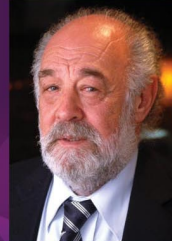




Columna
**Decálogo, plan
estratégico
y el después**
Por el Dr. Néstor Vázquez



Opinión
**Valores humanos
en tiempos
de pandemia**
Por la Dra. Zulma Ortiz



Columna
**El Coronavirus
y la realidad
desnuda**
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXII. N° 116. Mayo 2020

SALUD Y PANDEMIA LA TORMENTA PERFECTA



¿UNA OPORTUNIDAD PARA LA REFORMA...?



Primera Plana

Cuando pase el temblor

Por el Dr. Federico Tobar y el Dr. Esteban Lifschitz

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 GALENO

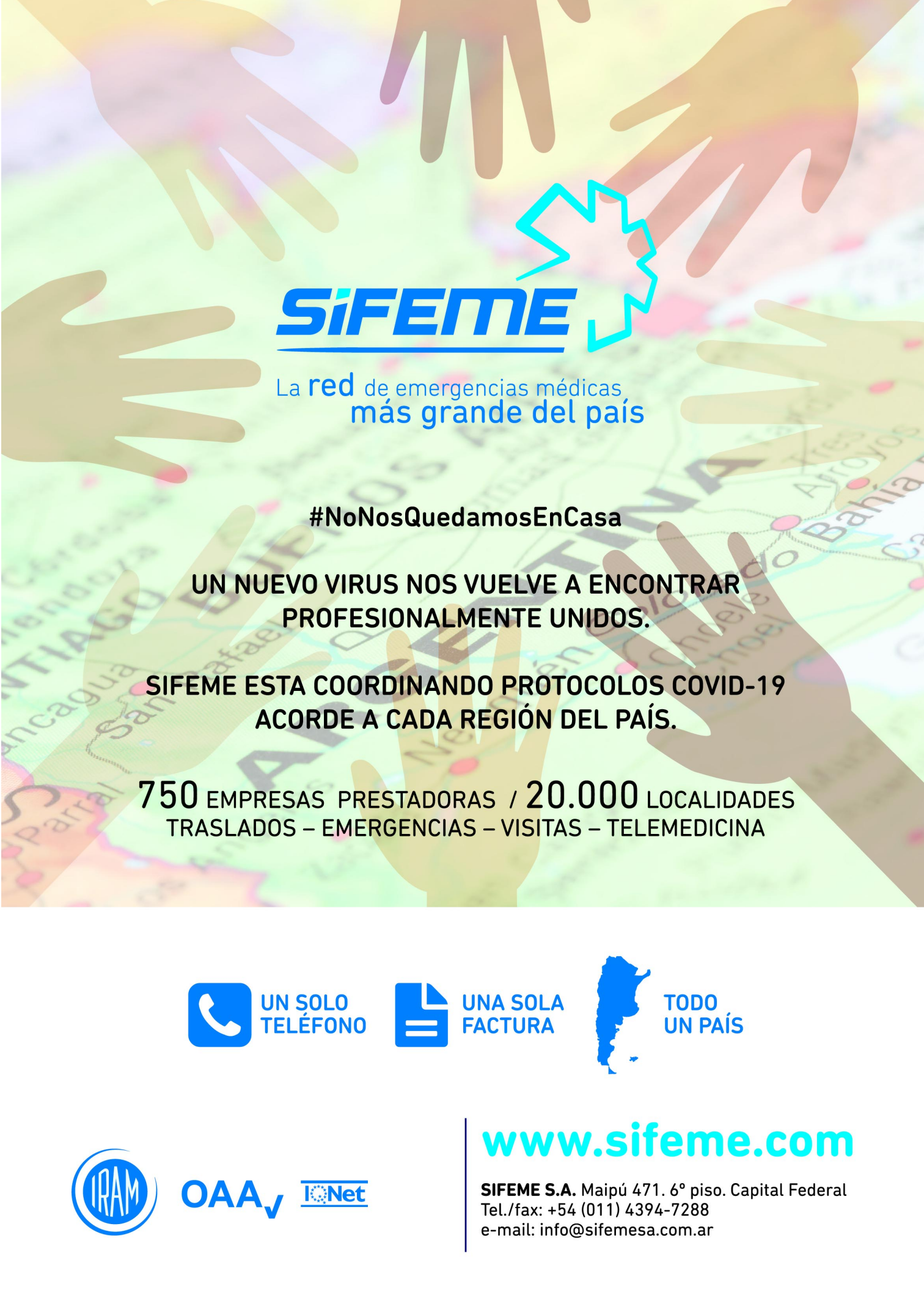
Cuidarse es cuidar al otro.

#ArgentinaUnida

Hoy más que nunca,
queremos que más gente se cuide.



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 hs, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



SIFEME

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

#NoNosQuedamosEnCasa

**UN NUEVO VIRUS NOS VUELVE A ENCONTRAR
PROFESIONALMENTE UNIDOS.**

**SIFEME ESTA COORDINANDO PROTOCOLOS COVID-19
ACORDE A CADA REGIÓN DEL PAÍS.**

750 EMPRESAS PRESTADORAS / 20.000 LOCALIDADES
TRASLADOS – EMERGENCIAS – VISITAS – TELEMEDICINA



**UN SOLO
TELÉFONO**



**UNA SOLA
FACTURA**



**TODO
UN PAÍS**



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

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 

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

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



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) y
Graciela Baldo (corrección)

ASESORIA Y DESARROLLO

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

ACUDIR <i>Presenta su nuevo servicio de videoconsultas</i>	10
DEBATE <i>¿Reforma... o aplausos?</i> <i>Por el Dr. Rubén Torres - Rector - Universidad ISALUD</i>	12
OPINIÓN <i>¿Una vez más?</i> <i>Por el Dr. Javier Vilosio - Médico. Máster en Economía y Cs. Políticas</i>	14
COLUMNA <i>La Salud Pública no tiene fronteras, pero visibiliza las inequidades</i> <i>Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone - Rector - Universidad Católica Argentina</i>	16
OPINIÓN <i>Valores humanos en tiempos de pandemia</i> <i>Por la Dra. Zulma Ortiz - Sub Directora Ejecutiva - Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires</i>	18
CADEID <i>La "Internación Domiciliaria" y su rol frente a la pandemia</i> <i>Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID</i>	20
COLUMNA <i>Coronavirus: la batalla de todos contra un enemigo invisible</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	22
OPINIÓN <i>"La economía de la salud está creciendo"</i> <i>Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud</i>	24
PRIMERA PLANA <i>Cuando pase el temblor</i> <i>Por el Dr. Esteban Lifschitz y el Dr. Federico Tobar</i>	26
COLUMNA <i>Covid-19 - Decálogo, plan estratégico y el después</i> <i>Por el Dr. Néstor Vázquez - Profesor Titular - Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina - UBA</i>	28
COLUMNA <i>El Coronavirus y la realidad desnuda</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA</i>	30
DEBATE <i>La crisis exige sintonía fina de la política</i> <i>Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL</i>	32
COLUMNA <i>La farmacia: un servicio público esencial</i> <i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	34
COLUMNA <i>La homeostasis de la sociedad</i> <i>Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión</i>	36
VOCES <i>La confidencialidad en materia de salud</i> <i>La protección de los datos personales y la tutela de la Salud Pública</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar</i>	38
OPINIÓN <i>La pandemia y el sistema de salud en la Argentina</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	40
COLUMNA <i>Rol de la telemedicina en la pandemia de coronavirus</i> <i>Por el Dr. Gabriel Barbagallo - Gerente de Relaciones Institucionales y RSE de OSDE</i>	42
DEBATE <i>Siempre, Reason termina teniendo razón</i> <i>Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD</i>	44
COLUMNA <i>Los médicos extranjeros y el Covid-19</i> <i>Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. - CEO de RiskOut S.A.</i>	46
OPINIÓN <i>El valor de la auditoría médica</i> <i>Por Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud UBA - FSG</i>	48
OPINIÓN <i>La especialización de los médicos y las residencias ¿Un camino mandatorio?</i> <i>Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Máster of Health Professions Education</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.



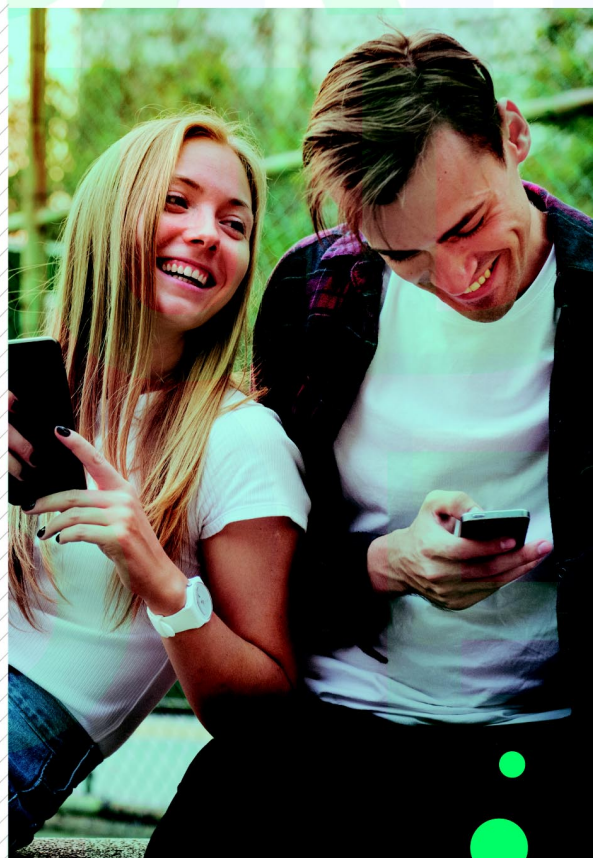
NUEVAS FUNCIONALIDADES DE LA APP

UNA APP TAN AMIGABLE QUE SE PREOCUPA POR VOS

Seguimos evolucionando, por eso desde tu celular ahora podés gestionar trámites, sacar turnos y obtener resultados de laboratorio en todos nuestros Sanatorios y Centros Médicos Propios. Porque lo único que no cambia son las ganas de seguir acompañándote.

- 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
- Plan de salud adaptado a tu necesidad.
- Cartilla médica calificada.
- La mayor red de Sanatorios y Centros Médicos propios del país.

GALENO. LA SALUD DE ESTAR JUNTOS.



Más info en
www.e-galeno.com.ar

Acudir presenta su nuevo servicio de videoconsultas

La empresa de urgencias y emergencias médicas ahora ofrece esta opción para el diagnóstico de pacientes con patologías leves, segundas consultas y seguimiento de enfermedades crónicas en domicilio.

Desde hace tiempo, la tecnología se ha convertido en una herramienta de trabajo y comunicación esencial en todo el mundo. Sin embargo, su uso en telemedicina recién se ha popularizado en los últimos años y ha explotado definitivamente a raíz de la pandemia de Covid-19.

Así, el uso de la tecnología y las comunicaciones para la atención médica –telemedicina– favorecen el acceso a la atención sanitaria en lugares remotos, mejora la calidad asistencial y permite una organización más eficiente del Sistema de Salud. Se aplica con distintos objetivos:

- Para monitorizar pacientes a distancia con dispositivos tecnológicos. Se pueden controlar, por ejemplo, la presión arterial o el nivel de azúcar en sangre.
- Para almacenar datos clínicos y enviarlos a un Centro especializado.
- Para realizar consultas en línea sin necesidad de que el paciente o el profesional se movilicen.

Acudir Emergencias Médicas implementó recientemente el servicio de videoconsultas para patologías leves que –en principio– no requieren una práctica presencial, segundas consultas o seguimiento de pacientes crónicos en domicilio, con el fin de agilizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación, evitando la concentración de personas en Instituciones de Salud en plena pandemia mundial. Además de facilitar la atención integral de los pa-

cientes, las videoconsultas previenen el autodiagnóstico y la automedicación, entre otras ventajas.

“Nuestro servicio de telemedicina está conformado por un cuerpo de profesionales altamente capacitados, con amplia experiencia en el área y con las aptitudes necesarias para contener y comprender a cada paciente en su caso particular, siguiendo el lema de la compañía de brindar un servicio de calidad con calidez”, explica el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de Acudir. **La vi-**

deoconsulta se desarrolla en tres instancias: “contacto médico visual, interrogatorio preciso e interpretación diagnóstica y terapéutica”, enumera el Dr. Apesteguía y agrega que **“también se pueden realizar recetas online y constancias de atención”**. Los síntomas que más frecuentemente se consultan son: cefaleas, malestar gastrointestinal, tos, dolor de garganta, traumas leves, lesiones en la piel (alergias o erupciones) y lesiones oculares leves.

Para concretar este proyecto, el Departamento de Sistemas de la compañía ha desarrollado una plataforma a medida, que cumple con los más altos estándares de calidad. Esto implica la seguridad de datos, trazabilidad de las asistencias, acompañado de un manejo intuitivo y amigable para médicos y pacientes.

Con 30 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de CABA y Gran Buenos Aires, y más de 200 unidades móviles, Acudir reafirma su compromiso con la salud, sumando la videoconsulta a los servicios de urgencias, emergencias, traslados, asistencia médica domiciliaria, área protegida y cursos de capacitación. **Este nuevo servicio de telemedicina está disponible para afiliados a coberturas Prepagas, Obras Sociales y también para las Áreas Protegidas de Acudir Emergencias Médicas.** □





**Crecimos junto a vos,
acompañándote en cada
momento de tu vida.**

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

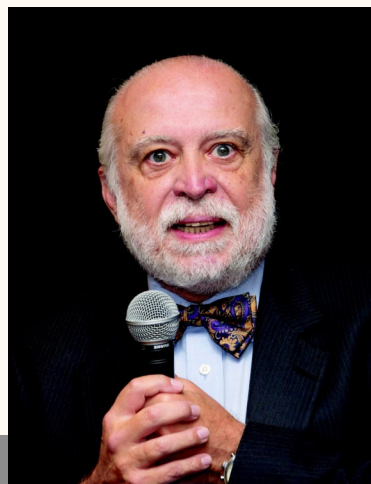
 /OSPeOficial

OSPe

OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS

¿Reforma... o aplausos?

Por el Dr. Rubén Torres (*)



Los sistemas de salud están enfrentando el mayor reto de su existencia, y a la luz de un aparente “reverdecimiento” de la cosa pública, parece que el sistema público de salud es el modelo que necesitamos para el futuro, no sólo para crisis epidémicas sino para ofrecer todos los servicios a todos los ciudadanos.

También ha quedado expuesto a la vista de la sociedad que la salud en un país es una inversión, no un gasto. En la crisis han sido ejemplares la reacción ciudadana y la de los profesionales de la salud, y sobre esa doble fortaleza se debería pensar el sistema a partir de ahora.

Asimismo, se ha mostrado afortunadamente el valor de una sociedad solidaria, que está frenando a un virus, al cual las debilidades biológicas y sociales, como una sociedad insolidaria, lo hubieran favorecido.

Virus que se ha encontrado con un sistema, que si bien ofrece acceso universal a la población adolece de profundas debilidades, en términos de inequidad y calidad.

Un sistema que, centrado en la medicina aguda, hoy saca cuentas sobre respiradores y camas necesarias para evitar el desborde de hospitales, pero no las ha hecho nunca para pasar progresivamente de un modelo asistencial pasivo, que espera a que aparezcan los pacientes cuando enferman, a uno más proactivo que se adelanta a ayudar a las personas con enfermedades crónicas.

Disponemos de tecnología digital que permite monitorear a los pacientes a distancia y de nuevos profesionales capaces de atender a estos pacientes. Con una reforma de este tipo, podríamos evitar 35% de los ingresos de esos hospitales desbordados.

Hemos confirmado que podemos atender a muchos enfermos de forma digital durante esta epidemia, y descompartimentar nuestras consultas externas para siempre, abandonando la idea de que todo debe resolverse con encuentros cara a cara, y disparar infinitas discusiones jurídicas sobre cuestiones que nos han dejado al margen del mundo.

Sistema poco eficiente para crónicos, a los que ofrece un modelo pasivo y fragmentado, no compatible con la continuidad de cuidados que necesitan. Existe una nueva oportunidad, hay que aprovechar la sensibilización social actual con el sistema de salud, pues esa ventana no quedará abierta mucho tiempo.

Tras la pandemia se juzgará a los políticos por su capacidad para aprovechar esa oportunidad. Será indispensable, pero insuficiente, priorizar la financiación pública a una salud que lleva años infr FINANCIADA desde el Estado, y complementarla con el valor que aporta el sector privado. Pero es necesario a la vez lanzar una profunda transformación del modelo asistencial.

Clave en esa transformación será cambiar las rigideces que no permiten gestionar lo público en bien de los pacientes y los profesionales, manteniendo para siem-

pre mecanismos administrativos más flexibles que permitieron actuar más rápido durante esta crisis, y evidenciaron su utilidad (recetas electrónicas, autorizaciones on line, etc.), y preguntarnos qué nos detuvo para aplicarlas antes universalmente.

Tras la epidemia será necesario mirar hacia atrás y evaluar lo no hecho, y por qué. Pero más importante será mirar hacia adelante y decidir qué modelo asistencial (y de protección social) necesitamos para las próximas décadas, con independencia de amenazas externas, recordando que después de esta epidemia será necesario planificar en un país que estará en recesión.

En esta tragedia hemos “redescubierto” el valor de la enfermería y su potencial, que mantuvimos cubierto bajo faltas de consideración social discriminatorias, pluriempleo y precariedad laboral.

Salarios y honorarios profesionales han sido una variable de ajuste de los desequilibrios financieros del sector. Fortalezcamos sus funciones de forma que puedan expresar esas capacidades en el día a día después de la epidemia.

Es necesario integrar y reforzar rápidamente las redes locales. Siempre los brotes epidémicos fueron vencidos con medidas comunitarias y clínicas; todos los virus fueron eliminados o controlados así, y el coronavirus también lo será.

