo. Cada uno presenta datos, pero nada sirve para hacer síntesis, llegar a conclusiones o avanzar, aunque sea un paso en el camino de la interlocución.

Sucede en todas las esferas de nuestra sociedad, y en salud a veces de manera extrema, porque es un tema con el que se puede invocar valores morales, el bien de los otros, y reivindicar la necesidad del sacrificio y el esfuerzo. Es un mundo fértil para cultivar posiciones épicas sostenidas en verdades inapelables.

No hay que engañarse, ese heroísmo encubre una lista de intereses individuales y corporativos que se contabilizan en cargos, privilegios y contratos. Cuando un grupo de intereses ejerce alguna acción política, construye inmediatamente una versión catastrófica de lo que sucede y genera un clima de los que se defienden del despiadado ajuste que llevan adelante los ricos indiferentes.

Se invaden las redes con versiones de una fórmula que garantiza el éxito: los intereses dañados siempre son los de los pobres vulnerados y la interpretación es siempre emocional, de modo que es imposible anteponer datos, alegar conveniencia o racionalidad, lo que se juega se entiende sólo con el corazón.

El mundo de la salud está lleno de defensores del bien que hacen imposible el diálogo en un tema tan crucial para nuestra sociedad. Están escondidos en las redes, protagonizan encuentros académicos y diálogos televisivos y radiales.

Mientras transcurre una realidad dolorosa para los argentinos: desde los 70, la pobreza mundial disminuyó a la mitad, aquí se multiplicó por 4 (entre 1974 y 1982, lapso que incluye la dictadura, la tasa de pobreza osciló entre 8% y 10%; 34 años después, 13 millones de personas viven en situación de pobreza, y de ellos, 2,5 millones son indigentes).

Nuestro país fue incapaz de atraer las inversiones productivas necesarias y generar suficiente empleo de calidad (es difícil disimular esa triste realidad: según la EPH, entre el cuarto trimestre de 2017 y el de 2016, se crearon 694.000 puestos de trabajo: 27% correspondió a asalariados formales, 32% a asalariados en negro y 41% a cuentapropistas: hay más empleo, pero es más precario y el trabajo informal trepó al 34,2%, 6 décimas por encima del año anterior; el aumento de la tasa de empleo fue impulsado por el cuentapropismo y el trabajo en negro), y el Estado brindó empleo y subsidios para compensar las falencias de la economía.

El proceso se aceleró tras la crisis de principios de este siglo. Los 2.300.000 empleados públicos del año 2001 en nación, provincias y municipios se convirtieron en 3.600.000 en 2016 (el número de empleados públicos provinciales cada mil habitantes pasaron de 36 a 52 entre 2001 y 2016).

En esos 15 años, el empleo público aumentó más del 56%, mientras la población creció menos del 20%.

Los distintos Gobiernos, se endeudaron para financiar esa administración pública gigantesca e ineficiente, que es necesario reformar. Hay limitaciones políticas para encarar esa reforma; la principal, la resistencia de buena parte de la dirigencia política a abandonar definitivamente ciertas recetas, convertidas en parte de la cultura política argentina.

Mediante una reciente ley de compromiso fiscal, los gobernadores se habían comprometido a que, el gasto público de sus distritos no se incrementará en proporción mayor a la inflación y a que el empleo público provincial no creciera más que el aumento de la tasa poblacional. Hoy está en duda.

En los próximos años, la Argentina requiere transferir de manera gradual pero sostenida un millón de empleados del sector público al privado, incorporar un millón de jóvenes al mercado laboral y blanquear 2 de los 5 millones de trabajadores del sector informal, lo cual permitiría reducir los planes sociales.

“El mundo de la salud está lleno de defensores del bien que hacen imposible el diálogo en un tema tan crucial para nuestra sociedad. Están escondidos en las redes, protagonizan encuentros académicos y diálogos televisivos y radiales”.

Para eso, es necesario crear un millón de empleos por año. Ello requiere una educación que mejore la exclusión, no la actual, que no permite que aquellos expulsados de la fuerza laboral, y no tienen un empleo productivo, lo alcancen y difícilmente lo tengan, aunque la demanda laboral crezca (6 de cada 10 alumnos que llegan al último año del secundario y pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos no pueden leer un texto simple y 9 de esos 10 son incapaces de resolver un ejercicio sencillo de matemáticas).

La ley de educación de 2006 puso como meta que: "las escuelas primarias serán de jornada extendida o completa", e incrementó la inversión en educación, para "lograr que, por lo menos el 30% de los alumnos de educación básica tuvieran acceso a escuelas de jornada completa, priorizando los sectores sociales y las zonas geográficas más desfavorecidas".

Según el Ministerio de Educación, en 2018 sólo el 13,9% de los niños accedían a jornada extendida en el país, y en el conurbano bonaerense apenas el 6,3%, a pesar de que allí reside el mayor núcleo de la pobreza y la exclusión social. Entre 2003 y 2017 el nivel primario de gestión estatal perdió 263.099 alumnos y ganó 6.624 cargos docentes (un cargo cada 12 alumnos, y en algunas provincias, como Catamarca 1 cada 6. Australia, Japón, Holanda y Corea del Sur tienen un cargo cada 17 alumnos, Gran Bretaña y Francia 1 cada 20).

Nadie podía ignorar la inquietante brecha social, no es igual la percepción del problema, así sea muy clara, que tener su medida: la estadística es insumo clave en la definición de las políticas públicas. Se trata de un escandaloso retroceso colectivo, del cual todos los sectores políticos manifiestan dolor e indignación, aun-

que eluden proponer soluciones racionales basadas en presupuestos públicos.

Sería injusto endilgar la responsabilidad únicamente a las clases dirigentes, de una sociedad y un país al que le cuesta acoplarse, por falta de comprensión, o por permanecer anclado en el imaginario de un mundo que hace mucho dejó de existir.

Igualmente revela el fracaso de una dirigencia que prefiere navegar entre el silencio, la sorpresa y la indignación, sin hacerse cargo de la parte que le corresponde por tamaña decepción. Es consciente de que un país sólo se puede poner de pie si se persigue una visión de largo plazo, basada en un plan estratégico de desarrollo integral.

Nadie se opone a este axioma, pero, siguen pasando décadas sin que este recorrido siquiera comience con la aquiescencia de esa dirigencia, que hoy esta conternada por las muertes de niños salteños: la encuesta Materno Infantil de Pueblos Originarios del Plan Nacer, de 2010, decía: "el 81,3% de las madres de menores de 6 años afirmó que sus hijos ingieren sólo una comida diaria. En Chaco, el 62% de los niños es pobre. En Salta el 56%".

La información es atroz, La dirigencia busca culpables y dona pozos. Nos alejamos cada vez más de la idea de justicia social. Los planes sociales son soluciones de corto plazo cuando la pobreza es estructural... los pozos también. Salve Oscar. □

(*) Rector - Universidad ISALUD



¿Quién se ocupa del cuidado de la salud en tu familia?



Las desigualdades cotidianas dan lugar a la violencia hacia las mujeres

hacé el test ▼

www.osim.com.ar/alzalavoz/

El siglo XXI de los argentinos...

Una encrucijada política



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

El siglo XX es el siglo argentino de las pérdidas. En 1930 perdimos la democracia. En 1943 perdimos la República. En 1976 perdimos la democracia de nuevo. Desde 1976, el agregado de estas pérdidas nos conduciría al largo calvario de nuestros años pobres, tanto en convivencia democrática, en progreso económico, en vigencia de las instituciones, en pérdida de vidas y de derechos humanos, en ausencia de movilidad e igualdad social, un camino no concluido aún, que nos ha retrasado.

