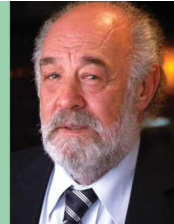




Columna
¿Quién conduce la atención de la salud en la pandemia?
 Por el Dr. Hugo E. Arce



Debate
La pandemia, George Orwell y el multilateralismo
 Por el Dr. Rubén Torres



Columna
Covid-19 Impulso a las reformas necesarias
 Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^odicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 117. Julio - 2020

AMBA CUARENTENA ¿Y DESPUÉS...?

#QuedateEnCasa #SeguimosConectados

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,

ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

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

DEBATE

La pandemia, George Orwell y el multilateralismo
Por el Dr. Rubén Torres - Rector - Universidad ISALUD

6

OPINIÓN

El temor a los espejos

Por el Dr. Javier Vilosio - Médico - Master en Economía y Cs. Políticas

8

OPINIÓN

¿Cómo impacta el Covid-19 en la economía?

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud

10

COLUMNNA

¿Quién conduce la atención de la salud en la pandemia?

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

12

VOCES

La exclusión del Nusinersen del PMO y su inclusión dentro del régimen de reintegros

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

14

CADEID

Resultados preliminares de la encuesta 2019/2020

Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID

16

GRUPO PROYECTAR

"La gestión de casos como modelo de seguimiento es parte de la esencia de la empresa"

Por la Dra. Sandra M. Trujillo Ausina - Directora Médica de Grupo Proyectar

18

COLUMNNA

El nuevo contrato social

Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión

20

COLUMNNA

Covid-19 - Impulso a las reformas necesarias

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

22

OPINIÓN

RR.HH. Nada nuevo: la pandemia nos abrió los ojos

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Máster of Health Professions Education

24

PRIMERA PLANA

Reformas necesarias en el "Sistema de Salud"

Por los Dres. Ernesto van der Kooy, Adolfo Carril y Héctor Pezzella - Prosanity Consulting

26

COLUMNNA

Propuesta desde la demanda - Plan Nacional de Medicamentos

Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA

30

COLUMNNA

La salud mental en el contexto de la pandemia

Por el Dr. Néstor Vázquez - Profesor Titular - Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina - UBA

32

COLUMNNA

"No siempre puedes obtener lo que quieres"

Por el Lic. Patricio Pasman - Consultor de Entidades de Medicina Prepaga

34

OPINIÓN

Los interrogantes al sistema sanitario que planteó la pandemia en la Argentina

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

38

DEBATE

La Argentina: jugando al borde del abismo

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL

40

DEBATE

El espejo contrafáctico y la realidad

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud - Universidad ISALUD

42

VOCES

Reflexiones y aportes desde la arquitectura hospitalaria - La post pandemia

Por Gustavo Marcelo Di Salvo y Roberto Anibal Navazo - Arquitectos

44

COLUMNNA

¿Cómo empezar a gestionar los riesgos?

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

46

OPINIÓN

Un producto sanitario adecuado en la pandemia

Por Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud - UBA - FSG

48

COLUMNNA

Desde adentro: la batalla contra el Coronavirus

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

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.

E X C L U S I V E



Línea EXCLUSIVE

Lo mejor que el mundo de la salud
tiene para ofrecer.

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

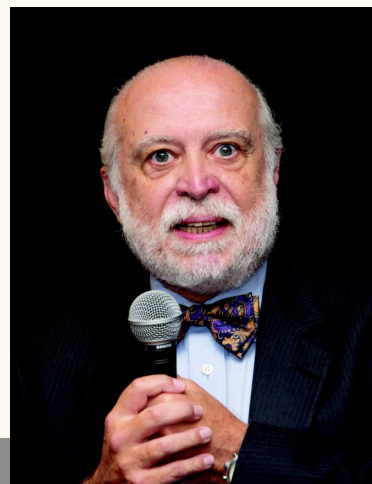
0810-555-SALUD(72583)



Grupo de Medicina Privada

La pandemia, George Orwell y el multilateralismo

Por el Dr. Rubén Torres (*)



Más allá del desafío epidemiológico, estamos frente a cuestiones particularmente novedosas, como la vigilancia ciudadana, y la solidaridad global. La pérdida transitoria, por fuerza mayor de la libre circulación y otros derechos, coexiste con actuaciones invasivas de la intimidad: geolocalización telefónica, regulación de movimientos, etc.

La tecnología de vigilancia se ha desarrollado a una velocidad vertiginosa, lo que parecía ciencia ficción hace diez años son hoy viejas noticias y la pandemia podría marcar un hito importante en esa historia. No solo porque podría normalizar el despliegue de herramientas de vigilancia masiva, sino porque aparece una novedosa transición de esa vigilancia.

Hasta ahora, cuando tocábamos la pantalla del teléfono inteligente y hacíamos clic en un enlace, se quería saber exactamente en cual, para en base a esa información ofrecernos nuevas posibilidades de consumo. Ahora, el foco de interés cambia: se quiere saber nuestra temperatura y presión arterial; ya no se requiere información "sobre la piel", sino debajo de ella.

Los datos son analizados por algoritmos que saben si estamos enfermos incluso antes que nosotros, y la cadena de infección se podría acortar drásticamente e incluso cortarse por completo, pudiendo detener la epidemia en cuestión de días. También se sabrá dónde hemos estado, a quién conocimos, y si hacemos clic en C5N en lugar de TN, eso puede enseñar algo sobre los puntos de vista políticos y tal vez incluso la personalidad.

Si se controla la temperatura del cuerpo, presión arterial y frecuencia cardíaca mientras vemos televisión, se podría saber qué nos hace reír, llorar o nos enoja mucho. Si corporaciones y gobiernos comienzan a recolectar nuestros datos biométricos en masa, pueden llegar a conocernos mucho mejor que nosotros mismos, y no solo predecir nuestros sentimientos sino también vendernos lo que quieran (desde un producto a un político).

El monitoreo biométrico haría que las tácticas de control que George Orwell imaginó en 1984 parecieran tonterías. Y aunque es una elección falsa, cuando las personas deben elegir entre privacidad y salud, generalmente eligen salud.

Podemos y debemos disfrutar privacidad y salud empoderando a los ciudadanos.

Corea del Sur, Taiwán y Singapur organizaron esfuerzos exitosos para contener la pandemia utilizando aplicaciones de seguimiento, basadas en pruebas exhaustivas, y la cooperación voluntaria de un público bien informado.

Cuando las personas confían en las autoridades, pueden hacer lo correcto sin un Ministerio del Amor que vigile sobre sus hombros. Una población motivada y bien informada suele ser mucho más poderosa y efectiva que una ignorante y vigilada. Para lograrlo, se necesita confianza en la ciencia, la autoridad y los medios de comunicación, confianza que fue socavada en los últimos años, por políticos irresponsables.

En un momento de crisis podríamos hacer uso de esas tecnologías para empoderar a los ciudadanos, permitiéndoles tomar decisiones personales más informadas. Chequeando su condición médica las 24 horas, sabría no solo si

se ha convertido en un peligro para la salud de otros, sino también qué hábitos contribuyen a mejorar su propia salud.

La segunda cuestión importante es la solidaridad global. Pandemia y crisis económica son problemas mundiales, y solo se podrán resolver de manera efectiva mediante cooperación global. Vencer al virus, requiere compartir información a nivel mundial. China puede enseñar lecciones valiosas sobre el coronavirus y lo que un médico en el Reino Unido descubre en Londres a primera hora de la mañana podría salvar vidas en Nueva Delhi al anochecer.

Si un gobierno duda entre varias políticas, puede recibir consejos de otros que ya han enfrentado un dilema similar antes. Para que esto suceda, necesitamos espíritu de cooperación y confianza global. Los países deberían estar dispuestos a compartir información abiertamente y buscar consejo con humildad, y poder confiar en los datos y percepciones que reciben.

También se necesita un esfuerzo global para producir y distribuir equipos médicos, como kits y respiradores, y en lugar de que cada país intente hacerlo localmente y atesore lo que pueda obtener, un esfuerzo coordinado podría acelerar la producción y garantizar que un equipo que salva vidas se distribuya de manera más justa.

Un país rico con pocos casos debería estar dispuesto a enviar equipos a otro más pobre con muchos, confiando en que, si posteriormente necesita ayuda, otros acudirán en su ayuda. Podría considerarse un esfuerzo similar para el personal de salud. Los países menos afectados podrían enviar personal a regiones más afectadas, tanto para ayudarlos en su momento de necesidad como para adquirir una valiosa experiencia. Si luego hay cambios, la ayuda podría fluir en dirección opuesta.

La cooperación global también es vital en lo económico, dada su naturaleza global y el de las cadenas de suministro, si cada gobierno hace lo suyo sin tener en cuenta a los demás, el resultado será un caos y una crisis más profunda.

Desafortunadamente, los países apenas hacen estas cosas, y una parálisis se ha apoderado de la comunidad internacional. En crisis anteriores, EE. UU. asumió el papel de líder mundial, pero actualmente desechó ese trabajo, y le importa mucho más su grandeza que el futuro de la humanidad. Prohibió los viajes desde la UE, sin dar siquiera un aviso previo, y dejó de financiar a la OMS, fundado en sospechas individuales de un líder que nunca se responsabiliza, admite errores y deja toda la culpa a los demás.

La pandemia debiera ayudar a darse cuenta del grave peligro que representa la desunión global, y tomar decisiones, más allá de la eficiencia actual de los organismos multilaterales. Estos no son tiempos normales, y en crisis, las mentes deben cambiar rápidamente. Si elegimos la desunión, esto prolongará la crisis, y dará lugar a catástrofes aún peores en el futuro. Si elegimos la solidaridad global, será una victoria no solo contra el coronavirus, sino contra todas las futuras crisis que acechan a la humanidad en el siglo XXI. □

(*) Rector - Universidad ISALUD.

GALENO

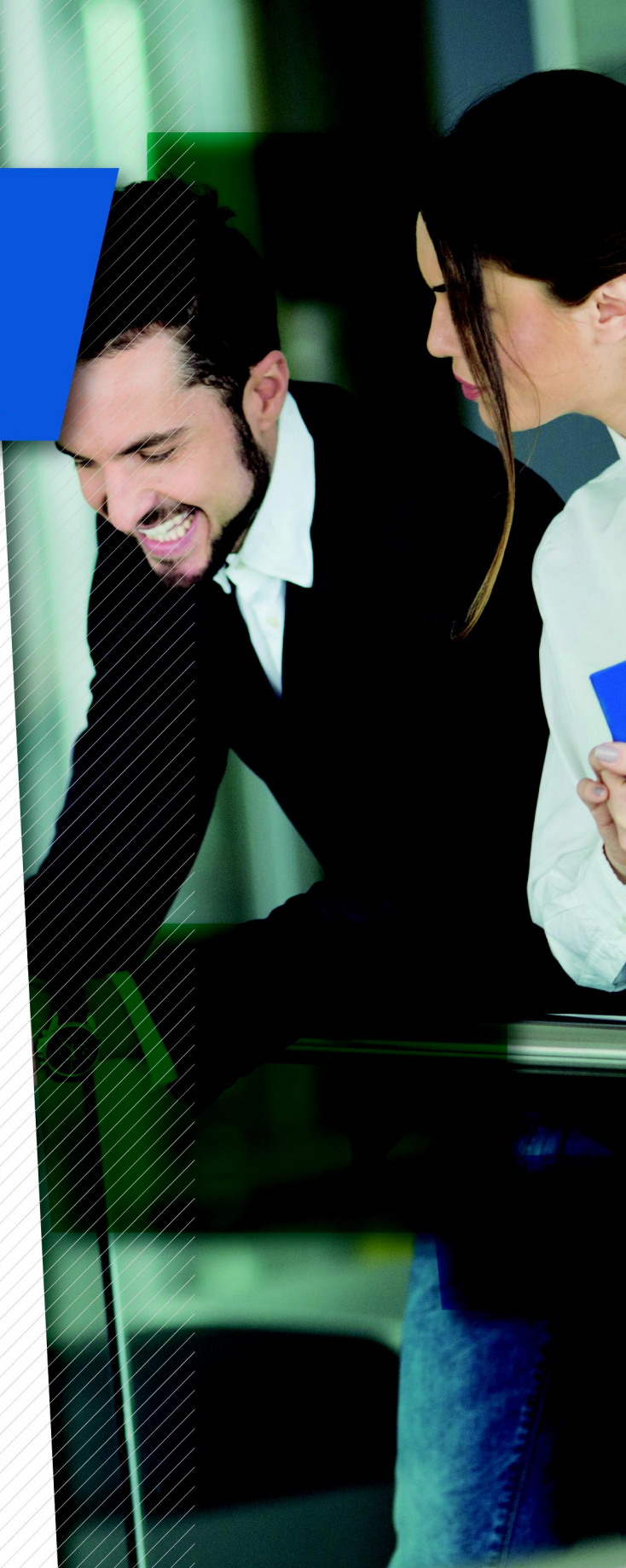
TODAS LAS COBERTURAS EN PLANES MÉDICOS Y EN SEGUROS QUE TU EMPRESA NECESITA

Los mejores planes de cobertura médica y una completa gama de seguros que te permiten cuidar todo lo que es importante para vos.

Servicios Corporativos diferenciales y productos flexibles a la medida de tu organización.

Todo con el respaldo de **GALENO SOLUTIONS**, un programa de soluciones tecnológicas de vanguardia que permiten una gestión ágil y eficaz.

- Planes Médicos
- Seguros de ART
- Seguros de Vida (obligatorios y optativos)
- Accidentes Personales
- Seguros de Autos y Flotas
- Seguros Integrales
- Seguros de Todo Riesgo Operativo
- Seguros de Caución



Más info en www.e-galeno.com.ar / www.galenoseguros.com.ar

El temor a los espejos

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



La pandemia es una crisis social y política desencadenada, claro, a partir de un fenómeno biológico. Una crisis que, como otras, pero con una escala fenomenal, nos obliga a atender unos problemas enormemente complejos, que, en general, preferíamos ignorar.

Así como un virus no tienen intenciones, ni maldad; la pandemia no tiene virtudes, ni voluntad. (Ni el cuidado de la salud es una *guerra*). Pero esta crisis nos enfrenta en forma acuciante, y desde varios puntos de vista, con al menos tres tipos de problemas esperables, y una condición verdaderamente novedosa.

Los problemas son: la certeza de la incertidumbre (un temor que habitualmente preferimos no enfrentar), las condiciones que ya conocíamos y nunca resolvimos (lo que guardamos debajo de la alfombra), y las promesas hechas que no se podían cumplir (¿un costo de la política?).

¿Y qué hay de nuevo?: lo que no estuvo presente en anteriores pandemias que atravesó la humanidad es la existencia de las redes sociales y el impacto fenomenal que tienen en la población, catalizando y amplificando en magnitudes extraordinarias y con gran velocidad las tribulaciones de una sociedad "líquida" ⁽¹⁾, enfrentada a un escenario en el que se juegan variables muy complejas que, además, la política necesita simplificar.

No conocíamos, claro, las peculiaridades del SARS-CoV-2 ni la epidemiología y la clínica de la Covid-19.

Pero frente a tal desconocimiento sí sabíamos que en la ciencia no hay certeza, y que toda verdad científica es refutable. Sin embargo, abundan los discursos de expertos que afirman sus verdades con vocación profética o militante. Incluyendo a profesionales de la salud que vaticinan la muerte para los *infiel*es a su credo. Algo que hasta ahora sólo considerábamos propio de la política.

También sabíamos que, al decir de George Box ⁽²⁾ "*En esencia, todos los modelos están equivocados, pero algunos son útiles*", pero muchos expertos y opinadores se han aferrado a sus cuentas y proyecciones, transmitiendo la impresión de que los números son lo central, cuando lo que sucede más allá de las hojas de cálculo y las presentaciones es una crisis económica y social de magnitudes enormes, en un país donde estas dos variables ya venían muy afectadas. Pero tenemos más expertos en infectología dispuestos a opinar en los medios, que instituciones en condiciones de dar una respuesta social efectiva. El reduccionismo puede ser un pecado de ignorancia, pero también de soberbia.

Desde hace décadas venimos hablando de los determinantes sociales de la salud, pero el hecho de que *para quedarse en casa hay que tener casa* estalla entre nosotros, disruptivo, cuando se hace evidente que la infección se replica más y probablemente el pronóstico es peor, entre quienes peor viven. Pero no podemos sorprendernos por eso.

(De paso, si hubiéramos tenido verdaderamente presente la cuestión de los *determinantes*, que hace

años venimos repitiendo en las clases, quizá se hubiera podido evitar a la sociedad la disyuntiva falaz y amenazante entre *salud o economía*).

Sabíamos, también, que el sistema desalienta o ignora la formación de capital humano en determinadas áreas. No hicimos nada útil, ¡durante décadas!, para tener enfermeras y enfermeros en cantidad y calidad adecuada, no para la pandemia, sino para obtener niveles mínimos de calidad en nuestros servicios sanitarios. Así que ahora es más fácil hacer prestidigitación con los números de camas y respiradores que enfrentar la simple realidad de que los objetos inanimados no funcionan sin personal capacitado y motivado: enfermeros, médicos, terapeutas respiratorios; mayormente desalentados durante años a elegir especialidades con altos niveles de riesgo profesional y *burn out*, por las condiciones laborales habituales (remuneraciones y condiciones laborales, fundamentalmente). Pero también médicos de familia y especialistas en atención primaria -que, como lo hemos dicho ya tantas otras veces- sigue siendo una promesa incumplida en la salud pública argentina.

Ahora que se promociona tanto que *el sistema de salud debe ir donde la gente vive*, podemos hacer dos afirmaciones con bastante certeza: si el sistema *tiene que ir*, es porque no fue antes, al menos en una forma adecuada; y que la prédica de décadas sobre la importancia de los equipos multidisciplinarios en salud comunitaria no fue mucho más allá del discurso.

Ojalá en un tiempo más podamos tener resultados de estudios sobre exceso de mortalidad. Podrá haber sorpresas. Pero ya sabemos un par de cosas sobre abandonar la atención de las patologías prevalentes, en un contexto de empeoramiento de las condiciones sociales; y también de las consecuencias del riesgo moral sobre la utilización de servicios, en un sistema de salud desarticulado, inequitativo y poco eficiente.

Está por verse cuánto de la imagen de nosotros mismos y nuestro sistema de salud que nos devuelve la pandemia, motivará cambios significativos en el sistema de salud.

Después de todo, hasta Borges se preguntaba: "*Hoy, al cabo de tantos y perplejos / años de errar bajo la varia luna, / me pregunto qué azar de la fortuna / hizo que yo temiera los espejos*" ⁽³⁾. □

1) *Modernidad líquida* es un término introducido por Zigmund Bauman (1925-2017) en referencia a la disolución contemporánea de valores, guías y estructuras sociales, antes rígidas.

2) George Edward Pelham Box (1919-2013) estadístico, británico.

3) Fragmento de *Los Espejos*, poema de Jorge Luis Borges.

(*) Médico - Master en Economía y Ciencias Políticas.



**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



¿Cómo impacta el Covid-19 en la economía?

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



Hace apenas unos meses se auguraba un crecimiento económico mundial, el mundo seguía atento tanto los conflictos entre China y EE. UU. en la pelea por el liderazgo mundial como el Brexit de Gran Bretaña, y escuchábamos algo sobre el Covid-19 en Huang una lejana zona de China.

Hoy el mundo ha cambiado. La pandemia ha sorprendido por su impacto sanitario y económico. Miles de muertos, sistemas colapsados y un mundo nuevo que está asomando. Se vislumbra a nivel económico la peor crisis de la era moderna, incluso cuestionando desde el liderazgo económico y el orden mundial hasta las bases mismas del capitalismo.

El mundo se paró y el primer impacto se sintió en el comercio internacional y el turismo. Inmediatamente el resto de la economía sufrió una caída generalizada del consumo. Como consecuencia comenzaron las suspensiones y los despidos. Es importante destacar que independientemente de la estrategia o el momento de tomar acciones para frenar el coronavirus, todos los países están atravesando una catástrofe económica con impacto directo en lo laboral. Las actuales proyecciones económicas auguran una caída del PBI global en un 5%, cuando se esperaba un crecimiento global de 3 puntos.

LA REALIDAD ECONÓMICA EN LA ARGENTINA ANTES DEL COVID-19

Previo a la pandemia, la economía argentina ya se encontraba en medio de una crisis. Con fluctuaciones en el crecimiento económico, dibujando una función senoidal en los últimos 10 años, que a finales del 2019 ubicaba un PBI similar al del 2010; con déficit en las cuentas públicas, algo que no es nuevo, ya que desde 1960 apenas un puñado de años hubo superávit fiscal; con inflación muy alta, donde el último año llegó al 60% y nos ubicó como la segunda mayor inflación mundial; con aumento de pobreza, con niveles de 40% de pobreza general y 50% en niños menores de 14 años; y finalmente, con la caída de la tasa de empleo y aumento del trabajo no registrado. Una crisis económica con un gran descontento social. En términos económicos la Argentina estaba en el peor escenario posible "Estanflación".

A este escenario debemos sumarle el "soft Default" o "Default con negociación". Es clave entender que la Argentina incumplió y está en cesación de pagos. Dado que se sigue negociando con los acreedores, a esta cesación negociada se la denomina "soft". El problema surge cuando uno de los acreedores inicia un juicio o pide un default cruzado; esto significa que se caen todas las otras deudas, porque no se pudo pagar la deuda actual. Mientras las negociaciones sigan no va a haber cambios importantes, pero sí se siguen prorrogando presionarán sobre el dólar y la inflación. Salir de esta situación es necesario para generar la posibilidad de comenzar a crecer, y poder hacerlo lo más rápido posible. Entrar en cesación de pagos implica nuevamente quedarnos sin crédito y sin la posibilidad de volver al comercio internacional en forma ordenada.