La integración de salud, servicios sociales y cuidados o su estricta coordinación serán claves en el modelo de bienestar futuro. Esos dos sectores no pueden seguir siendo planificados separadamente, pues se pierde de vista a los más vulnerables.

Lo que está pasando en las residencias de mayores donde el virus nos ha hecho asistir en directo por televisión al traspaso de personas vulnerables desde esas residencias al sistema de salud, es prueba de la ausencia de integración.

Debemos fortalecer nuestro modelo de bienestar social, y que deje de ser mero repartidor de alimentos y subsidios, para ser un modelo de cuidados.

¿Podemos tener un mejor sistema de salud? Sí. Se gasta mucho dinero, pero no de la mejor manera, y casi la tercera parte de ese gasto es “de bolsillo” en un país donde; antes de la pandemia 1 de cada 3 personas era pobre.

Desde hace mucho tiempo, los sucesivos gobiernos han abandonado la idea de reformas estructurales del sistema, y cuando hablamos de ellas, siempre aflora el fantasma de la gobernabilidad, y los poderosos intereses en juego.

¿Habrà llegado el momento de la audacia y de asumir los costos políticos de las transformaciones necesarias? O, sin heroísmo, nuestra mediocre dirigencia política y social seguirá aplaudiendo cada noche a los trabajadores de salud en un hipócrita juego cortoplacista, teñido de oportunismo.

(*) Rector - Universidad ISALUD.

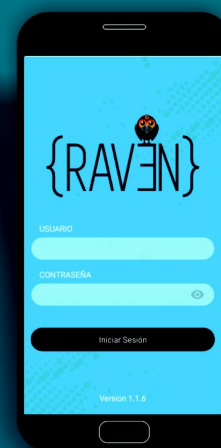


GRUPO
Proyectar

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

¿Una vez más?

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



A esta altura de la crisis producida por el Covid-19 están claras las líneas de quiebre que enfrenta, por diversos motivos, nuestro sistema de salud. En el momento de escribir esta columna estamos todos a la espera de un mayor impacto de la demanda sobre los servicios sanitarios y el agravamiento de los indicadores provistos diariamente por el Estado nacional que hasta el momento han venido comportándose mejor de lo que se esperaba.

Las medidas de aislamiento, promovidas y respaldadas públicamente por un grupo de infectólogos y epidemiólogos convocados por la Presidencia de la Nación, parecen ser la causa principal de que la situación hoy sea mejor de lo previsto.

Queda por ver, entonces, la capacidad de respuesta asistencial frente al esperado "pico" de la pandemia, que demora en llegar. Esa será, en definitiva, la hora de la verdad.

En opinión de algunos y en forma paradójica, el relativo éxito del aislamiento empieza a ser su principal amenaza, en tanto los peores temores de la población se disipan, y empiezan a hacerse más evidentes las consecuencias económicas y sociales. Las pandemias, conviene recordarlo, no son sólo fenómenos biológicos sino, fundamentalmente, sociales y políticos.

El espíritu futbolero con el que las grandes audiencias, funcionarios y muchos expertos, comentaban cada día los números y la forma de las curvas, van cediendo espacio a la creciente preocupación de la gente por las deudas que empiezan a acumularse, los proyectos frustrados y la propia subsistencia familiar.

Quizás olvidamos que no es posible separar las estrategias sanitarias ante una crisis de estas características, de los determinantes y las consecuencias en el campo social, en su sentido amplio.

Las herramientas descriptivas y las capacidades predictivas de la epidemiología son muy atractivas, pero resultan limitadas para abarcar la complejidad de los fenómenos desatados; son obviamente necesarias, pero también insuficientes para diseñar estrategias e intervenciones más efectivas que impacten sobre la vida de las personas y no solamente sobre la enfermedad, o el virus.

En el campo de la Salud ello no debería sorprendernos: hace años que venimos hablando de los *determinantes sociales* de la Salud.

En cualquier caso, es un hecho que la cuestión de los servicios de salud en la Argentina y sus insuficiencias han escalado en la agenda pública. Por primera vez, en el discurso político se habla de la preeminencia de la salud sobre la economía.

Mas allá de la evidente falacia de la opción entre "PBI" o "muertes", que en nada aporta al abordaje responsa-

ble de la situación, muchos actores sectoriales han encontrado una audiencia aparentemente dispuesta a comprender las causas de aquello que podríamos haber tenido y no tenemos, en materia de salud, y sus consecuencias concretas en términos de sufrimiento y pérdida de vidas. Se hace patente que el derrumbamiento de la riqueza nacional implicará muertes prematuras.

Así que ahora nos preguntamos qué pasará el día después del Covid-19. ¿Se producirán los cambios estructurales en el sistema, vinculados fundamentalmente a la articulación de tantos actores dispersos, la mayor eficiencia, el mejoramiento de la calidad asistencial y de gestión, y la equidad en los servicios, por ejemplo?

Veamos: es un hecho que el escenario de la economía nacional ya venía seriamente afectado antes de marzo de este año. Y sobre llovido, mojado. Se espera ahora un gravoso empeoramiento; recesión, inflación, problemas fiscales, cierre de empresas, falta de crédito, pérdida de mercados, mayor desocupación, etc. es, en grandes líneas, lo que los economistas nos dicen que debemos esperar en los próximos meses.

En términos sectoriales, ello implicará desfinanciamiento de la seguridad social y del sector privado. Ambos subsectores requieren ahora asistencia estatal, que pareciera ser la única alternativa para evitar los quebrantos generalizados entre pymes del sector.

Pero por otra parte el Estado deberá, además, fortalecer la capacidad de respuesta de sus propios hospitales para enfrentar la mayor demanda sobre el sector público; y multiplicar el esfuerzo por la asistencia a los rápidamente crecientes grupos de población que ya eran pobres antes de la crisis, más los que se convertirán en pobres durante ella.

En ese supuesto, la conflictividad social, las pujas sectoriales y del juego de presiones por parte de las corporaciones con capacidad de influencia sobre el poder político, se exacerbarán.

En esa Argentina del día después parece poco probable que la administración de gobierno encare un conjunto de transformaciones estructurales del sistema de salud que inevitablemente implicarían fortaleza para afrontar costos políticos altos, disponer de recursos para inversión, capacidad de planeamiento en el corto mediano y largo plazo, y consenso político, más allá de lo sectorial.

Por otra parte, si el Estado decide salvar a algunos sí y a otros no, es probable que asistamos a transformaciones sectoriales importantes, pero derivadas -otra vez- de la pulseada política, y no de una planificación concertada y sostenible que debería sumar eficiencia, transparencia y equidad al sistema. Una vez más. □

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



No hay mejor medicina que
el afecto y dedicación de
quien lo da todo por el otro.

Medifé
está conmigo

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

La Salud Pública no tiene fronteras, pero visibiliza las inequidades

Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone (*)



Durante la edad media la peste negra diezmó a más de un tercio de la población de Europa, los barcos que llegaban a puerto eran mantenidos en cuarentena, por ser 40 días el máximo período de contagiosidad de esta enfermedad. El desplazamiento poblacional y las migraciones no eran comparables a lo que sucede en estos días.

Durante los últimos años como docente de Salud Pública repetía a los alumnos que en el siglo XX ya no existían barreras ni geográficas ni político-administrativas para la propagación de enfermedades, la frase era "No hay barreras para la Salud Pública".

La Av. General Paz no es un límite para el mosquito transmisor del Dengue, ni para las enfermedades psicosociales, así como tampoco bloquea el flujo de demanda de atención médica. Recientemente escuché por radio que el Covid-19 era democrático porque no respetaba clases sociales afectando inclusive a gobernantes y reyes. Pero este punto merece ser analizado críticamente.

La difusión de una epidemia depende del número de susceptibles (en el caso del Covid-19 toda la población mundial) y la probabilidad de contacto entre el susceptible y el virus. Por su parte, la probabilidad de contacto está condicionada por el número de virus circulantes, de su difusibilidad, de la fuente de infección, y del entorno o medio ambiente.

Si bien parecería que estos datos técnicos escapan a este artículo son necesarios para entender cómo ciertos factores no son considerados cuando una pandemia sólo se analiza bajo la óptica de datos e informes médico-asistenciales o infectológicos y no desde una dimensión más amplia como la Salud Pública.

Los medios de comunicación masiva reiteran que hay que lavarse las manos y se preocupan por la falta de alcohol en gel. Pero sólo en el conurbano bonaerense hay 1.500 villas, sin acceso al agua corriente. En todo el país son 3 millones de personas que habitan en barrios carenciados ¿Con qué agua se lavan? ¿Cuántas veces al día? ¿Con qué jabón?

Los comunicadores insisten en que hay que estar a metro y medio de distancia de otra persona, pero en el conurbano bonaerense un 18% de los hogares solo disponen de viviendas precarias. Son más de 2 millones de personas con déficit habitacional.

¿Cómo se puede hacer el aislamiento domiciliario cuando 4 de cada 10 hogares pobres en el conurbano son ocupados por más de 3 personas por cuarto? ¿Cómo mantener distancia donde las personas viven hacinadas compartiendo un colchón en el que duermen varios?

Hay preocupación por repatriar a los argentinos que están en el exterior, incluyendo algunos que permanecen en cruceros con camarote y comida. Pero qué hacemos con 7.500 personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires ¿Cómo los repatriamos? ¿Cómo los prevenimos de la pandemia?

Evidentemente el virus puede llegar a cualquier persona, pero la exposición al riesgo no es la misma, especial-

mente cuando se parte de condiciones socioeconómicas distintas. Las crisis como es el caso de las pandemias se encargan de poner delante de nuestros ojos las inequidades con las que estábamos "acostumbrados" a convivir.

Si la exposición al riesgo y el punto de partida no es el mismo para toda la población tampoco lo es el tratamiento en caso de enfermar. Los especialistas resaltan que, ante fiebre, dolor de garganta y dificultad respiratoria se consulte a un profesional. Pero la percepción de enfermedad está condicionada por factores culturales y educacionales.

También la accesibilidad a los servicios médicos es distinta, un 40% de la población se asiste en Hospitales Públicos ya saturados por la demanda habitual. ¿Cómo se va a incrementar la oferta de servicios de salud en caso de una pandemia con los escasos recursos de que se dispone?

Dicen que hay que comprar urgentemente respiradores, pero ¿Con qué enfermeras se van a operar estos equipos? Faltan enfermeras y de las que hay un 50% hizo solo un curso de un año, 35% cursó una tecnicatura de 3 años y sólo 15% son licenciadas en enfermería.

Sin prevención posible y con profundas dudas sobre el tratamiento que puedan recibir en caso de enfermar, un grupo poblacional está en franca desventaja para enfrentar la pandemia. Si el virus se difundiera dentro de estas comunidades del conurbano bonaerense las consecuencias sociosanitarias serán de una magnitud nunca vista en nuestro país.

El virus no afecta a todos por igual como metafóricamente se dice, es más frecuente y grave en hombres que en mujeres, tiene una mayor mortalidad en mayores de 60 años y encuentra a los grupos socialmente vulnerables en situación de desventaja y por ende más expuestos. Pero en dónde sí hay igualdad es no distinguir nación ni frontera en dónde expandirse, y esto es lo que está haciendo reflexionar a los países centrales.

El propio Bill Gates expresó "Si nuestra estrategia frente al Covid-19 se basa en las leyes del mercado, esta enfermedad hará muchas más víctimas" y agregó "Pero las pandemias nos recuerdan que ayudar a los demás no sólo es lo correcto, sino que es inteligente", "en esta pandemia, todos estamos interconectados".

La preocupación por el otro no es un tema que caracteriza a la sociedad actual, pero el miedo a que la enfermedad llegue a todos los hogares está tomando una fuerza tal que impulsa al ser humano a ser más solidario.

Sólo en estos momentos nos damos cuenta que la enfermedad del otro puede ser nuestra enfermedad, que el dolor del otro es nuestro dolor, que el otro es necesario para nuestra propia vida.

Desear profundamente que este temor que impulsa la solidaridad de estos momentos se transforme en una verdadera virtud que cambie la forma de relacionarnos en el nuevo mundo que veremos cuando la epidemia decline. □

(*) Rector - Universidad Católica Argentina.



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs



**Descargá
la App**



#QuedateEnCasa

Para dar respuesta a la emergencia sanitaria de COVID-19 la Obra Social OSPAT ha dispuesto un protocolo centrado en la telemedicina

OSPAT

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Valores humanos en tiempos de pandemia

Por la Dra. Zulma Ortiz (*)



Cuidar a los que cuidan fue el foco de la columna anterior⁽¹⁾. La propuesta era llamar la atención sobre el informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico⁽²⁾, en el que consta la necesidad de invertir en el personal sanitario y realizar un cambio transformador en las políticas del mercado de trabajo y la formación de los equipos de salud.

Jamás imaginé que un mes después de la publicación de esta editorial, podríamos estar viviendo una situación como la actual, y que quede tan claramente en evidencia la profundización de la crisis de recursos humanos en salud debido a la pandemia por Covid-19. Siguiendo la línea editorial de la columna anterior quiero reflexionar sobre como la pandemia que afecta el campo de la salud, impacta en el área de recursos humanos y más específicamente en el valor que se otorga a las personas que conforman los equipos de salud.

El Covid-19 afectó la capacidad operativa de los sistemas de salud y trajo para el área de recursos humanos un conjunto de dificultades que van desde una proporción alta de trabajadores infectados, el aislamiento consecuente de esa infección de los contactos de ese personal de salud, la organización y refuncionalización de los servicios, el manejo de conflictos, incluyendo la necesidad de generar espacios de escucha activa que garantice una comunicación oportuna y transparente.

De acuerdo con la evidencia disponible las preocupaciones del personal, en muchos casos sublimadas para poder continuar con la tarea, fueron: el hecho de verse afectada la disponibilidad de insumos y equipamiento de protección personal adecuado; la falta de disponibilidad de testeos, los escasos recursos e información para evitar llevar la infección a casa y contagiar a la familia.

Sin dudas todos estos temas pusieron en tensión al sistema de salud que estaba con distintos niveles de preparación para enfrentar una pandemia. Pero para lo que realmente no estaba preparado era para ver la manera en que reaccionó una parte de la sociedad, que, si bien fue mínima, puso en evidencia el valor que se les da a las personas que conforman el equipo de salud.

Mientras en algunos lugares se los honraba como héroes que marchan a la guerra, en un ritual vespertino a una hora convenida, donde la población aplaudía y hacía sonar las cacerolas desde ventanas y balcones a modo de agradecimiento a los muchos trabajadores y trabajadoras de la salud que batallan contra el Covid-19; en otros espacios se prohibía la entrada a su propio hogar.

Hay quienes elevaron y elevan al personal de salud a un lugar merecedor de respeto, haciéndolo sentir apreciado y escuchado. Sin embargo, existieron otros que estaban más cerca de la incivildad y dominados por

el miedo no hicieron más que despreciar con gestos de estigmatización y rechazo el equipo de salud.

Christine Porath escribió acerca de la incivildad⁽³⁾, enfatizando que la falta de respeto, violencia, o el hecho de burlarse o menospreciar al otro es un ejemplo de una sociedad no civilizada. Lamentablemente por miedo o por ignorancia, los equipos de salud fueron víctimas de esta incivildad, algo que no se soluciona con insumos, equipamientos o mejores salarios.

Cada día, el personal sanitario de todo el mundo resiste desde la primera línea para contener el virus y salvar vidas. Las imágenes de esas personas exhaustas luchando por salvar a sus pacientes han conmovido al mundo. La seguridad y salud de este personal es fundamental para que puedan realizar su trabajo durante esta crisis; pero también requieren del reconocimiento de sus acciones con muestras de apoyo, escucha, cuidado y valoración.

La pandemia puso a prueba múltiples sistemas, sectores, aspectos de la sociedad; pero por tratarse de una enfermedad hay uno que está totalmente comprometido y que recibe seguramente el mayor impacto; y es el sistema de salud. El diálogo entre el personal sanitario y los empleadores es determinante para que las medidas y los procedimientos se apliquen correctamente.

Es crucial que se disponga de equipos de protección personal, de información y formación sobre cómo utilizarlos correctamente. Además, deberían estar disponibles las pruebas de detección de la infección por el Covid-19, para preservar la salud del personal y la seguridad en la atención del paciente.

En la columna anterior, el llamado fue a "cuidar a los que cuidan"; hoy, siento que no alcanza si no hablamos de "cuidar y valorar a quienes cuidan". No creo que haya una oportunidad tan buena como ésta para lograr cambiar el rumbo de las políticas, planes y programas orientados a poner en valor a las personas que eligen trabajar en el sector salud. Es tiempo de respuestas desde el Estado. □

Referencias

- 1) Ortiz Z. Cuidar a los que cuidan. *Revista Médicos*. Año XXI; 115: página 26 - marzo 2020.
- 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) Porath C. *Mastering Civility: A Manifesto for the Workplace*. New York, NY: Grand Central; 2016.

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



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.

La “Internación Domiciliaria” y su rol frente a la pandemia



Por la Lic. Adriana Figueras – Presidente de CADEID (*)

En el actual contexto de crisis sanitaria desatado por la pandemia de Covid-19, mucho se habla del rol de la Internación Domiciliaria (ID) para complementar el esquema de atención de pacientes y descomprimir la ocupación de camas en las clínicas, sanatorios y hospitales. Para quienes formamos parte de CADEID, éste ha sido uno de los argumentos fundacionales de la actividad.

Asistimos en domicilio a tantos pacientes como cantidad de camas hospitalarias posee el país, con el potencial de crecer de acuerdo con las necesidades del sistema de salud, articulando la asistencia institucional y domiciliaria en beneficio de los pacientes.

En el contexto actual de emergencia por Covid-19, CADEID ha sido convocada por el Ministerio de Salud de la Nación para informar sobre las particularidades de nuestro segmento, identificando los recursos profesionales y tecnológicos aplicados y su capacidad de contribuir en la coyuntura sanitaria que transitamos.