En consonancia con la divisoria de aguas del Centenario, en 1910 ser argentino era motivo de orgullo y de reconocimiento internacional.

También era un país de desigualdades mayúsculas

Era un país sin República, donde las mayorías populares eran analfabetas, sin derechos sociales y con una oligarquía vacuna que gastaba la renta nacional en Europa o en palacios afrancesados dignos de una aristocracia plebeya y vulgar, producto del realismo mágico incipiente.

En el Bicentenario de 2010, ser argentino requiere estar presto a explicar porque hemos fracasado colectivamente hasta ser considerados el ejemplo mayor de decadencia de una nación occidental en el siglo XX.

El siglo XX fue el siglo de la Contrarrevolución, de la Contrarrevolución de Mayo.

Una interpretación política institucionalista de la historia argentina atribuye el desarrollo político y económico a la existencia de instituciones favorables a tal fin. Supone que las diferencias de raza, credo, cultura o historia se tienden a nivelar cuando los pueblos adoptan un cuerpo de instituciones políticas con principios normativos comunes.

El incumplimiento del **Ideal de Mayo** es el eje interpretativo central de nuestro pasado.

Pensando en el bosquejo de un programa de vida futuro, intentamos comprender en positivo el proyecto revolucionario de los euroamericanos del sur, lo mismo que el programa progresista de la Revolución de Mayo, definido como la constitución de una nación irreductiblemente latina, pero que fuera fecundo territorio de encuentro de la vieja civilización europea y la joven savia de la cultura sudamericana.

Creemos que sólo recuperaremos nuestras fuerzas y talentos progresistas si nos orientamos a imaginar el futuro antes que a pelearnos por el pasado.

Este fue el mandato inequívoco de los ilustrados, de los criollos, los nacionales, y los aprendices de argentinos del siglo XIX: mirar siempre hacia el porvenir.

Esto concuerda con el *teorema institucional argentino* que establece una correlación directa entre el crecimiento económico y la calidad de las instituciones: a mayor crecimiento y más sostenido en el tiempo, fue mayor la vida del **régimen** y menor la propensión a reformas democráticas.

Según el historiador Eric Hobsbawm de 1917 a 1991 se extiende el siglo XX.⁽¹⁾ Los argentinos también hemos tenido nuestro *siglo corto*: se extiende entre 1916 y 1982 dividido en cuatro períodos, la *democracia obtenida a través de la Ley Sáenz Peña* con la incorporación de simples ciudadanos al gobierno y la defensa irrestricta de los intereses nacionales, la *democracia limitada* entre 1930 y 1943, la *democracia de masas* en el período de 1945 a 1955 y la *democracia reconstruida* a partir de 1983.

Por haber sido lo que fuimos y ser lo que somos la Argentina nos duele

Nos duele profundamente porque evocamos a la "Patria Grande" que era pensamiento puro hecho realidad, una revolución de futuro abierta a los hombres de buena voluntad, que tradujera en prosperidad y cultura el mandato de la geografía pampeana.

El siglo XX de los argentinos, puede ser reconocido como un extraordinario experimento de integración cultural y social de millones de personas que confluieron para realizar sus vidas desde todas las latitudes y que fueron capaces de consolidar en apenas unas décadas una sociedad moderna y pluralista. Los argentinos hemos aprendido en el siglo XX, porque a fuerza de experimentar fracasos y sufrir en carne propia padecimientos injustificados a la luz de nuestras trayectorias posibles, hemos aprendido que las decisiones equivocadas en materia política equivalen a crueles retrocesos y a condenar a millones de argentinos a niveles de pobreza que nuestros mayores nunca hubieran imaginado.

El período de la reconstrucción de la democracia se caracterizó por variaciones profundas entre las relaciones sociales, contrato social y acumulación de capital.

Este proceso también se caracterizó por la difusión global de nuevas formas de organización social y por la reestructuración de las relaciones sociales, cambiando la pauta de integración y exclusión, visibles en la nueva articulación entre economía y política.

Estos cambios desembocaron en un notorio incremento de las desigualdades en el interior de la sociedad contemporánea de nuestro país, creando nuevos bolsones de pobreza y marginalidad.

En nuestras regiones de "capitalismo periférico", la globalización no sólo profundizó los procesos de transnacionalización del poder económico, además de un desguace radical del estado.⁽²⁾

Así en América latina, estas transformaciones vinieron de la mano de políticas con fuerte desregulación económica y una reestructuración del Estado, acentuando las desigualdades, al tiempo que, produciendo nuevos procesos de exclusión, afectando a grandes masas poblacionales de distintos estratos poblacionales. Se produjo una espiral descendente de la distribución de la renta nacional per cápita pauperizando a la clase media y convirtiéndola en clase "venida a menos".⁽³⁾

Las condiciones y dimensión de la dominación llegaron a un grado y a un tipo de dependencia que ni los más pesimistas textos habían soñado.

Este fenómeno se inscribe como de acción-reacción teniendo como telón de fondo la década de los 80, con episodios de hiperinflación rayanos en la República de Weimar.

Se crea entonces el concepto de *sociedad excluyente* con mutación en el pensamiento social argentino.

A partir del 2003 comienza un proyecto político de reversión de las políticas neoliberales. Se comienza con un programa de sustitución de importaciones, de endeudamiento externo a partir de conseguir fondos mediante la producción y el consumo interno.

Esto nos liberó de las obligaciones y el control, además de los planes de ajuste de los organismos multilaterales.

A su vez el Estado comenzó con medidas protectivas que acercó la equidad a las grandes masas empobrecidas en la etapa neoliberal mencionada.

Se comenzó con la igualdad de derechos, tan mencionados en nuestra Constitución Nacional como incumplidos en la mayor parte de nuestra historia por décadas.

La rueda de la historia comenzada en mayo comenzaba a rodar de nuevo

Sin embargo, los cuatro años del Gobierno de Cambiemos, nos colocó en una nueva encrucijada, y los fantasmas⁽⁴⁾ de esa historia reciente resuenan como campanas, cuando vemos los niveles de pobreza heredados, la destrucción de la educación pública, del sistema de salud, además de los alarmantes índices de decadencia social.

Nos pone en una grave emergencia por este pasado demasiado reciente.

Hoy tenemos una nueva oportunidad y una renovada esperanza.

Dijo Alejandro Korn *que la edad de oro de la República Argentina no está en el pasado sino en el futuro.*

La edad de oro es un ideal, rige el progreso dinámico que sin reposo nos impele hacia los más altos destinos, si es que nos mueve la voluntad de alcanzarlos. □

Ref.

- (1) Historia del Siglo XX- 1914-1991- Eric Hobsbawm
- (2) El capital en el Siglo XXI - Thomas Piketty
- (3) La economía de las desigualdades - Thomas Piketty
- (4) La era del imperio, 1875-1914 - Eric Hobsbawm

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



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

Comienzan a soplar buenos vientos

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



Cualquier lector inquieto que tuviera la ocurrencia de repasar nuestra postura política o las diversas acciones implementadas en estos primeros quince años de vida de FEFARA, podrá constatar la existencia de un común denominador conformado por nuestra esencia y nuestras creencias, más allá del tema puntual que en cada caso se aborde.

LO QUE SOMOS. LO QUE CREEMOS

Como lo dice su estatuto, FEFARA promueve una red de Farmacias acordada y regulada por el Estado, que trabaje para garantizar la accesibilidad, seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos a los que tiene derecho la población.