LA PANDEMIA EN LA ARGENTINA

La Argentina ha adoptado el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio como principal estrategia sanitaria con una alta efectividad. Paralelamente, ha adoptado

medidas económicas en función de mantener los niveles económicos y evitar el desempleo. Se estableció un bono dentro de la Asignación Universal por Hijo, otro para jubilados y pensionados, así como un pago de 10.000 pesos para familias de menores ingresos. Por otro lado, para las empresas, a través del programa ATP, el Gobierno pagó parte de los sueldos y se hicieron exenciones a los pagos de seguridad social. También se ofrecieron créditos a tasa 0% y créditos especiales para productores de alimentos, higiene y limpieza. Dentro del marco público se anunció un aumento en el presupuesto para inversión en obra pública. Finalmente, el Poder Ejecutivo Nacional, a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 329/2020, estableció medidas tendientes a limitar los despidos y las suspensiones, donde la norma, en su artículo 2, prohíbe los despidos sin justa causa y por las causales de falta o disminución de trabajo y fuerza mayor.

Sin embargo, todas estas medidas no alcanzaron a todas las empresas y personas necesitadas y sus requisitos burocráticos muchas veces fueron un impedimento para su concreción. Muchas empresas cerraron, especialmente en AMBA, la zona más afectada del país. El desempleo comenzó a crecer y muchas familias vieron afectados sus ingresos por recortes salariales o directamente porque no pueden ejercer el comercio o su profesión. Además, las políticas sanitarias y económicas adoptadas generan un aumento del déficit fiscal, ante la necesidad de mayor gasto público y de transferencias al sector privado, como así también, debido a la estrepitosa caída de la recaudación. Esto lleva a la necesidad de emisión monetaria, consecuentemente presión inflacionaria y mayor presión sobre el dólar.

EL FUTURO ECONÓMICO

Las proyecciones a corto plazo muestran escenarios con un aumento de desempleo, una caída del PBI de al menos 10% e inflación. La diferenciación entre los países será la velocidad de recuperarse y crecer en el mediano plazo. Es por lo que el futuro económico argentino dependerá de varios factores: ¿cuándo superaremos la pandemia? ¿Cómo terminará la negociación del default? ¿Qué políticas se aplicarán post Covid-19?

Los tres factores generan una gran incertidumbre. A nivel mundial, casi ningún país ha superado la pandemia, y la nueva normalidad se mezcla con rebrotes y amenazas de volver atrás. En cuanto al default, la situación es tensa, aunque las negociaciones siguen en pie. A ambas partes les conviene arreglar, pero nadie quiere ceder mucho. En cuanto a las políticas, los mensajes de parte del sector gobernante fueron contradictorios, desde expropiación o quedarse con parte de empresas que accedieron al ATP, hasta el impuesto a la riqueza que aún no se trata en el Congreso.

El resumen, la Argentina está ante una situación económica muy delicada y la coyuntura apremia. Sin embargo, se deberá resurgir una vez más e intentar de una buena vez, solucionar los problemas estructurales. De lo contrario, en unos pocos años estaremos ante la misma situación económica. □

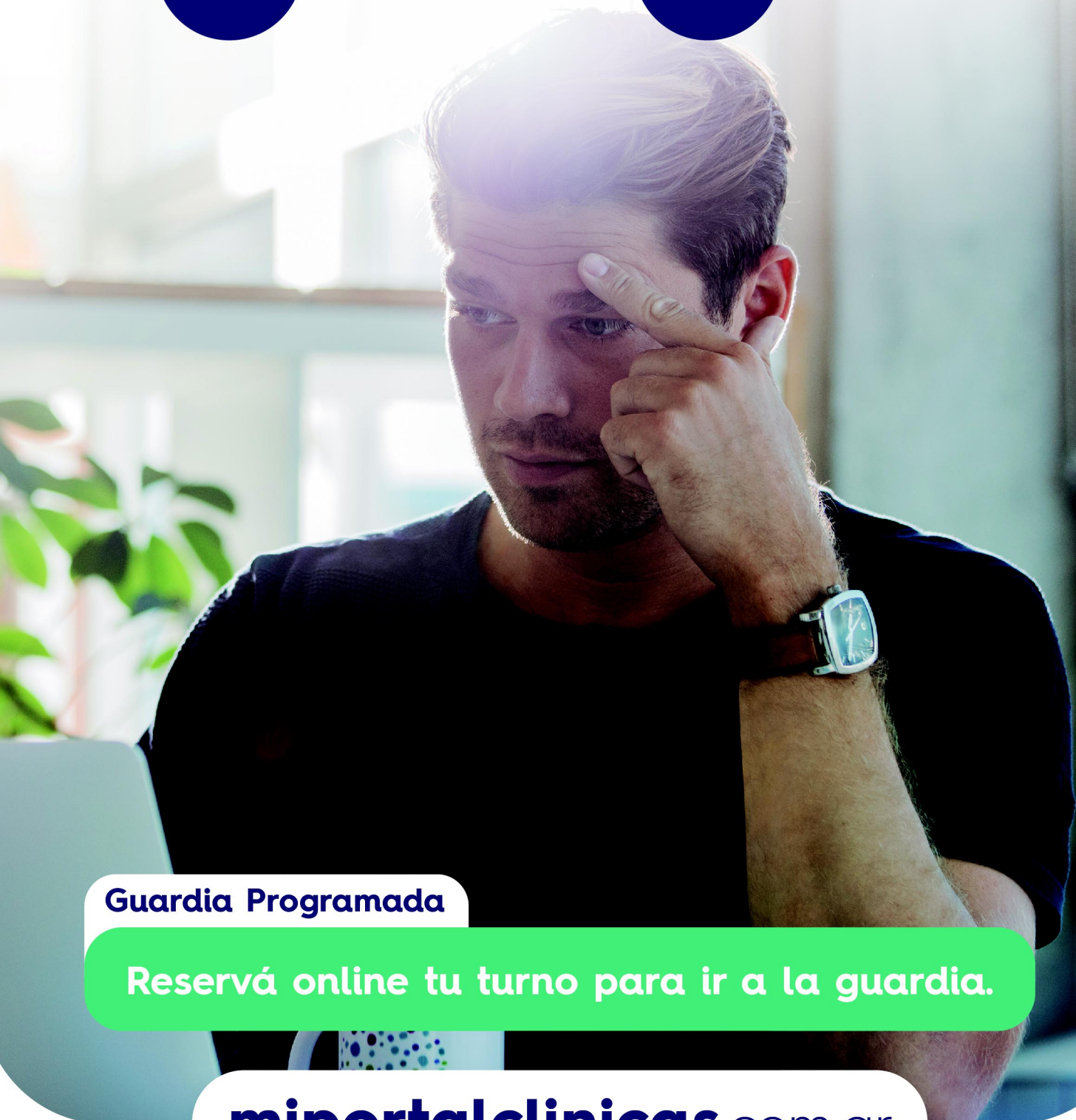
(*) Asociación de Economía de la Salud.



Clínica Santa Isabel



Clínica Bazterrica



Guardia Programada

Reservá online tu turno para ir a la guardia.

miportalclinicas.com.ar

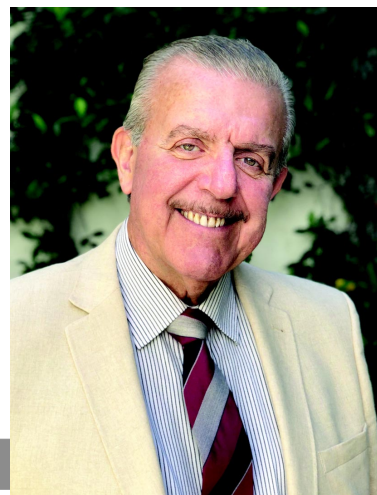
Clínica Santa Isabel
Av. Directorio 2037

Clínica Bazterrica
Billinghurst 2072



¿Quién conduce la atención de la salud en la pandemia?

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



Me llamó la atención un subtítulo sobre coronavirus: “En la Ciudad admiten que no pueden controlar a quienes se atienden por una obra social o prepaga” (Clarín, 14.06.20: 27). Más abajo menciona que, según el Observatorio de Deuda Social de la UCA, sólo el 13% de los porteños se atienden en hospitales públicos. El funcionario entrevistado informó que en ese momento había unos 8.000 pacientes activos de Covid-19 —descontando los 13.591 casos acumulados, entre recuperados y muertos—: 2.435 eran atendidos en nosocomios estatales y centros de aislamiento, por lo que unos 5.500 eran asistidos en efectores privados. Pero admitió que prepagas y obras sociales, que derivan sus pacientes a servicios privados, están fuera del alcance del Gobierno local, porque son controladas por la jurisdicción nacional.

En el impacto de la pandemia en nuestro país se superponen diversas variantes. Por un lado, la enorme contagiosidad del virus, su escasa sintomatología excepto en los casos agravados, la discreta variabilidad de su estructura molecular, que quizá determine los cambios de su comportamiento epidémico, y su mayor virulencia en poblaciones vulnerables. Por otro lado, la deficiencia de instrumentos defensivos, salvo el aislamiento y/o distanciamiento social, la protección con barbijos, el alcohol en gel y ciertas medidas precautorias para higienizar la ropa de calle. Los tratamientos ensayados no han sido suficientemente efectivos, pero aún siguen despertando expectativas: hidroxycloroquina, remdesivir y el plasma inmune de recuperados.

La disponibilidad de medios de diagnóstico es limitada —hisopado de fauces, PCR específico— y no permite chequeos masivos, por lo que es difícil establecer la extensión potencial por contagio de cada caso detectado. Los procedimientos se hacen con mediciones aleatorias de temperatura en concentraciones de público (estaciones de tren o paradas de colectivos), por seguimiento epidemiológico de contactos en los pacientes sintomáticos, operativos en áreas identificadas como vulnerables (geriátricos, barrios carenciados) o rastreos programados en barrios casa por casa. El propio Ministro de Salud reconoce que iniciaron los rastreos intensivos tardíamente, dado que priorizaban la adquisición de insumos —equipos de protección personal, respiradores, camas de internación— (La Nación, 14.06.20:15).

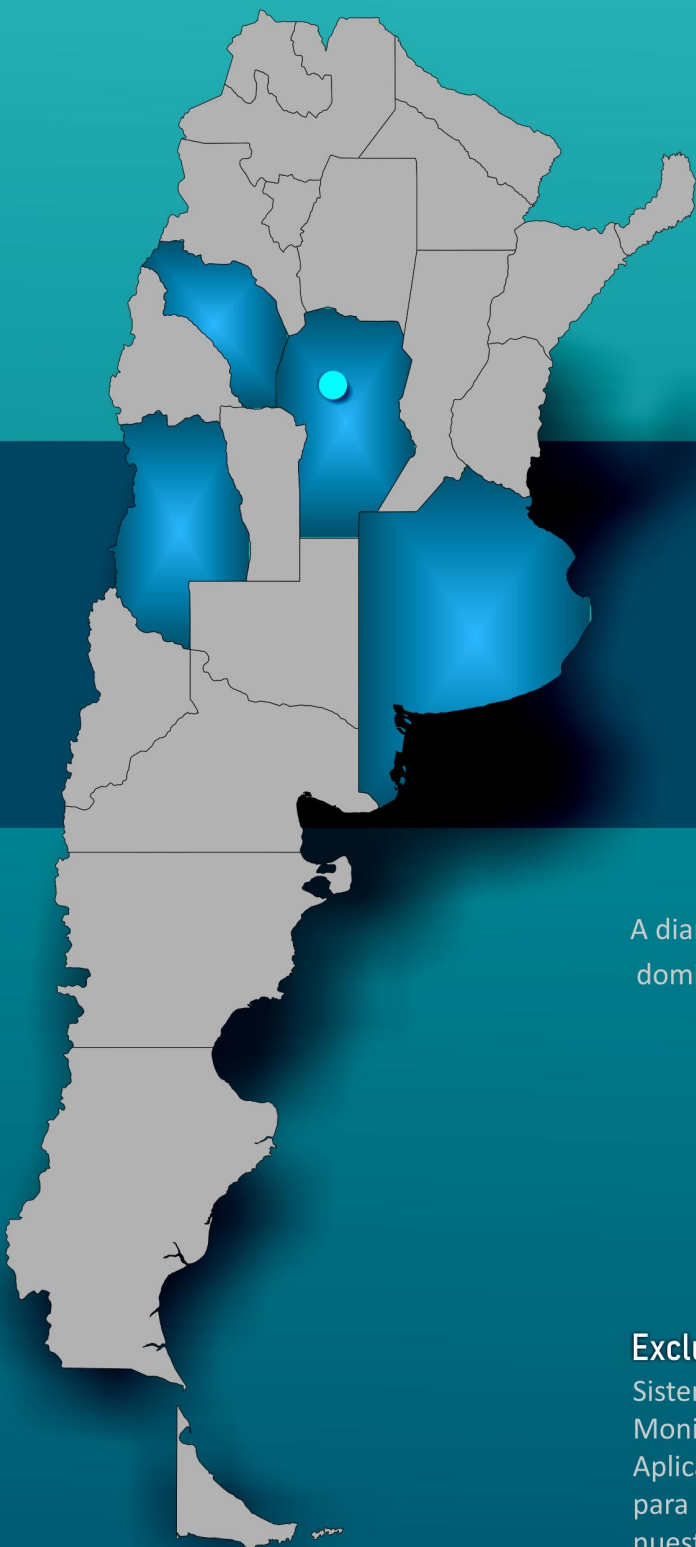
Con la evaluación cuantitativa del desarrollo de la campaña sanitaria, si bien se mostraron diversos indicadores de contagios, letalidad por grupo etario, probabilidad de diseminación epidémica, casos infectados, recuperado y muertes por unidad de población, hubo algunas contradicciones e imprecisiones que involucraron a funcionarios y al

propio Presidente. El desenvolvimiento de la OMS tampoco fue satisfactorio: definiciones tardías, vacilaciones en medidas preventivas, difusión tardía de normas estadísticas y de procedimientos para el apoyo técnico a los países. Pero por sobre todos estos factores se evidenciaron diferentes estrategias para abordar la pandemia, para gestionar el confinamiento social, y mantener un equilibrio entre restricciones sanitarias y parálisis económica. No está totalmente definido que Noruega haya sido más exitosa que Suecia, por qué Nueva Zelanda superó la epidemia precozmente, o qué razones tuvo Guayaquil para sufrir una mortalidad masiva mayor que el resto de Ecuador. También ha influido la cantidad de testeos por millón de habitantes, donde se verificaron marcadas discrepancias: 40.000 en Chile, 14.700 en Uruguay, 9.000 en Colombia, 5.400 en Perú, 2.500 en México y 5.000 en la Argentina (La Nación, 14.06.20:15).

A este anárquico panorama, en la Argentina debe agregarse el alcance limitado de las autoridades sanitarias para conducir el Sistema de Salud, como admitía un funcionario del Gobierno de la Ciudad en el primer párrafo. Tenemos la presunción entre los sanitaristas que, en condiciones normales, al menos el 60% de la actividad asistencial registrada del país, circula entre los prestadores privados, dado que a ellos acuden los beneficiarios de obras sociales y prepagas. Este dato se acentúa en la Capital —donde predomina claramente población con cobertura—, dado que según el Observatorio de la UCA, sólo un 13% son usuarios de servicios públicos. La gravedad de este dato no es que coexistan efectores públicos y privados, así como habitantes con y sin cobertura —más allá de la extrema inequidad que evidencia—, lo dramático de este fenómeno es que los prestadores privados, las obras sociales y la medicina prepaga no rinden estadísticas a las autoridades sanitarias. Más aún, tampoco las obras sociales provinciales, que también son usuarias de prestadores privados, reportan sus datos al sistema estadístico nacional. Las autoridades sanitarias provinciales sólo cumplen en lo relativo a los servicios públicos, que están bajo su administración.

Solemos hablar de gobernanza, de rectoría, de integración entre jurisdicciones, de articulación de servicios públicos y privados, de participación de la comunidad y la sociedad civil en las medidas de prevención recomendadas con respaldo científico por las autoridades nacionales. ¿Pero admitimos un cumplimiento desigual en los actores del Sector Salud ante situaciones de extremo riesgo, como una pandemia que no podemos controlar? □

(*) Médico sanitarista. Miembro del Grupo PAIS. Autor de “Un Sistema de Salud de más calidad”, Prometeo, 2020 (de inminente aparición).

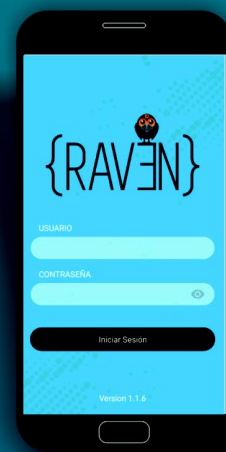


GRUPO
Proyectar

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

La exclusión del Nusinersen del PMO y su inclusión dentro del régimen de reintegros



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

En el número 112 de esta revista, en el mes de setiembre de 2019, publicamos un artículo con el título “Nusinersen. La incorporación de las prácticas de alto costo al Programa Médico Obligatorio”.

En dicha nota afirmamos, entre otras cuestiones, que: “con fecha 12/08/19 se publicó en el Boletín Oficial la Resolución 1452/19 de la Secretaría de Gobierno de Salud -Ministerio de Salud y Desarrollo Social que, incorpora en el PMO la cobertura del NUSINERSEN, disponiendo su cobertura a cargo de los Agentes del Seguro de Salud y Empresas de Medicina Prepaga, para el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME) en los tipos I, II y III, según las pautas establecidas por la Secretaría de Gobierno de Salud...”, “... a) No se han cumplido todos los requisitos legales. Por ejemplo, no sabemos si los financiadores del Sistema han adherido a la firma del Acuerdo (cláusula DÉCIMA) hasta alcanzar el 70% de la población con AME. Tampoco se han acompañado las evaluaciones de tecnología pertinentes que permitan acreditar el acompañamiento académico y científico a los tipos incorporados a través de la norma. b) No se ha dispuesto la cobertura a través de SUR para las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud...”.

En aquel mismo momento, la entonces Secretaría de Gobierno de Salud suscribió un convenio de “confidencialidad” -ponemos la palabra “confidencialidad” entre comillas porque rápidamente fue divulgado su contenido, incluso por el diario La Nación-, con el laboratorio Biogen, que fue el que desarrolló este medicamento.

Allí se pactó un precio de lista disminuido, para todos aquellos financiadores que aceptaren los términos pactados en dicho convenio, a cambio

de la inclusión del Nusinersen al Programa Obligatorio para los tipos de Atrofia de Médula Espinal I, II y III, y con el compromiso del organismo rector en la materia de implementar un “PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON AME”. Cabe destacar que este programa jamás se implementó.

Sin dudas que la metodología utilizada para la incorporación de un medicamento al Programa Médico Obligatorio -por vía de un acuerdo celebrado con el Laboratorio- constituye un mecanismo ilegítimo de inclusión de medicamentos de alto costo a la canasta obligatoria de prestaciones, bajo la apariencia de legalidad, sobre todo si se lo hace a partir de un convenio de confidencialidad.

En aquella oportunidad, la Confederación General del Trabajo se presentó ante la entonces Secretaría de Gobierno de Salud cuestionando el acuerdo, actitud que también asumieron numerosas obras sociales del Sistema, recibiendo como respuesta de la Secretaría de Gobierno de Salud que: “En relación al presente requerimiento, se informa que la adquisición del medicamento que soliciten obras sociales a través de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, será financiado con recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN. Sin embargo, los hechos posteriores acreditaron que la afirmación de la secretaria mencionada fue mendaz, pues jamás hicieron que el Fondo Solidario de Redistribución financiara el altísimo costo de este medicamento.

Poco antes de asumir como Ministro de Salud, Ginés González García, había adelantado que no se podían incluir dentro del Programa Médico Obligatorio prestaciones sin un financiamiento adecuado.

En realidad, en cualquier país cuya

base de cobertura médico-prestacional está constituida por una canasta de prestaciones, se realizan estudios serios que tiendan a un equilibrio posible entre 1º) prestación, 2º) financiamiento; y 3º) tecnología, para luego decidir su inclusión o no a ella.

Lamentablemente, el Programa Médico Obligatorio tiene 15 años de falta de actualización completa y, como también lo dijimos en varios otros artículos escritos en esta revista, se fue nutriendo de numerosas prácticas -muchas de ellas aprobadas por leyes especiales del Congreso Nacional- que no tenían un reflejo en un financiamiento posible, ni acorde con la tecnología desarrollada en nuestro país sobre la materia.

Es muy posible que el Nusinersen sea el ejemplo más grosero de esta falta de equivalencia entre la prestación y su necesario financiamiento.

Hace unos días se produjeron algunas novedades auspiciosas respecto de este tema, con tres vértices distintos.

Por un lado, el ANMAT reinscribió este medicamento en sus registros solo para los tipos I y II de la Atrofia de Médula Espinal, en mayor concordancia con los estudios científicos existentes aquí y en el mundo.

En segundo término, el Ministro de Salud de la Nación adoptó sendas decisiones simultáneas, 1º) declaró rescindido el convenio mencionado que había firmado la entonces Secretaría del Gobierno de Salud de la Nación y el laboratorio Biogen; y 2º) ordenó la exclusión del Nusinersen del Programa Médico Obligatorio.