También hemos tomado contacto con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Provincia de Córdoba, a través de nuestras sedes PBA y Centro, poniendo a disposición la capacidad asistencial de nuestra estructura y planteando las dificultades que enfrentamos por la escasez de insumos e indumentaria de protección para los profesionales y pacientes.

De la interacción con las autoridades sanitarias, se concluyó que la asistencia domiciliaria jugará un papel importante en los próximos meses especialmente cuando llegue el pico de la pandemia, proyectado para la segunda quincena de mayo.

Entre las acciones acordadas con el Ministerio de Salud, se asumió el compromiso de colaborar con el monitoreo y seguimiento de pacientes sospechosos en etapa de cuarentena, asistencia a los Covid posi-

tivo con síntomas leves que no requieran internación pero sí controles y aislamiento, y control y seguimiento de quienes hayan sido dados de alta de su internación hospitalaria y completen la recuperación aislados en sus domicilios, hoteles u otros predios que las obras sociales hayan adaptado para tal fin.

En Córdoba, y por gestión de la sede Centro de CADEID, se firmó un convenio con el Ministerio de Salud de la Provincia para efectuar la evaluación y seguimiento de pacientes ante la emergencia sanitaria Covid-19. El mismo tiene por objetivo disminuir el contagio mediante una atención remota (vía telefónica y otros medios digitales) y liberar camas para pacientes graves.

Según la experiencia de los países que transitaron la emergencia antes que la Argentina, y aunque las conductas médicas van cambiando a medida que se avanza en el conocimiento de la enfermedad, se sabe que las personas con coronavirus que necesitan ser hospitalizadas son el menor porcentaje, no excedería del ocho por ciento; lo que deja en evidencia que el conjunto de personas que no requiere internación puede transitar la enfermedad en su hogar y así contribuir a una menor propagación del virus.

Desde CADEID, apoyándonos en los protocolos de fuentes oficiales de información, como el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y los principales organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) hemos desarrollado distintas recomendaciones para pacientes, familiares y personal asistencial, que resulta de gran importancia que se difundan y sean de conocimiento público.

En el caso de pacientes con Covid positivo, los parámetros generales

para la atención domiciliaria incluyen que la persona presente síntomas leves y sin criterios de ingreso hospitalario, el que dependerá de su situación clínica y el momento epidemiológico concreto, y constatar la ausencia de comorbilidades, tanto del paciente como de las personas que compartan residencia con él. Estas variables pueden ser edad avanzada, diversidad funcional, enfermedades crónicas, inmunodepresión y embarazo.

Es necesario que el paciente y su entorno sean capaces de comprender y aplicar de forma correcta y consistente las medidas básicas de aislamiento, higiene, prevención y control de la infección. Los cuidados básicos de estricto cumplimiento resultan similares al resto de la población. También se recomienda reducir la circulación de objetos o pertenencias en la habitación del paciente y procurar que permanezca dentro de la misma y con la puerta cerrada. Evitar el uso de accesorios como collares, pulseras, anillos; mantener el cabello recogido, higienizar el calzado en la entrada de los domicilios con un trapo con lavandina, y de ser necesario utilizar cofia y protector de zapatos. En la página web y redes sociales de CADEID contamos con esta información disponible para la consulta.

En el contexto sanitario que nos toca enfrentar y más allá de la participación de nuestro segmento en el tratamiento de personas sospechosas o infectadas por coronavirus, CADEID tiene claro que el rol fundamental de nuestra actividad y el mayor aporte en la coyuntura es contener en el domicilio al universo de pacientes que ya estamos asistiendo y a todos los que tengan una externación precoz, contribuyendo a la liberación del sistema hospitalario para los casos de mayor complejidad. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



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

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

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Coronavirus: la batalla de todos contra un enemigo invisible

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación
de Médicos Municipales



El país enfrenta uno de los momentos más difíciles de su historia porque tenemos enfrente un enemigo invisible y desconocido, aunque ya vimos el estrago que causó en el resto del mundo, sin distinción de razas ni condiciones sociales.

Hoy los argentinos sabemos que estamos frente a una pandemia de características insospechadas, vivimos en cuarentena y los profesionales del mundo advierten que por ahora la única vacuna es el aislamiento y el cuidado; el otro drama claro está es el económico, pero para ello las autoridades tendrán tiempo de pensar en las soluciones correspondientes.

El número de contagios crece, el pronóstico es reservado y el sistema de salud está en el centro de todas las miradas porque ya se empezaron a contar los primeros casos en los equipos médicos de diferentes zonas del país.

Desde la Asociación de Médicos Municipales hemos advertido sobre la necesidad de proteger al personal de salud, equipar a los hospitales con el material suficiente para que los profesionales y auxiliares puedan atender sin peligro a los enfermos y alentar la búsqueda de terapeutas para reforzar las guardias durante el pico de la circulación del Covid-19.

Cuando un médico se contagia es porque ha fallado el sistema de protección o porque decididamente no tuvo el cuidado necesario para que ello no ocurra; no alcanza solamente con barbijos, hay que tener todos los elementos necesarios para protegerse porque el virus tiene características demoledoras, ya lo demostró el resto del mundo.

Nosotros lo advertimos y las autoridades tuvieron tiempo para hacer las inversiones necesarias ya que la situación de Europa y del sudeste asiático nos permitió tener una radiografía de cómo íbamos a estar. Hoy tenemos por delante una tarea titánica que requiere un esfuerzo físico y mental muy grande que se multiplicará cuando el pico comience a llegar y el sistema de salud comience a ser exigido.

Hoy hemos sumado material humano, pero necesitamos que el material de seguridad sea el correcto, que no falten insumos, que se dupliquen las inversiones. Los médicos, enfermeros y todos los que forman parte del sistema de salud son los primeros en la línea de batalla y a ellos debemos cuidar.

En la Ciudad se trasladaron pacientes crónicos a otros sitios, se hicieron consultorios febriles donde se activa el protocolo para derivar al paciente de acuerdo con su estado de salud, si merece ser aislado o internado.

Toda la inversión que hagamos no es solo por hoy, será a futuro porque esta pelea es larga y por eso decimos que los médicos de terapia se necesitan para hoy y para siempre. Hoy necesitamos agilizar las cosas y desterrar cualquier atisbo burocrático porque cuando termine la pandemia el sistema de salud estará muy requerido, no hay que olvidarse que se han pospuesto cirugías y estudios que no son de urgencia para descongestionar la situación.

Muchos preguntan qué va a pasar post pandemia y es realmente algo prematuro aventurar, aunque podemos adelantar que nos vamos a encontrar con una población que ha sufrido un impacto en su salud pública muy grande y que va a tener que recomponerse, cuidarse, y asistir rápidamente a

aquellos que se fueron quedando al margen por enfermedades preexistentes y que este tiempo los dejó en una segunda línea.

Esto será un debate largo pero lo primero y fundamental es pelear contra este virus y esperar que la población cumpla con los consejos de los que saben para que el sistema no colapse cuando llegue el pico de contagios.

El sistema está preparado siempre y cuando esto vaya siendo moderado. Por eso la importancia de la decisión de decretar la cuarentena. Por eso la importancia del aislamiento social. Si los contagios son moderados y de manera paulatina, como hasta ahora, uno lo va manejando, ahora si el pico es grande vamos a estar en problemas y vamos a necesitar que el sistema pueda brindar las respuestas necesarias, para ello reiteramos la urgencia en brindar los elementos necesarios para el cuidado y protección del equipo de salud, esto es proveerlo de todas las necesidades que se tienen, desde un camisolín a un barbijo de las distintas categorías, antiparras, gorros. Lugares donde se pueda higienizar después de estar en contacto con los enfermos.

El equipo de salud es personal de riesgo y dentro de ese personal de riesgo hay personas con mayor riesgo. Los mayores de sesenta años, los que tienen enfermedades preexistentes, problemas tumorales, los diabéticos crónicos, los hipertensos. Ese personal debe estar en la retaguardia. Tendrán que aislarse, y si pueden colaborar lo harán. Habrá otro personal que estará en la primera línea y que deberá tener todos los cuidados del Estado para que no se infecten y estén en condiciones de asistir a los pacientes; si ese recurso humano comienza a desgastarse, nosotros decimos "si se quema", si va entrando en agotamiento, habrá que ir renovándolo y tener una distribución certera de en qué lugar vamos a ir poniendo al médico y al resto del equipo de salud.

El Ministerio de Salud porteño nos dice que compró los insumos suficientes y que hay acopio de ellos. No debe ser una dificultad. Bajo ningún punto de vista deben faltar los kits para que se vista el médico y pueda asistir al paciente. Como médicos estamos dispuestos a cumplir nuestro rol, como corresponde, pero con las garantías de seguridad que el Estado debe dar.

Esta pandemia también muestra la peor cara de un sector, por cierto, mínimo, de la sociedad, un costado que deja ver la intolerancia por quienes nos cuidan. Es muy duro para un profesional que integra el equipo de salud recibir amenazas de sus propios vecinos por el hecho de vestir un guardapolvo blanco, ése que nos enorgullece como médicos, enfermeros, asistentes, miembros del sistema de salud que nos sentimos orgullosos de trabajar para el bien común. Por eso desde la AMM nos pusimos al frente de esos reclamos y hemos denunciado penalmente estos ataques sistemáticos, nuestros abogados se han puesto a disposición de aquellos que han sido víctimas de manera directa o muchas veces anónimas de las peores de las amenazas. Son enseñanzas que nos dejará este período donde el día después no será igual al de hoy, pero seguramente quedará en pie cada uno de quienes hoy están al frente de esta pelea desigual. Por ello más que nunca, cuidemos al que nos cuida. □

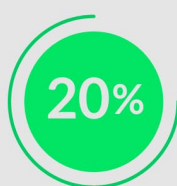


Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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 consultasmgseguros@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



“La economía de la salud está creciendo”



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

La economía es tan antigua como el hombre, pero no fue considerada como una ciencia sino hasta finales del siglo XVIII cuando se publica el libro “La Riqueza de las Naciones” de Adam Smith. La economía ha evolucionado aportando conceptos fundamentales para entender la forma que se producen, distribuyen y se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades humanas. Dado que los recursos son escasos y las necesidades ilimitadas, esta ciencia ha crecido en importancia con el paso del tiempo.

En 1963 surge como campo de investigación específico la Economía de la Salud, cuando Kenneth Arrow publica su artículo “Uncertainty and the welfare economics of medical care”. Su estructura replica a la ciencia de la economía donde dividimos estudios microeconómicos y macroeconómicos. Los primeros enfocados en el análisis de los mercados de aseguramiento, mercados de prestaciones y las industrias tecnológicas (medicamentos, insumos, equipamientos, etc.). Los estudios macroeconómicos se enfocaron en las relaciones del sistema de salud con los demás subsistemas incluyendo temas de financiamiento, pujas distributivas, etc.

Desde la microeconomía de la salud hallamos mercados altamente imperfectos con características propias en medio de un entorno dinámico y cada vez más turbulentos. Para exponer este punto les acerco, solamente a modo de ejemplo, algunos estudios que destacan características sobresalientes de los mercados de salud.

El primer ejemplo es la llamada Ley de Roemer. La teoría de la competencia establece que ante un aumento de la oferta se produce una saturación del mercado y esto provoca una caída de los precios. Milton Roemer, profesor de la Universidad de California, verificó el cumplimiento de una regularidad empírica: el crecimiento del parque hospitalario induce aumentos en la demanda de servicios prestados por tales instituciones.

Por lo tanto, y contrariamente a la economía convencional, las investigaciones han demostrado que en salud la demanda es inelástica a la necesidad y está determinada por la oferta de capacidad instalada.

Otro ejemplo de las características propias del mercado de la salud, son los estudios de relación oferta-demanda. En salud hay dos cuestiones distintas a la mayoría de otros mercados. Por un lado, la relación de agencia existente, dado que el médico es quien decide qué debería consumir el paciente. La otra cuestión por considerar es el tercer actor, en este caso es el financiador.

Por lo tanto, en el mercado de la salud, quien paga (estado/obra social/prepago – financiador), no consume ni elige; el que elige (médico – oferta), no consume ni paga; y el que consume (paciente – demanda) no paga ni elige. Estas dos grandes diferencias invalidan las principales teorías económicas convencionales y han sido motor de numerosas investigaciones.

Desde la macroeconomía de la salud estudiamos un sector donde el gasto en porcentaje del PBI de los últimos 50 años ha ido en aumento, un sector donde no hay relación entre el gasto total y los resultados (ej. más inversión en salud no genera linealmente un aumento en la expectativa de vida), y un sector que busca la equidad

y eficiencia pero que a su vez reconoce grandes inequidades e ineficiencias.

La economía de la salud ha desarrollado numerosas investigaciones sobre estos temas, desde el análisis del espacio fiscal para la salud o análisis de la puja distributiva hasta estudios del impacto en el gasto de los recursos humanos y la incorporación tecnológica o el impacto de la judicialización en los gastos del sistema de salud. Dentro de estos marcos teóricos surgen herramientas como las evaluaciones de tecnologías sanitarias, los modelos de pago por resultado, estudios de costo/eficiencia, costo/efectividad y costo/utilidad.

LA CIENCIA INCOMPLETA

La economía de la salud “tradicional” ha adaptado la teoría económica clásica creando una rama del conocimiento específico. Sin embargo, ha quedado desactualizada ante los avances del concepto salud y la introducción de los determinantes. Hoy una nueva serie de conocimientos nos abren las puertas hacia una nueva caja de herramientas o modelos aplicables a los sistemas de salud. Voy a destacar dos ramas del conocimiento económico que han surgido en las últimas décadas.

La teoría del comportamiento: basada en las neurociencias y la psicología, la economía del comportamiento intenta conocer la forma de pensar de las personas. Sin dejar de considerarlos seres racionales, comprende que hay sesgos en la toma de decisión. Claros ejemplos encontramos en el consumo de tabaco, la falta de adherencia a los tratamientos o la falta de donantes de órganos.

A la luz de los resultados obtenidos sobre el comportamiento y sus causas, esta rama ha tomado fuerza como un instrumento para crear políticas públicas en salud que se adapten al raciocinio humano.

La economía verde: es un campo de estudio que reconoce el valor del medio ambiente y la actividad económica. El eje principal son las relaciones entre el sistema natural y los sistemas sociales y económicos, estudiando la sostenibilidad del sistema en su totalidad. El desarrollo de un ambiente saludable y su valorización económica modeliza el impacto que tiene el ambiente como determinante en la salud.

Además, entre otras las acciones de impacto en salud que impulsa la economía verde son: establecer pautas para impulsar y/o evaluar políticas ambientales; desarrollar instrumentos de gestión para lograr el desarrollo sustentable; y crear figuras impositivas que castiguen a aquellos productores que contaminen y/o generar incentivos para quienes produzcan con menor niveles de contaminación posible.

Será nuestro desafío integrar estas teorías a la rama de economía de la salud y crear modelos más amplios que unifique nuestros conceptos con los nuevos. Todas las herramientas que nos posibiliten modelar la realidad para mejorar el sistema de salud deben ser incorporadas. En definitiva, como toda ciencia, también la Economía de la Salud está creciendo y evolucionando constantemente. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Cuando pase el temblor



“En tiempos de crisis, los idiotas buscan culpables y los inteligentes buscan soluciones”

Proverbio que circuló en la infodemia

**Por el Dr. Federico Tobar⁽¹⁾
y el Dr. Esteban Lifschitz ⁽²⁾**

Gran parte de lo que podríamos llamar la “comunidad sanitaria” y seguramente muchos de los lectores de esta revista hemos lamentado durante mucho tiempo que la salud (pública) no le preocupara ni a la población ni mucho menos a los políticos, en nuestro país.

Durante mucho tiempo, al menos desde el retorno a la democracia, los sondeos de opinión ubicaron a la salud (pública) entre las últimas prioridades a ser resueltas. Insistimos en resaltar que lo que no preocupa es la salud “pública” porque los argentinos son sensibles al cuidado de su propia salud. Pero pareciera que durante las últimas décadas hemos sido bastante indiferentes a la salud del conjunto de los habitantes del país.

Los sanitaristas esperábamos que algún día eso cambiara. Y un día cambió. “Ten cuidado con lo que deseas... Se puede convertir en realidad”, nos advertía Oscar Wilde. Y ahora nos tenemos que hacer cargo de ese cambio. Nadie quiere que se repita este sofoco que venimos padeciendo, pero sabemos que hay al menos otros 300 virus que viven en diferentes especies animales haciendo fila para ocupar la primera plana en la prensa mundial.

Entonces, el día que termine el aislamiento, tenemos el deber de juntar la inteligencia sanitaria criolla para aprovechar este cuarto de hora construyendo una visión conjunta de una salud pública “re-

loaded”. Aquí van algunas propuestas para que los colegas las compartan, o las critiquen. Pero, en todo caso, van las propuestas para que las mejoren.

En primer lugar, hay que consolidar la rectoría

Este es el momento para explicarle a los argentinos que necesitamos salud pública y que eso requiere rectoría. Es decir, alguien tiene que dirigir la orquesta. Tal vez no vuelva a suceder que el ministro de Salud decida si puede o no haber partidos de fútbol (y obvio que a puerta cerrada). En las redes sociales hubo quienes culparon de todo al ministro de Salud. A ellos dedicamos el epígrafe de esta nota. Por nuestra parte, tenemos que agradecer que esta vez teníamos Ministerio. Porque si la pandemia hubiera llegado unos meses antes ni siquiera habríamos contactado con la institución.

Disculpen el exabrupto, lo que queremos proponer es que la comunidad sanitaria debería hacer un pacto para no dejar que vuelvan a degradar la institución. No dejemos que degradar al Ministerio, que vaciar al Instituto Maiztegui o al Malbrán, no tenga costo político. Recordémosle a la gente los versos de Martín Niemöller (que algunos todavía adjudican a Bertold Brecht) y asustemos recitando “primero vinieron y vaciaron los presupuestos sanitarios públicos, pero no nos

importó porque teníamos el plan más alto de una prepaga. Ahora estamos condenados a usar barbijos de por vida”.