Traduciendo este principio en acciones, trabajamos cada día para crear, impulsar o afianzar estos conceptos centrales:

- ❖ Uso racional del medicamento / utilización del Vademécum Nacional Farmacéutico, con criterio sanitario / Prescripción por denominación común internacional / Política de precios de referencia farmacéutica / Los medicamentos sólo en farmacia / Acceso al medicamento para toda la población / Mayor cobertura para los más necesitados.
- ❖ Intervención estatal para la fijación de exigencias de calidad en la producción de los medicamentos, tanto para la pública como privada / Medidas de estricto control en la procedencia y manipulación en toda la cadena de fabricación, distribución y dispensa del medicamento.
- ❖ Acuerdos con el sector público, a fin de colaborar a la mejor atención de los pacientes de ese sector, comprometiendo la asistencia de nuestra red de Farmacias.
- ❖ Ofrecimiento de herramientas y procesos tecnológicos propios, para el alcance de todos los objetivos ya enunciados.
- ❖ Brindar a todas las farmacias de nuestra red la oportunidad de participar en todos los contratos de la seguridad social, aportando a su viabilidad.
- ❖ Disminuir considerablemente los costos de opera-

ción y mejorar el ciclo financiero en los contratos administrados por nuestra Federación, en pos de la sustentabilidad de nuestra red.

EL PRESENTE

Teniendo en mira el diagnóstico que formulamos sobre el estado del sector en los tiempos que corren, sobre lo cual hice referencia en mi anterior columna en este medio ("Crónica de una muerte anunciada"), elaboramos un documento para hacerlo llegar a las nuevas autoridades sanitarias al inicio mismo de su gestión, del cual aquí reproduzco un fragmento:

... ¿Cuál es el camino?

En primer lugar, otorgar rango de política de estado al acceso al medicamento por parte de toda la población, poniendo especial énfasis en los sectores más vulnerables.

En ese marco, fortalecer el rol del Ministerio de Salud de la Nación, estableciendo dentro de sus competencias la potestad de regular y garantizar la competitividad en el proceso de formación de precios de los medicamentos para todo el ámbito nacional.

Desde el Ministerio establecer precios de referencia para todos los renglones terapéuticos, impulsando la aplicación de los mismos en todos los ámbitos de financiamiento de las prestaciones farmacéuticas brindadas a la población argentina:

- a- Superintendencia de Servicios de Salud
- b- Programa de acceso al medicamento a los beneficiarios de la AUH (a desarrollarse).
- c- PAMI
- d- Obras sociales provinciales (sistema de articulación a convenir con las provincias).

Para la implementación y gestión, ofrecemos incorporar las soluciones tecnológicas y de procesos que hoy tiene disponibles nuestra FEFARA.

¿Qué políticas impulsar para avanzar en el adecuado acceso al medicamento de toda la población?

Sin pretender abarcar todas las posibilidades existentes en la materia, pasamos a enumerar algunas acciones que consideramos de central importancia:

- ✓ *Identificación de la totalidad de los beneficiarios, de todos los sistemas y/o coberturas.*
- ✓ *Regulación de precios y garantía de competitividad en la formación del precio.*
- ✓ *Uso racional del medicamento.*
- ✓ *Distribución de medicamentos.*
- ✓ *Producción nacional de medicamentos genéricos.*
- ✓ *Infraestructura tecnológica.*

Nota: por razones de espacio, no se reproducen aquí los textos que dan sentido a cada uno de los ítems aquí descriptos.

NOTICIAS ALENTADORAS

En los últimos días se generaron varias acciones desde el sector gubernamental, que nos permiten alentar expectativas favorables para dar principio de solución a la cantidad de dificultades que actualmente agobian al sector salud:

- A partir de marzo entró en vigencia un nuevo vademécum PAMI, asegurando la cobertura total de 170 principios activos utilizables para patologías crónicas, para todos los integrantes de su padrón de afiliados.

- El ministro de Salud de la Nación presentó los lineamientos para una Política Nacional de Medicamentos 2020-2023.
- En tal marco, se creó el Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos, un espacio plural y federal que contará con la participación de todos los organismos estatales vinculados a la temática de medicamentos. Entre sus prioridades figura la reorganización de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC), así como mejorar los mecanismos para las compras conjuntas de medicamentos.
- Se relanzó el programa Remediar con entrega de medicamentos gratuitos, el cual beneficiará a 15 millones de personas. La primera entrega consistirá en la distribución de 14 mil botiquines en los cerca de 8.500 centros de atención primaria que hay en todo el país. El plan incluye 50 medicamentos que cubrirán el 80% de las patologías.

Todas estas acciones, aunque no abarquen la totalidad del problema, le otorgan sentido al título que hoy elegí. Porque si bien al día de hoy no podemos festejar resultados porque sólo nos encontramos en el puerto de embarque, parecen soplar buenos vientos para iniciar esta difícil travesía hacia mares más calmos.

Seguramente, no será sin sobresaltos... pero vale la pena intentarlo. Nosotros estamos dispuestos. □

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

Salgamos del “modo emergencia” y pongamos el “modo institucional”

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

vassalloc@gmail.com



¿Cómo hacemos para desbloquear el sistema de salud y permitir que se den las reformas necesarias? Vivir en emergencia es vivir fuera de las instituciones. Es siempre tratar de patear hacia adelante la pelota sin que los actores se sienten para consensuar y desatar los nudos que impiden pensar el futuro.

¿Quién le pone el cascabel al gato? Los tres poderes del estado, los sindicatos, el privado y los pacientes tienen que sentarse a dialogar y plantear consensos sobre la base de pensar en la sustentabilidad sanitaria, financiera y política del sistema.

A estos fines pensar en los costos de oportunidad, en la evidencia y la efectividad clínica de las prestaciones, beneficios de los pacientes y equidad en la distribución de los recursos podrían ser criterios útiles para dialogar y alcanzar acuerdos pensando en el sistema y no en lo que le corresponde a cada uno.

Si el sistema no se gobierna termina sucediendo lo que pasa desde hace ya muchos años, todo el mundo buscar salvarse de alguna manera: yendo a la justicia como los pacientes, cobrando tickets o plus y sobreprestando como los prestadores privados, cerrando la puerta a los riesgos mayores o pidiendo constantes actualizaciones de los planes como las prepagas, acotando los presupuestos como los poderes ejecutivos (nacional y provinciales), fallar según lo que pide el paciente y sin considerar la sustentabilidad del sistema como los jueces, generando leyes que no guardan relación con la racionalidad económica como los legisladores y podríamos seguir de esta manera.

El populismo de izquierda o de derecha después de pretender por años edificar una democracia directa (que ni siquiera Rousseau consideraba posible para un pueblo de ángeles) sobre la ruina de las instituciones representativas y de los cuerpos intermedios, se comienza a dar cuenta que algunas cosas no funcionan.

La nueva teoría de las instituciones intenta replantear la interpretación estática y conservadora de las instituciones, corriendo la atención del sustantivo a la forma verbal, del instituto al instituyente. Instituir llevado a su concepto original significa instaurar algo, abrir un espacio inédito, dar vida algo nuevo.⁽¹⁾

Tenemos que volver a recrear instituciones sanitarias para poder abrir un camino de reformas. Desde 1988 que no discutimos en sede legislativa sobre los

finés, la misión, los valores y los objetivos de un sistema sanitario para todos los argentinos. Han pasado muchos años existen indicadores sobre las disparidades y desigualdades en el acceso, calidad y resultados sanitarios entre grupos sociales, regiones y población.