A su vez, la Superintendencia de Servicios de Salud ordenó la incorporación de la patología Atrofia Muscular Espinal al Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, es decir, admitió el reintegro de un valor muy cercano al de compra, por vía del Fondo Solidario de Redistribución.

Por último, es más que probable que cuando este número esté ya editado y en sus manos, la Secretaría de Comercio Interior ya hubiera fijado un precio al consumidor sensiblemente más bajo que el de lista, por aplicación de la ley de abastecimiento. Estas medidas ayudan a diseñar un sistema sustentable.

Estamos convencidos que asociar la cobertura con el financiamiento -como lo que se resolvió en este caso-, es el camino deseado en materia de incorporación de prácticas a cualquier canasta de prestaciones y, en nuestro caso particular, al Programa Médico Obligatorio. □

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



Resultados preliminares de la encuesta 2019/2020



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

La internación domiciliaria que tanto desarrollo ha tenido en la Argentina de los últimos 30 años sigue siendo un segmento asistencial subutilizado por el sistema de salud. Su capacidad profesional y logística ha crecido de manera intuitiva e inorgánica en todo el país, respondiendo a las necesidades reales de la población y los financiadores de atender situaciones atípicas para otros niveles de atención. Su plasticidad y capacidad de adaptación ha sido la condición que le permitió avanzar. Eso que alguna vez definimos como “el traje a la medida” de cada paciente, porque además es en su casa y con su familia como contexto.

Una actividad con un marco regulatorio escaso e incompleto, que se pretendió reglamentar con normativas escritas para otras actividades; con un sistema de contratación profesional imperfecto, que desalienta la capacitación y el crecimiento académico de sus integrantes; con un sistema de aranceles que no puede superar el pecado original de ser los más bajos del sector salud. Y a pesar de todo, sigue creciendo y llegando a todos los puntos del país.

La asistencia domiciliaria, se ha ido diversificando y complejizando tecnológicamente. Hoy desarrolla actividades de atención domiciliaria, internación y cuidados continuos de pacientes críticos, cuidados paliativos, programas de alimentación enteral y parenteral, rehabilitación domiciliaria. De manera natural, las empresas se van especializando en diferentes áreas o por grupos de pacientes, y enfocando sus acciones para sumar calidad a la oferta de servicios.

Desde hace años, CADEID viene trabajando por el reconocimiento de la actividad y el desarrollo de estándares para la internación y atención domiciliaria, en ese marco se han llevado a cabo diferentes acciones. Entendiendo la importancia de disponer de datos y magnitudes mensurables para trabajar en calidad, concluimos en febrero de 2020 un trabajo estadístico sobre las “Características de empresas, servicios y pacientes servidos de Asistencia e Internación Domiciliaria (AD/ID)”, realizado por el Equipo de Soporte Investiga

Salud, a cargo del Dr. J.T. Insúa, del que participaron empresas asociadas a nuestra entidad, mostrando datos de gran interés para el sector y la salud en su conjunto. Se trata de un estudio observacional de corte transversal, retrospectivo, de los pacientes-cama asistidos por las empresas participantes.

En la Argentina existe poca información sobre atención e internación domiciliaria. El antecedente más conocido está dado por la publicación del Hospital Privado de la Comunidad de la ciudad de Mar del Plata (año 1999), en el que se efectuó el seguimiento de 1.789 pacientes egresados del servicio de clínica médica del Hospital. Consistió básicamente en un seguimiento de pacientes externados tempranamente y fue precursor en el desarrollo y difusión de los cuidados domiciliarios.

En 2010 CADEID realizó, con la colaboración de sus socios, una encuesta prospectiva sobre pacientes y profesionales de AD/ID, relevando 2.893 pacientes en diez meses de seguimiento. Se obtuvieron conclusiones inéditas para la actividad que constituyen el antecedente del estudio desarrollado entre 2019 y 2020 con el objetivo de observar y dar a conocer información real y actualizada sobre la actividad en nuestro país. La perspectiva de ambos trabajos con 10 años de diferencia permitirá percibir la evolución del sector, las empresas y los profesionales, y realizar un análisis comparado de los pacientes y sus requerimientos de servicio.

En esta oportunidad, se ha planificado sobre la base de dos encuestas. Una enfocada en las empresas del sector como oferta de los servicios, que observa particularmente lo profesional y organizativo, tomando a la empresa como sujeto de análisis. Y otra que busca entender a los pacientes como usuarios del servicio, a través de una encuesta de datos centrada en los pacientes, por muestreo aleatorio. Su objeto es conocer las características de la población y las particularidades de la utilización de los servicios que demanda esa población.

Se busca responder preguntas relativas a los principales determinantes de los servicios de atención e

internación domiciliaria, caracterizando la población por variables cualitativas como sexo, edad, cobertura financiadora, diagnóstico primario y secundario usando agrupadores internacionales, capacidad funcional usando escala de Katz, ingreso a AD/ID, egreso del mismo, duración del servicio, readmisión a programas de AD/ID, demanda de emergencia médica, hospitalización, mortalidad, entre otros.

El estudio, además, busca representar algunas variables que permitan la evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios, considerando indicadores de calidad y seguridad de los pacientes. Contempla la provisión de servicios de soporte e incluye información económica que permite calcular el costo del día cama de AD/ID vinculado a la complejidad asistencial del paciente.

Para citar alguna referencia del estudio, que muy pronto se dará a conocer de manera pormenorizada, diremos que se obtuvieron casi todos los datos solicitados en la muestra y existe concordancia entre datos locales e internacionales en variables duras, lo que refuerza la validez de la muestra. En la encuesta A, participaron 47 empresas del universo de asociados a la cámara, 100% efectores privados, con una media de 14,84 años de antigüedad en el mercado y una media de pacientes-cama de 428,08 cada una. Los datos de la encuesta B, están referidos a los beneficiarios del servicio; incluye datos demográficos y de distribución de la población, diagnósticos, discapacidad, grupo familiar conviviente, duración de la asistencia medida en días-cama-paciente, recursos profesionales afectados medidos en horas de servicios.

Actualmente, se trabaja en la presentación y publicación de las conclusiones, que más allá de las diferencias metodológicas aplicadas presenta en gran parte, resultados similares a otros estudios internacionales sobre el tema. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



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

“La gestión de casos como modelo de seguimiento es parte de la esencia de la empresa”

Por la Dra. Sandra M. Trujillo Ausina
Directora Médica de Grupo Proyectar (*)



GruPO Proyectar, nace en la provincia de Córdoba, en el contexto de la necesidad emergente de atención de las enfermedades crónicas, su seguimiento y acompañamiento en el seno del hogar. Transita sus primeros pasos en su sede central en Villa Carlos Paz y luego se expande asistiendo a pacientes con cuidados domiciliarios en toda la provincia de Córdoba y Mendoza, entre otras.

El espíritu del Grupo Proyectar es brindar servicios de salud enmarcados en la gestión de casos, conociendo a la persona, su entorno, la vivienda y el contexto en el cual llega la necesidad de asistencia. Es una característica de la empresa enfocarnos en la atención centrada en la persona, tan remanida en muchos medios de difusión de salud y puesta en marcha desde la organización.

Nuestra metodología de trabajo es a través de la coordinación de casos en grupos pequeños, en el que cada coordinador toma un grupo de pacientes por zona, está cerca de la familia y el paciente, los acompaña y responde a inquietudes o necesidades que pudieran surgir desde lo asistencial; se integra al equipo sanitario que asiste al domicilio y está a disposición para recepcionar pedidos, asistir a requerimiento de los profesionales y ofrecer articulación con las obras sociales para resolver las necesidades sanitarias, evitar internaciones innecesarias y dar contención a situaciones que pudieran ocurrir durante el proceso de internación domiciliaria.

Los equipos de coordinadores articulan el trabajo en reuniones semanales y se mantienen en contacto con los coordinadores profesionales de cada área, pudiendo anticipar complicaciones o redireccionar el plan de atención según cada necesidad.

Cuando me incorporé al equipo de trabajo, como Directora Médica, el primer contacto fue con sus accionistas, todos con la premisa de que, mis esfuerzos estén alineados en ese rumbo, la atención centrada en la persona; las personas son lo que hace que la empresa exista, y el rumbo se

marca entorno a los servicios que brindamos y mejoramos en forma permanente. En vista de esto se incorporan periódicamente protocolos para alinear la sistemática de trabajo y nos encontramos desarrollando herramientas digitales para mejor conexión entre los equipos y mejor posibilidad de análisis de la información.

Hace unos meses, el Grupo Proyectar suma a Daniel R. J. Piscicelli, como Gerente Comercial, de vasta experiencia y trayectoria en el mercado de la salud que, vino con la premisa de poner en marcha un plan ambicioso que nos permitirá, planificar y armar una estrategia para llegar al sector de la Seguridad Social, las empresas de Medicina Prepaga, de Emergencias Médicas, Mutuales y todas aquellas Instituciones nacionales que requieran este servicio, de gran apoyo para los financiadores de la salud. Completando así el equipo que posicione a la empresa en un ámbito competitivo con las diferencias de servicio que nos distinguen.

Seguimos avanzando y nos incorporamos a la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria - CADEID, entidad ésta que nos brinda la posibilidad de insertarnos al mercado con respaldo político.

Una vez que inicié mis primeros pasos en la empresa, nos pusimos en marcha con la apertura de la nueva sede en la Ciudad de Buenos Aires, en pleno microcentro porteño, un desafío que se concretó y hoy ya es una realidad, seguimos apostando a la creencia que dar seguimiento a los pacientes que atendemos es el mejor camino para complementar la necesidad de servicios sanitarios con la calidad y calidez humana que pone un sello distintivo a nuestra atención médica.

Ofrecemos a los pacientes y las familias un equipo interdisciplinario, que acompaña en la enfermedad crónica, en su rehabilitación, en las secuelas y la dependencia, el objetivo es contener y dar apoyo y brindar servicios técnicos.

La internación domiciliaria es y será un eje fundamental en los sistemas de salud del mundo, está demostrado que un servicio de calidad mejo-

ra ampliamente la condición del paciente cuando pueden estar en su ambiente, permanecer en su hogar con sus afectos, y también es un recurso valioso para optimizar el gasto de los financiadores de salud.

En la Argentina cada vez más se apela al recurso de Internación Domiciliaria, para dar continuidad a largos tratamientos o procesos de rehabilitación, como así también a los cuidados paliativos y nosotros, estamos en esa línea, brindar servicios integrales, conformando "Equipos" que se sumen a la estrategia de la mirada integral, es una tarea difícil, pero tratamos día a día de superar nuevos retos.

Hoy Grupo Proyectar, brinda asistencia a más de 1.500 pacientes, ya en las nuevas oficinas de la provincia de La Rioja, todo el interior de Córdoba y la provincia de Mendoza, trabajamos con importantes Obras Sociales Sindicales, de Personal de Dirección, empresas de Medicina Prepaga, así como de Emergencias Médicas.

Sabemos que todo el "Staff" del Grupo está aunado en la convicción que dar servicios puede ser un desafío difícil en estos tiempos, pero, la calidad y calidez humana, insisto es el primer orden.

Formo parte de una empresa que está en permanente crecimiento y mejoras, incorporando tecnologías con un exclusivo sistema online de monitoreo de prestaciones, aplicación móvil propia que garantiza la calidad de nuestros servicios domiciliarios necesaria para, estar a la altura de las necesidades de nuestros pacientes y de las personas que trabajamos en ella, integrando equipos de trabajo que llevamos adelante nuestra tarea mancomunada promoviendo un solo objetivo final, atención a los pacientes y a su familia, llevando tranquilidad a los financiadores que nos confían la salud de su gente.

(*) Médica Geriatra - Especialista en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD) y en Medicina Sanitaria (UBA) - Ex Directora Médica de Meditrancorp - Ex Médica UTI - Hospital Narciso López - Provincia de Buenos Aires.

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**

El nuevo contrato social

"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas".

RAMÓN CARRILLO



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

El **humanismo**, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana. En este sentido, está relacionado con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas.⁽¹⁾

Comienzo este nuevo artículo con esta definición que debería ser el faro de las sociedades, en esta nueva era a partir de la pandemia.

La frase del **"Gran Ramón Carrillo"** reemplazando "microbios por virus", daría lugar a un tratado de política social, de ética y sobre todo de equidad.

Todo está yendo muy rápido. Ninguna pandemia fue nunca tan fulminante y de tal magnitud. Surgido en una lejana ciudad desconocida, un virus ha recorrido ya todo el planeta, y ha obligado a encerrarse en sus hogares a miles de millones de personas. Algo sólo imaginable en las ficciones postapocalípticas.

A estas alturas, ya nadie ignora que la pandemia no es sólo una crisis sanitaria. Es lo que las ciencias sociales califican de "hecho social total", en el sentido de que convulsiona el conjunto de las relaciones sociales, y conmociona a la totalidad de los actores, de las instituciones y de los valores.

La humanidad está viviendo –con miedo, sufrimiento y perplejidad– una experiencia inaugural. Verificando concretamente que aquella teoría del "fin de la historia" de Fukuyama es una falacia. Descubriendo que la historia, en realidad, es impredecible. Nos hallamos ante una situación enigmática. Sin precedentes.

Nadie sabe interpretar y clarificar este extraño momento de tanta opacidad, cuando nuestras sociedades siguen temblando sobre sus bases como sacudidas por un cataclismo cósmico. Y no existen señales que nos ayuden a orientarnos. **Un mundo se derrumba.**

Cuando todo termine, la vida ya no será igual.

Hay aspectos fundamentales de las causas de las epidemias y pandemias recientes, que permanecen en la sombra. Quiero nombrar algunos de éstos, distintos pero complementarios. Una primera consideración es que el capitalismo funciona con un mecanismo perverso de ocultar las verdaderas causas de los problemas, para no hacer nada sobre ellas porque afectan sus intereses, pero sí hacer negocios con la aparente cura de los síntomas.

Mientras tanto los estados gastan enormes recursos públicos en medidas de prevención, contención y tratamiento, que tampoco actúan sobre las causas, por lo que esta forma de "enfrentar" los problemas se transforma en negocio cautivo para algunas empresas trasnacionales, por ejemplo, con vacunas, medicamentos, insumos médicos.⁽²⁾

En la emergencia surgen jugosos negocios para algunas empresas o bancos. Las farmacéuticas, las productoras de insumos para la protección sanitaria, las empresas de ventas en línea y de producción de entretenimiento, se enriquecen ridículamente con la declaración de pandemia.

Desde antes de la pandemia, las famosas empresas informáticas GAFAM (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft), ya eran las empresas más valorizadas a nivel de valor de mercado de sus acciones. Ahora, están haciendo ganancias enormes porque ha habido una sustitución de la comunicación directa, aún más, por la comunicación virtual.

Vivimos tiempos de pandemia, paranoia y cuarentena, en un mundo capitalista que, como Ícaro, vuela rauda hacia el sol de su autodestrucción. Es como si la realidad fuese una mala escritora –mala por su falta de originalidad o mala por su sadismo– empeñada en imitar "La peste", aquella memorable novela de Camus sobre los efectos psíquicos y sociales de una misteriosa plaga que se abate sobre la ciudad argelina de Orán; que es también, en otro plano más profundo de lectura, una parábola de la absurdidad humana.

La sensación compartida de estar metidos dentro de una distopía.⁽³⁾

¿Y en nuestro país que sucede? La cuarentena –único método eficaz demostrado sanitariamente– se enfrenta a unos anticuarentena dignos del "Realismo Mágico". Pero analicemos este fenómeno en forma distinta... ¿Quién maneja la salud en la Argentina?

Un sistema totalmente fragmentado.

Hay subsectores de salud que no tienen que ver con la salud además de empresarios que lucran y manejan enormes organizaciones.

Recuperamos el Ministerio de Salud, falta recuperar la salud de los argentinos.

Falta muchísimo... profesionales mal pagos, que deben realizar multitrabajo para subsistir... desde hace tiempo.

Distribución geográfica de facilidades sanitarias caóticas, sin controles reales de sus prestadores. La desconcentración de la salud en la época de la dictadura genocida, conllevó a inequidades a amplios sectores de las poblaciones de nuestra Argentina. No es lo mismo la atención en las grandes ciudades. En la medida que nos alejamos de ellas va decreciendo en oferta y calidad.

No hay control real en la aprobación por parte del Estado de la farmacopea que ingresa al país. Esto va acompañado del aumento constante y escandaloso durante los 4 años del gobierno de los ceos de los medicamentos, sin control de costos por parte de ningún ente.

No se realizó históricamente, controles de calidad suficientes de las entidades prestadoras de salud nadie sabe cuál trabaja bien y cuál no. Las estadísticas nacionales son misteriosas. Podríamos seguir hasta el infinito con los problemas. Ahora: ¿qué hacemos?

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

El sistema de salud es el resultado de la articulación de tres componentes: **el político, el económico y el técnico.**

La articulación de estos tres componentes da lugar a tres modelos:

1. **Modelo de Gestión (político).**
2. **Modelo de Financiación (económico).**
3. **Modelo de Atención (técnico).**

El **Modelo de Gestión** define las prioridades del sistema en función de **los valores** que lo guían y establece las actividades que le corresponden al Estado. En cuanto a los valores, un sistema de salud debe privilegiar todos los aspectos: la universalidad de la cobertura, la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos.

El **Modelo de Financiación** define: ¿cuánto debe gastar en salud el país? ¿De dónde provienen los recursos? ¿Cómo se asignan los recursos? Los cambios en la economía –en especial en las bases tributarias de los países– llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Una serie de variables deben ser consideradas

para dar respuestas a estos interrogantes: los niveles de salud de la población; los modelos de sistemas de salud; el tamaño de la economía.

El **Modelo de Atención** define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población.⁽⁴⁾ ¿Qué criterios de inclusión se deben considerar dentro del sistema? ¿Cómo prestar? ¿Dónde prestar?... ¿En qué lugares y de qué manera distribuir la oferta?

Hace falta un esquema de sistema de salud unificado, integrado y complementario... sin excluir a nadie.

De una vez por todas, pero en etapas, ir a un **sistema único de salud**: única respuesta posible al gigantesco descalabro de los subsistemas sanitarios de nuestro país.

Instalar el debate sobre la salud de los argentinos. □

(1) El nuevo humanismo / Daisaku Ikeda / FCE / México / 2009.
(2) La fábrica de pandemias / Silvia Ribeiro / Especial para ASPO 5 de abril de 2020.

(3) Pandemia: Paranoia e hipocresía global en tiempos de capitalismo tardío - Ariel Petrucci y Federico Mare / ASPO.

(4) Políticas de Salud / Ginés González García; con colaboración de Mariela Rossen; edición literaria a cargo de Mariela Rossen. - 1a Ed. 2a Reimp. - Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010. ISBN 978-950-38-0020-1.

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



 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

www.ds salud.com.ar

 IFG 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

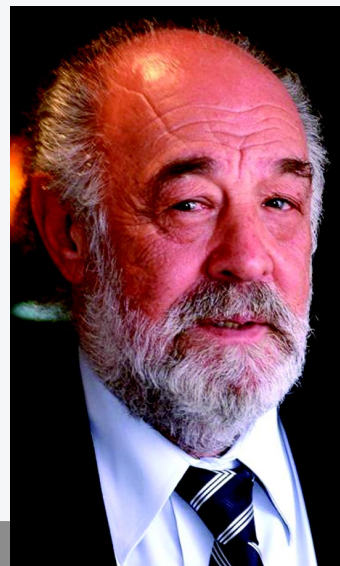
Covid-19

Impulso a las reformas necesarias

"La corrección de las fallas es el método más importante de la tecnología y el aprendizaje en general, el único método de progreso".

Karl Popper/La responsabilidad de vivir

Por el Dr. Ignacio Katz



La pandemia actual obliga a un *accionar urgente*, que también debe ser interpretado como una oportunidad para reflexionar y así afinar las respuestas futuras, y desde ya también las presentes. El exdirector de Sistemas de Salud de la OMS, Rafael Bengoa, ha propuesto un análisis sistémico que evite el echar culpas con el propósito de detectar las fallas, pensando sobre todo en una futura situación similar que, desgraciadamente, es muy factible. Además de la importantísima alerta temprana, que globalmente falló (ni el gobierno chino ni la OMS advirtieron en un principio que debían suspenderse todos los vuelos), el sanitarista señala algunos aspectos que podemos retomar, ya que resultan más que relevantes para nuestro país.

Nos referimos a:

- La descoordinación entre gobierno central y los gobiernos locales.
- El exceso de burocracia que ralentizaría la respuesta en tiempos de crisis.
- Un sistema de producción de material sanitario propio, rápido y suficiente, para evitar la dependencia externa en un momento de sobredemanda.
- El imprescindible co-liderazgo entre política y ciencia.

Efectivamente, la situación sanitaria actual nos obliga a repensar el Estado y pone de relieve la necesidad de crear una institución u órgano nacional al servicio de la Salud Pública. Un organismo que por su fortaleza y control priorice las políticas públicas mediante su capacidad de gobernanza, superando así estructuras ministeriales en las que prevalecen conductas administrativas sin capacidad de gestión (exceso de burocratización). Éste debe erigirse sobre pilares científicos y tecnológicos y obrar con pericia en la coordinación interjurisdiccional que posibilite articular un real federalismo que contenga la complejidad multifocal existente, con suficiencia resolutive.