Aunque la verdad es que el Covid-19 afectó hasta a los sistemas de salud más sólidos del mundo. En el número anterior de la revista envidiamos al sistema de salud de España, más que a su Jamón de Bellota. Y hoy la dichosa fragmentación que tanto lamentamos nos permite un changüí por la duplicación de oferta de servicios. Una vez más parece que Dios es argentino.

Sin embargo, es hora de que asumamos que el sistema de salud no puede continuar descoordinado. Sencillamente porque entra en el grupo de riesgo más que un paciente añoso con múltiples comorbilidades. Al menos necesitamos que, de ahora en más, el Ministerio decida cuándo y dónde se abre un hospital, se inaugura una cama de terapia intensiva o se instala un ventilador mecánico. No nos puede agarrar otra crisis sin saber cuántas camas hay en cada localidad, cuántos recursos humanos calificados hay, ni qué infraestructura está disponible.

Una segunda propuesta es que construyamos un Mapa Sanitario para regular la oferta de salud

El mapa sanitario es una herramienta de monitoreo y planificación sanitaria, que privilegia la incorporación racional y equitativa de nuevos prestadores de servicios médicos. Se trata de un esquema georreferenciado que avanza en la medición de la oferta, la demanda y las necesidades sanitarias de la población aportando criterios para defi-

nir dónde faltan y sobran servicios. Permite definir *qué y cuántos*, pero también *quiénes y dónde*.

El mapa sanitario considera al menos tres aspectos centrales, la cantidad de prestadores necesarios para satisfacer las necesidades de una población determinada, su distribución en el territorio a fin de reducir inequidades basadas en el denominado “efecto código postal” en el que el acceso está condicionado por el lugar donde vive cada persona y finalmente, la calidad de cada uno de los prestadores que conforman la oferta de servicios.

Una tercera propuesta es que consagremos la Atención Primaria de la Salud y construyamos modelos de atención con puerta de entrada

Desde 1978 venimos declamando los preceptos de Alma-Ata. Ya es casi como colgar la foto del Che arriba de la Smart TV. Pero sigue habiendo colas para atención en los hospitales y en las obras sociales hay veces que conseguir un turno con un especialista puede llevar meses.

En los países que han logrado avanzar con el desarrollo de sistemas de atención orientados a la APS, los usuarios aceptan (mejor dicho, pueden aceptar) listas de espera para conseguir un turno con el dermatólogo, pero en ningún caso con su médico de cabecera. No sólo porque la oferta está diagramada sobre el médico de atención primaria como pilar del sistema, sino que éstos están en condiciones de dar respuesta a la mayoría de los problemas de salud de la gente.

Además de un conjunto de ventajas conocidas de la estrategia de APS, el relevamiento de la experiencia internacional permite destacar

que la intensidad con que la misma se implemente actúa como una forma de regular el uso de prestaciones de alta tecnología desde el lado de la demanda. La incorporación de un modelo de atención basado en *médicos de confianza* con población a cargo, con evaluación de su desempeño potenciará la construcción de un modelo planificado y regulado de servicios de salud en el país. La imagen objetivo a ser alcanzada es que todos los ciudadanos que padezcan una misma enfermedad en el mismo estado de avance tengan iguales condiciones de acceso a los mismos cuidados en cantidad, calidad y resolutivez.

En cuarto lugar, es necesario redefinir el Programa Médico Obligatorio (PMO)

Sumada a su falta de actualización, nuestro PMO adolece al menos de dos contradicciones. No es un *Programa* sino un paquete de prestaciones, que poca relación tienen con la necesidad de la población. Y no es *Obligatorio*, al menos no para todos los financiadores del sistema de salud, lo cual lo convierte en una herramienta más para potenciar las inequidades en el acceso.

Es deseable que la Argentina diseñe un nuevo Conjunto de Prestaciones en Salud, que parta de un listado de patologías prioritarias y no de las tecnologías que deban ser cubiertas. Que sea obligatorio para todos los actores del sistema de salud (incluyendo al Estado) y que no sea ni un piso ni un techo sino justamente lo que debiera ser: un conjunto de prestaciones que merecen ser cubiertas y que, al mismo tiempo, no condicionen la sostenibilidad financiera del propio sistema de salud.

Una quinta propuesta es que acordemos qué recursos humanos necesitamos

Es necesario discutir el numerus clausus y la currícula de las Facultades, así como la necesidad de contar con una mínima formación de posgrado para garantizar un piso formativo. En países como España, el título de grado no habilita a un médico a desempeñarse en el Sistema Nacional de Salud. Es mandatorio debatir la potencial relación entre la libre elección de la carrera universitaria, la heterogeneidad en la formación de pre y posgrado y las posibilidades de acceder al mercado laboral aun sin contar con un título de especialista, con los **resultados subóptimos e inequitativos que presenta nuestro país en materia de salud**.

La respuesta social organizada le ha permitido a la Argentina, hasta ahora, hacer frente a una situación de gran magnitud y severidad como la pandemia por Covid-19. Puede y debe ser una oportunidad para reflexionar sobre el sistema de salud y evitar que los resultados dependan más de quien financia o el lugar de residencia que de la propia capacidad de una enfermedad para dañar la salud.

Es poco probable que el día después de la pandemia nos encuentre igual a lo que fuimos antes de ella, de nosotros depende aprovechar la situación y evitar insistir en ciertos errores que merecen ser corregidos. No sabemos a ciencia cierta cuándo será ese primer día post pandemia, pero sólo llegaremos preparados si empezamos a pensarlo desde ahora. □

(1) Asesor Regional en Medicamentos y Sistemas de Salud del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

(2) Médico. Investigador del Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica (IMSSET), Facultad de Medicina, UBA.



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

Covid-19

Decálogo, plan estratégico y el después

Por el Dr. Néstor Vázquez (*)



ATRAVESANDO UNA PANDEMIA

- 1) Cada país tiene un sistema de salud, en general no hay dos iguales. Distintas fuentes de financiamiento, organización, ejecución, cobertura, camas, complejidad, personal, número, capacitación, tecnología, etc. También dentro de un mismo país hay diferencias sustanciales y grandes asimetrías.
- 2) Cada país tiene su propio sistema de gobierno, donde la salud no está siempre delegada en un órgano central.
- 3) Cada país tiene un sistema económico y financiero diferente.
- 4) Cada país tiene una organización política diferente, por tanto, las limitaciones legales son distintas.
- 5) Cada país tiene pautas culturales distintas, alimentación, vestimenta, higiene, educación y trabajo.
- 6) Cada país tiene una pirámide etaria distinta y diversas formas de organización social.
- 7) Cada país instrumentó el protocolo OMS según sus propios tiempos y mediciones.
- 8) Cada país maneja la presión social y mediática, según sus posibilidades.
- 9) Cada país evaluó su situación económica previa y las pérdidas previstas.
- 10) Cada país organizó el comité científico y ejecutivo según su gobierno.

UN PLAN ESTRATÉGICO

Al enfrentarnos a este enemigo que ya se asentó en otros países, ya conocemos parte de su modo de ataque, lo que reduce los enigmas y los tiempos de ataque y transmisión, pero como sabemos que al instalarse causa gran morbilidad, por eso intentamos achatar la pirámide de infección.

Ese período de achatamiento nos permitió hacer acciones que reducirán los daños en la salud y en la sociedad. Podemos testear a la mayor parte de la población expuesta, lo que permitiría separar a la población infectada según niveles de riesgo, con los aislamientos y la atención médica adecuada. Además, podremos medir la carga viral, que sin dudas nos mostrará el futuro de los enfermos.

También nuestros investigadores podrán probar terapéuticas acordes a los tiempos y riesgos. No es un tema menor que mientras la pirámide no se dispara, podremos convocar a la mayor parte del equipo de salud, capacitarlo y equiparlo adecuadamente, no sólo para la atención de pacientes sino además para el cuidado del equipo.

Todo lo que describimos, debe constituir un PLAN ESTRATÉGICO, cuyas variables son muchas, pero que en general conocemos y ya describimos. Entre las variables, debemos centrarnos en aclarar las variables negativas, y utilizar la información como medio terapéutico.

Los resultados que esperamos no estarán vinculados a una extraña fórmula polinómica que no tiene en cuenta la inmunidad social, ni individual previa a la pandemia, ni las múltiples variables enunciadas, ni las que se incorporan en el transcurso del plan, lo que sí sabemos es que todos los países tendrán resultados distintos.

¿Es probable que se entienda que, ante un escenario de pandemia, los gobiernos reaccionen diferentes y privilegien sus mezquindades en contra de sus pueblos?

Lo cierto es que en algún momento la pandemia cederá, se encontrará una cura, se logrará una vacuna. ¿Qué sociedad quedará? Pero ¿habremos aprendido, que no es bueno desfinanciar el sistema público de atención médica?

Es importante que los países inviertan en sus sistemas disuasivos de defensa militar, pero sepamos que con misiles no derrotamos a los virus, ni curamos las neumonías, ni educamos a los niños. Los gastos militares son importantes, pero los sociales también lo son.

Pagamos impuestos para mejor educación, salud y seguridad pública, "queremos vivir mejor".

Estoy convencido que la inversión en investigación no solo salva vidas, además acelera la economía.

El mundo perdió BILLONES de dólares, por el egoísmo de los que manejan la economía y la contraponen al cuidado de la salud.

Deben unificarse no sólo las políticas ante una pandemia, deben colaborar los países para dar equidad en la ejecución, entender que un mal resultado lo pagan todos. Porque frenar la economía mundial es malo para todos los pueblos del mundo, aunque de diferentes formas.

Los sistemas de salud no pueden ser moneda de ajuste de los presupuestos nacionales, al igual que; educación, investigación o alimentación. Las empresas proveedoras de insumos, tecnología y medicamentos deben ayudar en las crisis.

Los gobiernos deben establecer políticas y legislaciones que permitan comandos logísticos unificados ante este tipo de crisis.

¿Cómo tiene que reaccionar la economía ante una pandemia? ¿Se debe redireccionar la inversión a los sectores de mayor vulnerabilidad? ¿Las penalidades a los que incumplen las normas y ponen en riesgo la salud de los demás tienen que ser severas, la enfermedad tiene alta morbilidad? ¿Por qué no se invierte más en tests?

¿Acaso los bancos multilaterales de fomento no tienen esto como prioridad? ¿Por qué el Consejo de Seguridad de la ONU está mudo ante esta amenaza a la seguridad mundial? ¿La OMS no tiene herramientas suficientes para enfrentar y prevenir las pandemias? Si

no es así, ¿cuál es la utilidad mundial de esta institución?

Los servicios de Inteligencia de los países centrales, que permanentemente investigan la existencia de armas de destrucción masiva en territorios no aliados, ni se enteraron que un virus atacaba con semejante velocidad de propagación. No era un arma, pero si lo hubiera sido tampoco lo sabían.

¿Por qué motivo, el mundo no se preparó adecuadamente y tardó tanto en reaccionar a pesar del tiempo que tuvo desde el inicio de la epidemia en Wuhan, hasta los primeros casos en occidente?

Todos los expertos mundiales coinciden que con 12 semanas de cuarentena se detiene la pandemia. Sabemos que es imposible detener la actividad del mundo durante todo ese tiempo, por ello hay que tener un plan estratégico que contemple todos los pasos a seguir, desde la instalación de la cuarentena, hasta la reactivación total.

Hay que entender que la cuarentena debe ser productiva, no son vacaciones, nos tiene que servir para adecuar actividades y proyectar con suficiente anticipación los pasos subsiguientes.

Hay muchos proyectos cooperativos mundiales para la prueba de medicación efectiva contra el Covid-19, hay decenas de laboratorios trabajando sobre alguna vacuna, que seguramente estará disponible para el invierno boreal.

La población debe estar informada sobre los avances en el plan, para saber cómo se tiene que preparar para lo que sigue. El plan debe establecer cuáles son los parámetros mínimos para comenzar a salir de la cuarentena y retornar a la vida normal, momento, cronograma, tiempos, alarmas.

¿Qué actividades no pueden detenerse, cuales se incorporan primero, cuáles después? ¿Qué herramientas son indispensables para evaluar una alarma y volver atrás? ¿Cómo seguir?

Son herramientas fundamentales para todo: los tes-

teos seguros, cargas virales, según núcleos donde se observa que la aceleración de la propagación de la infección es mayor y los mapas de riesgo.

Con operadores serios, los softwares de seguimiento virtual, que adelantan las internaciones en cuidados intermedios, reducen la mortalidad, y permiten rapidez en la incorporación laboral y social.

Deben capacitarse adecuadamente a todos los miembros de los equipos de salud.

CONCLUSIÓN

La pandemia de Covid-19, sólo puso en evidencia nuestra falta de preparación para enfrentar estas crisis en el mundo, a pesar de que algunos lo hicieron mejor que otros. Palmaria demostración de que somos incapaces de actuar en una dirección adecuada. El jugador sabe que tiene que seguir al ganador.

También se mostró que la mayoría de los países desfinanciaron sus sistemas de salud y redujeron la inversión en educación médica.

Las organizaciones mundiales, ya sea políticas o de fomento, son inútiles ante crisis como la que estamos viviendo, sólo presentan protocolos asimétricos, pero no tienen un plan estratégico consensuado y cómo financiarlo.

Las grandes empresas fabricantes y proveedoras de Tecnología, Insumos y Medicamentos, sólo privilegian sus intereses y los Gobiernos no las obligan a trabajar para reducir los daños a la Sociedad y sus ganancias en tiempos de crisis globales.

Por último, como todos actúan distinto, no hay plan global, la salida será muy lenta, dificultosa, con muchos muertos y más pobreza. □

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



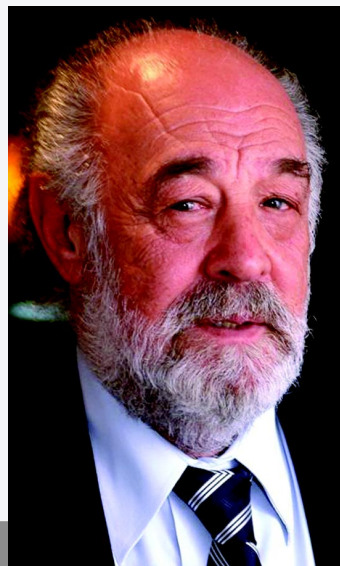
www.sanidad.org.ar

El Coronavirus y la realidad desnuda

"En lo que concierne a las cosas humanas, no cabe: ni reír, ni llorar, ni indignarse, sino comprender."

Baruch Spinoza

Por el Dr. Ignacio Katz



La repercusión local e internacional que ha alcanzado la pandemia del Covid-19 no deja de sorprender e inquietar día a día. Sin duda, constituye ya un "parteaguas" global todavía en curso. En el espacio de esta columna no puedo sino limitarme a esbozar algunas cuestiones. Tal vez lo primero a resaltar sea que la inédita parálisis que alcanza gran parte del mundo (incluyendo a los países más desarrollados) responde menos a la fortaleza del virus en sí, que a la debilidad de los sistemas sanitarios nacionales y la virtual inexistencia de un sistema global.

El mundo nos ha fallado. Es decir, los líderes políticos y los gobiernos han desestimado las múltiples alertas que han sido proclamadas para quien quisiera escucharlas. La OMS ya en 2015 planteaba que el mundo no estaba preparado para nuevas pandemias. "La interrelación entre humanos y animales es tan cercana debido a la deforestación y otras causas que va a seguir habiendo nuevas infecciones emergentes"⁽¹⁾, afirmaba la entonces directora del organismo, Margaret Chan.

Existen *profundos desestabilizadores* actuales tales como el cambio climático (con lluvias crecientes), la deforestación, las migraciones y el turismo, entre los principales.

Por supuesto que cada país está desigualmente mundo para enfrentar la pandemia. Pero resulta patente la necesidad de una gobernanza sanitaria que articule la responsabilidad de los líderes políticos con el sistema sanitario propiamente dicho.

El Reino Unido, por caso, con uno de los mejores sistemas de salud del mundo, frente a este particular fenómeno, evalúa detenidamente la toma de decisiones políticas a aplicar. Han sido los países del sudeste asiático quienes han brindado mejor respuesta a la pandemia, entre otras cuestiones, porque se han preparado previamente, tras el brote de otros coronavirus, el denominado SARS (síndrome agudo respiratorio severo) y del MERS (síndrome respiratorio de oriente medio).

En nuestro país, la larga decadencia sanitaria que padecemos desde décadas se hará notar en breve, si no lo está haciendo ya. Justamente, las tan celebradas medidas tempranas de aislamiento no hacen más que dilatar lo inevitable. Si queremos mitigar el colapso sanitario debemos sumar en principio un Plan B, o más bien, una saga de fases del plan de contención actual que lo complementen.

La clave pasa por la identificación de las regiones y poblaciones infectadas, para su aislamiento selectivo y tratamiento específico correspondiente. Para ello, los test son una herramienta prioritaria de orientación

clave, dada la particularidad de la pandemia. No se trata sólo de sumar camas, que poco pueden hacer frente a cuadros avanzados de sintomatología, sino de formación profesional, cuantitativa y cualitativa, y de coordinación logística.

En una palabra, falta de planificación estratégica, de previsión, de protocolos procedimentales. Que no se malinterprete, las medidas de distanciamiento social son necesarias pero insuficientes ante la ausencia de su evaluación mediante modelos matemáticos.

Evidentemente, no se puede subsanar en semanas las deficiencias acumuladas por décadas, pero en vez de vanagloriarnos de un supuesto "modelo argentino", debemos mirar a nuestra realidad sanitaria de frente y ver al rey desnudo. Desde hace ya 18 años que bimensualmente llamo la atención sobre las deficiencias del área sanitaria nacional en esta revista, proponiendo la construcción de un Sistema Federal Integrado de Salud a partir de un Acuerdo Sanitario, y desde hace más de tres décadas que lo hago en libros. No me queda más que insistir en esos puntos nodales.