Cuando llegamos a este punto es importante plantear una cuestión que resulta un motivo central en esta propuesta: se trata de saber en qué condiciones puede existir cooperación voluntaria sin la solución hobbesiana de la imposición de un estado coercitivo para crear aportes cooperativos.

Como bien plantea el Prof. North “históricamente el crecimiento de las economías ha ocurrido en el seno del marco institucional de políticas coercitivas bien desarrolladas”. “No se observa anarquía política en países de altos ingresos” pero también es cierto mencionar que la facultad coercitiva del estado ha sido utilizada en gran parte de la historia en formas que ha resultado enemigas o contrarias al crecimiento económico.

¿Qué hacemos entonces para enfrentar el dilema de la cooperación? Norman Schofield (1985) se hace la siguiente pregunta, para poder enunciar el problema: ¿cuál es la cantidad mínima que un agente debe conocer en un medio determinado sobre las creencias y necesidades de otros agentes para poder formarse ideas coherentes sobre su conducta y para que este conocimiento sea comunicable a los demás? ⁽²⁾

Esto me lleva también a una segunda cuestión. Que explica la supervivencia de un sistema a pesar del mal desempeño recurrente (profunda inequidad en acceso, calidad y resultados, calidad de servicios irregular y segmentada, etc.). A partir de Darwin y luego de los desarrollos de Alchian (1950) podemos decir que a lo largo del tiempo las instituciones ineficientes son descartadas en tanto las eficientes sobreviven, por lo cual hay una evolución gradual de formas más eficientes de organización económica, política y social.

El sistema sanitario argentino nació con doble comando: una seguridad social negociada entre militares, sindicatos e iglesia por un lado y un estado que mantiene un rol subsidiario alejado del pensamiento de Carrillo que había imaginado un esquema universal y con mayor protagonismo estatal. Ese doble comando implica dos formas de organizar los servicios que rara vez se articulan o se relacionan para trabajar en

conjunto. Se desconfían, se celan y construyen proyectos paralelos más allá de las declaraciones.

El estado nacional más allá de su tamaño en servicios de salud y de su vocación política por conducir el sistema no ha tenido las herramientas políticas, económicas y financieras para delinear las reglas de juego de un sistema. La transferencia de servicios ha hecho que los estados provinciales compartan parte de la responsabilidad pero aquí tenemos también una oportunidad perdida dado que no se replanteó el rol del Ministerio considerando la transferencia y entonces vivimos una puja entre la nación y las provincias acerca de quién cumple determinadas funciones cuando en realidad deberíamos tener bien definida las funciones del Ministerio de Salud Nacional que debe ser el responsable único del plan sanitario nacional, un financiador relevante, el responsable de la calidad de los servicios, de los medicamentos y tecnologías que circulan y de todas aquellas funciones que tienen que ver con el gobierno y la conducción del sistema.

Todo el poder al Ministerio de Salud para conducir el COFESA, pero también para direccionar la Superintendencia de Servicios de Salud y el PAMI de tal manera que exista un solo plan sanitario y no tantos como organizaciones existen en el país. Los ciudadanos que tienen una cobertura de una obra social o del PAMI son ciudadanos tanto como los que se atienden en el sector público y en consecuencia el estado se debe una definición tajante sobre el tema que evite dobles estándares en calidad y cobertura.

Sabemos que la macroeconomía domina el panorama de un país como el nuestro que no puede olvidar

algunas anomalías como la inflación y se encuentra retrasado con reformas absolutamente necesarias para alcanzar un mecanismo de equilibrio fiscal. Pero mientras tanto se alcanzan estos equilibrios es necesario salir del **modo emergencia** y ponerse a pensar en un **modo institucional** que permita este salto hacia una mayor normalidad y realidad en el funcionamiento del sistema sanitario argentino. Tenemos un criterio guía que es universalizar la salud y disminuir la inequidad en el acceso, calidad y resultados sanitarios ahora es necesario ponerse a caminar.

Este artículo tiene una segunda parte donde se plantearán algunos caminos de esta reforma institucional inspirados en los intentos de Clinton y Obama en Estados Unidos. Si bien desde un punto de vista cultural la Argentina y Estados Unidos son muy diferentes compartimos algunas problemáticas comunes en materia de salud que resulta interesante profundizar sin dejarse llevar por un componente ideológico y poder contribuir a construir una agenda de cambios y regulaciones para el sector. □

1 Cosí ritorna il bisogno di istituzioni. Roberto Espósito. La Repubblica. Cultura. 15 febrero 2020.

2 Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. Douglass North. FCE. México (1993).

(*) Profesor Salud Pública - FCM UNL.

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



Los datos de la vida real



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

El alto precio de los nuevos medicamentos, fundamentalmente los biológicos, impacta fuertemente en los sistemas sanitarios de todo el mundo sin excepción, los cuales reaccionan a esta problemática con diferentes estrategias para contenerlos.

Los gobiernos, a través de sus agencias reguladoras de medicamentos y de evaluación de tecnologías sanitarias, están exigiendo cada vez más a la industria farmacéutica que proporcione información relacionada no sólo con la seguridad, el uso apropiado, y la eficacia, sino también sobre el valor clínico y económico de sus medicamentos.

La tendencia global es compartir el riesgo con los fabricantes de medicamentos de alto precio en cuanto al impacto que producen sus innovaciones. Se intenta ya no pagar sólo por un medicamento que demostró ser seguro y eficaz en los estudios randomizados, sino que ahora se tiende a pagar por resultados en la población real una vez puestos en el mercado.

Se les solicita cada vez más información y evidencia a los laboratorios sobre las mejoras sustanciales que sus fármacos producen sobre la salud de la población.

Estas exigencias de las agencias reguladoras y evaluadoras de tecnologías están poniendo una presión sin precedentes en la industria farmacéutica, la cual, en base a la inteligencia artificial y a los datos masivos en salud (Big Data), han desarrollado el concepto de Real World Data y Real World Evidence (Datos de la Vida Real y Evidencia de la Vida Real).

¿QUÉ ES ENTONCES REAL WORLD DATA - REAL WORLD EVIDENCE?

La ISPOR (International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research) define Real World Data como: "Datos usados para tomar decisiones sobre medicamentos o procedimientos médicos que se recojen fuera de los ensayos clínicos aleatorizados".

En otras palabras, es la recopilación de datos sobre medicamentos, pacientes y enfermedades en un contexto no experimental.

En la jerga se usa casi indistintamente Real World Data (RWD) o Real World Evidence (RWE). No son, sin embargo, sinónimos: los datos (Real World Data) son los que debidamente analizados nos conducen a las evidencias (Real World Evidence). Entre la primera y la segunda existen procesos analíticos que permiten convertir datos en evidencias.

Hasta ahora, la generación de la evidencia en el ámbito de la salud se ha basado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en función de la información obtenida de ensayos clínicos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Mucho se

ha hablado y escrito sobre las brechas entre la investigación y la toma de decisiones.

Actualmente, la digitalización e integración de la información (historias clínicas, registros de pacientes, datos de seguros médicos, encuestas de salud, datos administrativos, biobancos, salud móvil, otros wearables, etc.) apoyada en la inteligencia artificial, ha facilitado la obtención de datos en un contexto real (Real-World Data), que analizados de forma adecuada pueden generar evidencia científica (Real-World Evidence) que favorezca la efectividad comparativa real de todos los tratamientos o intervenciones sanitarias disponibles para el abordaje de una patología.