Respecto al tercer punto, si bien merecería un desarrollo más extensivo, vale la pena remarcar al menos la oportunidad para usufructuar el *monopsonio* estatal para las compras de medicamentos, instrumental e indumentaria y demás insumos médicos. Las políticas públicas demandan pensamientos críticos que contengan inteligencia y aptitud de discernir con responsabilidad, a fin de llevar adelante la tarea de planificación, gestión, y evaluación de estructuras complejas como las

que tendría a su cargo el órgano propuesto. Deben asegurar su capacidad resolutive mediante la selección de cuadros científicos, técnicos y gerenciales profesionalizados, de manera tal de protegerlos de la cooptación por parte de intereses particulares. De esta manera, se evitarían conductas que semejen un coto personal, y así lograr bloquear *imposturas intelectuales* de pensamiento hegemónico que habitualmente ocultan falacias de autoridad.

El planteo "cuarentena sí, cuarentena no" resulta por lo menos reduccionista. Hoy las prioridades que se imponen en primera instancia son: reducir la tasa de letalidad mediante un idóneo equipo médico integrado por clínicos, terapeutas, residentes y enfermeras especializadas formados *ad hoc*. Simultáneamente, controlar los contagios mediante el testeo, rastreo, elementos estos básicos de logística para pautar en forma sincronizada los seguimientos conductuales, de manera tal de realizar una seria prosecución de la evolución futura de contagios y la existencia de muertes subsiguientes, y así orientar las decisiones de políticas sanitarias mediante predicciones cuantitativas y comportamientos sociales en la evolución dinámica y sus consecuencias. De ahí la importancia de la *calidad de los datos* y su *fiabilidad* en medio de la incertidumbre de todo proceso biológico.

La formulación de políticas sensatas en el marco de la metodología epidemiológica lleva a entender que la clave en este proceso complejo pasa por testear y rastrear los casos positivos y sus contactos a fin de aislarlos únicamente a ellos, haciendo uso de modelos cuantitativos como guía, que permitan reconocer "*transmisores potenciales*".

En forma concomitante a lo descripto, reducir los daños colaterales garantizando la atención médica de enfermedades crónicas y agudas, que no se interrumpen con el Covid-19. Merece tenerse en cuenta que ante la posible inclemencia invernal se debe estar atento al riesgo de la interacción viral por influenza y sus efectos resultantes.

Tal como hemos afirmado en un artículo reciente, anterior al estallido de la pandemia, la dimensión territorial, que en nuestro país presenta una heterogeneidad, extensión y desigualdad pronunciada, resulta una de las claves de la gestión sanitaria, y la *llave estrella* pasa por un bien entendido federalismo. La pandemia actúa como una tríada entre agente patógeno, huésped susceptible y medio ambiente. Y este

último elemento resulta clave para accionar políticas diferenciales en los distintos territorios y las distintas poblaciones. Debemos tomar conciencia y asumir la responsabilidad y el compromiso de revertir la situación de una población oculta que vive en condiciones infra-humanas y que la pandemia puso de relieve. Resulta trágico que, a esta altura del proceso en curso, descubramos las características particulares de las villas, los geriátricos y el descontrol en la infraestructura sanitaria en lo que respecta al cumplimiento de normas de bioseguridad, como lo resalta la crónica diaria como muestra de la vulnerabilidad institucional.

La triste realidad está dada por no poder subsanar en semanas ni meses lo que no se ha hecho en años y décadas. Lo mismo ocurre con los “*protocolos procedimentales*” de cuidado médico. No alcanza con sancionar una norma prescriptiva, hace falta capacitar en comportamientos y en destrezas. Para alcanzar el nivel necesario debemos enhebrar capacidades esenciales en la formación médica con el ejercicio profesional apropiado que asegure su integración operativa.

Es indispensable que “*el organismo*” con función de agencia coordine las acciones en todo el país, donde además resulta importante la conexión internacional, con lo cual bien cabe la apreciación de un enfoque “glocal”, que articule desde lo global hasta lo local. Las jurisdicciones deben tener reflejos rápidos y músculos fuertes para actuar, pero en última instancia el cerebro coordinador tiene que sobrevolar cada lugar. Nos referimos a un “*tablero de comando*” con un núcleo epidemiológico y bioestadístico que se sustancie en la *teoría epidémica*, ampliado a múltiples enfoques y disciplinas como la informática, comunicación, demografía, urbanismo, sociología y psicología, entre otros.

La regionalización es igualmente importante, e implica la creación de un instrumento único de información georreferencial, que permita la gestión eficiente de recursos para la satisfacción de las necesidades propias de cada espacio socio territorial, mediante la organización en red de los componentes (bajo claros criterios de economía de escala) y la fusión de fines a cumplimentar para concretar el derecho a la atención de salud.

No sirve discutir políticas con espíritu crítico sin disponer de órganos operativos idóneos capaces de accionar en correspondencia a las finalidades requeridas. No estamos hablando de crear instituciones nuevas. La puerta está abierta con el Consejo Federal de Salud (COFESA) y el Consejo Regional de Salud (COPESA) con sus Unidades Provinciales Ejecutivas (UPE). Si bien falta una Ley Nacional de Salud, la devaluación del Ministerio de Salud en Secretaría fue el paroxismo simbólico de una debilidad que excede con creces una simple nominación, que puso de manifiesto que el sistema de atención pública de salud es la materia pendiente por tratar en la post pandemia.

En definitiva, ni mera referencia nacional, ni mando único central. Necesitamos un Gabinete Nacional de Gestión Estratégica Integrada, que trabaje junto con cada jurisdicción, en una co-ejecución. Lo que hasta ayer era necesario, hoy se torna imprescindible. □

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (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 Federal Integrado de Salud” (EUDEBA, 2012); “En búsqueda de la salud perdida” Universidad Nacional de la Plata (UNLP, 2008); “La fórmula sanitaria” (EUDEBA, 2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



RR.HH. Nada nuevo: la pandemia nos abrió los ojos

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



Esta situación de pandemia ha traído numerosas consecuencias relacionadas con las políticas públicas y los efectores de salud, tanto del subsector público como privado y de la seguridad social. Uno de los efectos más evidentes es que puso al desnudo las deficiencias y problemas de nuestro sistema de salud. Si exploramos con espíritu crítico esa afirmación y las palabras que la componen, encontramos la raíz del problema. Un sistema, según su definición, es un “conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí” (RAE). Profundizando podemos entender que un sistema responde a un conjunto de elementos relacionados entre sí que funciona como un todo, en el que ese todo es más que la suma de las partes. Es difícil bajo este simple análisis ver al sector salud como un verdadero sistema. Podemos usar las teorías sistémicas para el análisis del comportamiento del sector, pero a luz de los resultados y las flaquezas que la pandemia evidenció, tal vez la teoría del caos permita entender mejor muchas de las preocupaciones que hoy nos aquejan.

No hay mucho cambio en los últimos 15 años de aquello que Susana Belmartino describía, por un lado, como la presencia de una oferta de atención médica conformada, poderosa y muy fragmentada. Y por otro, un Estado con baja capacidad para regular los servicios, la asignación de recursos, los resultados y las condiciones de trabajo del personal de salud. Y esto tanto mirado con relación a los diferentes distritos como a los diferentes subsectores de este pretendido sistema.⁽¹⁾

La pandemia ha desnudado las debilidades tanto de la oferta de trabajadores, como el bajo impacto de las regulaciones. El número total de casos positivos de coronavirus depende de una variedad de factores cuyo comportamiento aún estamos aprendiendo a conocer. El resultado del aislamiento social prolongado lo desconocemos y seguimos sin saber cuánto aumentarán los casos y con qué velocidad. La mirada de otros países nos muestra que aún los cálculos más conservadores muestran que las demandas de atención por coronavirus desafiarán incluso las capacidades mejoradas en este tiempo preparatorio. La cuarentena nos dio tiempo a prepararnos en términos materiales, mejoró la capacitación de los profesionales, pero aún así seguimos en riesgo.

Hay reportes en otros países que señalan que hasta el 14% de los casos positivos pueden corresponder a personal de salud en los momentos de máximo pico de la curva. Atravesamos la barrera de los 50.000 contagiados y los 1.000 fallecidos. En la Argentina el personal de salud representa el 7,32% de los positivos y acumula 19 fallecidos (seguramente más a la hora de que esta nota se publique). No hay datos de cuántos han pasado por aislamiento preventivo. Un fenómeno que desconocemos en magnitud, pero también es clave al analizar las debilidades de cobertura, es el número de profesionales que deben ser apartados de puestos de alta exposición por padecer condiciones de riesgo.

Estos son los datos estadísticos que cuantifican el fenómeno pero que no nos permiten medir el impacto real en la

prestación de servicio. No podemos saber cuántos puestos de trabajo quedan descubiertos cada vez que un profesional es detectado positivo, puesto preventivamente en cuarentena o apartado de la atención por condiciones clínicas. La fragmentación del sector salud ha tenido consecuencias devastadoras en uno de sus componentes claves, y esto resulta evidente al analizar la situación de los profesionales de la salud que prestan servicios en él. Bajos salarios o remuneraciones y pluriempleo son dos caras del mismo problema.

En nuestro país la mayoría de los profesionales médicos, y una gran cantidad del personal de enfermería que trabaja en el sector público también lo hace en el sector privado o de la seguridad social. El trabajo dual o el pluriempleo es un fenómeno extendido cuyo impacto real no conocemos. Sabemos cuántos profesionales están matriculados y esto ha sido un gran avance, pero sin la información centralizada de planteles institucionales que reflejen los puestos laborales, resulta difícil hacer estimaciones consistentes. Algunos estudios en el conurbano bonaerense refieren que en el año 2012 un 83,2% de los médicos de los hospitales públicos, y el 49,7% entre los trabajadores de otras profesiones asistenciales, tenían un segundo empleo.⁽²⁾ Los porcentajes son muy variables por grupo etario y género. La carga laboral semanal promedio es de 60 horas.⁽³⁾

La baja de las remuneraciones, la preferencia por la oferta de cargos a tiempo parcial que caracterizó al sector público, y las sucesivas crisis económicas que impactaron fuertemente en sector salud en los últimos 30 años, movilizó a los profesionales a la búsqueda de ingresos de diversas fuentes. No seamos ingenuos, esto no se prolongaría en el tiempo si no hubiera beneficios percibidos. De un lado de la mesa subyace el concepto que lo que no se paga al profesional, él se encargará de compensarlo con más trabajo en otro subsector, y halan los salarios hacia abajo. Del otro lado se apela a la excesiva carga laboral diaria o al incumplimiento como respuesta y facilitador de conjugar ingresos y puestos laborales con diferentes financiadores. La “doble pertenencia” combina mejores ingresos en el sector privado y la protección social con bajos salarios en el público, un aumento en la base de sustentación que trasmite seguridad.

El pluriempleo está demostrado que afecta la eficiencia y la calidad del servicio de salud. Las largas jornadas laborales recaen en la seguridad de los pacientes y en la salud de los profesionales. Un aumento en la jornada laboral de casi el 50% de lo recomendado por las mejores prácticas laborales, los traslados entre lugares de trabajo, sin duda dificultan la práctica focalizada, la concentración y promueven el cansancio. Esto pone en riesgo a los pacientes, por una parte, pero no está exento de repercusiones en la salud de los profesionales. La falta de tiempo personal para atender a sus cuidados, el cansancio y el estrés emocional afectan la calidad de vida.

No todo son recursos pecuniarios, el doble empleo tanto en uno u otro sector está influenciado por otros factores como el prestigio, el contacto con profesionales en formación, o el permitir desarrollo de nuevas competencias en un sector que vuelcan en el otro con mayor beneficio económico.⁽⁴⁾

El fenómeno no es sólo argentino, pero parece acrecentarse en la medida que los sistemas son más fragmentados y menos regulados. Tampoco es tan simple abordarlo, ni la literatura arroja certezas sobre las intervenciones efectivas. Aquellos países con mayor capacidad de intervención normativa han ido de regularla a prohibirla.

La fragmentación conspira con medidas de este tipo en nuestro país. Otros, con miradas más liberales y confianza en el mercado, han buscado medidas de estímulo para promover la exclusividad, en especial en el sector público. El riesgo de este enfoque es que estos beneficios deben sostenerse en el tiempo y no verse afectados por vaivenes económicos.

Finalmente, como parte del estímulo para la retención en el sector público algunos proponen admitir prácticas remuneradas de la seguridad social o privadas con cobro por sobre el salario. Esta modalidad, frecuente en el país en localidades de menor tamaño con efectores únicos, corre el riesgo de distorsionar la práctica y requiere una fuerte mesogestión para garantizar equidad en el trato y accesibilidad de los pacientes.

Los argentinos somos afectos a los debates retóricos, a la apasionada confrontación dialéctica, a la sobrevaloración simbólica del lenguaje.

Resultados en diversas áreas relevantes para el bienestar de la sociedad muestran discretos efectos en términos reales. Para decirlo llanamente: nos solemos quedar en el discurso. Nadie con un mínimo de lectura puede dudar de las diferencias conceptuales entre el enfoque Tayloriano de los recursos humanos nacido en el siglo XIX, la puesta en valor que significó verlo como un activo de capital, y el enfoque centrado en las capacidades y su desarrollo que plantea la gestión del talento humano, más humano y progresista. Pero como en tantas cosas, vale mucho más que las palabras que empleamos, las cosas que hacemos. El sector salud está lejos de potenciar el talento humano y más cerca de ver a los profesionales

como un recurso capaz de trabajar sin cesar por remuneraciones escasas.

No habrá soluciones al pluriempleo sin ordenamiento del sector, pero debemos saber que tampoco será una solución mágica y que estudiar el fenómeno resultará clave para seleccionar las medidas correctas para mejorar las condiciones de trabajo, y por ende los resultados de salud de la población. □

1) Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX instituciones y procesos - Buenos Aires, Siglo XXI - Editores: 2005.

2) Organización Panamericana de la Salud. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS, 2013.

3) Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington, D. C.: OPS, 2012.

4) García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy. 2007;84(2-3):142-152.

(*) 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.



www.sanidad.org.ar

Reformas necesarias en el “Sistema de Salud”

Por los Dres. Ernesto van der Kooy, Adolfo Carril y Héctor Pezzella
Prosanity Consulting

En momentos en los que no solamente la Argentina, sino todo el mundo se encuentra afectado por la pandemia del Covid-19, se ponen a prueba la calidad, fortaleza y sustentabilidad de los sistemas de salud.

Nuestro país que tiene un sistema fragmentado y poco eficiente en muchas de sus áreas ha adoptado una serie de medidas cuyos fines esenciales han sido preparar con tiempo los servicios de salud de todos los subsectores a fin de ponerlos en condiciones de abordar las necesidades de salud de la población afectada en los momentos más álgidos de la pandemia, sobre todo en las unidades de cuidados críticos.

Esta crisis mundial de salud es, según nuestra opinión, una buena oportunidad para repensar el sistema que tenemos y aprovechar para perfeccionarlo y en muchas acciones reformarlo, y considerar además los cambios en la percepción de las enfermedades que se han generado en las diferentes poblaciones.

El Ministerio de Salud de la Nación ha iniciado una serie de reuniones virtuales con la idea de aprovechar la crisis para hacer cambios estructurales, y ha comenzado a recibir opiniones de varios de los representantes de los diferentes subsectores.

Si bien esta línea de acción aparece como muy loable, también creemos que de esas consultas deberían surgir, no intervenciones aisladas, sino una planificación global e integral, con etapas y metas definidas y a través de acciones simultáneas o sucesivas y mancomunadas entre todos los subsectores de la salud, lo que implica en su elaboración la participación activa de todas las jurisdicciones, de los sectores financiadores y prestadores, de los sectores de formación educativa y capacitación, de los trabajadores del sector de la salud, etc. con una fuerte coordinación y rectoría del Estado Nacional y participación de los Estados Provinciales a través de los organismos específicos.

ALGUNOS CONCEPTOS

La salud es un derecho humano esencial, con responsabilidad primaria del Estado y secundariamente de los individuos, de las familias y de la comunidad. Reestablecido el Ministerio de Salud de la Nación, a partir de diciembre de 2019, se considera que el mismo tiene que acrecentar sus funciones de rectoría, coordinación y normativa, centralizando muchas acciones tendientes a asegurar resultados en condiciones de crisis sanitarias como las actuales. La rectoría es una función indelegable del Estado.

Sabemos que la atención de la salud de las personas en la Argentina es constitucionalmente una responsabilidad federal. Es por lo que, quien cumple funciones de rectoría y tiene capacidad de gobernanza, debe generar los espacios de consenso y coordinación y asegurar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones.

Debe concebirse un marco regulatorio único e igual para todos los subsistemas. Promover y estimular acciones para obtener un sistema integrado (no un sistema único), equitativo, igualitario y de calidad.

ACCIONES

La salud de las poblaciones obedece más a los determinantes sociales que a los sistemas de salud. Sin embargo, el 90% del recurso se destina al sistema de salud. Cualquier abordaje en salud requiere acciones intersectoriales.

La salud de las poblaciones depende y resulta de los niveles de pobreza, de la calidad de la alimentación, de la calidad del agua y el tratamiento de excretas, de la naturaleza del medio ambiente, de los hábitos de vida de la gente, de la educación, de la promoción y prevención en salud.

Es necesario formular políticas saludables, orientadas a erradicar enfermedades o reducir su incidencia.

ACCIONES GENERALES PARA TODO EL SISTEMA

- ✓ Priorizar la integración de los tres subsectores.
- ✓ Potenciar en mayor medida la colaboración público-privada, a fin de generar sinergias y propender a la mejora de los servicios.
- ✓ La atención primaria (APS) en las vertientes sanitaria, social y comunitaria, como estrategia clave de acceso a los sistemas.
- ✓ Desarrollo diferenciado de un modelo de abordaje de la tercera edad, con especial hincapié en las enfermedades crónicas prevalentes no transmisibles, la estrategia de APS, aplicada especialmente a la atención de personas con enfermedades crónicas y las personas mayores, integrando y coordinando los servicios de salud y los servicios sociales, con especial atención en los cuidados en residencias u hogares para mayores.
- ✓ Se debe potenciar la atención domiciliaria.
- ✓ Atención integral accesible y oportuna para toda la población en cualquier lugar del país. Construcción de redes integradas de servicios de salud de tipo público-privadas, provinciales y/o, regionales. Incorporar a las redes de atención a los efectores universitarios de todo el país.
- ✓ Priorizar la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) (OMS) para asegurar el acceso a los servicios y medicamentos necesarios para toda la población en igualdad de condiciones que la población con cobertura formal. Aplicación del programa Remediar. Actualizar los constituyentes del vademécum básico.
- ✓ Asegurar la vacunación del calendario nacional al 100%.
- ✓ Generar programas específicos horizontales destinados a poblaciones de riesgo y verticales para patologías prevalentes.

- ✓ Acciones y medidas de prevención destinadas a reducir accidentes de tránsito, domiciliarios, escolares y laborales.
- ✓ Priorizar el abordaje de los determinantes sociales con recursos específicos de magnitud suficiente y realizar acciones teniendo en cuenta el pensamiento y percepción de la población sobre cada uno de los temas. Participación comunitaria efectiva.
- ✓ Abordaje primordial de enfermedades sociales, entre ellas adicciones, violencia familiar y de género.
- ✓ Implementación adecuada de la problemática de la salud mental. Es necesario readecuar la ley actual vigente.
- ✓ Generar modelos que incluyan la gestión en sus diferentes formas, macro, meso y micro gestión. Financiamiento de los subsistemas desde la demanda y no desde la oferta. Análisis y medición de costos de no calidad de los subsistemas.
- ✓ Creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Herramienta esencial para determinar en base a criterios de eficacia, efectividad, equidad y costo-efectividad las nuevas tecnologías y determinar qué prestaciones mantener e incorporar a la cobertura en los diferentes subsistemas. Producir protocolos de atención de acuerdo a pautas de evidencia científica. Analizar sus características a la luz de experiencias internacionales y definir sus características (Vinculante o no vinculante. Dependencia o independencia del poder político, forma de constitución y participación, transparencia, etc.). Es una herramienta además para limitar la judicialización de las prestaciones.
- ✓ Seguro de Gasto Catastrófico: donde incluir todos los grupos de tratamientos o prestaciones de alto costo, financiado con fondos mancomunados provenientes de todos los subsectores en proporciones a definir. Incluye compras centralizadas, redes de prestadores especializados debidamente acreditadas, con control de calidad y protocolos de tratamiento, observatorio de precios, información, monitoreo y evaluación del sistema, etc. Deberá analizarse sus características de constitución y dependencia y dotarlo de las máximas seguridades de transparencia.
- ✓ Regulación del mercado de los medicamentos, en cuanto al financiamiento, la competencia y los precios. Impulsar la creación de laboratorios nacionales estatales. Inclusión de los biosimilares (debidamente controlados) y los genéricos. Mejora de la capacidad técnica y regulatoria del ANMAT. Análisis de patentes. Generar una nueva ley de medicamentos. La pandemia debe ser tomada como una oportunidad para las acciones en un mercado de altísimo impacto en todo el mundo y que cada vez ocupa un mayor porcentaje del gasto en salud.
- ✓ Orientar la formación de los recursos humanos de la salud, preparándolos para el abordaje en atención primaria con eje en la



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

salud, con fuerte acento en las prácticas de prevención y educación para la salud, y orientados hacia la gestión del sistema. Reorientación de la formación de recursos humanos hacia las necesidades surgidas del sistema. Impulso especial a la enfermería. Capacitación de recursos humanos existentes. Análisis de Incentivos.