No contamos con la infraestructura necesaria, salas de aislamiento, indumentaria especial, laboratorios de diagnóstico, parque tecnológico operativo, provisión de fármacos, personal de enfermería, entre otros. Falta formación médica. Faltan profesionales formados, de manera *sistemática y continua* en las distintas regiones de nuestro territorio. No alcanza con contar con unos puñados de centros prestigiosos, o muchos profesionales brillantes, para enfrentar una pandemia con caracteres tan particulares, donde se torna *prioritario evitar la mortalidad del paciente grave*.

El coronavirus, lo mismo que el dengue y otros virus e infecciones, muestran la falla estructural de un planteo sistemático sanitario y científico-tecnológico. Constituyen un *fenómeno político, social y cultural* (además de económico), un verdadero *stress test* para la sanidad pública que nos compele a recordar a Mario Bunge, quien señaló que no hay estructura sin sistema, ni sistema sin función, función sin órgano, ni órgano sin finalidad.

En este caso, la finalidad es la salud, y el órgano debería ser un Gabinete Operacional Conjunto con una Estrategia de Gestión Integrada (en lugar de un "comité de crisis"), que cuente con *componentes que existen, pero no están articulados*, y, por tanto, tampoco aprovechados. Para así responder a los requisitos de un "tablero de comando" al servicio de la tríada planificación-gestión-evaluación, en una situación dinámica e inestable como la que se enfrenta. En este sentido, resultan provechosas las enseñanzas de a René Thom⁽²⁾ quien desarrolló la modelización de los sistemas com-

plejos y las nociones topológicas frente a las catástrofes, estudiando las variables de control, es decir las que limitan la dinámica del sistema.

El Estado no debe solo restringirse a un control activo, sino que debe garantizar el diseño y monitoreo, asumiendo su responsabilidad en resguardo de la salud pública. Se requiere un nuevo modelo organizacional, que ponga en el centro el *método epidemiológico*: modo razonado de detectar, actuar, obrar y proceder.

El conjunto por articular incluye como nodos básicos los siguientes componentes:

- La Epidemiología panorámica que se construye a partir de registros satelitales que utilizan variables biológicas, matemáticas, astronómicas y físicas, a cargo del Instituto de Altos Estudios Espaciales Mario Gulich de Córdoba.
- Un Grupo de Sistemas Complejos, que se ocupe de crear el mapa logístico de la dinámica de propagación, para evaluar así la transmisión y contagio. Se torna imprescindible a la labor del “*tablero de comando*” tener apoyatura demográfica y urbanística al servicio de la estrategia táctica y logística a desplegar, a fin de obtener a partir del análisis de datos, las mejores conductas posibles con el propósito de combinar la “*interdicción horizontal*” con la “*interdicción vertical*”, según perfiles de riesgo, de manera de elaborar la plantilla de estrategia dinámica, y así proteger a los más vulnerables hasta que se establezca la *inmunidad comunitaria* para cumplir con la *gradualidad racional*.
- El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui”, de Pergamino.
- El Instituto Carlos G. Malbrán.
- El Hospital Javier Muñiz de enfermedades infecciosas de la Ciudad de Buenos Aires.
- Los Centros de Informática y Bioestadística Epidemiológica aportados por las Universidades.
- Una Agencia de Información y Comunicación, que debería tener a su cargo el centralizar las campañas, las alertas, y los partes diarios de comunicación.

Hoy más que nunca queda demostrado que la heterogeneidad del área sanitaria no es más que un eufemismo por la desigualdad. La realidad de millones de argentinos que viven en situaciones de gran precariedad como las llamadas villas (que hacen imposible una cuarentena estricta) no es una cuestión económica o social separada de la sanitaria. Son dos caras de la misma moneda. La salud de la población no depende únicamente del sistema sanitario, sino también en gran medida por las condiciones de vida (vivienda, infraestructura, acceso a agua potable, ingresos, educación, condiciones laborales, etc.).

La crisis desnuda la realidad que no queríamos ver, tanto sanitaria como económica y social. Más que un nuevo desafío, la pandemia nos enfrenta a viejos problemas preexistentes que se tornan más prístinos y urgentes. Abramos los ojos y actuemos. □

Referencias:

- (1) “El mundo no está preparado para otra epidemia como el ébola”, El País 15/10/2015.
- (2) René Thom: “Parábolas y Catástrofes: entrevista sobre matemática, ciencia y filosofía” Metatemas- 1993.

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” (2019); “Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Integral Integrado de Salud” (2012); “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



La crisis exige sintonía fina de la política

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

vassalloc@gmail.com



I Argentinos, a las cosas, a las cosas! Déjense de cuestiones previas personales, de suspicacias, de narcisismos. No presumen ustedes el brinco magnífico que dará este país el día que sus hombres se resuelvan de una vez, bravamente, a abrirse el pecho a las cosas, a ocuparse y preocuparse de ellas, directamente y sin más, en vez de vivir a la defensiva, de tener trabadas y paralizadas sus potencias espirituales, que son egregias, su curiosidad, su perspicacia, su claridad mental secuestradas por los complejos de lo personal (Ortega y Gasset).

En países presidencialistas como la Argentina la figura del presidente tomando decisiones y orientando el rumbo del país en tiempos de incertidumbre es clave. Esto ha dado resultados políticos muy buenos en el sentido que tanto la sociedad como la oposición apoyaron la propuesta de la cuarentena del presidente y las decisiones que se tomaron.

Las decisiones del presidente están sometidas a una especie de hegemonía epidemiológica-infectológica y como sabemos respecto de la guerra, que es demasiado importante como para dejársela sólo a los militares, podríamos parafrasear la pandemia es demasiado importante y ataca tantos aspectos de la vida económica y social que las decisiones no pueden ser planteadas sólo desde un punto de vista infectológico. Se ha generado un desbalanceo que es necesario reparar y equilibrar con la competencia de otros enfoques complementarios también importantes.

La cuarentena es como un medicamento dependerá de las dosis si se convierte en un veneno que mata o que cura (prevención). Lo importante ahora es que el aplastamiento no aplaste y relegue el regreso a la producción. Es hora de comenzar a medir no sólo las muertes diarias sino también las muertes de empresas y con ello del empleo (formal) y el incremento de la informalidad que alcanza ya el 40%.

Como mencionó Daron Acemoglu “La pandemia revela que necesitamos una red social más fuerte, mejor salud pública, mayor capacidad del Estado para coordinar acciones en tiempos de emergencia y mejor cooperación internacional. Después de la crisis tendremos gobiernos muchos más grandes y en muchos países los gobiernos habrán penetrado más profundamente en las vidas privadas de las personas. En algunos lugares,

quizá veamos colapsar por completo la confianza en el Estado y en las instituciones democráticas debido a sus torpes respuestas a la pandemia. En otros, los gobiernos podrían tornarse más autoritarios y dominantes porque habrán desarrollado más herramientas de vigilancia y control de la población. Pero mi esperanza es que las mayores responsabilidades del Estado se cumplan en muchos países con mayor participación democrática de los ciudadanos, para que podamos mantener al Estado y a los políticos más controlados que antes”.

Los países europeos han comenzado a planear su salida de la cuarentena fortaleciendo las capacidades de gobernanza a partir del aporte de las mejores mentes que trabajarán en los próximos meses de forma interdisciplinaria para la reconstrucción.

Es probable que la pandemia traiga una especie de “destrucción creativa política” (Schumpeter) donde se produzcan reacomodamientos institucionales respecto de los que emergieron de la hiperdesregulación y la “financiarización” de las últimas tres décadas. Quizás sea tiempo que comience a emerger una red social más fuerte y eficiente complementada por nuevos instrumentos regulatorios.

Este es un proceso que no puede hacerlo sólo el Poder Ejecutivo (presidente y ministros) que deben estar respondiendo a la urgencia, el día a día, pero alguien debe encargarse de pensar el futuro y dar indicaciones precisas sobre como encaminar la reconstrucción y suministrar este producto al Presidente.

La Argentina tuvo problemas históricos para organizar y coordinar el accionar del Estado y ahora la pandemia vuelve todo más difícil ante la incertidumbre que plantea. Una organización social para ser gobernada necesita un plan. Siempre y en todos los casos prácticos, la teoría se debe plasmar en un Plan de reconducción y/o de normalización de la vida ciudadana.

La propuesta de organizar una “task force” que piense y desarrolle un plan, que planteé algunas respuestas acerca del futuro de las relaciones económicas y sociales, nuevos esquemas de organización del trabajo, de formas de prestación de servicios públicos, de financiamiento de las funciones sociales constituye un paso adelante en tratar de imaginar como avanzar hacia una nueva normalidad que conviva con este virus y otros que podrían venir.

Este proceso se llama GOBERNANZA y la que podemos definir como aquellas interacciones y acuerdos entre

gobernantes y ciudadanos, con el fin de crear oportunidades a la iniciativa individual, solucionar problemas reales de la gente y construir instituciones sólidas con normas claras, sencillas y eficaces para generar esos cambios.

Considerando que las principales medidas de contención de la emergencia epidemiológica Covid-19 impuestas por el Poder Ejecutivo Nacional han impuesto suspensiones de la actividad económica y productiva del país, la clausura de los ejercicios comerciales, la suspensión de actividades educativas, culturales y deportivas, además de la limitación a la libre circulación de los ciudadanos y en términos más generales una situación de bloqueo de todo el país.

Establecida en consecuencia la necesidad de prever rápidamente medidas necesarias para comenzar a cimentar la reanudación gradual de las actividades en los diversos sectores sociales, culturales, económicos y productivos, mediante la individualización de nuevos modelos organizativos y relacionales, que tengan en cuenta las exigencias de contención y prevención de la emergencia epidemiológica Covid-19.

Relevada la necesidad de contar con un soporte interdisciplinario de expertos notables con elevada y calificada competencia y experiencia profesional en los diversos sectores.

Se propone la creación en la sede de la Presidencia de la Nación de un Comité de Expertos en materia económica y social con la tarea de elaborar y proponer al Sr. Presidente de la Nación, aquellas medidas necesarias para hacer frente a la emergencia epidemiológica Covid-19.

El Comité debería estar presidido por una personalidad con liderazgo técnico político y compuesto por

personas que puedan representar a las siguientes disciplinas claves: psicología social; innovación tecnológica; economía y estadística; organización del trabajo; derecho del trabajo; estadística económica; política monetaria; discapacidad y tercera edad; estadística social; macroeconomía, política fiscal; sociología económica y salud mental.

Este Comité de Reconstrucción Nacional (CRN) no debería considerar compensaciones sólo excepción para el reembolso de viajes y de permanencia para los no residentes en la Ciudad de Buenos Aires en los límites previstos por la normativa. Esto tiene el carácter de carga pública honorífica.

El futuro será muy difícil. Pobreza, desempleo y penurias económicas. Es importante que los tres poderes de gobierno sean abiertos, democráticos y trabajen de manera transparente. Esta es una oportunidad para crear instituciones competentes, eficientes, abiertas, inclusivas y responsables.

Los países que cuentan con instituciones sólidas prosperan creando un entorno que facilita el crecimiento del sector privado, reduce la pobreza, permite prestar servicios valiosos y ganarse la confianza de los ciudadanos, una relación de confianza que se genera cuando las personas pueden participar en el proceso decisorio del Gobierno y saben que su opinión cuenta. □

(*) Profesor Salud Pública - FCM UNL.



 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

www.ds.salud.com.ar

 INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

 SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL

 RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

 RED ESPECIALIZADA

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

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

 Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso | (1086) Capital Federal  011 4342 9473  fefara@fefara.org.ar  www.fefara.org.ar

La farmacia: un servicio público esencial

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray (*)



Tal como lo expresé en una publicación reciente, más allá de la preocupación que genera la excepcional situación que estamos viviendo a causa de la pandemia, no puedo ocultar la satisfacción y el orgullo que me produce la actuación de los profesionales farmacéuticos en cada uno de los espacios en los que les ha tocado desempeñarse.

En sentido contrario, tampoco puedo dejar de manifestar el malestar que me produce el escaso reconocimiento que ciertas dependencias del Estado y, de manera especial los medios de comunicación tienen respecto a nuestros profesionales farmacéuticos y su valioso aporte.

Pruebas al canto: lejos de mencionarlos cada vez que se hace referencia a los profesionales que se encuentran en la "primera línea de fuego", las noticias sólo dan cuenta de la carencia de insumos en farmacias, los altos precios de los mismos (ignorando que no somos formadores de precios) y/o sobre la necesidad de que "los comercios" tengan determinados horarios de atención para garantizar el acceso al medicamento.

Si tal cosa es todo lo que de una farmacia se necesita, bien podríamos reemplazarlas mediante la venta de medicamentos en autoservicios que funcionen las 24 hs... pero eso no sería una farmacia y, desde luego, allí no encontraríamos a ningún farmacéutico que pueda brindar los valiosos servicios profesionales incorporados en un proceso de formación continua.

Tampoco resulta de ayuda para el logro de nuestras aspiraciones que, para el Clasificador de Actividades Económicas por el cual se rige la AFIP, la actividad de la farmacia figure como "De intercambio de bienes muebles" código G-477310, cuando debiera ser incluida en "Servicios de Salud Personal" código Q- 869090, o para ser más estrictos y justos, se estableciera como nuevo código el Q-869095 "Servicio de Farmacia comunitaria o privada". La diferencia no es sólo semántica y, de hecho, significa que a los fines impositivos a la farmacia se le asigna el tratamiento de un comercio cualquiera.

Llegados a este punto y considerando necesario dejar claramente expuesto nuestro punto de vista sobre el tema, voy a recordar aquí la postura que las Entidades Farmacéuticas nacionales dejamos sentada en un documento que fuera suscripto en el marco de nuestras 13^{as} Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos realizadas en Pilar (Buenos Aires), cuyos aspectos centrales señalo a continuación.

Servicio Público

Generalidades

La primera acepción del término "servicio" que menciona el diccionario de la Real Academia Española, hace referencia al "acto y el resultado de servir". Lo "público" por su parte, es aquello vinculado a toda la comunidad y que, por lo tanto, suele ser gestionado o administrado por el Estado. De este modo, podría definirse al "servicio público" como la actividad que desarrolla un organismo estatal, o una entidad privada bajo la regulación del Estado, para satisfacer una cierta necesidad de la población.

El caso es que, con total independencia de quien lo realice, existe amplia coincidencia respecto a que el criterio más adecuado para definir al servicio público, es el funcional: la cuestión central no radica en el sujeto que lo presta, sino en la índole de la "necesidad" que por ese medio se satisface.

Es importante tomar en cuenta la existencia de una serie de elementos que en conjunto permiten caracterizar, en grandes rasgos, a un servicio como público:

- ✓ Su naturaleza esencial para la comunidad.
- ✓ La imprescindible continuidad de su prestación en el tiempo.
- ✓ Su prestación regular, manteniendo un estándar mínimo de calidad.
- ✓ La necesidad de que su acceso se logre en condiciones de igualdad.

De lo general a lo particular

Luego de estas consideraciones preliminares no podemos dejar de señalar que, por la naturaleza y actividades desarrolladas por nuestras farmacias comunitarias, las mismas son las propias de un servicio público.

Para la atención y goce del derecho constitucional a la salud que tienen los habitantes de nuestro país y que el Estado debe garantizar, resulta ineludible contar con el servicio público de farmacia.

Las razones que sostienen esta afirmación, es decir la actividad de la farmacia como servicio público, son claras y concretas, a saber:

- A través de éstas se permite al paciente el acceso democrático al medicamento, unánimemente considerado un bien social, en cada centro poblado del extenso territorio nacional.
- Se encuentran sometidas a la regulación del poder público, quien establece las normas legales y reglamentarias para asegurar la regularidad de la prestación del servicio y la continuidad del mismo, porque existe un interés general en el desarrollo de la actividad.
- La farmacia comunitaria presta un servicio que beneficia a la sociedad en general, y no a una determinada clase o grupo, por importante que éste sea.
- La farmacia es el único establecimiento habilitado para la venta de medicamentos, drogas y especialidades farmacéuticas.
- Sostienen la carga pública de los turnos -cumplimiento del servicio más allá de los horarios comerciales-, para que, a toda hora de cada día, sus servicios puedan ser demandados por quienes lo necesiten.
- Son un centro de salud de atención primaria, en el cual siempre se encuentra un profesional idóneo en la materia al servicio de la población en su conjunto.
- Las farmacias, resultan ser el primer y más cercano contacto sanitario, al que acude la población en procura de asesoramiento y orientación.
- Brindan atención a la totalidad de los beneficiarios del sistema de seguridad social.
- Resultan ser un pilar fundamental para el uso racional del medicamento.
- Realizan tareas de fármaco vigilancia.
- Dan sustento material al control de trazabilidad del medicamento dispuesto por las autoridades sanitarias.

Volviendo sobre lo dicho en aquella publicación a la que hacía referencia al inicio de esta columna, reitero mi convicción en el sentido que las especiales circunstancias que hoy estamos viviendo, no son otra cosa que una valiosa oportunidad para trabajar en procura de lograr el reconocimiento formal de la actividad de las farmacias como un servicio público esencial.

Considero central trabajar por la LEGITIMIDAD y el RECONOCIMIENTO que nuestra profesión se merece, más allá de los gobiernos, los políticos o las circunstancias que nos toque en suerte transitar... y en eso estamos invirtiendo nuestros mejores esfuerzos. □

(*) Presidente de FEFARA (Federación Farmacéutica de la República Argentina).



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

La homeostasis de la sociedad



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Según el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, homeostasis es el conjunto de fenómenos de autorregulación que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo.

