



Primera Plana
Aportes para un nuevo orden sanitario mundial
Por Carlos Vassallo Sella



Opinión
Brechas de formación para hacer frente no solo a la pandemia
Por la Dra. Zulma Ortiz



Columna
Reconocer el problema: los geriátricos frente a la pandemia
Por el Dr. Ignacio Katz

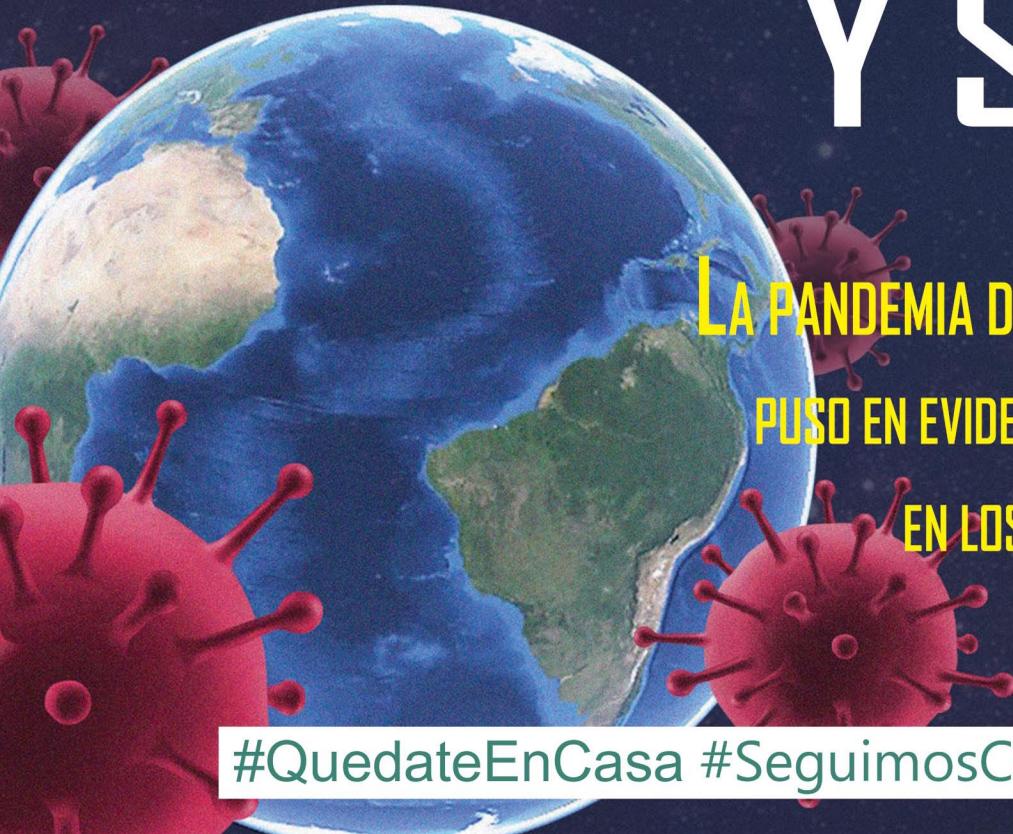
Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 118. Setiembre - 2020