- ✓ Desarrollo de un sistema de gestión de calidad. Acreditación de prestadores de salud. Considerar la innovación como eje del proceso de cambio. Las nuevas tecnologías generan cambios de producto, de procesos y de organización del trabajo tecnología en salud basado en la gestión clínica, la medicina basada en la evidencia, y con protocolos, normas, etc.
- ✓ La telemedicina como elemento innovador de importancia en lo educativo, asistencial y en el seguimiento de pacientes. Se debería avanzar en la línea de generar un marco regulatorio de la actividad, sobre todo en lo asistencial y de seguimiento para limitar muchas zonas inciertas existentes.
- ✓ Abordaje de las diferentes formas de bioética, la de la investigación, del inicio de la vida, del embarazo y del final de la vida.
- ✓ Investigación básica y clínica en biociencias. Impulsar protocolos de investigación en enfermedades transmisibles, muy descuidadas a expensas de las enfermedades crónicas.

ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS SUBSECTORES

Seguro Social obligatorio

- ✓ Existe un claro problema de financiamiento de seguros sociales con impuestos laborales en países de ingresos bajos y medios. La solución seguramente no es pasar a un sistema universalista ajeno a nuestro contexto cultural e histórico, sino adaptar el alcance de su cobertura y perfeccionar los sistemas de redistribución.
- ✓ Debe ser reformulado el Programa médico Obligatorio (PMO) analizando la canasta de prestaciones a cubrir por los agentes del seguro según su costo efectividad y liberando de dicha cobertura a las prestaciones definidas como de alto costo en sus

diferentes variables, el alto costo por única vez, el alto costo por patologías de baja frecuencia, pero mantenidos por vida, alto costo por períodos cortos pero repetitivos, y el alto costo por ser de alta frecuencia durante toda la vida.

- ✓ Analizar la problemática de las personas con capacidades diferentes, canalizando su atención en el seguro de gasto catastrófico o evaluando su cobertura (SU) desde el área educativa.
- ✓ Generar análisis de costos del PMO resultante, para conocer su capacidad de financiamiento por los agentes de salud.
- ✓ En las O.S.N solucionar con urgencia el financiamiento de los monotributistas y monotributistas sociales. El aporte actual termina de desfinanciar a un subsistema financieramente agotado. Imposible de afrontar por las obras sociales si no existe un aporte complementario que cubra el valor del PMO.
- ✓ Ajustar los mecanismos de desregulación que debe ser realizada con base en los montos de aporte promedio del sistema.
- ✓ Garantizar que los jubilados puedan optar por la O.S. de origen con traslado desde el INSSJyP del promedio de ingresos per cápita del mismo con una reducción no mayor a un 20%.
- ✓ Cambiar los varios mecanismos de redistribución vigentes (FSR) por uno basado fundamentalmente en ajustes por riesgo.
- ✓ Dar solución al tema de obras sociales pequeñas que son económica y operativamente inviables y sin pool de riesgo efectivo y algunas de las cuales sólo perduran al ser parte de acuerdos comerciales con prepagas para la desregulación de asociados. Entre las soluciones posibles una opción, es agrupar a varias O.S. de un mismo sector de actividad, en una sola.

Sistema privado prestador

- ✓ Necesidad de refinanciamiento de deudas impositiva y previsionales actuales.
- ✓ Generar nuevo sistema impositivo para el sistema prestador de salud, que sea viable y acorde con los recursos posibles destinados al sistema por los financiadores.

Prepagos

- ✓ Generar nueva ley de regulación de las EMP, que subsane las graves deficiencias de la vigente.

Subsector público prestador

- ✓ Trabajar con las provincias en el desarrollo de sistemas locales o regionales de salud que integren todos los sectores en la atención de poblaciones bajo cobertura.
- ✓ Redes integrales con fuerte acento en el nivel ambulatorio, asegurando acceso a prestaciones diagnósticas y terapéuticas que progresivamente sean de mayor complejidad.
- ✓ Asignar al hospital público un rol de apoyo al sistema, de continuidad de la atención primaria, y no de centro del modelo de atención. Financiamiento desde la demanda a fin de dotarlo de herramientas modernas de gestión. Profesionalización directiva, meso gestión y gestión clínica. Participación profesional y de la ciudadanía. Los hospitales deben funcionar fundamentalmente para los pacientes agudos complejos y críticos, con relevancia de los servicios de urgencias y de cuidados intensivos e intermedios.
- ✓ Con la experiencia de la pandemia y no sólo para los establecimientos públicos, diferenciar física y funcionalmente la atención de pacientes con enfermedades infecciosas, de la del resto de pacientes. Los hospitales deben disponer de estructura y tecnología de apoyo de reserva para la atención sanitaria ante epidemias o catástrofes.
- ✓ INSSJyP: reestructuración profunda del PAMI. Repensar su finalidad y su valor a futuro. Aparecen claras las ventajas de la continuidad de los afiliados a partir de la jubilación, en su obra social de origen, lo que hace más solidario el sistema (distribución del riesgo) y permite un mejor abordaje de las patologías y de la continuidad de los tratamientos.

El siguiente listado de acciones no agota seguramente las propuestas. Sólo detalla algunas de ellas que consideramos esenciales para reconvertir el sistema actual y dotarlo de cualidades primordiales para afrontar los años venideros. □



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.

25%

SEGURO DE HOGAR

20%

INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)

15%

SEGURO DE AUTO

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

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



Propuesta desde la demanda

Plan Nacional de Medicamentos

Por el Farm. Damián C. Sudano (*)



I - EL CONFLICTO

“Regular en serio el mercado del medicamento o sentarse a esperar la debacle total del sector”.

Noticias periodísticas recientes dan cuenta que varias Obras Sociales provinciales no sólo no están pudiendo responder ante los laboratorios farmacéuticos por las deudas acumuladas, sino que además se encuentran al borde de la suspensión de las prestaciones por la acumulación de facturas impagas con la red de farmacias.

Durante todos estos años desde FEFARA hemos estado insistiendo en advertir la imposibilidad de mantener un sistema que consideramos inviable. Los principales aspectos de nuestra prédica, se basan en la certeza de que en el sector hay una insuficiente respuesta a la demanda a causa de:

- ✓ El deterioro de los ingresos medios de la población.
- ✓ El mal uso o dispendio de recursos.
- ✓ La disminución de los ingresos y el incremento de los costos en salud para los financiadores.
- ✓ Imposibilidad de atender las mínimas prestaciones que se deben garantizar, por parte de los financiadores, a raíz de problemas económicos crecientes.

Por otra parte, dentro del mercado del medicamento destacamos también la existencia de:

- ✓ Fuerte presión de marketing especialmente centrada en la prescripción.
- ✓ Judicialización creciente relacionada con productos de alto costo.
- ✓ Falta de transparencia y control en el circuito de provisión de medicamentos.
- ✓ El gerenciamiento queda en manos de las mandatarias de la oferta y el financiador debe dar por buena la liquidación que le presentan.
- ✓ No se prioriza el uso racional del medicamento, ni se garantiza el acceso a la gente.
- ✓ Las farmacias no sólo soportan dificultades financieras crecientes por atrasos e incobrabilidades, sino que ponen en riesgo su sustentabilidad por caída de calidad y cantidad en la demanda.
- ✓ La propia industria soporta crecientes dificultades, tanto para colocar unidades como para poder cobrarlas.

Ante esta realidad, que es el común denominador de todos los financiadores del sector (gubernamentales, sindicales o privados), se hace evidente que ya no sólo es injusto sino también inviable mantener en el tiempo el sistema que la oferta diseñó e impuso en nuestro mercado durante las últimas décadas. Un sistema carente de control, límites y transparencia.

Resulta imperioso entonces, aplicar nuevos mecanismos en la provisión de medicamentos, tanto para ambulatorios como para tratamientos especiales, que incluya una negociación de precios aún en los casos donde haya pocos oferentes.

No hay mayores opciones. El Gobierno debe avanzar con firmeza en la implementación de políticas y estrategias que permitan regular el mercado del medicamento para optimizar las prestaciones, brindar servicios de calidad sin incrementar los costos y propiciar el acceso a prestaciones basadas en criterios científicos, epidemiológicos y de evaluación económica para toda la población.

II - EL TRÁNSITO HACIA LA SOLUCIÓN

El derecho a la salud, es un derecho humano básico protegido especialmente por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales. Es por ello que el Estado tiene el deber de garantizar el acceso a toda la sociedad. Ahora bien, asegurar que los beneficios de la salud lleguen a todos nos enfrenta al dilema de satisfacer necesidades crecientes disponiendo de recursos limitados.

Esto se torna aún más complejo en lo que respecta al acceso al medicamento, debido al alto costo de los mismos y al gran impacto que tiene para los presupuestos familiares. Es por lo que, para garantizarlo, especialmente a los sectores sociales y/o etarios más vulnerables, se precisa de un alto nivel de financiamiento y regulación estatal.

Si bien son numerosas las alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a los medicamentos, a continuación, enunciaremos las que consideramos prioritarias para la consecución de los objetivos antes descriptos.

1. Identificación del beneficiario

Resulta indispensable tener información sobre la población en un Padrón Nacional Unificado. Esta valiosa herramienta permitirá fijar las bases desde las cuales construir una política de medicamentos, a la misma vez que otros programas de salud más complejos.

Se podrá trabajar en el registro y categorización de los pacientes por patologías crónicas a partir de los diagnósticos indicados en las recetas y los consumos registrados en las farmacias, permitiendo componer mapas epidemiológicos de cronicidad, diseñar estrategias de coberturas complementarias (vg. afiliados que tengan más de una obra social), entre otras.

2. Regulación de precios y garantía de competitividad

En el mercado de medicamentos la formación de precios está concentrada en los laboratorios productores, y la única referencia con la que se cuenta es el manual farmacéutico publicado por empresas financiadas por la propia industria. Ni las farmacias ni las droguerías cuentan con una injerencia sustancial en este proceso.

Por lo tanto, dentro de la actividad, todo se reduce a la capacidad de negociación que tenga el financiador respecto del laboratorio productor. Es por ello, que insistimos en la necesidad de regulación por parte del Estado. El valor de los medicamentos debe ser definido en el ámbito del

Ministerio de Salud de la Nación, estableciendo un precio por franja terapéutica que servirá de precio de referencia para todos los actores del mercado.

Por otro lado, la regulación mediante precios de referencia por franja terapéutica genera una ampliación de la oferta, permitiendo que los laboratorios de menor incidencia y los laboratorios públicos puedan participar en condiciones más equitativas.

3. Uso racional del medicamento

El uso racional de medicamentos es la condición por la cual los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (OMS, 1985).

Para ello es necesario que el Estado establezca los formularios terapéuticos de referencia para respaldar el plan de uso racional de medicamentos mediante la aplicación de criterios de selección de principios activos que cuentan con evidencias disponibles de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. También que oriente el suministro y la adquisición de medicamentos de forma centralizada, otorgando prioridad a la producción pública de medicamentos con el fin de resguardar el Derecho a la Salud y la accesibilidad a los mismos.

4. Distribución de medicamentos

Actualmente existe una estructura de distribución muy concentrada que no permite a los laboratorios de menor incidencia en el mercado y/o a los laboratorios públicos acceder como una oferta adicional al conjunto de la red de farmacias de la República Argentina.

En este sentido, el Estado deberá garantizar estructuras logísticas de distribución de medicamentos que permitan que la oferta más competitiva esté disponible para la totalidad de las Farmacias del país.

5. Producción nacional de medicamentos genéricos

En el mercado de los medicamentos existen franjas terapéuticas no atractivas para el sector privado por diversos motivos: por la baja rentabilidad o porque son controladas por uno o dos laboratorios líderes. Esto genera condiciones poco propicias para garantizar el acceso al medicamento a precios razonables.

Es conveniente definir una política de producción público/privada de medicamentos genéricos que regule y permita promover el desarrollo de segmentos relegados por la actividad, además que garantice contar con una oferta más diversa en cantidad y calidad de productos.

6. Dispensa de los medicamentos

La regulación y promoción de la actividad farmacéutica ha sido una política casi abandonada durante los años noventa y, si bien se intentó mejorar su situación durante los doce años del kirchnerismo, ha sido una actividad relegada frente a la de otros actores del mercado que debe ser revisada.

La farmacia es una entidad que brinda un servicio público fundamental en el área de la salud. El desarrollo de la provisión de medicamentos mediante la farmacia, debe apuntar a equilibrar las desigualdades geográficas y sociales, garantizando a todos los habitantes, independientemente de su situación geográfica y socio-económica el libre acceso al medicamento.

Revitalizar el rol de la farmacia, garantizándoles las condiciones económicas, comerciales y de rentabilidad que le permitan trabajar los programas de salud prioritarios, sobre todo a aquellas farmacias pequeñas y medianas que proveen a los sectores más postergados de la sociedad, es una acción importante para el éxito de todo plan nacional de medicamentos. □

(*) 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 salud mental en el contexto de la pandemia

Por el Dr. Néstor Vázquez (*)



Es la primera vez que el mundo enfrenta una pandemia de estas características en todos los países al mismo tiempo. Las anteriores, peste bubónica, viruela, poliomielitis, cólera, fiebre amarilla, sarampión se trasladaban más lenta y estacionalmente, pero con la globalización del transporte ésta nos tomó a todos al mismo tiempo y con poca posibilidad de reacción.

Ningún país estableció un plan estratégico que contemplara todas las variables posibles y los eventos externos esperados. Todos los países actuaron según ocurrían los hechos, incluso muchos menospreciaron los alcances humanitarios y económicos de la pandemia.

Ningún país tuvo en cuenta el daño a la salud mental de su población, ya sea por la pandemia, por las medidas tomadas (principalmente la cuarentena) ni lo que ocurriría después (síndrome postraumático + desocupación + soledad + muertes y pobreza).

La cuarentena suele ser una experiencia desagradable para quienes la padecen, incluye la separación, la pérdida de libertad, la incertidumbre y el aburrimiento, hay reportes incluso sobre intentos de suicidio y suicidios consumados en forma secundaria, es por lo que antes de considerar estas medidas deben contemplarse estas complicaciones y sopesarlas con relación al beneficio.

Algunos estudios han comparado, los efectos psicológicos de las personas en cuarentena, los síntomas más comunes son los relacionados al estrés y al trauma, particularmente el trastorno por estrés agudo. El recurso humano además presenta mayor propensión a reportar agotamiento, desapego, ansiedad, deterioro del desempeño y resistencia a trabajar, puede llegar a presentarse a lo largo trastorno de estrés postraumático y depresión. Otros estudios mostraron alta prevalencia de síntomas de ansiedad y trastornos emocionales, ira y agotamiento.

Pero la cuarentena no es igual en todas las edades ni en todas las clases sociales y por ende afecta a todos distinto. En los niños, ansiedad, miedo e inseguridad, por no comprender lo que ocurre, ni soportar el encierro y la suspensión de la interacción con sus amigos. Los más afectados que vieron morir a sus familiares. Los jóvenes reaccionan con estrés, claustrofobia, ira y en muchos casos, consumo de tóxicos, convencidos de que a ellos no los afecta. Los de mediana edad, estrés crónico, aumento de peso, ansiedad, depresión, ideas de ruina y aumento del consumo de alcohol.

Las personas mayores que viven en sus hogares mono o múltiple parentales, tristeza por no ver a sus personas queridas, ansiedad por dependencia de otros en su encierro e ideas de muerte inminente. Los que están en geriátricos, aislamiento por soledad extrema, dejan de alimentarse, ideas de muerte pronta, porque la información que reciben es tóxica y creen inexorable enfermar, sufrir mudarse y no volver. Los que están en psiquiátricos o geronto psiquiátricos, lo mismo que las

personas mayores en geriátricos, pero además abandono absoluto y agravamiento de sus patologías de base y de sus comorbilidades, fundamentalmente, diabetes, enfermedades renales, hepáticas y cardiovasculares.

Pero todo es peor en las barriadas populares y hacinadas (viven + de 8 personas en 30 metros con un baño rudimentario, con poca agua o sin ella), donde los jóvenes ignoran la enfermedad, los de mediana edad también por necesidad de generar dinero diariamente, los niños no saben que pasa y las personas mayores mueren. Las personas que padecían enfermedades psiquiátricas, agudas o crónicas ven empeorar sus síntomas con mucha angustia e inquietud, desean aumentar la carga química y sus consultas presenciales, pero en muchos casos se les dificulta la consulta profesional y en otros no se acostumbra a la consulta virtual y las evitan.

Lo peor lo padecen aquellos que experimentaban síntomas por primera vez y no pueden conseguir consulta y cuando requieren atención de urgencia rara vez la consiguen, por lo que agravan rápidamente su padecimiento, con gran deterioro familiar y social.

En esta pandemia disminuyeron los accidentes viales y aumentaron los suicidios en equipos de salud.

Los profesionales de la salud, particularmente los especializados que atienden Covid-19 en sospecha o confirmada son vulnerables, tanto al alto riesgo de infección como a los problemas de salud mental, también pueden experimentar miedo al contagio y la propagación del virus a sus familiares, amigos y colegas. Contraen neurosis con fobias diversas, entre ellas odio al trabajo, a los colegas y a los pacientes, reportando enfermedades y ausentismo.

Llega un momento para los profesionales de la salud, para el equipo de salud en general, tanto el que se ocupa de la atención de los pacientes con Covid-19 como aquellos que están en sus alrededores donde se sienten desnudos y desprotegidos, sienten que no hay nadie que esté por encima de ellos que los pueda proteger y ayudar, porque ni bien empiezan a faltar suministros empieza a surgir el pánico dentro de las salas de terapia intensiva, pero esto no sucede solamente por la atención de los pacientes a los que ven desmejorar y fallecer sin poder hacer nada, sino que además sienten que ellos pueden ser el próximo paciente y eso les genera ira, rabia y hasta querer desentenderse de lo que están haciendo y no volver.

La atención oportuna a la salud mental debe desarrollarse con urgencia. Primero los equipos multidisciplinarios de salud mental establecidos por las autoridades de salud a nivel regional y nacional, incluidos psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y otros trabajadores de la salud mental, deben brindar apoyo a pacientes y trabajadores de la salud, pero no fueron incluidos en los grupos de atención.

Otras angustias que llevan a los profesionales y a sus familias son las preguntas frecuentes ¿Qué significa esto

para usted y su familia? ¿Cómo se van a mantener juntos? ¿Cómo se van a mantener al tanto mutuamente? ¿Quién va a cuidar si usted es madre soltera y se enferma? ¿Quién se va a asegurar que la abuela reciba su medicación? ¿Qué clase de planes tiene para su alimentación? ¿Se supone que su tienda cercana estará abierta normalmente? ¿Debería almacenar productos? Damos por sentado que muchas de esas cuestiones no las pensamos necesariamente.

El personal de salud pública y otro personal sanitario tienen la posibilidad de explicar. No hay respuestas para estas preguntas. No hay estudios suficientes para poder identificar diferencias por otros factores, demográficos, socioeconómicos, etc. Aunque se incluye si hubo un estudio con resultados negativos en personas con trastorno mental previo y varios que señalan un importante impacto negativo en la salud mental de los profesionales de la salud.

Pero hay un escenario subyacente que también es muy importante, el de todas aquellas personas que tienen que atender a pacientes Covid-19 y no tienen la preparación adecuada, de hecho estamos admitiendo que ni siquiera el propio equipo de salud se siente preparado para la atención de estos pacientes, entonces que puede pasar con los servicios de seguridad, la policía, las personas que atienden los servicios de atención básica como los supermercados, las tiendas de proximidad, los bomberos, el servicio de calle, aquellos que hacen la limpieza de las calles, los recolectores de basura, todos servicios básicos como el transporte, que se sienten totalmente desprotegidos y que no solamente se preocupan por ellos y les genera ansiedad, sino que además se preocupan por sus familiares, por el miedo al contagio de sus familias.

Esto evidencia un escenario que todavía se transforma en más trágico porque no tienen los elementos de protección suficientes y no tienen entrenamiento, ni

siquiera si los tuvieran, no tienen experiencia para su utilización, es muy importante el mantenimiento de la información permanente desde las áreas de gobierno para que todas estas personas puedan saber qué hacer, y es más, deberían tener un entrenamiento permanente sobre todo teniendo en cuenta que esta cuarentena va a durar muchísimo tiempo más, hasta que, o haya inmunidad de rebaño o haya inmunidad por vacuna.

Hay una cosa que le pasa a toda la sociedad que es el no saber cómo proceder ante esto, ni siquiera con sus vecinos y con sus allegados y la prolongación de la cuarentena hace que las personas tiendan a no cumplirla, sobre todo en aquellos lugares donde han sido exitosas y no se han visto gran cantidad de muertos, entonces las personas dejan de lado el miedo y entran en episodios de excitación o descuido poniendo en riesgo a todos los que están cerca de ellos.

Asimismo, cuando hablamos de la información, esta es otra de las causas del miedo, de la angustia, de la depresión e incluso a posteriori del estrés postraumático, hay un exceso de información. Se habla de múltiples tratamientos que no tienen el respaldo científico suficiente e igual se informa a través de los medios de comunicación y entonces empiezan a aparecer cosas que son realmente peligrosas, desde un presidente que dice *"no se preocupen es nada más que un resfriado"* hasta personas que dicen *"que hay que tomar desinfectantes para curarse del coronavirus o para protegerse del coronavirus"* y no se tiene en cuenta cuando los medios hablan sobre personas mayores o personas vulnerables que estas personas sufren un trastorno psicológico mayor porque se sienten acosadas por la enfermedad y por el riesgo de muerte inminente. □

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

Proteger nuestra salud
es fundamental en tiempos
de cuarentena.