Estos datos y la evidencia que de ellos surge, se utilizan complementariamente a la vía clásica, basada en la MBE, para obtener información que es aprovechada por los diversos agentes que desean compartir las decisiones que afectan a los pacientes y a la sociedad en su conjunto. Esta "democratización" de la toma de decisiones afianza el concepto de empoderamiento de los pacientes (integrado en la "Medicina Centrada en el Paciente").

DIFERENCIAS ENTRE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS Y REAL WORLD DATA

Los ensayos clínicos proporcionan información de la eficacia y seguridad de una intervención médica (principalmente medicamentos), y los RWD y la RWE persiguen complementar esta evidencia que se obtiene de los ensayos clínicos y de su agregación en metaanálisis, no sustituirla. El objetivo último es poder evaluar las intervenciones médicas, sean o no fármacos, fuera de las condiciones controladas que se aplican en los Ensayos Clínicos Aleatorizados.

Si bien los Ensayos Clínicos Aleatorizados (Randomized Controlled Trial - RCTs en inglés) siguen siendo el método de referencia ("Gold standard") factores tales como la heterogeneidad en la respuesta al fármaco en la vida real, la falta de adherencia a los tratamientos, o el uso de estos tratamientos en pacientes diferentes de los que participaron en el proceso de investigación previo a la autorización, limitan la generalización de resultados a partir Ensayos Clínicos Aleatorizados. Algunas ventajas del RWD sobre los Estudios Clínicos Aleatorizados: muchos de estos últimos no son generalizables a una población más grande.

Sin embargo, un estudio observacional riguroso puede ser útil en determinadas situaciones, siempre que sea posible gestionar adecuadamente los sesgos.

Los ensayos clínicos de medicamentos se centran en la eficacia, la seguridad y la calidad como criterios de valoración. Los estudios con datos de la vida real consideran un criterio de valoración más contextualiza-

do: la eficiencia. Los criterios de exclusión de pacientes en el diseño de ensayos clínicos pueden producir resultados con validez externa limitada.

Los grandes ensayos clínicos pueden costar muchos millones. El análisis de datos de la vida real es a menudo menos costoso.

Con diferentes diseños metodológicos, RWD persigue responder a preguntas sobre los nuevos medicamentos que no pueden ser respondidas con el análisis estadístico de los datos de los Ensayos Clínicos Aleatorizados como, por ejemplo: describir cómo es el proceso diagnóstico del paciente con una determinada patología, cuál es su incidencia y prevalencia, qué tratamientos se pautan según las características del paciente y su enfermedad, efectividad de un determinado medicamento, adherencia, etc.

UTILIDAD DEL RWD

Una primera utilidad tiene que ver con el objetivo de cumplir las normativas en farmacovigilancia y postcomercialización. Es por lo que se obtienen multitud de datos en el mundo real de distintos fármacos, desde la perspectiva de la seguridad del medicamento. En los últimos años las exigencias de las agencias regulatorias han aumentado y la necesidad en RWD ha ido creciendo en términos de farmacovigilancia.

Otras de las utilidades del RWD – RWE son: ubicar poblaciones de pacientes en las que el producto funciona mejor, detectar si el uso del fármaco es óptimo, por ejemplo, si se está utilizando a la dosis que la compañía farmacéutica recomienda, captar resultados directamente del paciente en el mundo real, confirmar la eficacia y seguridad del medicamento en el mundo real, adherencia al tratamiento, otros.

Los financiadores de servicios de salud demandan cada vez más datos del mundo real, más allá de los ensayos clínicos, ya que necesitan confirmar que el producto que inicialmente se aprobó para comercialización sigue dando buenos resultados en el mundo real a lo largo de su ciclo de vida. Estos datos están referidos, sobre todo, a estos tres aspectos: 1) Resultados clínicos (eficacia y seguridad), 2) Uso de recursos sanitarios (costos) y 3) Reportes de los pacientes - PROs (Patient Reported Outcomes): experiencias del paciente, preferencias de tratamiento y cumplimiento.

PRINCIPALES FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DEL RWD

Se podrían resumir en las siguientes: estudios observacionales, estudios retrospectivos: este tipo de información está ya disponible y es fácil de usar, Patient Reported Outcomes (PROs), que pueden ser recogidos a través de paneles de pacientes, encuestas de salud dirigidas a población general, datos de pacientes recogidos por los profesionales médicos (de forma prospectiva o retrospectiva).

PERSPECTIVAS EN LA ARGENTINA

Nuestro país está en pañales en estos aspectos. Recientemente se ha dado un primer paso para la construcción de una plataforma que comience a promover, organizar y acceder a los datos digitales. Efectivamente, a través de una serie de resoluciones de los años 2018 y 2019 de la entonces Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Humano se establecieron los parámetros necesarios para establecer una agenda digital en salud.

En principio por resolución N° 189 de fecha 25 de octubre de 2018 se aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital, la cual establece que la arquitectura de interoperabilidad requiere un rol central de la Secretaría de Gobierno de Salud, actuando como nexo y facilitando la comunicación entre las jurisdicciones y entre los subsistemas de salud. Establece allí que para esto se requiere de la implementación de un Bus de Interoperabilidad que permita la articulación de los contenidos y la comunicación de los registros médicos en el país.

Posteriormente por resolución N° 680 de la propia Secretaría de Gobierno de Salud de fecha 5 de diciembre de 2018 se aprobó la recomendación de estándares que permite la integración de la información de salud existente en cada efector de salud que se registre en la red de interoperabilidad. Luego por Decisión Administrativa N° 307 de fecha 13 de marzo de 2018 se creó la DIRECCIÓN NACIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD cuya responsabilidad primaria es la de gestionar las condiciones para el desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud a nivel nacional y jurisdiccional. Dentro de las acciones de la mencionada DIRECCIÓN NACIONAL se encuentra la de gestionar el diseño e implementación de estándares de interoperabilidad y contribuir a la conectividad en establecimientos de salud en el ámbito federal.

Finalmente la resolución 115/2019, elaborada también por la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de ese entonces, publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina (BORA), el 24/01/2019, se definen los lineamientos para la creación de: la RED NACIONAL DE INTEROPERABILIDAD EN SALUD, y el REGISTRO de DOMINIOS DE INTEROPERABILIDAD EN SALUD, el cual tendrá como objetivo identificar a los pacientes de la red, citada en el punto anterior, asegurando el cumplimiento de los estándares definidos para su implementación. A la fecha se estima que ya hay dos millones de personas con registro de identidad unívoca de 16 provincias, lo que representa el paso previo para que se empiece a compartir sus historias clínicas electrónicas.

Este es un inicio auspicioso. Como todo dependerá de la continuidad que le dé el actual gobierno. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



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

Coronary, y lo que en US llaman SID (Supply Induced Demand)

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



Voy a utilizar esta nota de opinión para analizar una cuestión particular a la Economía de la Salud, como es el enlace entre la asimetría de información, la relación imperfecta de agencia y la demanda inducida, problemas frecuentes de la práctica médica y potenciados en forma conjunta a fuerza de la profundización de la puja distributiva entre proveedores y financiadores de los sistemas de salud.

La asimetría de información es el gran problema que explica el por qué los mercados de salud no funcionan bien, incluyéndole la cuota de incertidumbre y riesgo moral que tan bien refiriera el Premio Nobel Kenneth Arrow. Y la demanda inducida por la oferta -más específica- tiene lugar cuando el consumidor, que de tener la información correcta del profesional no hubiera elegido el tratamiento, queda a merced de la decisión electiva del médico, indicándolo o sobre indicándolo aun sin efectividad alguna.