Desde la perspectiva de la hegemonía estructural, Antonio Damásio define un sistema viviente, estable o en equilibrio, como aquel en que la relación entre su estructura y los procesos que tienen lugar en él, y entre él y su ambiente.⁽¹⁾

Entonces el “Paquete de Supervivencia” es compartido por todos los organismos biológicos, cuyo mínimo factor común es la posesión de dispositivos innatos para resolver automáticamente los problemas básicos de la vida: mantenimiento químico interior, conservación de las estructuras del organismo, ataque de agentes externos o daño físico o daño mental, o daño psicológico.⁽²⁾

Vemos como una pandemia tiene distintas reacciones en diferentes lugares. También vemos que la clínica de la enfermedad varía muchísimo. Ataca toda la economía biológica y material.

Es como si la homeostasis interna y la social se transforman en algo caótico. Respuestas diferentes a un mismo problema.

La Tierra ha alcanzado un grado de irritación extremo, y el cuerpo colectivo de la sociedad padece desde hace tiempo un estado de estrés intolerable: la enfermedad se manifiesta en este punto, modestamente letal, pero devastadora en el plano social y psíquico, como una reacción de autodefensa de la Tierra y del cuerpo planetario.

Para las personas más jóvenes, es solo una gripe fastidiosa. Lo que provoca pánico es que el virus escapa a nuestro saber: no lo conoce la medicina, no lo conoce el sistema inmunitario.

Y el ignoto virus, de repente detiene la máquina.

Un virus en la psicósfera bloquea el funcionamiento abstracto de la economía, porque sustrae de ella los cuerpos. Pero he aquí la sorpresa, el giro, lo imprevisto que frustra cualquier discurso sobre lo inevitable. Lo imprevisto que hemos estado esperando: la implosión.

El organismo sobreexcitado del género humano, después de décadas de aceleración y de frenesí, después de algunos años de convulsiones sin perspectivas, encerrado en un túnel lleno de rabia, de gritos y de humo, finalmente se ve afectado por el colapso: se difunde una gerontomaquia que mata principalmente a los adultos mayores, pero bloquea, pieza por pieza, la máquina global de la excitación, del frenesí, del creci-

miento, de la economía...

Por primera vez, la crisis no proviene de factores financieros y ni siquiera de factores estrictamente económicos, del juego de la oferta y la demanda. La crisis proviene del cuerpo. Es el cuerpo el que ha decidido bajar el ritmo. La desmovilización general del coronavirus es un síntoma del estancamiento, incluso antes de ser una causa del mismo.

Cuando hablo de cuerpo me refiero a la función biológica en su conjunto, me refiero al cuerpo físico que se enferma, pero también y sobre todo me refiero a la mente, que por razones que no tienen nada que ver con el razonamiento, con la crítica, con la voluntad, con la decisión política, ha entrado en una fase de pasivización profunda.

Cansada de procesar señales demasiado complejas, deprimida después de la excesiva sobreexcitación, **humillada por la impotencia de sus decisiones frente a la omnipotencia del autómatas tecnofinanciero**, la mente ha disminuido la tensión. No es que la mente haya decidido algo: es la caída repentina de la tensión que decide por todos. **Psicodeflación.**⁽³⁾

“Otra falla masiva y colosal de la versión neoliberal del capitalismo”. Así se refiere el filósofo y lingüista Noam Chomsky a la *pandemia de coronavirus* que golpea al mundo.

Podríamos analizar el canibalismo político a que nos someten día a día los economistas y los todólogos comunicacionales. Estos últimos originales personajes, que pasaron la mayoría de ellos por las Universidades caminando por enfrente y nunca -la mayoría- entraron por la puerta... ni estudiaron que es el método científico y mucho menos la realidad del mundo, sus inequidades, sus desigualdades.

La mayoría de ellos no saben cómo funciona el Sistema de Salud de nuestro País.

Nos llama la atención que se produzcan contagios de profesionales en Centros de Salud, que no han sido inspeccionados en años... de dudosa habilitación, si es que la poseen. O en depósitos de Gerontes llamado geriátricos que favorecen la **Gerontomaquia** descrita más arriba.

¿Quién controla a los que asisten a los internados, en este Pandemonio de Sistema de Salud que tenemos?

Nuestro Sistema no es un Sistema, es una acumulación de prestadores de salud, nadando en un Mar de Caos... todos intereses corporativos.

¿Pero quién defiende al ciudadano de a pie de la perversión del Sistema?⁽⁴⁾

¡Saquémonos la careta alguna vez! Los profesionales de la salud protestan por falta de insumos ante la Pandemia para su seguridad. ¿Y cuando Hubo? No debería extrañarnos nada. Hay que pensar en serio esta vez.

Tenemos que construir de una vez y para siempre un sistema de salud integrado entre sí.

Nadie se salva solo...⁽⁵⁾

Todos reclaman Estado... y tenemos la suerte los argentinos que en este momento hay Estado. Pensemos por un momento que hubiera sido de nosotros con los CEOS del Club de Cuentas en Panamá... en este arcaico Pandemonio de Sistema de Salud donde el Ser Humano era visto como gasto y no como una vida.

Hay que pensar en un Sistema de Salud que se apoye en la complementariedad entre Subsistemas... para comenzar.⁽⁶⁾

Revisar currículas universitarias, sin influencia en su composición y desarrollo, de las empresas que venden tecnología.

Controlar a la industria farmacéutica que ve a los médicos y a sus pacientes como clientes potenciales... y no digo sin ella, sino con una Agencia seria de Evaluación de Terapéuticas, que no autorice lo que no sirve y que no fue probado en el mundo serio de la salud.

Lo tenemos que hacer de una vez por todas, ya no queda tiempo ni economía que la sostenga.

Necesitamos estadísticas serias, confiables, que nos permitan tomar decisiones acertadas con números reales, para una estrategia real. Una Estrategia Nacional, sin dejar librada a las provincias a su destino, con el fútil argumento de la "desconcentración".

Tenemos que ir a un Sistema Nacional de Salud.

Será por etapas, ya que los intereses son arduos e hicieron fallar los intentos anteriores. El renacido **Ministerio de Salud** puede ser quien pase a la historia como el gran "Transformador de la Salud" en nuestra República. Como dije sería en etapas integrando sub-sectores.

El Congreso de la Nación deberá ser un socio activo en esta transformación proponiendo y acompañando un Plan Nacional a mediano y largo plazo, que todos los argentinos de bien debemos apoyar y sentir como propio.

No hay tiempo... el siglo XXI es esto o el precipicio. □

Referencias:

- (1) En busca de Spinoza / Antonio Damásio / Paidós / 2014.
- (2) Homeostasis y Representaciones Intelectuales / Miguel Grijalba-Luis Enrique Echarte / Universidad de Navarra / España / 2003.
- (3) Crónica de la psico deflación / Por Franco Berardi / Publicado en Nero Ediciones / 19 de marzo, 2020. / Sopa de Wuhan.
- (4) Conversaciones con Aldo Bravo / Secretario de Acción Social / OSPTV.
- (5) Dr. Alberto Fernández / Presidente de la Nación.
- (6) El debate público - privado en las políticas de salud / VIII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD IX JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD / La equidad complementaria como modelo de desarrollo entre los subsectores de salud de la República Argentina. Mauricio Klajman.

(*) Director Médico Nacional Obra Social de Televisión.



ALZA LA VOZ
CONTRA LA VIOLENCIA
HACIA LAS MUJERES



¿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/

La confidencialidad en materia de salud

La protección de los datos personales y la tutela de la Salud Pública



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

Mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 260/2020 del 12 de marzo del corriente año, se amplió la emergencia sanitaria pública establecida por la ley 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), con relación al coronavirus Covid-19, por el plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de ese decreto. En esta norma, se otorgan al Ministerio de Salud una serie de facultades vinculadas a la Pandemia, y en lo que hace a esta opinión se dispone expresamente en el artículo:

“OBLIGACIÓN DE LA POBLACIÓN DE REPORTAR SÍNTOMAS: Las personas que presenten síntomas compatibles con Covid-19 deberán reportar de inmediato dicha situación a los prestadores de salud, con la modalidad establecida en las recomendaciones sanitarias vigentes en cada jurisdicción”.

Posteriormente, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 297/2020 del 19 de marzo de 2020, se dispuso el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, desde el 20 hasta el 31 de marzo del corriente año. La norma establece esa medida, “a fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado Nacional”.

El marco normativo excepcional establecido por estos Decretos de Necesidad y Urgencia, y las normas que se dictaron en su consecuencia, genera efectos en las actividades sociales en nuestro país, y especial-

mente en lo que hace a las instituciones de salud.

Recordemos a esta altura, que el aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto en la norma citada supone la permanencia de las personas en su residencia habitual, sin obligación de concurrir a sus lugares de trabajo, salvo las expresas excepciones que detalla el artículo 6, entre las que se encuentra el personal de salud.

En nuestro país, los datos sobre el estado de salud de las personas han sido calificados como datos sensibles por la ley 25.326, de Protección de Datos Personales. Así lo hace saber, por ejemplo, la Agencia de Acceso a la Información Pública en su página web⁽¹⁾:

La Agencia de Acceso a la Información Pública comunica que el tratamiento de información referida a la salud es una actividad que debe llevarse adelante con especial cuidado, respetando la privacidad de las personas, de acuerdo a la ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

En este sentido, la Agencia remarca algunos de los principios fundamentales de la regulación vigente, en particular referidos a datos personales de salud:

1. “Los datos de salud son una categoría de datos sensibles en consecuencia merecen una protección más rigurosa (arts. 2 y 7 - ley 25.326).”
2. La divulgación del nombre de un paciente que padezca de coronavirus requiere de su consentimiento (art. 5 - ley 25.326).”

3. Los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud pueden procesar y cederse entre sí datos de los pacientes, siempre y cuando cumplan con el secreto profesional (art. 8 - ley 25.326).
4. La obligación de secreto profesional subsistirá aun después de finalizada la relación con el paciente (art. 10 - ley 25.326).
5. Para usar la información del paciente con fines incompatibles con su tratamiento médico, se debe requerir su consentimiento pleno, libre e informado (art. 4, inc. 3 y art. 5 - ley 25.326)”.

En esa misma línea protectora se ha pronunciado el Director Nacional de la Agencia ya citada, en el Diario La Nación⁽²⁾ en el artículo publicado el día 24 de marzo de 2020, en donde expresamente señala que “en definitiva, el tratamiento de datos de salud es una actividad que puede llevarse adelante, valiéndonos o no de herramientas tecnológicas, pero debe hacerse con especial cuidado teniendo en cuenta que la protección de nuestros datos personales es un derecho fundamental incluso ante una pandemia”.

A esta opinión, debemos añadir el contenido de la Decisión Administrativa del Jefe de Gabinete de Ministros n° 431/2020 del 22 de marzo del corriente año, dictada en el marco de la Pandemia y de los decretos de necesidad y urgencia ya detallados, que en su parte pertinente refuerza la idea de la protección de los datos personales al disponer expresamente que:

Especialmente queda claro, en el artículo 3°, la expresa mención a la ley de protección de datos del paciente (ley 25.326). Pero también debemos hacer referencia a los considerandos de la norma, que fundamentan su dictado, en cuanto señala “que el artículo 5°, punto 2, inciso b) de la ley 25.326 establece que los datos personales pueden ser cedidos sin consentimiento del titular, entre otros supuestos, cuando se recaben para el ejercicio de funciones propias de los poderes del Estado, o en virtud de una obliga-

ción legal, mientras que el artículo 11, punto 3, inciso c) habilita a que se realice la cesión entre dependencias de los órganos del Estado en forma directa, en la medida del cumplimiento de sus respectivas competencias”.

Continúa señalando en los considerandos, “que los datos que la DIRECCIÓN NACIONAL DE MIGRACIONES brinde a los organismos competentes podrán ser únicamente utilizados en el marco de la emergencia sanitaria y con el objeto de que se cumplan las medidas instruidas por la autoridad de aplicación sanitaria y por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, útiles para la protección de la salud de la población. Los mismos no podrán ser divulgados, transmitidos, cedidos, ni difundidos por fuera de los órganos referidos, en el marco de la Ley de Protección de Datos Personales y sin merma a los principios, derechos y acciones emanados de la misma”.

A continuación, analizaremos esta cuestión con relación a la pirámide jerárquica normativa, la Constitución Nacional y los Tratados internacionales.

El artículo 19 de la Constitución Nacional dispone expresamente que:

“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

La Carta Magna dispone, también, en el artículo 42 la protección a la salud.

“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección, y a las condiciones de trato equitativo y digno.”

Estos dos artículos están, en nuestra opinión, fundamentalmente referidos a la situación que aquí se trata, tanto desde el lado protector de la salud (art. 42) como de la afectación de derechos de terceros (art. 19).

Aquí cabe recordar que la doctrina

clásica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación sostiene que el ejercicio de los derechos está sujeto a límites, explícitos o no. Es así como el ejercicio de los derechos fundamentales se encuentra restringido por determinadas exigencias propias de la vida en sociedad. Ello no se contrapone a la convicción de entender que el ser humano ha de ser el centro de toda comunidad organizada, sino, muy por el contrario, se vincula con un reforzamiento de las garantías de una existencia plena, pacífica y respetuosa por los derechos, la dignidad humana y el interés general.

En este sentido, la ley 15.465 obliga a los profesionales de la medicina a denunciar enfermedades infecciosas y textualmente dice que “es igualmente obligatoria la notificación de los portadores de gérmenes de las enfermedades transmisibles”⁽³⁾. De este modo, esta ley permite a los médicos develar el secreto profesional que constituye uno de los pilares de su profesión, en aras del bien común. Con respecto a la pandemia que estamos padeciendo, el día 30 de marzo pasado, el Ministerio de Salud de la Nación emitió la resolución 680/2020, que incorporó al régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria, establecido por ley 15.465 a la enfermedad Covid-19 en todas sus etapas, desde la sospecha de caso hasta el seguimiento de su evolución.

Por su parte, existe otra vinculación entre el derecho a la salud y las normas precitadas. En efecto, el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, tratando las atribuciones del Congreso Nacional, le otorga jerarquía constitucional a los Tratados Internacionales.

En el supuesto que aquí se trata, nos encontramos que, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos suscripta por los estados miembros en 1969, más conocida como el Pacto de San José de Costa Rica, instrumento que la Argentina ha ratificado⁽⁴⁾, se reconocen una serie de derechos y garantías explicitados en él, y en el capítulo IV se detallan las situaciones en las que ellos pueden ser suspendidos, por ejemplo, en caso de peligro público

y de interés general.

Es decir, entonces, que los propios tratados internacionales con jerarquía constitucional permiten la suspensión (transitoria) de esos derechos esenciales con fundamento en -entre otros- el “peligro público”.

Ello así, desde que las normas que fundamentan la emergencia sanitaria nacional y amplían las atribuciones del Estado Nacional en materia de protección de la salud de la población en general, se asemejan a las suspensiones previstas en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, no sólo en cuanto a las restricciones allí previstas, sino también en cuanto a las razones que pueden invocarse para su suspensión.

Por lo tanto, consideramos que estamos ante una situación particular que permite considerar la restricción de esos derechos individuales en pos de la protección de la salud pública en general, en la medida que son compatibles y razonables con la causa de la emergencia declarada.

En consecuencia, consideramos que los empleadores tienen la obligación de poner en conocimiento de los restantes trabajadores que uno o algunos de ellos se encuentran cursando un cuadro de salud compatible con Covid-19. Esta información ayudará no sólo a la salud pública en general, sino que permitirá que las personas que están o estuvieron en contacto estrecho con aquél puedan y deban tomar los recaudos del caso.

Por último, formulamos recomendaciones a las empresas en estos momentos excepcionales, que tienen que ver con las medidas a adoptar en los lugares de trabajo:

- a) Niveles de seguridad e higiene adecuados para transitar esta pandemia.
- b) Si existen en la obra social manuales de procedimientos internos en los que se haga mención a protección de datos y la aptitud para los empleadores en su manipulación.
- c) La Obra Social tiene aptitud para interrogar a sus dependientes acerca de su destino próximo anterior, dentro de los 14 días previos a reintegrarse a sus tareas. □

Referencias:

1- <https://www.argentina.gob.ar/noticias/tratamiento-de-datos-personales-ante-el-coronavirus>

2- <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-privacidad-un-derecho-fundamental-incluso-en-una-crisis-nid2346645>

3- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm>. Nótese que en el acápite C se incluye el Dengue.

4- Aprobado por ley 23.054 de fecha 19 de marzo de 1984.

La pandemia y el sistema de salud en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



La pandemia producida por el Covid-19 está estresando de manera aguda y dramática a los sistemas de servicios de salud en todo el mundo. El confinamiento social obligatorio aparece entonces como la única medida efectiva para que los sistemas no colapsen y generen muertes evitables al no poder atender adecuadamente a todos los pacientes por falta de recursos (camas de UCI, recursos humanos, equipos de protección personal, etc.).

Incluso los sistemas considerados como los mejores del mundo en cualquier ranking que leamos, como los de España, Italia y Francia, colapsaron y necesitaron establecer confinamientos sociales para aplanar la curva.

Pasada esta pandemia seguramente estos países, que estaban convencidos de tener los mejores y más fuertes sistemas del mundo, se replantearán muchos de los problemas que tienen y analizarán en qué medida se fueron relajando con el tiempo y se quedaron con una imagen de lo que ya no son.

Se mirarán en el espejo de países como Alemania que en los papeles es inferior a los tres mencionados más arriba, pero ha funcionado mejor. Habrá muchas "lecciones aprendidas" y muy probablemente harán rectificaciones de políticas de salud luego de esta crisis mundial.

La Argentina, por supuesto, no es una excepción. La necesidad de aplanar la curva en nuestro país tiene un sentido aún mayor que en aquellos países ya que tenemos un sistema con menor capacidad de respuesta. Esto también demorará la salida del confinamiento.

Mientras que en los países con mejores servicios de salud el confinamiento gana tiempo para preparar mejor al sistema y pueden plantearse ir saliendo progresivamente del aislamiento en tiempos medianamente razonables, en nuestro país, si bien ganar tiempo para mejorar la capacidad de respuesta es positivo, la verdad es que ni en dos o tres meses de confinamiento podremos poner al sistema a la altura de lo que se requiere para hacer frente a una salida efectiva.