En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

Tel: 4308-4532
info@cidpen.com.ar
www.cidpen.com.ar



“No siempre puedes obtener lo que quieres”

“You Can’t Always Get What You Want”
Rolling Stones

Por el Lic. Patricio Pasman (*)



Convivimos con un debate acerca de quienes son los responsables de la “televisión basura”. Existen muchos programas de “chimentos”, de concursos de baile donde lo que genera rating no es el arte sino las peleas entre los concursantes, programas de panelistas que se pelean sin escucharse, noticieros amarillentos, movileros que entrevistan a una madre a pocas horas que le matan su hijo y le preguntan: ¿cómo se siente?, etc.

Los responsables de producir esos programas, cuando se les critica lo que hacen, argumentan que eso es “lo que la gente consume”, **“lo que la gente quiere”**. En una serie que vi hace poco, el dueño de un medio decía, “Yo público las noticias, pero no las consumo”. Toda una definición.

Programas de buen contenido cultural o noticieros con buenas noticias, no los ve casi nadie. La paradoja es que los consumidores a su vez se quejan de la mala calidad de la televisión. Parte de la contradicción humana. Sociólogos y psicólogos seguramente podrán explicar y argumentar mejor al respecto, mientras tanto seguiremos en nuestros asados y mesas de café debatiendo si fue primero el huevo o la gallina.

¿Qué tiene que ver esto con la salud?, se estarán preguntando. **Viene como alusión para analizar si estamos dando a la gente lo que quiere o lo que necesita.**

Veamos algunos números de estos meses de pandemia que nos pueden hacer pensar.

En abril y mayo de 2020 bajaron entre un 70 y un 80% aproximadamente comparado con el año anterior las prestaciones ambulatorias y hubo un 50% menos de internaciones.

Estos son los números publicados por ADECRA+CEDIM:

1. Comparación interanual de prestaciones (abril 2019 vs abril 2020).			
Prestación	abr-19	abr-20	Variación
Consultas totales por Emergencia	213,947	54,952	-74%
Ingresos totales a internación	35,977	18,702	-48%
Anginas de pecho/síndromes coronarios agudos ingresados por Emergencias	687	258	-62%
Angioplastias coronarias	946	384	-59%
Cirugías cardíacas centrales	282	118	-58%
Intervenciones percutáneas totales	1,850	651	-65%
ACV/TIA ingresados	381	204	-46%
Cirugías generales	19,600	5,205	-73%
Prestaciones de quimioterapia y terapia radiante	5,005	4,222	-16%
Endoscopías digestivas, tanto diagnósticas como terapéuticas	7,137	1,412	-80%
% ocupación en internación general	83%	55%	-28%
% ocupación en área crítica	77%	48%	-29%

Los datos se expresan en cantidades, a excepción de los porcentajes de ocupación

Prestigiosos economistas se sorprendían con el cuadro y se preguntaban en sus cuentas de Twitter: Eduardo Levy Yeyati decía: “Por mi parte, me preguntaba: ¿qué fue de los que antes usaban el sistema de salud? ¿eran hipocondríacos o estamos acumulando contingencias?”. ⁽¹⁾

Martín Tetaz a su vez comentaba: “Esto es impresionante. Me interesa escuchar gente del gremio. ¿Quiénes son los sospechosos? ¿La gente se estresa menos porque esta encerrada? ¿Había sobrediagnóstico? ¿Se intervenía innecesariamente? ¿La gente consultaba en exceso o ahora se mueren más?”. ⁽²⁾

Dentro del gremio, el Dr. Gabriel Lebersztein, gerente médico de OSECAC comentaba días atrás en un seminario: “Hay menos apendicitis e infartos en la guardia y no entendemos por qué”.

Es claro que el gran temor a los contagios fue la causante por la cual la gente no concurrió a los establecimientos médicos, pero llaman poderosamente la atención los números de las caídas, especialmente en infartos y accidentes cerebro vasculares. Con el tiempo podremos establecer si esta increíble caída va a tener consecuencias muy graves para la población o serán leves. Es necesario tiempo y buenas estadísticas, algo que no tenemos en la Argentina. Sin embargo, en el mundo desarrollado ha ocurrido algo similar. Ya veremos.

Vimos un ejemplo similar con las endoscopías digestivas cuando lamentablemente falleció la conocida periodista Débora Pérez Volpin. Fue notoria la reducción de este estudio, sin consecuencias visibles para las poblaciones atendidas por lo que conozco.

“No siempre puedes obtener lo que quieres, pero si lo intentas quizás podrás obtener lo que necesitas”, dice la legendaria canción de los Rolling Stones.

Por algunos estudios aún muy preliminares, pareciera que las consecuencias de la considerable menor atención médica brindada estos meses no sería muy grave, entonces la pregunta a hacerse es: **¿a los asociados de las entidades de Medicina Prepaga, le estamos dando lo que necesitan o lo que quieren?**

El financiamiento de la salud tiene características únicas, donde la ley de oferta y demanda no funciona como en otros bienes y servicios. **Ningún otro servicio se vende de esta manera a los consumidores.** Un periodista de negocios amigo, Claudio Destéfano, cuando escucha una definición de este tipo, suele repreguntar de este modo: “explícamelo como si fuera para mi mamá”. Lo intentaré.

El concepto del mercado se define generalmente como un número de compradores y vendedores (o demandantes y oferentes) de un bien o servicio determinado, que están dispuestos a negociar con el objetivo de intercambiar bienes o servicios.

Veamos por ejemplo un restaurante. Un comprador (la demanda) ingresa, mira el menú con sus precios (la oferta) y decide si se queda y consume el servicio ofrecido o se va a otro restaurante. Si decide quedarse, también elegirá que va a comer, a lo sumo escuchará las recomendaciones del mozo, pero será él quien finalmente realizará el pedido contemplando, entre otros aspectos, los precios del menú. Al final de la comida, quien demandó por el servicio, pagará el precio comprometido por lo que consumió. A su vez, si quedó satisfecho, seguramente volverá algún otro día si lo desea. En este caso, como dicen los libros, podemos apreciar el funcionamiento de la ley de oferta y demanda.

Veamos ahora que sucede con una prestación médica, por ejemplo, una resonancia nuclear magnética. Quien lo consume es el paciente y quien lo ofrece es el centro de diagnóstico. Pero a diferencia del ejemplo del restaurante suceden cosas muy diferentes. En primer lugar, el paciente demandará el servicio porque otra persona, el médico, le dijo que lo necesitaba. No es el consumidor que, como en el ejemplo, tiene hambre y busca un restaurante para satisfacer su necesidad.

Siguiendo la metáfora, el médico no solo le dice que tiene hambre y debe ir a un restaurante, también que es lo que tiene que pedir del menú, y en algunos casos (como por ejemplo prótesis o medicamentos), le indica a que restaurante debe ir a comer. Ni el médico ni el

paciente saben el precio del servicio. Los precios no figuran en "el menú".

Si el plan no tiene un copago establecido, tampoco abonará nada al centro de diagnóstico. No hay "un mozo" que le lleve la factura. Este servicio lo pagará un tercero, la obra social o prepaga, que negocia los precios con el centro de diagnóstico y a su vez intenta que el médico no pida estudios innecesarios. Volviendo al ejemplo, el tercero pagador intentará que el médico no lo haga al paciente comer de más, que todo lo que coma sea saludable y que no concurra a restaurantes que cobran precios desorbitados o tienen a su juicio mala calidad. Esto genera un vínculo de mucha tensión entre las partes. En nuestro mercado imperfecto donde no funciona como dicen los libros la ley de oferta y demanda, entonces sería como ir a un restaurante a comer porque otro me dijo que debía hacerlo. Además, me elije el plato y que voy a comer. Ni él ni yo pagaremos, o lo que es aún más complejo, al médico y al centro les conviene que vaya a verlo varias veces ya que así ganan más dinero, y a la obra social o prepaga le conviene que vaya menos. En nuestro sistema de medicina prepaga, al ser mayoritariamente de planes sin copagos o copagos de valores muy pequeños, es como si entráramos siempre a restaurantes de "canilla libre", con lo cual no importa cuánto comamos, ya que esta "todo incluido".

Si a esta altura de la nota, usted está confundido, no se preocupe, yo también lo estoy, y no creo ser el único. Intentaré simplificar.

En el ejemplo del libre intercambio de bienes y servicios del restaurante, **participan básicamente dos sujetos**, el comprador del servicio que decide qué va a consumir y donde hacerlo y es quien lo paga. Quien



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/

lo vende que compite con otros restaurantes e intenta ser competitivo en su oferta y finalmente es quien recibe el dinero directamente del consumidor. En la prestación médica **intervienen básicamente cuatro sujetos**, el médico, el paciente, la institución médica (centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias, sanatorios, etc.) y la prepaga u obra social. Quien decide el consumo, no es quien lo paga, con la complejidad de los intereses contrapuestos, controles y negociaciones cruzadas.

Esta pandemia ha puesto en evidencia más que nunca, a mi entender, un sistema que hemos creado, muy caro e ineficiente, donde todos somos en parte responsables.

- **Pacientes o clientes** que quieren tener libre acceso a todos los especialistas, estudios y tratamientos, con amplias cartillas, sin pagar nada cuando lo utilizan. Exceso de atención en guardias. Exigencia a los profesionales de prescripción de medicamentos o estudios que leyeron en internet o que le recomendó un amigo. Consumidores que piensan *“Como lo pago, lo uso como quiero”*.

“Esta pandemia ha puesto en evidencia más que nunca, a mi entender, un sistema que hemos creado, muy caro e ineficiente, donde todos somos en parte responsables”.

- **Prepagas y Obras Sociales**, que para satisfacer lo que quieren los consumidores, comercializan planes de “canilla libre” con muy poco control y miles de prestadores en sus cartillas. Sistemas de pago por servicios que puede inducir a brindar mayor cantidad de prestaciones que las necesarias, una fragmentación en los servicios, desperdicio y aumento de costos. ¿Dónde se está poniendo el foco? ¿En satisfacer las necesidades de salud de la población o en vender más planes dándole a la gente lo que quiere?
- **Médicos**, que en ocasiones incentivan innecesariamente la demanda de consultas, estudios y tratamientos o que simplemente prescriben lo que quieren los pacientes. Prescripción de medicamentos por marca comercial, en algunos casos de laboratorios que seducen e incentivan al prescriptor, en ocasiones invitándolos a congresos en playas vacacionales. ¿Dónde está el foco, en satisfacer las necesidades de salud de la población o dándole a la gente lo que quiere?
- **Instituciones médicas**, que muchas veces realizan grandes inversiones en edificios, camas, medicamentos, laboratorios o equipos de altísimo precio, que luego para poder pagarlos y ser rentables, necesitan ser muy utilizados. ¿Dónde está el foco, en satisfacer las necesidades de salud de la población o en vender más prestaciones dándole a la gente lo que quiere?

Veamos un ejemplo concreto que quizás ayude a interpretar mejor lo que intento explicar. Durante la pandemia, lamentablemente, cerró un centro ambulatorio que la Fundación Favaloro había abierto hace unos años en Pilar. Es lamentable por la gente que trabajaba allí y por una Institución tan querida por los

argentinos. Una de las prestaciones que más éxito tuvo ese centro, fueron los chequeos médicos. Consistían en que un cliente concurría durante toda una mañana, veía por única vez a un médico y se le hacían estudios de todo tipo, entregando luego una carpeta con los resultados. Como en una cadena de hamburguesas, se vendían los “combos”. Rápidamente la gente “quiso” usarlo, sin considerar si alguno de esos estudios se lo había hecho hace poco tiempo, era innecesario o si por su historia clínica o antecedentes genéticos requería algún examen no incluido en el chequeo. Tengo amigos que coordinaban para ir juntos así era más ameno. *“Está buenísimo, te hacen todo en una mañana”*, me decía uno. *“Yo voy una vez por año y me lo hago”*, repetía otro. Una primera mirada, diría que esto es muy bueno ya que promueve la prevención. Sin embargo, a mi entender, es un claro ejemplo de mala utilización de recursos. Un servicio creado para darle al cliente lo que quiere y no lo que necesita, que sería tener un médico de cabecera que conoce su historia clínica, sus antecedentes y le solicita los estudios necesarios para mantener la salud, prevenir la enfermedad o indicar el tratamiento necesario de cada persona.

Las demandas de salud son infinitas y los recursos son finitos.

Esto es así para una prepaga, un municipio, una provincia y para un país. Permanentemente es necesario lidiar con esta tensión. Le sucede por ejemplo a Gran Bretaña que es considerado por los expertos uno de los mejores sistemas de salud del mundo. Uno de sus administradores, Sir Michael Rawlins, cuando se desempeñaba como presidente del NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido) decía esto: *“Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en el país de las maravillas”*.

La economía es la ciencia social que estudia como satisfacer las necesidades de las personas en el tiempo, mediante el conjunto de bienes y recursos siempre escasos y finitos. La pandemia nos enfrenta a nuevos aprendizajes y desafíos. Administrar con los escasos recursos existentes, supone inventariar y priorizar las necesidades. Eso implica en salud poder diferenciar lo que quiere el cliente de lo que realmente necesita. Necesitamos alinear a médicos, instituciones, obras sociales y prepagas, con foco en las reales necesidades de sus clientes. También de pacientes comprometidos que pueden cambiar la calidad de su salud e influir sobre la prestación de la asistencia sanitaria en el futuro. □

(1) <https://twitter.com/eduardoyeyati/status/1259270463504764929>

(2) <https://twitter.com/martintetaz/status/1259287921313697793?s=09>

(*) Consultor de Entidades de Medicina Prepaga.



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

Los interrogantes al sistema sanitario que planteó la pandemia en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



La pandemia de SARS-CoV-2 interpeló a los sistemas sanitarios de todo el mundo incluso a los de los países más desarrollados a quienes tomó por sorpresa y no tuvieron mucho tiempo de preparación. En nuestro caso, la alarma fue temprana y se planteó un Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) total el 20 de marzo con el fin de preparar al sistema. Al momento de escribir este artículo llevamos 100 días de confinamiento y se acaba de anunciar un endurecimiento de este por 17 días más, producto de un aumento de casos y de ocupación de camas de UTI.

En este contexto y con serias consecuencias a la economía del país, se plantean una serie de interrogantes que fueron surgiendo en diferentes debates a lo largo de este tiempo. Mencionaremos 15 de estos interrogantes que abarcan problemáticas de tres tipos: algunas relacionadas con la gestión de los servicios de salud, otras con la gestión de la carga de morbilidad y finalmente interrogantes relacionados con algunos determinantes sociales de la salud.

El primer interrogante y seguramente el que nos desvela y tal vez sobre lo que más estamos discutiendo en estos momentos es:

1. ¿Está el sistema preparado para el pico de la curva?

Finalmente, después de tres meses de aplanar la curva, ¿cumplimos el objetivo de preparar el sistema? La preparación estuvo centrada básicamente en aumentar la cantidad de camas de UCI y de respiradores. Y en este sentido se anunció desde el Gobierno nacional un aumento importante (de 18,8 camas por 100 mil habitantes se pasó a 23,1 por 100 mil en camas de UCI). Si bien a nivel global es importante este aumento, particularmente en el AMBA pareciera que resultará insuficiente toda vez que la curva de internación en UCI siga creciendo al ritmo actual. Esta es la causa nuevamente esgrimida para la prórroga reciente de la ASPO. El aumento de camas de UCI tiene el límite de la cantidad de recursos humanos disponibles para su utilización (médicos intensivistas y enfermeros especializados). El sistema no va a poder prepararse más desde este punto de vista y si seguimos considerando solo esta estrategia la única medida posible es el ASPO en fase 1 para el AMBA. La estrategia que debía fortalecerse y que consistía en un testeo más agresivo con aislamiento focalizado no se alcanzó. La Argentina es el país junto a Bolivia con menor cantidad de testeos de la región muy por debajo del resto. El cambio de la definición de caso sospechoso de coronavirus, eliminándose la fiebre como un síntoma necesario para ser testeado, se produjo recién el 10 de junio, 80 días después de haberse decretado el ASPO y cuando las recomendaciones de la OMS de mayor testeo se habían realizado muchísimo antes. Demasiado tarde. A partir de esa fecha aumentaron los testeos y obviamente aumentaron los casos y la letalidad disminuyó ostensiblemente. En este punto se observan diferencias en la estrategia adoptada al interior de la zona epicentro de la pandemia, el AMBA entre los gobiernos de CABA (más

testeos y bloqueos selectivos) y de la Provincia de Buenos Aires. Estas diferencias pueden impactar si se resquebraja la coordinación necesaria que hasta ese momento venía funcionando bastante bien.

2. ¿Estamos en presencia de un nuevo paradigma en cuanto a la toma de decisiones en salud pública?

El SARS-CoV-2 es la primera pandemia 2.0 de la humanidad. Es la primera catástrofe mundial en la era de las nuevas tecnologías de comunicación y redes sociales. En el SARS-2003 ni siquiera existía Facebook. En la Gripe A en 2009 no existían WhatsApp ni Instagram y el iPhone tenían dos años y era caro y en MERS-2012 todas estas redes aún no eran tan masivas. Nunca habíamos convivido con tantas redes sociales consolidadas como fenómenos mundiales y como métodos de transmisión de información, pero también de noticias falsas, incertidumbres y angustias. A su vez el Gobierno ha hecho un seguimiento muy cercano al comportamiento de las redes a través de Big Data con informes diarios sobre el comportamiento en las redes. Evidentemente estas redes influyeron en la toma de decisiones. La decisión de cerrar las escuelas y luego de entrar a un ASPO en una fase tan temprana fue producto de esta presión ante el miedo de las imágenes que llegaban del invierno europeo. Sin esta presión seguramente no se hubieran tomado estas decisiones. Vale preguntarse entonces: esta tecnología, ¿facilita la participación social de la que tanto hablábamos desde Alma-Ata? ¿O es una nueva forma de participación? ¿Vino para quedarse? ¿Se privilegia esta información por sobre la información técnica para la toma de decisiones? ¿Puede ser perjudicial? ¿Cómo potenciar lo bueno y cómo contrarrestar lo perjudicial de esto?

3. ¿Estamos en presencia de un nuevo paradigma de atención?

En estos días se ha instalado la telesalud, la telemedicina y la teleconsulta. Si bien venían aumentando su presencia, esta pandemia incrementó exponencialmente el teletrabajo y en particular en salud la teleconsulta. Muchos colegios médicos que se oponían a esta modalidad debieron cambiar su opinión y al menos aceptarlas mientras dure la contingencia instando a que se utilicen solo para seguimientos y asesoría médica pero no para primeras consultas, por ejemplo. Esta actividad, aún no del todo regulada, presenta otras aristas como la cobertura de la mala praxis, cuestiones de ética médica, seguridad de los datos, valor de esta consulta, entre otros. Son dos los modelos en pugna: por un lado, el modelo de Call Center implementado por algunos financiadores, altamente impersonal, donde algún médico "de guardia" responde y por otro lado las plataformas que permiten atenderse con el médico que cada uno elija, o sea una atención personalizada.

Vale preguntarse, ¿estas modalidades vinieron para quedarse? De ahora en más ¿Será una modalidad masiva? Los financiadores ¿Aceptarán estas nuevas formas de atención?

4. ¿Estamos ante la posibilidad de un nuevo paradigma en la financiación del sistema?

Si bien no se observan propuestas de reformas en el sistema de salud, se debatió la oportunidad de hacerlo post crisis. En este sentido las preguntas serían: ¿se avanzará hacia una reforma integral del sistema? De ser así ¿Cuál sería el modelo? ¿Más Estado menos mercado? Si es más Estado ¿Dónde? ¿Estamos ante la quiebra masiva de clínicas y sanatorios privados? ¿Algunas provincias saldrán a comprar clínicas desde sus obras sociales para integrar sus sistemas? ¿Se avanzará a un sistema más federal con sistemas o seguros provinciales que incluyan unificación de financiamiento entre el presupuesto público, la obra social provincial y el PAMI, por ejemplo?

5. ¿La APS fue la gran perdedora del modelo de atención en esta pandemia?

Dijimos que la preparación del sistema estuvo centrada en el aumento de camas de UCI y respiradores y no en una estrategia de testeos masivos y confinamientos selectivos. Tampoco se aprovecharon estos 100 días para fortalecer la Atención Primaria de la Salud ni como estrategia ni como primer nivel de atención o puerta de entrada. Más del 85% de los casos no requiere internación, entonces ¿No se podrían haber tratado en un nivel ambulatorio sin pasar por hospitales donde hay mayor circulación de virus?

El programa AMBA Salud podría haberse reforzado y fortalecido y seguramente hubiera funcionado mejor la estrategia de detección y confinamiento selectivo en el marco de un modelo de responsabilidad nominal, con criterios de prevención, con HCL digital, con un equipo de salud que vaya a buscar el paciente.

6. ¿Sirve el actual modelo predominante de gestión hospitalaria?

Esta pandemia puso sobre el tapete un modelo retrógrado de gestión de hospitales públicos. Rígido, poco profesional. Los directores hospitalarios no tienen realmente las herramientas necesarias para gestionar y esto quedó en evidencia.

7. ¿Hay un nuevo paradigma en la educación médica?

En esta pandemia se profundizó la educación a distancia en las carreras relacionadas con la salud. Al igual que con la teleasistencia cabe preguntarse si esto llegó para quedarse.

8. ¿Cambiará el paradigma en I&D?