El resultado final es en el mejor de los casos neutral (nunca beneficioso) o bien perjudicial para la salud del propio paciente. Esta particular conducta resulta de determinada estructura retributiva o incentivo particular. Más aún, cualquiera que sea la forma de remuneración del profesional, si existe un incentivo por parte de un tercero (Hospital o corporación asistencial) que lleve a explotar la diferencia de la información, resultará una práctica común que los proveedores induzcan determinados tratamientos en el centro asistencial a fin de que éste obtenga mayores ventajas económicas o extraeconómicas. De hecho, no deja de ser un tema ético, de mala práctica profesional.

Precisamente voy a hacer práctico este análisis en función de un muy interesante libro, con el cual me enfrasqué en su lectura durante las tradicionales vacaciones y dada mi condición de ex cirujano cardiovascular. Lleva por título "*Coronary: A True Story of Medicine Gone Away*". Creyendo que su contenido tendría que ver con nuestra abnegada actividad quirúrgica en el campo de la revascularización coronaria, me encontré con una trama que, si bien lo lleva a asemejarse a una novela casi policiaca, la profundidad del tema lo vincula directamente con el sistema de salud -en este caso de Estados Unidos- y con los principios que les mencioné al inicio sobre fallas de mercado de la Economía de la Salud.

Especialmente por tratarse de un caso real ocurrido en 2002. Y que sus protagonistas (dos reconocidos y respetados profesionales de la patología cardiovascu-

lar (el hemodinamista Moon y el cirujano cardiovascular Realyvazquez) no son dos personajes aislados que buscan salvarse económicamente, sino que son reales y trabajan para una particular corporación asistencial americana, en uno de cuyos hospitales y como parte del incentivo establecido, violan el principio ético más sagrado de la profesión: "*Primum non nocere*". Es que, en realidad, y a partir de jugar con la asimetría de información, potencian la denominada "demanda inducida" para aumentar los ingresos de la corporación en forma fraudulenta.

Como principales protagonistas, habitualmente el Dr. Moon era quien efectuaba los diagnósticos y Realyvazquez quien operaba a los pacientes, estableciendo una sociedad perfecta. La historia se basa en la particular interpretación de un cuadro clínico y su posterior coronariografía, que Moon efectúa a un paciente no típicamente sintomático, de donde sugiere inmediatamente efectuar un triple by-pass. Para buena suerte del paciente, que duda de la oportunidad del tratamiento y consulta con su médico de cabecera, una segunda, tercera y hasta cuarta opinión externa establecen que su corazón está perfectamente sano, y que para su edad las arterias coronarias resultan marcadamente libres de enfermedad significativa.

El problema central reside en la conducta del hemodinamista y de su colega cirujano y a la vez socio, líderes ambos del team cardiovascular del Redding Medical Center, establecimiento asistencial donde esto transcurre, quienes ya han colocado en riesgo a cientos de pacientes sin enfermedad coronaria cierta, en base a la inducción a la cirugía, algunos de los cuales nunca se recuperaron totalmente. Alertado por el paciente que resulta protagonista involuntario de otro "exceso terapéutico", un detective del FBI inicia una interesante investigación a través de la cual interroga a numerosos médicos y pacientes y llama a participar de la misma a otros cuarenta agentes federales, detectando claramente el fraude.

El autor del libro, Stephen Klaidman, ex editor y reportero del New York Times y del Washington Post, además de ex investigador del Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown, muestra como la corporación multinacional Tenet Healthcare de servicios de salud con sede en Dallas, Texas exigió a sus ejecutivos que produjeran ingresos anuales que excedieran las proyecciones de Wall Street. Esta compañía opera en la actualidad con 65 hospitales y aproximada-

mente 500 otras instalaciones de atención médica en Estados Unidos.

"Coronary" pasa a ser un ejemplo real y habitual -a partir de algo conocido como la sobreindicación médica o sobreprestación- de la demanda inducida. Y de la asimetría de información a partir del desconocimiento del paciente sobre su enfermedad, demostrando cómo es posible hacer converger la codicia corporativa con el "corrimiento ético" de dos médicos que reconvierten sus propias posiciones profesionales en una suerte de cinta transportadora del hospital hacia una función de producción plenamente orientada a aumentar la riqueza de la compañía madre.

El costo promedio de una cirugía de derivación coronaria simple con seguro en los Estados Unidos es de u\$s 40.000, pero puede variar ampliamente entre hospitales según la complejidad (de 2 a 5 puentes), la región y las instalaciones hasta los u\$s 300.000. La colocación de un *stent* cuesta alrededor de u\$s 25.500. Cuando el caso es como el del paciente del libro -que no tiene ningún beneficio de seguro- solo los gastos por la cirugía pueden ir de los u\$s 80.000 a los u\$s 440.000 -dependiendo del Hospital tratante- con un valor promedio de u\$s 151.257. Los cargos adicionales de honorarios médicos más informes de diagnóstico pueden sumar un adicional de u\$s 10.000 a u\$s 20.000. Cabe señalar que el costo real final depende del hospital y del grupo de médicos a que el paciente se tiene que referir, y de su tipo de aseguramiento.

A partir de las cirugías coronarias (especialmente en pacientes cubiertos por el Medicare) el Team se había transformado en la "vaca lechera" de la corporación Tenet, permitiéndole al Redding Medical Center de

California ganar más de u\$s 300.000 por cada by-pass. Para el año 2002, como cita el libro, el hospital realizaba casi 1.000 derivaciones coronarias/año promedio, transformándose en una de las tasas de uso más altas para el Estado de California. Y ese mismo año, Redding registro ingresos antes de impuestos por u\$s 93 millones, con lo cual más que duplicó la cifra de 1998 y superó en casi 20 veces a otros prestadores asistenciales importantes de la región.

"Coronary" resulta así una muy interesante descripción y a su vez un análisis respecto de cómo el complejo médico industrial americano relativiza la efectividad de resultados, generando una falla de mercado por demás impactante. Y deja al descubierto los mecanismos de algunas corporaciones del país del Norte respecto de las acciones de sus médicos, en un esquema donde Wall Street resulta ser un factor más poderoso que la vida de los pacientes. Precisamente, Tenet Healthcare contrató a sus médicos en base a cuanto ganancia generaban a la corporación. Si bien la investigación final no aplicó cargos por delitos penales sobre las personas, sí condenó económicamente a la compañía y a los médicos partícipes por más de u\$s 450 millones para compensar a 769 pacientes afectados por la demanda inducida, y resolver el litigio por las cirugías innecesarias. Además de decretar el fin de la carrera profesional de los mencionados Moon y Realyvasquez.

A veces, un buen libro sirve para una buena clase práctica de Economía de la Salud. Porque es aplicable a todos lados. A buen entendedor, pocas palabras... □

(*) Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD.

Visítanos en:
www.revistamedicos.com.ar

Salud Pública: el desafío de pensar al Hospital Público frente a una realidad compleja

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación
de Médicos Municipales



Un nuevo año comenzó y con él nace también una época de desafíos para nuestro país en todos los sentidos, ya que la situación económica es compleja y el futuro presenta altos niveles de dificultad.

Las condiciones socioeconómicas de los argentinos son diferentes según su lugar de residencia, y el sistema de salud es un fiel reflejo de esta situación.

La segmentación y la fragmentación son dos de los grandes problemas de la salud pública. Es así como el sistema de salud en la Argentina tiende a perpetuar y mantener las injusticias y las inequidades de poblaciones con afiliaciones distintas, con distintas prestaciones, con problemáticas epidemiológicas diferentes. En este sentido, los hospitales públicos son el refugio y el actor cada vez más requeridos por variados sectores de la comunidad.