Y esto es producto de décadas de políticas erróneas, de desinversión, de ausencia del tema salud en la agenda política, de que los intereses de las partes se antepusieran a los intereses del conjunto. No se plantea acá que con un sistema mejor no hubiese habido necesidad del aislamiento. Ya vimos que incluso mejores sistemas que el nuestro debieron recurrir al confinamiento social, una de las medidas más antiguas para tratar con epidemias.

Pero seguramente un mejor sistema, mejor preparado, con mayores capacidades, hubiera retrasado la

entrada al confinamiento y ayudaría a una salida más temprana y de mejor manera. La decisión del momento de empezar la cuarentena también estuvo atravesada por el miedo al colapso en etapas muy tempranas de la pandemia en nuestro país.

El confinamiento social obligatorio pasó de ser una medida temporal "hasta que el sistema esté preparado" a ser una medida permanente (al menos se intenta estirla lo más posible) porque el sistema nunca va a estar preparado. Las crisis constituyen oportunidades de cambio. Muchos venimos pensando que pasada esta crisis deberíamos plantearnos una serie de reformas que fortalezcan nuestro sistema de salud.

Pero nuestra historia reciente no demuestra esto. Luego de la crisis de 2001 y durante el gobierno de Kirchner se producen una serie de transformaciones en un sentido totalmente contrario a las reformas producidas durante los 90. Estos cambios tuvieron una direccionalidad "centrista" en contraposición de las características que más adjetivaron las reformas del estado en el gobierno anterior de Menem: descentralización y privatización.

Se estatizaron nuevamente empresas como Aerolíneas Argentinas e YPF, se subsidió la energía, el transporte, la política alimentaria, se nacionalizó nuevamente el sistema previsional e incluso la política educativa se reformó a través de cambios en los planes de estudio, discusión de salarios centralizados en paritarias nacionales y el establecimiento por ley de una meta de financiación para la educación del 6% del PBI.

Estas políticas y el discurso imperante hicieron ver a un Estado retomando el centro de la escena, introduciéndose en casi todos los aspectos cotidianos de los ciudadanos, ampliando su rol y morfología. Ya no solo es un Estado regulador, sino que es prestador y financiador de grandes servicios.

Esta centralidad observada que definiremos aquí como los cambios que se operaron en diferentes planos discursivos, políticos, administrativos e ideológicos entendiendo esto último como la construcción colectiva de ideas que subyace en la sociedad, operó como un diferenciador de la década de los 90 en esos mismos planos y tendió a una nueva forma de gobierno más jerárquica, menos federal, con una redefinición de las fronteras entre Estado y mercado con más presencia del primero y a una diferente manera de relacionarse entre el Estado y la sociedad.

Pero esta centralidad observada en todos los sectores sociales y económicos del país no se verificó en el sector salud. No hubo en esos momentos, ni los hubo

después, (ni los hay a la fecha), proyectos de reforma articulados que vayan en esa dirección.

Existieron sí programas, normativas, iniciativas de mayor o menor importancia que impactaron en el sistema, pero lo que no hubo es un intento de cambio de rumbo o de una reforma profunda que modifique las reglas de juego de la macro, meso o microgestión del sistema.

Podríamos afirmar que el modelo de salud argentino sigue en la actualidad en sus trazos gruesos con la morfología de fragmentación y segmentación que lo caracterizaron desde sus orígenes propios con un marco legal generado en los 80 y con las últimas reformas instaladas en los 90.

El sistema de salud falló no sólo en cuanto a la capacidad y calidad de sus servicios de atención, sino también a su endeblez predictiva, de sus sistemas de información, de la seguridad de sus recursos humanos y del cuidado sanitario de sus fronteras.

Pero no sólo falló en su capacidad de predecir y contener en mejor medida a enfermos por Covid-19 obligando por ende al aislamiento total y prolongándolo por el mayor tiempo posible con las terribles consecuencias económicas y sociales que eso traerá aparejado, sino que falló en predecir y evitar las epidemias de sarampión y dengue, epidemias muy conocidas por nosotros y fácilmente prevenibles.

Tampoco hubo lecciones aprendidas después de tantos brotes epidémicos de sarampión que padecimos en el pasado y de los brotes de dengue del 2009 y 2016. El sistema (o mejor dicho "los sistemas" por la alta fragmentación y segmentación existente) no aprendió y se relajó con el tiempo.

Podemos encontrar miles de excusas respecto al SARS-CoV-2 pero no existe ninguna para las epidemias actuales de sarampión y dengue. Como tampoco existen excusas para la ineficiencia y la inequidad al acceso que presenta nuestro sistema en forma crónica.

Nuestra carga de morbilidad analizada a partir de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD – QALYs) muestra aún hoy una excesiva carga por mortalidad infantil, por mortalidad de cánceres evitables como los de mama o de cuello de útero, o de colon y otras evitables.

Un artículo publicado por la prestigiosa revista The Lancet ("Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015" Lancet 2017;390:231-66 Published online May 18 2017) determinó que en nuestro país entre las principales causas de mortalidad evitable esta la "mortalidad por efectos adversos de tratamientos médicos" lo que nos dice que la calidad del mismo es baja.

Podemos lograr mejoras parciales después de esta pandemia, pero si no encaramos una reforma global del sistema, haciéndolo más equitativo y eficiente, estas mejoras parciales caerán nuevamente en el olvido como pasó muchas veces y habremos desperdiciado una nueva oportunidad. Una más de tantas. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



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

Rol de la telemedicina en la pandemia de coronavirus

Por el Dr. Gabriel Barbagallo (*)



La salud de cualquier país se organiza en base a datos estadísticos y cálculos actuariales. Cantidad de personas, distribución etaria, densidad demográfica, causas de muerte o patologías prevalentes son ejemplos de los tantos números que se necesitan conocer para planificar una estrategia de cobertura de salud, sea ésta nacional, provincial, municipal, pública o privada.

Pero en ninguno de esos cálculos hechos meses atrás aparecía la pandemia por Coronavirus como factor de alteración de un sistema que está en crisis, pero con un llamativo estado de equilibrio metaestable, que le permitió navegar por aguas turbulentas desde hace años. Y la pandemia llegó y el Covid-19 se instaló como una enfermedad tan temida por los sanitarios desconocida por epidemiólogos e infectólogos. Y ocurrió todo de manera brusca.

En ese contexto, la telemedicina se instaló como una solución a distintas situaciones que el estado de confinamiento y aislamiento generó en la población. Como decíamos en nuestras comunicaciones previas a la pandemia, la telemedicina permite a más personas de todos los lugares del país acceder a la atención médica de calidad, como así también es una poderosa fuente de transmisión de avances científicos y conocimientos a los profesionales de cualquier parte del mundo.

Del mismo modo comprendimos que ante la situación general de cuarentena, muchas personas prefirieron diferir su consulta, un tema preocupante que compartimos con las distintas sociedades científicas y muchas otras pudieron poder resolver sus demandas de baja complejidad con la modalidad de video atención.

Y así fue como los sistemas de salud, los grupos de prestadores, las asociaciones de especialistas, los medios de comunicación y los colectivos de usuarios manifestaron la necesidad de habilitar los medios de atención remota en este escenario epidemiológico. En tanto las autoridades del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud generaron resoluciones al respecto.

No obstante, lo que para muchos puede parecer un avance fundamental en los objetivos de ACTRA -en tanto la aceptación por parte de usuarios, prestadores, sistemas y autoridades- me permite hacer algunas aclaraciones y poner ciertos reparos. Así como el estetoscopio no es la cardiología, el bisturí no es la cirugía ni el ecógrafo es el diagnóstico por imágenes, la telemedicina no es una disciplina per se.

En todos los casos se requiere de tres elementos: el primero es **el profesional**, factor irremplazable, que pone arte y ciencia al servicio de los pacientes y en el uso de las distintas herramientas que tiene a disposición. Pero al operador y a **la herramienta** debemos agregar **el proceso**, que es el conjunto de acciones que hace que toda práctica sea utilizada en forma eficiente y de acuerdo con las evidencias.

La telemedicina no es una especialidad médica, ni una nueva forma de hacer medicina, es sólo una herramienta al servicio de los profesionales de la salud y que requiere de ciertos estándares de calidad. Endiosar la telesalud sería tan riesgoso como ignorarla y dependerá de los profesionales, las instituciones y las autoridades sanitarias poner en la justa medida sus alcances y sus limitaciones.

Además, es bueno aclarar que la mayoría de las aplicaciones que contamos hoy en nuestros teléfonos celulares son herramientas muy efectivas de comunicación masiva pero no fueron creadas para el manejo de la salud y la enfermedad, ni cuentan con la posibilidad de resguardar la información de manera segura y confidencial.

Sin perjuicio de lo dicho anteriormente, es interesante comentar todas las acciones que las empresas de salud llevaron a cabo, muchas de ellas contrarreloj, para atender los emergentes de la pandemia. Como hemos dicho desde ACTRA, la actividad de la telemedicina puede dividirse en la **Teleasistencia**, el **Telemonitoreo** de poblaciones vulnerables y la **Teleeducación**.

La teleasistencia incluye todas las actividades de acción remota por medios seguros, donde un profesional se pone en contacto a través de una plataforma de videoconsulta con un paciente o con otro profesional.

En este escenario, contar con una herramienta rápida y segura para clasificar (triage) a los pacientes febriles o de riesgo epidemiológico, permite disparar los distintos protocolos como el de Covid-19 y el de Dengue, que sigue siendo un problema importante en nuestro país, y a partir de allí, hacer la pronta denuncia a las autoridades sanitarias de cada región.

La misma herramienta sirve también para el seguimiento de los contactos y de aquellos casos que por distintos protocolos no ingresan en internaciones institucionales, ya sea por aislamiento domiciliario o en hoteles.

Asimismo, la asistencia remota se constituyó en un canal para la atención de pacientes crónicos y para la continuidad de las psicoterapias individuales. La mayoría de las entidades prestadoras pusieron en marcha o

incrementaron los sistemas de atención on line para sus pacientes.

Toda esta transformación hacia la virtualidad no sólo permite llegar a muchos más pacientes, sino que evita la circulación de gente, en especial del recurso humano de la salud y por ende la circulación del virus. Y como resultado de esto, reduce el uso de los equipos de protección personal, recurso crítico en estas semanas.

Con relación al Telemonitoreo, la crisis sanitaria nos encontró desprevenidos, ya que nuestro país no cuenta aún con sistemas desarrollados y probados de alarma domiciliar que permita monitorear poblaciones de riesgo. Las distintas empresas de salud están llevando a cabo esta tarea con medios analógicos y con importante esfuerzo humano. Llamadas periódicas a grupos vulnerables y seguimiento por canales de comunicación tradicionales a personas preclasificadas reducen algunos de los impactos secundarios del confinamiento.

Por último, respecto de la Teleeducación, desde ACTRA recomendamos siempre obtener la información de fuentes seguras, no sólo a los profesionales que desde ya conocen a la perfección estos riesgos, en particular les pedimos a los pacientes y a los medios de información utilizar bibliografía confiable y oficial para no transformarnos en vehículos de noticias de escasa evidencia o incluso de fake news de dudoso cometido.

Estas son algunas de las actividades de telemedicina que la pandemia puso en marcha. Es posible que muchas de estas nuevas prácticas hayan arribado para quedarse, como muchos otros cambios que la sociedad deberá adoptar a partir del arribo del Coronavirus.

Una vez superada o una vez ingresado a una nueva

normalidad, será el momento de poner en limpio todo aquello que tiene de bueno y eficaz la telemedicina: llegar rápido a la mayor cantidad de lugares sin desmedro de la necesidad de la presencia médica inicial o ulterior cada vez que el caso lo amerite, resolver desde herramientas de telemonitoreo el problema sanitario que representa la ancianidad, la soledad y las distintas vulnerabilidades y favorecer la actualización en tiempo real del conocimiento que las ciencias de la salud imponen.

Insistiremos en la necesidad de contar con una regulación de la actividad que brinde seguridad médica a los pacientes y seguridad jurídica a los profesionales e instituciones que la ejercen y de un organismo que acredite la calidad de las distintas tecnologías. Seguiremos avanzando en los sistemas de historia clínica digital y receta electrónica.

Participaremos en todos los foros y grupos de discusión acerca de la actividad e intentaremos despejar todas las dudas que pudieran seguir apareciendo y que desde ACTRA venimos pregonando: la telemedicina es una herramienta sanitaria eficiente y sustentable que no reemplaza al profesional de la salud, que como toda práctica debe generar una forma de remuneración para el profesional que la realiza y con la definición de sus buenas prácticas, debe estar al servicio de la gente. □

(*) Gerente de Relaciones Institucionales y RSE de OSDE
– Presidente de ACTRA – Asociación Civil de la Telemedicina de la República Argentina.



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



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

www.prosanity.com.ar

Siempre, Reason termina teniendo razón

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



La pandemia de Covid-19 nos va a dejar resultados dolorosos en vidas humanas, pero también la enseñanza que más allá de las mejores intenciones y atenciones, algo siempre falla en los sistemas sanitarios. Quizás la primera y más grave de estas fallas haya sido el ocultamiento transitorio del brote originado en Wuhan por las autoridades sanitarias y políticas chinas. Pero luego que este adquiriera dimensión no sólo en casos sino en mortalidad asociada, y ante las desesperadas medidas de atención de pacientes y control de la población en China, bajo la más estricta cuarentena conocida, la mayoría de los países aun pensaron que estaban lejos geográficamente del foco. Que uno de sus primos hermanos, el SARS, se había agotado en ocho meses y el otro, el MERS, había tenido igual destino en el Oriente medio. Se estaba a muchos kilómetros, y por lo tanto su llegada al resto del mundo era -si bien posible- controlable.

Pero nuevamente, y a pesar de las anteriores enseñanzas, vino la segunda falla. El virus llegó más rápido de lo imaginado. Y en una sociedad global interconectada, lo hizo utilizando su mecanismo preferido: los aviones y sus pasajeros. Otra vez los aviones, como en el 11-S. Pero esta vez no manejados por terroristas, sino por pilotos de línea que aterrizaron y despegaban con la tranquilidad habitual de sólo solicitar ajustarse los cinturones. Vuelos plácidos, con el enemigo escondido en cada sintomático y -después nos enteramos- en los asintomáticos. Así, los principales aeropuertos del mundo: Roma, Milán, Madrid, Barcelona. Londres, Frankfurt, Nueva York, Miami, San Francisco, San Pablo y Ezeiza por mencionar sólo algunos, se convirtieron en verdaderas centrifugas desde donde se dispersaron por vía terrestre los desembarcados, en quienes lo único que se buscaba como dato era la temperatura, muchas veces en forma no totalmente adecuada.

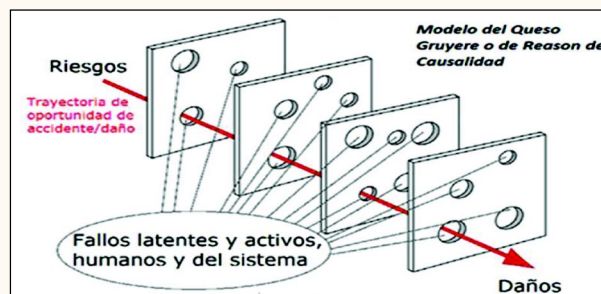
Las autoridades sanitarias dijeron que se cumplieron escrupulosamente las normas del protocolo de la OMS, aunque es evidente que o tal protocolo, su aplicación o ambas cosas no fueron correctamente seguidas. La situación -y las noticias colaterales al respecto que pronto vinieron de Europa- pusieron nuevamente sobre el tapete la capacidad real de las autoridades sanitarias para evitar el contagio. Se fue configurando así, en forma solapada, un factor complejo de resolver y que ocurre en cada posible pandemia. El agente puede propagarse en forma escurridiza y altamente compleja para la capacidad de respuesta del sistema de salud. A lo que se suma el pánico.

Frente a un cataclismo sanitario como el que hoy estamos viviendo, de alto riesgo epidemiológico, la sociedad requiere que se le informe con calma, de manera adecuada y transparente. Saber la verdad, aunque ésta desnude falencias, garantiza que además de haberlo advertido correctamente, la autoridad sanitaria dispone del tiempo suficiente para aplicar correcciones a los procedimientos desviados. A veces hay que vencer la hipocresía natural del propio sistema sanitario o del

contexto político que trata de ocultar para no alarmar, como si eso fuera algo prudente. Lo cierto es que en la cadena de prevención siempre algo puede fallar. Y cuando se produce el error, la crisis que trae aparejada esta situación en el sistema siempre lleva a tomar medidas más efectivas. Aunque algunas resulten tardías.

Todo sistema sanitario posee cuatro barreras para minimizar el riesgo de daño, es decir evitar el contagio o propagación de la enfermedad. La primera es la organizativa. La segunda se basa en una estricta supervisión de procedimientos. La tercera corresponde a controlar los factores que permiten minimizar las condiciones inseguras y la cuarta - quizás la más crítica - pasa por evitar los actos inseguros. Si el sistema en su cadena de acciones es seguro, entonces el riesgo se minimiza. Aun si hay fallas en alguna de las defensas, ya que la presencia de las otras lo impide. Un simple acto no da lugar a un accidente. Siempre hay una cadena de fallos. Y ese es el principal problema.

Para un mejor análisis de los mecanismos de prevención en caso de epidemias por enfermedades emergentes, para las cuales no hay medicación específica ni vacunas, corresponde establecer una aproximación metodológica a su análisis. Para ello es posible aplicar el esquema del "queso suizo Gruyere" o modelo de Reason que se aplica en atención sanitaria a semejanza de la aviación. Este modelo parte de la base de que hay muchos elementos en un sistema que pueden evitar o favorecer que se produzca el daño o evento adverso. Y permite analizar donde están los fallos en las defensas que establecen las organizaciones para evitar daños.