El SARS-CoV-2 puso a toda la investigación y desarrollo atrás de ella. ¿No sería positivo repetir esta experiencia con otras enfermedades como Chagas, TBC, etc.? ¿Se pasará de que cada investigador decida que investigar a investigar por problema priorizado? ¿El Estado incentivará que investigar a partir de las líneas de financiamiento? ¿Se romperá la dicotomía entre tomadores de decisiones e investigadores? ¿Se integrarán finalmente estos dos campos aparentemente enfrentados poniendo fin a esta grieta?

9. ¿Se modernizarán las diferentes áreas del Ministerio?

En esta oportunidad fallaron claramente varias áreas del Ministerio de Salud de Nación poniendo sobre el tapete un déficit de rectoría sobre el sistema. Solo por mencionar dos señalamos salud de fronteras y el sistema de información. Es urgente su fortalecimiento en cualquier esquema que estén pensando para la reapertura a una fase de cierta normalidad.

10. ¿Son las ENT las grandes perdedoras en la carga de morbilidad de esta crisis?

¿Cómo hacemos para hacerlas visibles? Pareciera que ahora nadie se enferma de enfermedades no transmisibles. Desaparecieron directamente palabras como cáncer, obesidad, hipertensión, diabetes, salud mental. También palabras como prevención. ¿Será que no hacen picos y por

eso son invisibles? ¿Dejaremos de detectar los "asintomáticos" de las crónicas? ¿Dejamos de "testear" para detectar HTA, diabetes, cáncer? O sea ¿No hacemos más prevención? ¿Cómo retomamos una agenda de las crónicas?

11. ¿Es la salud pública como disciplina la gran perdedora de esta pandemia?

El comando de esta crisis lo tuvo la infectología, y un poco la epidemiología, pero la salud pública es más holística. Incluye los determinantes sociales de la salud. Incluye la economía, el trabajo, saneamiento, medio ambiente, enfermedades crónicas, etc. ¿No deberíamos haber tenido una mirada holística? ¿Se analizaron cuántos AVAD se están perdiendo por otras causas?

12. ¿Se revalorizará la producción local (pública o privada) sobre la transnacional?

¿Es el fin de la globalización tal cual la conocemos? ¿Se integrarán las cadenas de producción en entornos locales o regionales más cercanos? ¿Nos integraremos más con países limítrofes? ¿Se fomentará la producción de insumos hospitalarios nacionales como jeringas, guantes, etc.? ¿Se avanzará en la producción de IFAS Nacionales para no depender de China e India? ¿Vuelve el Compre Nacional? ¿Cambiarán las modalidades de contratación estatal, las leyes de contabilidad nacional y provinciales?

13. ¿Es el SARS-CoV-2 una nueva enfermedad de la pobreza?

Cuando aumentó la prevalencia de las ENT se decía que eran las enfermedades de la civilización, de la riqueza, de los de mayor poder adquisitivo, del desarrollo, etc. Esto se explicaba desde la teoría de la transición epidemiológica de Omran como la tercera y última etapa. Pero Olshansky y Ault ya en 1986 hablaban de la cuarta etapa de la transición epidemiológica que era el retraimiento de las enfermedades degenerativas como las llamaba Omran. Hoy, el 70% de la carga de morbilidad de estas enfermedades crónicas está en los países más pobres. La obesidad, diabetes, etc. se relacionan más con la pobreza. Los países desarrollados ya están en la cuarta etapa de transición. ¿Pasará lo mismo con esta enfermedad? Empezó en países más desarrollados, pero ya está la oleada instalándose por acá del Norte al Sur ¿Pasará allá y acá quedará en el tiempo? Lo cierto es que en países con menores desigualdades el impacto fue menor y que afecta más a los más pobres y además genera más pobreza ¿Aumentará la brecha entre ricos y pobres al interior de los países? Un estudio muestra que el índice de Gini de desigualdades aumentó posterior a todos los eventos estudiados (SARS-2003, H1N1-2009, MERS-2012, Ébola-2014 y Zika-2016) (IMFnews blogs.imf.org How pandemic leave the por even farther behind mayo 11, 2020).

14. ¿Estamos dispuestos como ciudadanos a resignar libertad por salud?

¿Vamos hacia una sociedad más orwelliana? ¿Big Data=Big Brother? ¿Puede desprenderse de esto la tentación de gobiernos más autoritarios? ¿Perderemos grados de libertad? ¿Se viene otro tipo de democracia? El filósofo surcoreano Byung-Chul Han expresó al respecto "Nuestro estado de salud, nuestro cuerpo, se convierten en objetos de vigilancia digital. Existe temor a la vigilancia biopolítica digital, al disciplinamiento biopolítico".

15. Finalmente ¿Alguien está pensando en todo esto?

Quizá la pregunta más importante. ¿No hubiera sido más conveniente conformar un grupo, (comité, comisión, etc.) transdisciplinario integrado por profesionales de la política, de la salud pública, de la economía, de la salud mental, del medio ambiente, de la filosofía, etc., para pensar estos temas? ¿La nueva normalidad será una vieja nueva normalidad? ¿O realmente algo nuevo? ¿Aprovecharemos de la crisis o seguiremos con los mismos problemas? □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.

La Argentina: jugando al borde del abismo

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).

¿Cuándo la Argentina se convirtió en un país anormal? O para recordar la frase de Zavalita en Conversaciones en la Catedral⁽¹⁾ pero en este caso aplicado a nuestro país, la pregunta podría ser ¿Cuándo se jodió la Argentina?

Hace 37 años que vivimos en democracia y no hemos podido organizar un Estado preparado para poder hacer frente a los desafíos económicos, políticos y sociales de todos los días, podemos imaginarnos lo que sucedió cuando apareció un cisne negro como la pandemia que fue una sorpresa universal. Hacemos agua por todos lados.

Pero como todas las cosas que suceden en la vida y también en el mundo, un día llega algo que rompe los cánones establecidos y obliga a repensar el juego. En estas circunstancias poseer y comprender una teoría, doctrina o escuela de pensamiento común es el único medio que dispone cualquier grupo humano dispuesto a gobernar un país para coordinarse entre sí, obrar de manera coherente y adoptar decisiones lógicas y consistentes en distintos campos de la acción de gobierno.

Digámoslo de una vez y para siempre el Estado y el mercado se complementan, se necesitan para desarrollarse. Como bien planteó Martín Tetaz “No hay posibilidad de tener un capitalismo exitoso si no existe un Estado fuerte que desarrolle ese entramado institucional que llamamos mercado, que no es otra cosa que el conjunto de normas (formales e informales) que regulan la interacción entre oferentes y demandantes”.⁽²⁾ Pero también es cierto que no hay posibilidades que una economía pueda resistir un Estado ineficiente y burocrático que se aprovecha siempre de la situación y que cobra más de lo que entrega en materia de servicios públicos. Tanto es así que la sociedad tiene que comprar en el mercado privado esos bienes de calidad que no se pueden asegurar (educación y salud).

La Argentina arrastra serios 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*.

Según el Prof. Carlos Matus “La planificación no es otra cosa que el intento del hombre por gobernar su futuro, por imponer la razón humana sobre las circunstancias. Ningún mecanismo automático y determinístico resuelve el destino del hombre”. Sino planificamos se corre el riesgo que el desarrollo económico como proceso diacrónico que genera relaciones internacionales donde la mano invisible termina operando en el sentido contrario: da muchas ventajas a los que ya tienen ventajas.

Si seguimos haciendo las mismas preguntas vamos a seguir escuchando las mismas respuestas. Es hora de cambiar el paradigma. Quizás ahora el cambio, la reforma deje de ser visto como un costo político inabordable y los políticos comiencen a considerar que el único camino es producir las transformaciones que el tiempo requiere. Las opciones conservadoras serían las que generan ahora costo político ante los despojos que deja la pandemia luego de su paso.

Necesitamos un plan que sea una apuesta estratégica y no una apuesta de azar.⁽³⁾ El que planifica va a terminar influyendo sobre los resultados, aunque no controle los resultados últimos de su acción. Para ello se requieren herramientas potentes para poder lidiar con la incertidumbre, prever posibilidades, descubrirlas y anticipar respuestas. Se trata de encontrar los caminos para transitar por el futuro no de predecir el futuro.

El plan que necesitamos debería hacerse las preguntas correctas acerca del futuro de las relaciones económicas y sociales, nuevos esquemas de organización del trabajo, de prestación de servicios, de financiamiento de las funciones sociales y terminar diseñando una agenda. La pandemia ayudará a desmontar pequeños y grandes intereses que frenan y traban cualquier proceso virtuoso de reforma. La Argentina nunca tuvo una guerra (primera o segunda guerra mundial) y tampoco sufrió las consecuencias de la pandemia de gripe española de 1918 en consecuencia el estado de bienestar que supo armar es a imagen y semejanza de las inequidades estructurales en la distribución del ingreso que acompañaron al país durante todos estos años.

En el caso de la salud el diseño del sistema fue resultado de la doctrina de la subsidiariedad (ley 18.610) el Estado sólo debe hacer aquello que no puede hacer ni el mercado ni la sociedad organizada y este enfoque promovido por militares, sindicalistas e iglesia construyó un modelo donde la variable de ajuste fue un Estado débil, sin músculo y sin capacidades de dirigir, controlar y regular. Los intentos de revertir este poder constituido fracasaron en 1974 (SNIS) y en 1985 (Seguro Nacional de Salud).

El Estado debe recuperar poder que no tiene que ver con el tamaño sino con las capacidades de orientar y promover determinados procesos. Este proceso se llama GOBERNANZA, a 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.

Con el mismo espíritu que lo han hecho los gobiernos de Italia, España y Francia se podría crear un espacio integrado por un Comité de Expertos en materia económica y social para colaborar en la enorme tarea de reconstrucción que el país necesitará después del Covid-19. La puesta en marcha gradual de los diversos sectores de la actividad social, económica y productiva mediante la individualización de nuevos modelos organizativos y relacionales que tengan en cuenta las exigencias de contención y prevención de la emergencia.

Necesitamos un Estado diferente y un replanteo de temas cruciales para el futuro. Aspectos como los que siguen deberían tener un especial tratamiento y análisis por parte del Estado, universidades, empresas y sociedad civil en general:

- a) Promover la innovación tecnológica para aplicar internamente en la mejora del funcionamiento del Estado, pero también como clúster para exportar (las experiencias de los test rápidos), las terapias con plasma para combatir el coronavirus, así como el desarrollo de nuevas aplicaciones son una pequeña muestra de la potencialidad de este sector.
- b) Replantear la organización del trabajo, las modalidades de contratación. Los sindicatos del sector privado son los únicos que están en línea con la necesidad de generar fuentes de trabajo y que las mismas puedan ser formales. La situación de los monotributistas.
- c) Revisión de la carga impositiva de los impuestos distorsivos, promover la inversión productiva y replantear el mecanismo de coparticipación federal involucrando a las provincias en programas de eficiencia y eficacia de las funciones de salud y educación.

- d) Redefinir la relación entre la Nación y las provincias en materia de salud y educación.
- e) Cómo avanzar en la cobertura universal de salud colaborando con las provincias para alcanzar esquemas de seguros provinciales con 80% de la población (una especie de FONASA de Chile, pero a nivel provincial).
- f) Situación de la tercera edad: PAMI y residencias geriátricas (regulación).
- g) Organizar un programa para hacer frente a las situaciones de salud mental y enfermedades crónicas post pandemia.
- h) Situación económico financiera y fiscal de las entidades privadas de salud que saldrán de la pandemia muy castigadas.
- i) Definir la trayectoria de la educación a distancia y plantear un programa de formación de recursos humanos en salud que se pueda adaptar a las necesidades.
- j) Abordar el tema de la judicialización y discutir prioridades. PMO para todos los habitantes del país con independencia de quién sea el responsable de brindar el aseguramiento y/o la prestación correspondiente.
- k) Sistemas de información nacional, provincial y regional. Búsqueda de economías de escala en materia de oferta de tecnología a nivel de provincias tal como se hizo con maternidad poder avanzar en un mapeo y organización por complejidad de otras patologías graves como cáncer, cardiología y enfermedades respiratorias.

El escudo de la ciudad de Módena tiene una frase en latín "AVIA PERVIA" que quiere decir "Hacer fácil lo difícil". Ese es el camino para enfrentar con creatividad la incertidumbre que plantea la pandemia y con un amplio consenso político sobre los grandes temas. Después seguramente existirán los espacios para mayor debate y discusión, pero ahora es tiempo de encontrar algunos comunes denominadores y no estamos ante cualquier desafío estamos ante la posibilidad de caer en el abismo. Y como decía Friedrich Nietzsche, "Cuando miras largo tiempo al abismo, el abismo también mira dentro de ti". □

-
- 1) Conversaciones en la Catedral. Vargas Llosa.
 - 2) Martín Tetaz – El Economista 13 abril 2020.
 - 3) Carlos Matus, Plan Estratégico Situacional. ONU – CEPAL.
-

(*) Director - Instituto de Economía del Bienestar - IdEB - www.ideblatam.org



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

El espejo contrafáctico y la realidad

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



En toda pandemia, hay circunstancias que atraviesan los países que obran como espejos, aunque a veces distorsionan la realidad si los fenómenos fácticos que reflejan no son útiles para tomar idénticas decisiones. Y al haber dejado desubicada a la ortodoxia, otros espejos funcionan reflejando lo que podría haber ocurrido de implementarse estrategias diferentes. Estos espejos que podríamos denominar contrafácticos permiten aprender que siempre es necesario tener otras alternativas a lo que puede llegar a ocurrir en un futuro inmediato. Por ejemplo, reconocer realidades diferentes a determinado presente, con todas las implicancias que esto pueda traer aparejado. Lo contrafáctico tiene sentido si y solo si la consecuencia del antecedente no entraña alteraciones en teorías de las cuales tal antecedente sea lógicamente dependiente. Es el contrario a los hechos sucedidos. Una condición donde el antecedente no se cumplió o no se cumple. Un ejemplo. Si se hubiera analizado en profundidad y oportunamente de qué forma y sobre quienes iba golpeando la pandemia de SARS-CoV-2 a medida que se extendía por diferentes países y megalópolis del mundo, tal vez los sistemas de salud podrían haber alistado estrategias diferentes en base a lo que los hechos iban demostrando.

El espejo fáctico de la pandemia fue España, Italia y Francia. Eran el laboratorio y el termómetro de la pandemia mundial. Miles y miles de infectados y una curva de muertes dramáticamente ascendente que dependía de la edad avanzada, el estado de salud y sexo enmarcaban el aterrador colapso sanitario que se vivía -con implicancias bioéticas incluidas- al desbordarse terapias intensivas y respiradores. Obviamente, los sistemas de salud latinoamericanos plantearon estructurar un modelo hospitalocéntrico basado en aumentar camas de UTI y comprar más y más respiradores, porque ese espejo mostraba lo que seguramente iba a pasar con los adultos mayores, asociándolo al confinamiento social. Había que achatar la curva de casos en el tiempo para expandir la capacidad operativa del sistema, y resolver el dilema de la ecuación salud/economía/vida/muerte. Pero el mundo real siempre resulta mucho más complejo de lo que les parece a virólogos e infectólogos. Y entenderlo o no tiene ventajas y desventajas.

Cuando la ola pandémica cruzó el Atlántico a mediados de marzo y el discípulo del Quinto Jinete asoló el Estado de Nueva York, las cuestiones sociales como determinantes empezaron a mostrar mayor peso que la

edad avanzada y el sexo. Los diarios locales reflejaron que el Bronx, con 56.4% de su población hispana y negra y elevado nivel de pobreza, al igual que las barriadas latinas de Queens y Brooklyn estaban siendo duramente golpeadas por el coronavirus con la tasa más alta de mortalidad, en franco contraste con la rica Manhattan. Pobreza, hábitat inadecuado, hacinamiento, desempleo y subempleo y deterioro de la salud las hacían más vulnerables al nuevo virus. La crisis sanitaria mostraba con toda crudeza -a diferencia de Europa- los resultados de la difícil convivencia en una misma ciudad de dos sociedades: una blanca y opulenta y otra negra e hispana y pobre. Era la brecha de la mortalidad con el que la gran metrópoli pasaba a convertirse en foco de la pandemia mundial donde el impacto letal no era igual para todos. Ya no era cuestión de analizar el conjunto de una ciudad o territorio (Madrid o la Lombardía italiana) sino atender las realidades paralelas. La cuarentena pasaba a ser un experimento social sin precedentes. Había neoyorquinos que podían permitirse el confinamiento cómodo en sus casas, y otros de barrios con menos recursos que no tenían otra opción que poner en peligro su salud a diario. Superponer un mapa de las zonas donde vivían los trabajadores denominados esenciales con otro de contagiados resultaba casi idéntico. Como el caso de Queens, donde la mayor concentración de infectados se daba en barrios de trabajadores de servicios esenciales de origen hispano. Permanecer en sus casas podía significar para ellos largas horas de reclusión, hacinados en lugares cerrados.

Pese a esa información, el espejo fáctico siguió siendo europeo. A nadie en Latinoamérica se le ocurrió analizar el porqué del violento paso de la pandemia frente a la dual realidad social del Nueva York. Quizás porque también existen grietas en el pensamiento sanitario que no permiten reflexión y pensamiento contrafáctico de cómo anticiparse a lo que vendrá. No tener en cuenta que un aislamiento estricto de los positivos más rastreo extendido de contactos (enfoque básico de salud pública para controlar brotes) sería difícil de implementar sin un buen esquema de Atención Primaria territorial sobre las barriadas más vulnerables, cuando los casos aumentarían rápidamente y no fuera fácil identificarlos (sea por carecer de suficientes tests o porque la enfermedad tiene supercontagadores asintomáticos). No se pensó que las megalópolis sudamericanas reflejan con mayor profundidad el drama de las sociedades duales. Y que lo fundamental era recuperar el sentido de aquel juego de palabras de Carlos Alvarado de que *"a la enfermedad hay que ir a buscarla activamente"*

donde la gente vive y no esperarla pasivamente en los hospitales". Siempre la vulnerabilidad a un virus de altísima transmisibilidad será mayor sobre la dimensión social de quienes solo sobreviven en la periferia de las grandes urbes o dentro de ellas. Era un reduccionismo sanitario -sin contar con un buen ejército de testeadores y rastreadores- pretender que, solo confinando la vida en barriadas hacinadas, sin servicios básicos y en situación de deterioro permanente se podría detener mágicamente el avance de la pandemia.

La suerte en América Latina parece ya echada hasta que no aparezca la vacuna salvadora, porque el cambio de estrategias fue tardío y mal aplicado, resultado del espejo desenfocado. No resulta efectivo testear más sin aislar, rastrear trazabilidad de contactos en forma radiada y vigilar estrechamente los focos. Tampoco encerrar todo en el argumento pseudobioético de vida o muerte como un dogma transformado en política. Que es reducirlo a la consumación del Biopoder absoluto como herramienta maniquea de la Biopolítica. Vida o muerte como un juego binario del dominio de lo fáctico. No. Porque siempre hay un espejo contrafáctico. ¿Qué hubiera pasado si en lugar de tanta postura maniquea hubieran atendido a los espejos del Bronx y las barriadas vulnerables del Nueva York pobre? Y optar por focalizar la prevención sobre los más desprotegidos. Hubo tiempo suficiente para pensar y planificar en forma anticipada más APS territorial y activa, en lugar de tanto "intensivismo" pasivo.

Quizás aquí alguien haga referencia al "diario del lunes". Pero los diarios que había que leer eran los de principios de abril, lo que ocurría en una realidad más asimilable. Y si los sistemas de salud latinoamericanos

hubieran mirado ese espejo, y se hubieran mirado a sí mismos, podrían haber dispuesto variantes que ayudarían a resolver la encrucijada de cómo hacer para que sociedades profundamente heterogéneas, donde unos pueden sobrevivir con cierta holgura y otros apenas subsistir en medio de sus carencias, desprotecciones y bajísima visibilidad social crónicas, aceptaran y respetaran cuarentenas generales sin contagiarse entre sí. Y como evitar la aceleración de la circulación viral en sus comunidades. Atención Primaria de la Salud con enfoque territorial es como Dios. Todos hablan de él, pero lo cierto es que nunca nadie supo cómo es realmente. Fáctico y contrafáctico espejados. Simples encerronas del Biopoder cuando se lo ajusta a consignas simplistas, a fríos datos estadísticos diarios, al fomento del pánico y al intento de achatar curvas que van perdiendo utilidad estratégica en el tiempo. El dilema bioético no debió centrarse solo en a quién y cómo se iba a salvar en hospitales súper equipados, aunque bajo incertidumbre de suficiencia. Sobrevivir al virus no es lo mismo que sobrevivir a la profundización de la desocupación, del trabajo precario y de las necesidades básicas, sin el destino de una vida que tenga real sentido. Toda pandemia deja reflexiones. Y exige explicaciones. ¿O acaso es solo la cantidad y no la calidad de vida lo que marca el sentido de la supervivencia, más allá de la fría estadística de los números? □

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



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

Reflexiones y aportes desde la arquitectura hospitalaria

La post pandemia

"La educación no cambia al mundo, cambia a las personas que son las que van a cambiar al mundo".
Paulo Freire



Por Gustavo M. Di Salvo y Roberto A. Navazo
 Arquitectos (*)

La pandemia ha puesto en crisis a todos los Estados, dado que ha dejado en evidencia los efectos de políticas que no llegaron a cubrir equitativamente las necesidades básicas de la sociedad, la promoción de oportunidades y la distribución de la riqueza.

Por lo visto hasta el momento, lo único que es efectivo para una pandemia, sin vacuna existente, es tener rápidos reflejos para iniciar una cuarentena.