A nivel nacional, el flamante ministro de Salud acaba de asumir y trazar los lineamientos de su gestión. Desde ya le damos la bienvenida. Es un experto en el tema y seguramente trabajará para defender la salud pública. En la Ciudad de Buenos Aires, que es nuestro ámbito de incumbencia, con la llegada de las nuevas autoridades, la idea es trabajar en conjunto, hacer honor a nuestros históricos compromisos desde nuestro rol de entidad gremial de los médicos municipales y para mejorar la salud pública, garantizar el libre acceso a la misma y que esta salud sea de calidad.

Vivimos en una época de cambios disruptivos continuos, un cambio de época. Los desafíos son múltiples. Es momento de rediseñar el sistema, de establecer prioridades y protocolos para atender las demandas de los pacientes que no sólo son las habituales que llegan todos los días al hospital.

El plan debe contemplar un mundo con constantes modificaciones, nuevos avances tecnológicos y nuevas demandas. La ciencia y sus adelantos han hecho que la esperanza de vida media haya crecido de manera espectacular e inesperada, lo que dio lugar a una nueva "especie": el paciente crónico, fenómeno inédito que acarrea nuevas realidades para la atención sanitaria, la tecnificación y la automatización que transforman la relación médico-paciente en una relación médico-apara-

to-paciente; pasamos de la historia clínica en papel a la historia clínica electrónica y la receta digital.

Por otro lado, ahora nos están hablando de atender a los pacientes a través de una pantalla, del desarrollo de la ingeniería genética y la posibilidad de reestructurar el genoma humano; la farmacología del sistema nervioso central y la práctica de la eutanasia, todos ellos como ejemplos que nos enfrentan a dilemas éticos que no podemos evitar. Todas estas transformaciones nos llevan a una interpretación más humanista de la medicina.

Y ahí es donde nosotros debemos actuar. Trabajar para diseñar el hospital de hoy que será el prolegómeno del hospital público del futuro. No alcanza con medidas de corto plazo, debemos plantearnos cómo queremos el mañana.

Este nuevo mapa que se nos presenta nos muestra los cambios constantes del sistema que incluso abarcan a los tres niveles de atención, por eso es necesario que establezcamos un plan integral de cara a los próximos años. Así, desde la Asociación de Médicos Municipales hablamos de la urgencia de pensar en el hospital del presente, para el futuro.

Nosotros desde la Asociación de Médicos Municipales consideramos importante que se haga foco en el factor humano, por eso trabajamos para capacitar al profesional con las nuevas tecnologías. Tenemos que centrar nuestro esfuerzo en aumentar la atención en herramientas clave de mayor complejidad como la biomedicina, la inteligencia artificial, simulación, robótica, por nombrar sólo algunos, para que nuestros médicos de los hospitales públicos estén preparados para los nuevos desafíos del siglo XXI.

El comienzo de una gestión abre una cuota de esperanza, ojalá que se aproveche este momento para sentarnos a construir una agenda de salud a largo plazo. Que la salud pública sea una prioridad porque es uno de los pilares de un país, mucho más cuando se atraviesa una crisis donde la demanda del sistema aumenta de manera vertiginosa. Desde la AMM seguiremos trabajando para la defensa de la misma y de quienes la integran con el compromiso y la fuerza de siempre. □

**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.



COMUNICACIÓN PARA LA SALUD



Comunicación de Gestión
Comunicación con el paciente
Publicidad
Redes Sociales
Web sites
Publicaciones
Newsletters
Producción de contenidos
Diseño gráfico integral
Videocomunicación

f t in hacerydecir



COMUNICACIÓN
DISEÑO
PUBLICIDAD

Av. Rivadavia 1545 3° G | Buenos Aires (1033)
(011) 5244-8331/2
www.hacerydecir.com.ar | info@hacerydecir.com.ar

Gerenciar los riesgos de la práctica de la medicina



Por Fernando G. Mariona (**)

La *Revista Médicos* durante los años 2018 y 2019, tuvo la deferencia de publicar algunos artículos en los que traté, desde mi visión de abogado, dedicado exclusivamente a temas de derecho, medicina y derecho de seguros, de explicar las razones por las cuales, desde hace ya muchos años, evalúo que el riesgo al que la actividad de la medicina está expuesta, debería gerenciarse, para tratar de disminuirlo, y de esa forma, tratar también de evitar la producción de daños en los pacientes, por los que, no sólo ellos resultarán dañados, sino también los patrimonios de los médicos y el de los establecimientos médicos, que es el lugar en el que todos los miembros del equipo puesto al cuidado de la salud de las personas, trabajan.

Ocurre que cuando un paciente, o un pariente del paciente, resulta perjudicado por el daño sufrido como consecuencia de una actuación médica, pueden ocurrir dos cosas: que el daño sufrido sea aceptado o que no lo sea. En el último de los casos, vienen los reclamos económicos, y a veces también las denuncias por entender que "alguien tiene que ir preso", debe "perder la matrícula" o "para que nunca vuelva a suceder una cosa como ésta". Últimamente se suma el reclamo público de que "se haga justicia".

En enero de 1979, bajé al subsuelo del Oakwood Hospital, en Southfield, Michigan, (USA), y me encontré con una enorme biblioteca, donde en los lomos de casi el 100% de los libros, los títulos reflejaban los riesgos a los que se hallaba expuesta la práctica de la Medicina, en al menos 15 especialidades, por supuesto empezando por las básicas.

Obtuve cientos de fotocopias y de regreso a Buenos Aires, me puse a trabajar en el diseño de seminarios que permitieran a médicos e instituciones, recibir información y diseñar estrategias para tratar de evitar la producción de daños en pacientes, originados en la práctica de la Medicina. Participé en decenas de congresos, seminarios, simposios, presenté ponencias, escribí cientos de artículos, diseñé manuales, pólizas de seguro, formularios de consentimiento informado, contratos de partición de las prestaciones, escribí manuales de gestión en colaboración con médicos y licenciados en enfermería, visité quirófanos, salas de partos, guardias de emergencias, shock rooms, UTIS, UCIS, UTINES, ambulancias, puestos sanitarios.

¡Un abogado insólito!

En vez de aprovechar esa información para demandar a médicos y sanatorios, preferí usarla para capacitar a médicos e instituciones, en el diseño de barreras que trataran de evitar la producción de daños no sólo en los pacientes, sino también en sus patrimonios.

¡Han pasado 41 años y aún no lo hemos logrado!

La decisión institucional de establecer una política de gestión de los riesgos en el seno de una institución médica, orientada a tratar de evitar la producción de daños en los pacientes por las conductas y el conocimiento de los seres humanos que en ellas se desempeñan, inevitablemente conduce a efectuar cambios muy importantes que tendrán influencia sobre el resto de las políticas, las decisiones estratégicas, los modos de gerenciamiento, y las responsabilidades de los actores involucrados en dichas tareas.

Requiere en primer lugar la implementación y discusión de reglas institucionales relativas a la comunicación de informaciones al equipo de salud, sobre los riesgos existentes en las distintas áreas de servicios médicos y no médicos, así como en las distintas especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, internación y ambulatorio, en un trabajo comparativo con la historia siniestral conocida (eventos dañosos) de la institución.

Una política de gestión de los riesgos orientada a tratar de evitar la producción de daños en los pacientes por las conductas y el conocimiento de los seres humanos que en ellas se desempeñan, basado en la historia siniestral de la institución, no se puede considerar sino mediante un compromiso al más alto nivel. El éxito de dicha política se basa en el desarrollo de la gestión en los diferentes sectores de la actividad, médica y no médica, y en la adhesión de los diferentes actores.