¿Por qué se dice que el esquema es el del queso suizo o gruyere? La característica natural de este tipo de queso es tener agujeros a diferentes niveles. Un agente causal sólo puede atravesar las defensas del sistema cuando en cada barrera encuentra fallos que se alinean para permitir su paso y producir el efecto indeseado. Es decir, cuando la causa (agente) encuentra agujeros del queso momentáneamente alineados en todas sus lonjas, se genera una trayectoria de oportunidad del suceso indeseado asimilable a una flecha.

¿El agujero en el sistema de defensa para la seguridad del sistema se produce antes de estar en contacto con el caso (momento cero) o durante la atención del mismo? Si

bien es cierto que la situación de contagio aumenta la vulnerabilidad del sistema sanitario ante una epidemia, hay varios agujeros que sortear. Pero un simple acto no produce un accidente, sino que tiene que ocurrir una cadena de fallos. Por ejemplo ¿Por qué se infectan los profesionales y enfermeras/os después de agotadores turnos en las Unidades de Cuidados Intensivos? En la mayoría de los casos por el cansancio que genera negligencias en el seguimiento de protocolos y/o por propias fallas en los equipos destinados a atender a los pacientes, denominados EPP (Equipos de protección Personal). Puede ser por el simple hecho de quedar "corto en las mangas" o bien retirarlos en forma no adecuada. Precisamente, el uso seguro de un equipo de protección requiere -además de que los haya y de calidad- de un entrenamiento riguroso en la colocación que garantice el dominio sobre cómo ponérselos, trabajar con ellos, quitarlos y desecharlos, más allá de estar diseñados de manera que faciliten su funcionalidad y seguridad.

Cualquier equipo de protección, según su característica y uso por parte del personal sanitario, puede tanto minimizar como incrementar los riesgos de transmisión. Si las gafas, antiparras o escafandra son correctamente retiradas, se minimiza el riesgo de tocarse accidentalmente la cara al retirarlas. Lo mismo ocurre con la contaminación durante la asistencia del paciente, por quedar una zona de piel al descubierto y sin protección. Cada equipo de trabajo debe tener un *Team leader* que enseñe, asista y supervise al resto mientras se ponen y quitan el traje.

¿Cómo sigue la cadena de fallos? Fuera del lugar de trabajo. Una enfermera contagiada se pone en contacto con el servicio de prevención de riesgos laborales admitiendo leve febrícula y astenia, y pese a saberla integrante del equipo que atendía al paciente no se la clasifica como caso sospechoso de ser investigado. Y no lo hace porque el protocolo exige que la persona tenga fiebre mayor de 38°5°. Si bien ningún protocolo es infalible, el fallo se dio en la no detección precoz del caso. Con estos antecedentes, es necesario considerar que si bien para poder atender a posibles afectados por Covid-19 de una manera segura para

el personal sanitario y para los demás pacientes se requiere disponer de protocolos, instrucciones de aplicación, medios de protección y formación adecuada, siempre está de por medio el error humano. Sobre el cual actúan múltiples causas. Y también reconocer que sobre el personal asistencial la fatiga, la presión de atender casos de altísima posibilidad de contagio y el estrés derivado afecta negativamente la bioseguridad.

El Covid-19 no será el único problema que tendremos a futuro. Las enfermedades emergentes son así. Surgen de una mutación, comienzan con el caso cero y luego según su virulencia y agresividad se diseminan rápidamente en un mundo globalizado. Va a ser necesaria una fuerte inversión en algunas cuestiones centrales de bioseguridad, que siempre se aflojan y determinan posteriormente un sálvese quien pueda. Inversión que, a fin de no comprometer la sustentabilidad financiera del sistema, quizás deba acompañarse de la necesaria desinversión en ciertas prestaciones y medicamentos de dudosa costo/efectividad.

En conclusión, ante una pandemia siempre es necesario contemplar no sólo los fallos del sistema de salud, sino también aquellos latentes en los humanos que forman parte del mismo. Y buscar las causas que están en la raíz de los efectos para prevenirlas. En salud se aprende del error para mejorar la gestión del riesgo. Desde una falla en el control en los aeropuertos, o medidas de aislamiento social masivas tardías, protocolos demasiado rígidos o mal aplicados y EPP defectuosos a errores propios de integrantes de los equipos de salud. Cualquier nivel del sistema puede ser responsable de un acto o víctima de una cadena de fallos que es necesario advertir, detectar y corregir tempranamente para no poner en riesgo la vida de otras personas. El problema es que siempre, Reason termina teniendo razón. □

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



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

Los médicos extranjeros y el Covid-19



Por Fernando G. Mariona (**)

En el marco de la pandemia del Covid-19, los que no somos médicos como yo, nos hemos venido a enterar que los médicos más capacitados para asistir a los pacientes contagiados son los neumólogos, los infectólogos y los médicos intensivistas.

También que la capacitación de un buen intensivista lleva diez años. Obviamente que el resto de los miembros del equipo de salud, cuanto más cerca hayan estado de estas especialidades, mejor será para nosotros.

De repente nos enteramos por los medios que habían sido o estaban por ser, contratados médicos extranjeros. Fundamentalmente cubanos y venezolanos.

Algunas "solicitadas" emitidas y publicadas en los medios, nos advirtieron del enojo de la comunidad médica con estas contrataciones. Una parte del enojo estaba originado en que habiendo en nuestro país tantos y tan buenos médicos, qué necesidad había de contratarlos.

Y la otra cara de esta moneda, por el costo con los que serían contratados, aparentemente muy alto. Un importante número de profesionales y organizaciones, preguntándose cómo podrían ejercer sin el título revalidado.

Interín los médicos bolivianos nucleados a través del Colegio de Médicos de Bolivia, tanto de Santa Cruz de la Sierra, Chuquisaca y La Paz protestaron de tal manera que lograron que la misma idea fuera desechada, y que incluso quienes ya habían llegado, tuvieran que regresar a sus respectivos países.

Existen en la actualidad varias maneras de homologar un título de médico extranjero en la Argentina y poder ejercer la profesión:

1.- La primera de ellas es a través de la Resolución Ministerial N° 3720/17 del Ministerio de Educación que permite que a través del ministerio mencionado se convaliden los títulos otorgados por instituciones universitarias extranjeras de países que hayan firmado convenios específicos con la Argentina y para los casos que en ellos se estipulan, a los efectos que los profesio-

nales puedan **ejercer su actividad o continúen sus estudios de posgrado en nuestro país.**

Los países que mantienen un convenio firmado con la Argentina son: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Reino de España, Perú y Estados Unidos Mexicanos. A los efectos de este Convenio se entenderá por "reconocimiento", la validez oficial otorgada a los títulos o grados académicos expedidos por instituciones de educación superior del sistema educativo del otro Estado signatario.

En el Artículo IV de la mencionada resolución se establece que las partes reconocerán en forma directa, con habilitación para el ejercicio profesional, los títulos de carreras universitarias equivalentes con acreditación vigente, en la República Argentina por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

2.- Otra de ellas es la más conocida y antigua, prescripta ley 17.132/1967 de Regulación y Control de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares en cuyo artículo 5° establece que los médicos deberán obtener su matrícula.

"Para ejercer las profesiones o actividades que se reglamentan en la presente ley las personas

comprendidas en la misma deberán inscribir previamente sus títulos o certificados habilitantes en la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que autorizará el ejercicio profesional, **otorgando la matrícula** y extendiendo la correspondiente credencial. Los interesados en su primera presentación deberán constituir un domicilio legal y declarar sus domicilios real y profesional".

2.1- Respecto de los médicos extranjeros, dice el art. 13 de la mencionada ley...

c) Los que tengan título otorgado por una Universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por Universidades Nacionales;

d) Los profesionales de prestigio internacional reconocido, que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consulta sobre

Algunas "solicitadas" emitidas y publicadas en los medios, nos advirtieron del enojo de la comunidad médica con éstas contrataciones. Una parte del enojo estaba originado en que habiendo en nuestro país tantos y tan buenos médicos, qué necesidad había de contratarlos.

asuntos de su exclusiva especialidad. Esta autorización será concedida a solicitud de los interesados por un plazo de **seis meses**, que podrá ser prorrogado a un año como máximo, por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Esta autorización sólo podrá ser nuevamente concedida a una misma persona cuando haya transcurrido un plazo no menor de cinco años desde su anterior habilitación. Esta autorización precaria en ningún caso podrá significar una actividad profesional privada y deberá limitarse a la consulta requerida por instituciones sanitarias, científicas o profesionales reconocidas;

e) Los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente;

f) Los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado y limitarán su actividad al caso para el cual ha sido especialmente requerido, en las condiciones que se reglamenten;

g) Los profesionales extranjeros **refugiados** en el país que fueron habilitados en virtud de artículo 4º, inciso f) del decreto N° 6.216/44 (ley 12.912) siempre que acrediten a juicio de la Secretaría de Estado de Salud Pública ejercicio profesional y se encuentren domiciliados en el país desde su ingreso.

3.- Específicamente respecto de los **médicos bolivianos**, fue sancionado con fuerza de ley (26.869) el 3 de julio de 2013, el Convenio de reconocimiento mutuo de títulos y grados académicos de educación superior entre la República Argentina y el Estado Plurinacional de Bolivia, por el cual las partes signatarias, reconocerán en forma directa, con habilitación para el ejercicio profesional, los títulos de carreras universitarias equivalentes con acreditación vigente, en la República Argentina por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y en el Estado Plurinacional de Bolivia por el sistema ARCU-SUR o su entidad nacional acreditadora, sin perjuicio de la aplicación de las reglamentaciones que cada país impone a sus nacionales, de acuerdo con las normas legales vigentes para cada profesión. Tener Matrícula Nacional, por ejemplo.

4.- Recientemente mediante el DNU 260/2020. (De Emergencia Sanitaria) por el art. 2, inc. 8, ... facúltase al MINISTERIO DE SALUD, como autoridad de aplicación, **y en el marco de la emergencia declarada, a:** **“Autorizar, en forma excepcional y temporaria, la contratación y el ejercicio de profesionales y técnicos de salud titulados en el extranjero, cuyo título no esté revalidado o habilitado en la República Argentina”.**

“Nemo auditur propriam turpitudinem allegans”. □

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

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



El valor de la auditoría médica



Por Antonio Ángel Camerano (*)

En los tiempos en que la sustentabilidad de las Obras Sociales y otros entes que interactúan en la Salud Pública (Carlos Vasallo 2020 – SIC) se encuentran complicados, se pone el acento en la importancia a la auditoría médica, (conocida más académicamente como auditoría de los servicios de salud) hecho que toma un valor que reflota su compromiso de antaño. Ese compromiso entre otros, como la Equidad (como la igualdad de los iguales) que creó en muchos se había perdido. Y más aún en estos momentos de pandemia.

El razonamiento del médico derivador/auditor es adecuar los recursos instalados en el Efecto (Categoría) a las necesidades de la patología, y otros elementos que configuran el cuadro del paciente a derivar. Es en sí un acto médico (arte y ciencia). Y esto muchas veces lo realiza la auditoría médica que es un proceso interdisciplinario, que permite al cuerpo médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de: mejorar la práctica médica, ser un medio de educación continua, y mejorar la calidad de la atención médica.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado. Lograr eficiencia en salud significa, también, 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 Efecto, 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 fueron excesivas, el monto erogable se encontraría excedido de la previsión presupuestaria.

Además, queda establecida su responsabilidad de emanar medidas correctivas o mejoras continuas dirigidas a la calidad de atención.

La justicia defiende el derecho individual, pero cuando éste atenta contra el derecho colectivo hay que

trabajar con otros parámetros técnicos de justificación de la equidad. Recordemos que la Obras Sociales fueron nacidas de los trabajadores y como ello prima la solidaridad y la Salud Pública sobre la Salud Individual. Esto no justifica que el fin justifica los medios.

La función principal de una Obra Social es resguardar la salud de sus beneficiarios y como garante de esa salud la auditoría médica cumple un papel prioritario. Está orientada a diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar la calidad de la atención médica (tanto la aparente como la no aparente) y sus impactos. En ese sentido, esta auditoría debe ser abordada por un equipo de auditores que incluya: equipos multidisciplinarios con un médico capacitado y formado en auditoría de los servicios y sistemas de salud (Rosero – Salazar 2017).

En estos tiempos de pandemia debemos destacar a criterio de este autor las resoluciones 696 del Ministerio de Salud y la 282 de la SSSalud. Nótese que pone en los considerandos "... surge la necesidad de brindar alternativas para garantizar el acceso a las prestaciones que demanden absoluta necesidad, cuya evaluación quedará a cargo de la auditoría médica de los Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga ...".

Como corolario la resolución 282 de la SSSalud "...Los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga deberán garantizar que los datos que se recopilen por vía de las plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta y el tratamiento que se les dé, con mayor énfasis en el caso de datos sensibles, respete en todo momento lo previsto en la ley N.º 25.326, de Protección de los Datos Personales, y su normativa reglamentaria..."; y al final la propia auditoría sobre el financiador de los organismos referentes de la norma. □

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

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.





TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020



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

La especialización de los médicos y las residencias

¿Un camino mandatorio?

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



En la Argentina en el 2015 aproximadamente la mitad de los médicos tenía declarada una especialidad, variando esta proporción según el rango etario⁽¹⁾. De ellos menos del 10% declaraba como especialidad medicina general o familiar.

Nuestro país cuenta con una tradición en residencias, lo que forjó un sistema sólido, y mayoritariamente de calidad documentada. Prueba de ello es haberse convertido en un polo de atracción para la migración educacional de profesionales de otros países de la región.

En el año 2019 se pusieron en juego 4.291 plazas de residencias⁽²⁾ médicas a través del examen único nacional, a lo que hay que sumarle las de la provincia de Córdoba, el concurso de la UBA y alguna oferta privada que tiene su propio sistema de ingreso. Este número supera el número de graduados de las universidades públicas y privadas para el mismo año. El 30% aproximadamente de la oferta de vacantes de residencia no se cubre.

En 2019 el Ministerio de Educación aprobó la resolución 2.643, por la que se incrementa la carga horaria para posgrados en medicina (y otras ramas de las ciencias de la salud), y hace explícita mención a la necesidad de una alta carga práctica. Esto acerca estas modalidades de posgrado a lo que conocemos del sistema de residencias.

Hasta acá hechos y datos.

La primera pregunta que surge es por qué no se cubre la oferta. Sin dudas es un fenómeno multicausal, pero algunos aspectos merecen nuestra mirada con más detalle. Por un lado, la oferta de otras modalidades de formación alternativa permite compartir el tiempo con menor carga de estudio y así acceder a otras formas laborales mejor remuneradas. Por otro lado, la residencia sigue siendo un camino con alta carga de trabajo, ingresos magros y de dedicación exclusiva.

Asimismo, la alta demanda de profesionales para cubrir cargos en guardias, o puestos laborales en ciudades pequeñas sin oferta formativa, lleva a incrementar los salarios ofrecidos, convirtiéndose en una tentación para graduados recientes.

De ahí derivamos a otra pregunta: ¿es necesario que los médicos continúen una formación intensiva de posgrado al terminar su carrera de grado previo a insertarse en forma definitiva en el mercado laboral?

El médico en general desarrolla una actividad, que si bien, en la gran mayoría de los casos, se realiza en equipo, carece de una supervisión asegurada. En la práctica médica independiente el profesional no puede predecir la complejidad de las situaciones a las que se enfrentará, no hay forma de garantizar una progresión desde su competencia inicial a una maestría profesional en forma gradual, en la medida que acumule experiencia.

Por eso la residencia, siempre que se asegure su

calidad, ofrece un sistema de autonomía progresiva, con supervisión decreciente, que permita el desarrollo profesional en un ámbito controlado. Esto no sólo debe analizarse desde el concepto educacional y de la carrera profesional, sino que constituye primordialmente un reaseguro de la seguridad del paciente.

Queda para otros debates qué rol ocupa cada uno de los actores claves en un posible nuevo escenario en el que las residencias sean un camino mandatorio para el ejercicio de la práctica autónoma, y esto incluye tanto a las Universidades con su rol formador, hoy marginal en el sistema de residencias, y a los financiadores del sistema, hoy mayoritariamente en manos del estado a través de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales.

También cuánto tenemos que revisar las condiciones de formación, las estrategias educacionales y de evaluación que se utilizan, y fundamentalmente las condiciones de prácticas y formación en las que insertamos a nuestros residentes.

Amplíemos el análisis incorporando la mirada de la planificación del capital humano para atender las demandas de la población. En este sentido, si además de asegurar profesionales competentes para la atención de la población pretendemos aumentar la accesibilidad, debemos analizar cómo incrementar la disponibilidad de médicos en el primer nivel de atención.

La proporción de formación actual es baja y por ende la distribución del total de la oferta de vacantes no puede quedar afuera del análisis. Países que han logrado que todos sus graduados pasen por un sistema de residencia, como Canadá o España superan el 30% de su oferta en puestos de medicina familiar.

Lo que no podemos dejar de analizar es sin dudas que hoy están dadas las condiciones para avanzar racionalmente a promover la formación de posgrado mandatorio para los graduados en medicina, como han progresado todos aquellos países que lograron una oferta que equipare el número de graduados. □

Referencias:

1- Navarro Pérez P, Contreras Sánchez AJ, Junco Gómez MC, Sánchez Villegas P, Sánchez-Catalejo Garrido C, Luque Martín N. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2015 disponible en: http://docs.bvsa-lud.org/biblio-ref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf

2- Dirección Nacional de Capital Humano. García Dieguez M (Ed) La Formación de los recursos humanos en salud 2016-2019 Buenos Aires. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación: 2019 disponible en: <https://sites.bvsa-lud.org/bvsa-lud/biblio?filter=database:%20Capital%20Humano%22>.

(*) Médico, Máster of Health Professions Education, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, Ex - Director de Capital Humano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

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





**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.acudireemergencias.com.ar