En este marco, la pandemia nos hace reflexionar sobre nuestro **sistema de salud** y para ello, cada disciplina participante, está expectante de cómo se va desarrollando y al mismo tiempo se replantea su accionar en el futuro.

En lo que respecta a la **arquitectura orientada a la salud**, vemos que la pandemia, ha demostrado, la necesidad de camas de internación, la falta de equipamiento médico, la escasez del mantenimiento en las infraestructuras hospitalarias y la ausencia de protagonismo del profesional especializado en el recurso físico en salud.

Destacamos la rápida decisión del Gobierno en cubrir dichas falen-

cias, aunque confirma nuestra última evidencia que es "La ausencia del profesional especializado", puesto que la necesidad de ampliar camas sólo fue en términos cuantitativos y no se tomó la dimensión cualitativa.

Tal es el caso de los denominados **hospitales modulares** que, por sumar camas al sistema, se resignó superficie para los servicios de apoyo asistenciales y de confort al personal. Mientras que, en uno, se compromete al proceso de atención médica, en el otro implica la seguridad del personal, ya que los mayores riesgos de contagio están dados por el cansancio. Creemos que, con la colaboración del arquitecto hospitalario, en el proceso de diseño, se hubiera podido subsanar dichas observaciones.

Tenemos que capitalizar lo aprendido en la pandemia, de esta manera actuar sobre las poblaciones más vulnerables, tener en cuenta los determinantes sociales, intervenir sobre los que tengan mayores factores de riesgos, (adultos mayores y las enfermedades crónicas), sin dejar de priorizar la seguridad del personal de salud.

Dicho en palabras del doctor Ramón Carrillo: "Si el arquitecto no está

compenetrado del espíritu y la doctrina de salud pública, no podrá comprender nunca una arquitectura social como es la arquitectura hospitalaria y la arquitectura vinculada con las diversas especialidades de la medicina".

No caben dudas que Carrillo, revolucionó el sistema de salud y entre otras innovaciones, incorpora la figura del arquitecto como un actor para interpretar y materializar los procesos de la atención médica, teniendo en cuenta, además, la transformación del espacio-paciente para su mejor estancia mientras dure su cura y recuperación.

En tal sentido vemos tres planos en donde podemos esbozar algunas estrategias, para hacer frente a una futura crisis:

PLANO MACRO

- Trabajar en la **planificación de las redes de atención**, tendiendo a la actualización y la puesta en valor, de la capacidad instalada de todo el sistema, para la toma de decisiones en tiempos de crisis.
- Integrar los equipos de evaluación de la **calidad de la atención médica**, tanto en los ministerios de salud como en las instituciones.
- Participación activa en el **Plan Estratégico de los Hospitales**, mediante el análisis, diagnóstico, planificación, proyecto, ejecución y evaluación del **Plan Director**, en conjunto con áreas asistenciales, técnicas y de gestión.
- Reformular los **programas médicos arquitectónicos**, en base a un Sistema de Salud orientado desde la atención primaria hasta la mayor complejidad, teniendo presente los nuevos modelos de gestión, la telemedicina, el hospital seguro y sin papeles, etc.

PLANO MICRO

- Dentro del establecimiento y partiendo del diseño basado en la **flexibilidad físico-funcional**, múltiples posibilidades de uso y modos de expansión previstos para cada sector, orientado hacia el hospital **multiestratégico**, como lo denomina Vera O.-Quaglia, 1984.



Gripe española - 1918



Coronavirus - 2020

- Incorporar una **normativa** que exija, un **plan de contingencia**, ya sea en los edificios existentes y en los proyectos futuros, para tener analizada una respuesta para los tiempos de crisis.
- Desarrollar estrategias dentro del hospital, con **criterios y pautas de diseños**, asumiendo lo evidenciado en la pandemia: atención al público, triaje, higiene y seguridad del paciente y del personal, entre otras, revalorizando la humanización de la atención y el respeto por el personal.

PLANO LABORAL Y DE FORMACIÓN

- Incorporar al organigrama la cúpula estratégica de las instituciones, un **gestor del recurso físico**, que no sólo cubra las fases de planificación, proyecto y dirección de obras, sino también las de mantenimiento edilicio, infraestructura y equipamiento médico.
- Procurar la formación de una **residencia en arquitectura hospitalaria**, con jurisdicción nacional o provincial.

Como profesionales de la arquitectura en salud debemos planificar, reconocer la capacidad instalada y su resiliencia. Estudiando e implementando estrategias de acción que ayuden a una mejor respuesta ante las futuras crisis.

El **desafío** que plantea la post pandemia en la **arquitectura hospitalaria**, es corregir los errores del pasado, mejorar las propuestas para el presente y proyectar al futuro, bajo lineamientos de **políticas de estado** basadas en satisfacer las necesidades de la sociedad y acompañar la **gestión** de instituciones comprometidas con la salud. □

(*) Especialistas en el Planeamiento del Recurso físico para la Salud. CIRFS - UBA. Profesores Universitarios en Ciencias de la Salud. 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

¿Cómo empezar a gestionar los riesgos?

Por Fernando G. Mariona (*)



Decíamos en el número de marzo de esta *Revista*, que la decisión institucional de establecer una política de gestión de los riesgos en el seno de una institución médica ha de ser orientada fundamentalmente a tratar de evitar la producción de daños en los pacientes, por las erróneas conductas humanas y el uso equivocado del conocimiento de las personas que en ellas se desempeñan.

La declaración de la pandemia por el Covid-19, impulsó una serie de medidas en los establecimientos públicos y privados de nuestro país que obligó a adoptar protocolos preventivos y de actuación, así como la redacción de triajes para el manejo interinstitucional tanto de pacientes como del recurso humano y su equipamiento, registros clínicos, consentimiento informado, prevención de contagios e infecciones, uso racional del equipamiento, entre otras conductas, políticas y procedimientos.

Sería bueno aprovechar este envío, la “estropada” en términos náuticos, para que las naves del cuidado de la salud de las personas lleguen a buen puerto. Tal vez este podría ser el momento de tomar la decisión de empezar a gestionar los riesgos a los que se halla expuesta la actividad del servicio del cuidado de la salud de las personas, para tratar de evitar los daños que son evitables, sin más pretextos.

Ese envío podría conducir a efectuar cambios muy importantes en la organización, que deberían tener influencia sobre el resto de las políticas institucionales, las decisiones estratégicas, los modos de gerenciamiento, y necesariamente definir las responsabilidades de los actores involucrados en dichas tareas.

Antes de adelantarme debo aclarar que la referencia al “uso equivocado del conocimiento” significa para mí “*tenerlo, pero usarlo mal, no tenerlo y hacer igual, errónea o negligente o no saber usarlo y hacerlo en forma imprudente*”.

Lo primero que debería hacer la dirección o la gerencia general o los accionistas, en forma conjunta con la dirección médica y las jefaturas de cada servicio, sería transmitir al resto de los cuadros de RR.HH., en relación de dependencia **o no**, cuál es la importancia que la seguridad del paciente tiene en la política de la institución, con la finalidad de tratar de evitar la producción de daños en las personas que acuden en búsqueda de asistencia, daños originados en conductas equivocadas, el mal uso de las habilidades y del conocimiento, por los seres humanos que en ella se desempeñan.

Desarrollar una política de Gestión de los Riesgos de los actos médicos consiste, en una primera etapa, en otorgarle un lugar importante a la seguridad del paciente mientras se encuentre dentro de la institución. Esta *declaración* debe ser legitimada con una “actualización” de lo que significa en el campo de la medicina, la responsabilidad profesional, la ética y los derechos de los pacientes, en relación directa con los actos médicos y la seguridad del paciente.

Desde la perspectiva de la atención de la salud, la

seguridad del paciente supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas, destinadas a tratar de minimizar **el riesgo de daño evitable**, que es *sobreagregado* por el individuo en cada acto médico, y de los eventos adversos que se producen, por la conducta errónea del individuo en la atención de la salud de otro ser humano, al que se denomina *paciente*, *mientras se encuentre dentro de una institución médica, ya sea internado o ambulatorio*.

Caso contrario, la no comunicación, la no información, por parte de la dirección general y/o la dirección médica dará la sensación al RR.HH. que, entre el riesgo de la actividad y el comportamiento humano de los actores de primera y segunda línea, no existe ninguna relación. (“*Los pacientes se caen de las camas y se rompen la cabeza, el hombro o la cadera por culpa de ellos mismos*”; “*hemos operado en forma errónea el miembro de un paciente programado, porque el paciente no nos avisó*”).

Un programa de seguridad del paciente, con la finalidad de **tratar de evitar los daños evitables** incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de enfermería seguras, así como de protección del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias, incumbencias, sostenimiento y capacitación de todo el RR.HH. que pasa por la institución.

El rol de los responsables es impulsar la política, mostrando la importancia que se da a la seguridad del acto médico, sensibilizar y convencer a todos los actores y con tal fin, explicar el sentido de la gestión y lo que se pone en juego, patrimonio, prestigio, libertad, salud, realizando prácticas de forma no segura.

Dentro de dicha perspectiva, el ejemplo de **compromiso** que debe dar el *management* en el tratamiento de los problemas de seguridad del acto médico es un elemento determinante. El compromiso en materia de seguridad del acto médico y por carácter transitivo del paciente, debe ser inequívoco y manifestarse a través de sus decisiones relativas a los diferentes sectores de la vida de la institución: reclutamiento, formación, proceso de certificación interna de profesionales, técnicos y todo el equipo de salud, acreditación institucional e inversión, entre otros temas centrales.

La política institucional de gestión de los riesgos de los actos médicos para lograr la seguridad de los pacientes, a los que se hallan expuestos por la producción de daños por conductas erróneas del recurso humano dependiente o no dependiente, puede inclusive llevar a renunciar a la institución a continuar con una actividad, si la secuencia, la frecuencia y la severidad del perjuicio al paciente y al patrimonio institucional así lo ameritan.

Las decisiones que se toman al respecto son decisiones políticas que también implican responsabilidades sociales, civiles, penales, administrativas. Las mismas deben ser claras, motivadas, basadas en ejemplos internos, a fin de no generar ansiedad o rechazo de responsabilidad en los

actores internos de la institución. Esa transparencia permite asimismo justificar el hecho de que una inversión esperada no se haya realizado porque el recurso se destine al tratamiento de un riesgo al que están expuestos los pacientes y el patrimonio y el prestigio institucional.

La importancia acordada a la seguridad de los actos médicos se manifiesta igualmente en la implementación de la operación general de Gestión cuyos diferentes elementos se desarrollan a continuación:

- a) Comprometerse en una política de gestión de los riesgos de los actos médicos para alcanzar la máxima seguridad del paciente, es en primer lugar mostrar la importancia que se da a la seguridad del accionar médico.
- b) Establecer las responsabilidades de cada uno de los involucrados en el programa. El procedimiento de gestión de los riesgos de los actos médicos se basa en una definición clara de las responsabilidades.
- c) Definir reglas institucionales que alienten a compartir la información sobre los riesgos.

La seguridad del acto médico para evitar daños evitables en los pacientes es en la mayor parte de los casos una responsabilidad directa de la línea jerárquica operacional: dirección general, dirección médica, responsables de sectores, jefes de servicio, técnicos, coordinación y enfermería. Los actores a cargo de la actividad transversal de gestión de los riesgos también tienen una responsabilidad sobre la conducción y los resultados de dicha actividad. Se trata sin embargo de una responsabilidad indirecta, sistémica y no operacional en el momento de la ocurrencia de un incidente o de un accidente.

Las responsabilidades propias de la dirección general, de la dirección médica y de los profesionales que deberían ejecutar las políticas decididas y comunicadas en cada sector de la actividad institucional, o de cada especialidad

o servicio, también deberían tener una responsabilidad con respecto a las actividades implementadas. La aplicación de la reglamentación y de los procedimientos definidos para la institución deberían formar parte de dicha responsabilidad.

Es necesario encontrar una estrategia de relacionamiento que, de acuerdo con el sistema de trabajo de los profesionales en los establecimientos médicos públicos y privados de la Argentina, provoque una actitud de pertenencia que los motive, y aliente a la dirección general y a la dirección médica a dictar políticas y procedimientos que favorezcan la seguridad del acto médico.

La asignación de las responsabilidades consiste en definir el rol de cada uno, lo que se debe hacer respetando las incumbencias y las capacidades. Ciertas actividades requieren competencias adaptadas (*You can't ask the elm for pears*). Algunas actividades pueden ser delegadas, pero en ese caso deben ser afectadas bajo la supervisión de un responsable que se asegure acerca de las condiciones de realización del acto (*Seguimiento/ Follow up*).

Finalmente, ciertas actividades específicas realizadas por una categoría profesional suponen una formación y una experiencia en esa actividad (ej.: acto técnico). Los requisitos previos y posteriores a la realización de dicha actividad sin supervisión deben ser definidos.

Existen procedimientos de organización, organigramas, fichas de función y de puestos que permiten definir las misiones de cada uno, lo que contribuye a precisar las responsabilidades. □

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



Un producto sanitario adecuado en la pandemia



Por Antonio Ángel Camerano (*)

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.
- ✓ 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.

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 fueran excesivas, el monto erogable se encontraría excedido de la previsión presupuestaria.

"No puede haber medicina sin medicina social y no puede haber medicina social sin una política social del Estado" (Ramón Carrillo, Teoría del Hospital -1951). También, como señala Escudero "Un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y en general gratuito (y cuando no lo es, esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro), es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva" (Escudero, 2008).

Un sistema desagregado, disgregado, descremado, debe unirse en destino de un bien común y único con una gobernanza rectora desinteresada de todo objetivo ideológico hacia una política académica y pragmática en pos del Estado. "El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibi-

lidades de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno" (Carrillo; 1951:30).

Los datos: "Ante desafíos tan grandes, ¿cómo podemos ayudar a los países a tomar las mejores decisiones posibles?". Podemos encontrar algunas de las respuestas en América latina. El Banco Mundial, en colaboración con el gobierno de Colombia, está desarrollando un prototipo de tablero de preparación que ayuda a los encargados de formular políticas a monitorear casi en tiempo real la interacción de la propagación del virus pandémico, la preparación del sector de la salud para abordar nuevos grupos de infecciones y la preparación económica de los sectores para operar de manera segura. "Uno de mis referentes y maestros en salud siempre menciona que un paso delante de la OMS se encuentra el Banco Mundial" (SIC).

¿CÓMO FUNCIONA ESTE TABLERO?

1. Las infecciones ya no deben estar extendiéndose ampliamente y debería haber una comprensión sólida de la prevalencia de las infecciones.
2. Las unidades locales de salud pública deben tener en todo momento la capacidad suficiente para evaluar a los pacientes a escala, rastrear contactos en cuestión de horas para aquellos infectados, aislar a las personas infectadas y poner en cuarentena los contactos.
3. El sistema de atención en salud debe ser capaz de resistir un aumento súbito de pacientes enfermos al tiempo que mantiene a sus trabajadores de primera línea a salvo de infecciones.

Desde una perspectiva de reactivación económica, los gobiernos deben considerar la capacidad de diferentes sectores económicos para mantener el distanciamiento físico y operar de manera segura, al tiempo que maximizan el impacto de la reactivación económica en la producción económica y el empleo (Banco Mundial – 2020). □

(*) 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



Rossi
Cuidándote siempre

Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Arenales 2777/2751

Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678

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

Desde adentro: la batalla contra el Coronavirus

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación
de Médicos Municipales



La pandemia avanza a pasos agitados y los números van creciendo de manera vertiginosa, lo sabíamos desde el día uno y por eso le pedimos a las autoridades que nos brinden los elementos suficientes para poder trabajar de manera segura porque la lucha iba a ser difícil porque delante tenemos un enemigo invisible, impredecible y letal.

Hoy con más de cien días de cuarentena y aún sin poder ingresar en un modo de nueva normalidad podemos decir que la cabeza del profesional de la salud no está, por ahora, quemada, pero sí chamuscada.

Mucho pasó desde el mes de marzo, tuvimos que pedir por condiciones laborales acordes para todo el personal de salud, para los que están dentro de los hospitales y para aquellos que se meten en las fauces de los barrios más postergados a hisopar y buscar contagios. En esa pelea hay una familia detrás y muchos han perdido contacto con ellos debido a la necesidad de aislarse.

En el medio también vimos como una pequeña parte de la sociedad tomó a los médicos como seres peligrosos y en muchas ocasiones llevaron adelante escraches en los propios domicilios de los profesionales de la salud; curioso por donde se lo mire ya que son los mismos que ganaron los balcones cuando los aplausos coronaban las primeras noches de aislamiento.

En este sentido, la sociedad también fue aprendiendo nuevas terminologías, hoy hablamos de cuarentena, hisopados, PCR, aislamiento y distancia social, Código QR, plasma, Covid-19, barbijos, tapabocas y un sinnúmero de palabras que seguirá formando parte de nuestro día a día porque sabemos que la vida será diferente cuando esto acabe.

Hoy la cuarentena se vuelve más rígida y podemos afirmar que las sensaciones dentro del hospital son múltiples, pero casi todas tienen el mismo denominador común: cuánto falta y donde está la orilla. El trabajo en la trinchera y fuera de ella es arduo y no sólo estamos expuestos a ser contagiados por el virus, sino que por la velocidad que tomó el mismo, somos presa de cualquier circunstancia que implique un contagio.

Mientras miramos el almanaque y esperamos "la nueva normalidad" notamos como la espiral de casos aumenta de manera imitadora y en los hospitales se vive la realidad de una manera particular.

Desde el primer día nos ocupamos de hacer conocer cuáles eran las necesidades del equipo de salud. Hoy podemos decir que nos han escuchado, aumentó la provisión de equipos de seguridad para todo el personal de salud, también se están realizando los testeos que tanto hemos reclamado porque estamos ante un virus que ya demostró su alto grado de peligrosidad.

En este momento es cuando nos damos cuenta de que lo que hemos reclamado por años no era en vano. Hoy estamos ante un aumento en los casos, en las internaciones se requiere de una mayor cantidad de personal humano. Nosotros hemos pedido que se aumente el número de terapeutas porque va a llegar un momento de que sí o sí tendremos que armar equipos de trabajo para liberar a los que están día a día y no se va a poder porque falta personal de terapia. No es un trabajo para cualquiera, no se hace un terapeuta de la noche a la mañana, no

queremos encontramos ante la situación de tener respiradores, pero falta de personal para manejarlos.

Los profesionales están trabajando de manera colosal en todo el país. Es un enemigo desconocido, el nivel de letalidad es importante, conocemos los estragos que hizo en Europa y por eso debemos tomar todos los recaudos necesarios para que podamos desarrollar nuestro trabajo de la mejor manera. Los médicos estamos acostumbrados a convivir con los virus y las situaciones de riesgo, pero esta situación supera el nivel de stress.

Por eso decimos que la cabeza aún no está quemada, sino que ya está chamuscada porque no vemos el horizonte y detrás hay colegas, compañeros, familias que dejamos de lado por el aislamiento al que estamos sometidos. Por ejemplo, la sociedad sabe que tiene que aislarse que dentro de semanas de irán abriendo nuevas fases para encontrar la nueva normalidad, pero nosotros no sabemos qué va a pasar porque no tenemos las herramientas farmacológicas para atacar el virus.

No las tiene el mundo todavía y vemos como en Europa se abren fases, hay rebrotes en otros lados donde parecía que la normalidad era segura. Ante este panorama nuestra cabeza funciona de esta manera. El agotamiento mental es severo, pero se sigue trabajando en la línea de trinchera. Por eso pedimos que se armen equipos espejos de trabajo, que se incorporen más terapeutas para que nos permita desahogar a aquellos que están en el frente de esta batalla.

El avance del coronavirus trajo aparejado un fenómeno que no sólo se advierte en los hospitales públicos sino también en el sistema privado y tiene que ver con la caída de consultas de atención de enfermedades de riesgos.

Nosotros le pedimos a la gente que no abandone sus estudios ni sus tratamientos. Hay muchos casos pacientes cardíacos o enfermedades de alto riesgo que por temor han dejado de atenderse y es un grave error porque sin querer ponen en riesgo su salud. Los hospitales están preparados para su atención y les decimos concurren y no abandonen sus tratamientos.

Estamos en una época donde empiezan a tallar las enfermedades respiratorias por lo que las probabilidades de enfermarse están a la orden del día. El coronavirus es el enemigo, pero no hay que desatender las otras enfermedades.

Estamos en una situación difícil, una pandemia requiere poner en marcha todos los recursos humanos y sanitarios para poder hacerle frente. También requiere de un cuidado de parte de la sociedad para que el peligro del menor. Nosotros hemos advertido desde el día uno cuáles eran las necesidades: más equipos de seguridad, en cantidad y calidad. Más recurso humano para llevar adelante un trabajo que requiere de una entrega total pero que también requiere de personal que permita reemplazar a los que van necesitando aislamiento. Es hora más que nunca de cuidar al que cuida y al que asiste.

La cuarentena es la única variable que maneja el Gobierno para tratar de achicar la curva de contagios y permitir la no saturación del sistema de salud. Mientras tanto en la línea de batalla están los médicos ante este nuevo enemigo letal, tanto como para poner al mundo en alerta. □

Tenemos un nuevo
canal de comunicación
para afiliados.



WhatsApp Scienza

+5411 6399 9506

**Seguimos trabajando para hacer
todo más simple.**



SCIENZA



SCIENZA MÓVIL



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



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



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

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

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

LA CALIDAD ES NUESTRA *ACTITUD*

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



www.acudiremergencias.com.ar