El *management* médico y administrativo tiene un rol importante para crear las condiciones de éxito de la gestión. Es decir, las personas más representativas y con capacidad de decisión son las que deben promover una política de gestión de riesgos, orientada a tratar de evitar la producción de daños en los pacientes por las conductas y el conocimiento de los seres humanos que en ella se desempeñan, basado en la historia siniestral de la institución, para alcanzar la máxima seguridad posible del paciente. Todas las personas que se desempeñan dentro de la institución, independientemente de cuál sea el sistema de contratación o de desempeño de las tareas en todas las áreas, deben conocer que existe el compromiso, y que esa decisión se llevará adelante, hasta poder demostrar que se alcanzó el objetivo propuesto.

La instauración de dicha política consistirá en: a) afirmar la importancia de la seguridad y crear una cultura de la gestión de riesgos; b) aclarar las responsabilidades de los diferentes actores; c) estructurar la gestión; c) definir un programa; d) seguir y evaluar su realización.

Si las instituciones, los profesionales y los técnicos entienden que un programa de gestión de los riesgos sirve únicamente para evitar los reclamos judiciales y trabajan pensando sólo en ello, lo más probable es que la gestión fracase.

Si cuando hablamos de riesgos creemos que lo que vamos a prevenir son riesgos médico legales **una vez producido el daño**, no hemos entendido nada de lo que pasa en la sociedad ni en el mundo.

Si cuando hablamos de gestión de riesgos orientada a tratar de evitar la producción de daños en los pacientes por las conductas y el conocimiento de los seres humanos que en ella se desempeñan, basados en la historia siniestral conocida de la institución para alcanzar la máxima seguridad posible del paciente, creemos que lo que debemos hacer es solamente completar formularios, nos estamos equivocando. □

(*) Abogado

(**) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.; CEO de RiskOut S.A. Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.



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 | 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

Las empresas efectoras de salud

Por Antonio Ángel Camerano (*)



Una empresa de salud es uno de los centros de producción más complejos que existen por la cantidad de procesos que se entrelazan en su seno. La esencia de este tipo de empresas es el proceso clínico, esto es diagnosticar, tratar y rehabilitar. Este proceso requiere de decisiones tomadas por los profesionales utilizando los recursos materiales, humanos y económicos de forma que maximicen el beneficio médico para el paciente; este tipo de lógica genera una tensión con la parte administrativa, dado que esta última considera que debe existir un equilibrio entre los recursos disponibles para la institución con los recursos que se utilicen.

El hospital, como organización, posee características muy especiales que las diferencian del resto de las empresas comerciales. Entre otras, se puede mencionar las siguientes: las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica, lo hace exclusivamente el médico y, en su caso, la enfermera junto al paciente con su sola autoridad. Ello representa una descentralización absoluta, infrecuente en otras empresas, que choca con la estructura jerárquica de toda organización. Las decisiones son clínicas y sin consideración económica. Su principal recurso es el personal, que además es de elevada calificación. Los pacientes no pagan sino terceros y, por tanto, no existe un control directo del consumidor. El producto es el paciente y no se selecciona. Está muy regulado legalmente.

En una organización de salud conviven tres tipos de empresas diferentes. Una es clínica y está basada en conocimientos médicos para atender a los pacientes. Otra es técnica, semejante a la que se aplica en sectores industriales, la cual está básicamente focalizada en el área de diagnóstico donde los productos son tipificados, utilizan inputs y producen outputs (laboratorio, rayos, etc.). Finalmente existe la empresa hotelera, encargada de atender y facilitar el funcionamiento del hospital. *Los prestadores médicos privados son los verdaderos financiadores de la salud en la Argentina.*

Los prestadores médicos son los profesionales, los laboratorios y farmacias de medicamentos, los centros de diagnósticos y tratamientos ambulatorios, las clínicas y sanatorios privados y los hospitales públicos. Un primer aspecto, que usualmente pasa inadvertido para la mayoría de la sociedad y prácticamente la totalidad de la dirigencia política, es que aun cuando en la Argentina el desarrollo de la red pública de prestadores de salud es muy importante, está lejos de ser la principal vía por la que los argentinos acceden a los servicios de salud.

En la Argentina, el 60% de las instituciones de salud son privadas. El fenómeno no es nuevo, ni producto de ninguna "privatización" de la salud, sino el resultado natural de una historia institucional signada por el desarrollo de infraestructura sanitaria de la mano de empresarios y emprendedores médicos privados. Un segundo aspecto, igualmente importante, es que den-

tro del sector privado las organizaciones con fines de lucro son la mayoría. El 95% son instituciones con fines de lucro que concentran el 87% del total de camas privadas que hay en el país. El tercer aspecto distintivo es que se trata, en su gran mayoría, de pequeñas y medianas empresas (PYME). El tamaño promedio de los establecimientos del país ronda las 50 camas por establecimiento.

Así, los financiadores institucionales del sistema de salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) compran mayoritariamente servicios médicos a los prestadores privados. Lo mismo ocurre con el gasto privado directo en salud que hacen las familias, que, en general, es destinado a prestadores privados. *De esta forma, se puede decir que, prácticamente, el 75% de los recursos en salud son destinados a prestadores médicos privados para brindar atención médica al 70% de la población argentina.*

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Lograr eficiencia en salud significa, alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, pues el aumento de costos directos reales es un factor preponderante para cualquier Sistema de Salud. En este ámbito, la contratación es un sistema mixto cuya característica es que el riesgo económico se encuentra compartido entre Financiador y Efector, puesto que si las utilidades de las prestaciones incluidas fuesen excesivas el costo puede superar el monto de la contratación. En sentido inverso, si las prestaciones fuera de lo convenido fueran excesivas, el monto erogable se encontraría excedido de la previsión presupuestaria. Si un Efector tiene al mismo tiempo un número bajo de costo día paciente y un número alto de valor día promedio, éste trasladará al Financiador costos elevados por su ineficiencia.

Desde el punto de vista del Financiador, conocer la eficiencia de los Efectores, qué patologías atienden y qué están prescribiendo puede permitir incrementar la calidad del sistema, que es difícil de evaluar sin una metodología definida y la dificultad aumenta en la medida que se abre el abanico de los mismos. Más aún, al dispararse los costos de la atención médica, es indispensable disponer de elementos precisos que orienten tanto al decisor -el que toma la decisión de compra o selección- del Financiador como a los dirigentes, sobre los servicios a contratar, así como es esencial que permitan establecer pautas de acreditación. □

(*) Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud UBA - FSG



ExpoMedical 2020

18va. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

23.24.25 | SEPTIEMBRE

Centro Costa Salguero. **Buenos Aires, Argentina**



En conjunto con:

19^{nas.}

JORNADAS
de Capacitación
Hospitalaria



El mayor evento profesional
y punto de encuentro para
el equipo de la **Salud**.

☎ (54-11) 4791-8001
✉ info@expomedical.com.ar

f in @ expomedical
www.expomedical.com.ar



**BRINDAR CONTENCIÓN
A LOS PACIENTES
Y SUS ACOMPAÑANTES.**

**EN ALGO TAN CÁLIDO
Y VALORADO SE BASA
LA CALIDAD DE
NUESTRO SERVICIO.**

Los operadores están formados y continuamente capacitados para brindarle al llamante, el marco de contención y seguridad necesario para intervenir en cada situación, con instrucciones específicas, previas al arribo de la ambulancia.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

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



www.acudiremergencias.com.ar