GLOBALIZACIÓN Y SALUD



LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS
PUSO EN EVIDENCIA LA INEQUIDAD
EN LOS SISTEMAS DE SALUD

#QuedateEnCasa #SeguimosConectados

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 GALENO



20

~
años

*Impactando la gestión de la salud
a través de la tecnología*



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 

www.sifeme.com

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



andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



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

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina



Medio millón
de argentinos
pueden realizar
**videoconsultas
médicas.**



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

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



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,

ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar

redaccion@revistamedicos.com.ar

info@revistamedicos.com.ar

revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

ASESORIA Y DESARROLLO

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

GRAGEAS	8
LIBROS <i>Mitos y realidades de las Obras Sociales</i> Rubén Torres, Natalia Jorgensen y Manuela Robba - Autores	10
OPINIÓN <i>El día que la economía se equivocó</i> Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud	12
COLUMNA <i>Un Sistema de Salud de más calidad</i> Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS	14
OPINIÓN <i>Brechas de formación para hacer frente no solo a la pandemia</i> Por la Dra. Zulma Ortiz - Sub Directora Ejecutiva - Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires	16
DEBATE <i>La pandemia cayó en la grieta</i> Por el Dr. Javier Vilosio - Médico - Master en Economía y Cs. Políticas	18
COLUMNA <i>Coronavirus: esperando la vacuna - La batalla decisiva</i> Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales	20
PRIMERA PLANA <i>Aportes para un nuevo orden sanitario mundial</i> Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL	24
COLUMNA <i>Reconocer el problema: los geriátricos frente a la pandemia</i> Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA	26
OPINIÓN <i>¿Cuántos médicos o qué médicos?</i> Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Máster of Health Professions Education	28
COLUMNA <i>Construyamos juntos el mañana</i> Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA	30
VOCES <i>Desregulación - Los cambios que nos dejará la pandemia en tiempos de virtualidad</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	32
OPINIÓN <i>Terraplanistas de la salud</i> Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión	34
OPINIÓN <i>Infraestructura en salud y APS: lo que nos deja la pandemia</i> Por Gustavo M. Di Salvo, Roberto A. Navazo - Arquitectos y Adolfo Sánchez de León - Médico	36
COLUMNA <i>El sistema de salud pospandemia</i> Por el Dr. Néstor Vázquez - Profesor Titular - Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina	38
DEBATE <i>A propósito de patentes y precios de medicamentos</i> Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud - Universidad ISALUD	40
INFORME ESPECIAL <i>Arquitectura para la salud en función de la pandemia</i> Por los Arqs. Luciano Monza, Mariana Irigoyen, Liliana Font, Alicia Preide, Silvina López Martín, Pedro Salgado, Micaela Lentino y Ornella Della Vecchia	42
COLUMNA <i>¿Cómo empezar a gestionar los riesgos? (Segunda Parte)</i> Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. - CEO de RiskOut S.A.	48
OPINIÓN <i>El día después de mañana</i> Por Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud - UBA - FSG	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.

Cuidarse es cuidar al otro.

#ArgentinaUnida

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



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infírmese de los terminos 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.

GRAGEAS

HMS HEALTH: EN BUSCA DE LA INNOVACIÓN PERMANENTE

Con 20 años de trayectoria en la industria del software para empresas financiadoras de la salud, HMS Health siempre enfocada en eficientizar el gasto prestacional y los servicios brindados a los afiliados, se encuentra trabajando en el siguiente gran salto de sus productos.



"Desde finales del año pasado hemos definido e impulsado una evolución a nuestros productos y servicios. Entendemos que la proliferación de dispositivos y aplicaciones que nos conectan, nos dan acceso a contenidos y capacidades extraordinarias e impensadas hace tan sólo una década. Detrás de estos efectos, la conectividad se ha democratizado y está al alcance de nuestras manos", afirmó Ariel Camporeale, Gerente General de HMS Health.

En este contexto, la Compañía cuando se planteó evolucionar y tener una propuesta exitosa para las organizaciones financiadoras de la salud lo hizo sin limitarse a mejorar lo obvio. Es así como abordó múltiples desafíos:

- Look & feel. Valorado por quienes le imprimen visión comercial.
- Tecnologías y frameworks para alinear las soluciones con la arquitectura del software.
- Historias de usuario ideadas por analistas funcionales.
- Performance y escalabilidad en la órbita de quienes sostienen las infraestructuras.
- Y por, sobre todo, una evolución en los procesos de negocio de los sistemas de salud, y la problemática de los afiliados, quienes reclaman soluciones informáticas actuales, y a los que los financiadores instan a involucrarse cada vez más en los procesos de la salud.

Asimismo, ideó su nueva arquitectura que garantiza la ubicuidad de la solución, plena de novedades y logros para respaldar a las Organizaciones Financiadoras de la Salud, sobre dos grandes ejes:

- Aplicaciones móviles y web concebidas con una visión omnicanal, que apelan a recursos tecnológicos a los que nos van acostumbrando las billeteras digitales y otras Apps altamente interactivas, dirigidas a una audiencia amplia compuesta por afiliados, prestadores y las organizaciones de la salud.
- Inteligencia Artificial, capacidades de análisis de grandes volúmenes de Datos e Inteligencia de Negocios que permitan tomar mejores decisiones.

"Hace 20 años emprendimos la tarea de la mano de nuestro primer cliente para inaugurar un sendero de éxitos. Hoy nos encontramos renovando la propuesta para asistir a las Organizaciones Financiadoras de la Salud con la dosis de innovación necesaria para ayudarlos a transitar hacia las Soluciones de Salud 2.0", concluyó Ariel Camporeale.

Las clínicas del Sol, Bazterrica y Santa Isabel suman el servicio de videoconsulta programada

Esta nueva prestación brinda la posibilidad de acceder a una consulta virtual con médicos de las clínicas para continuar realizando los controles médicos durante el aislamiento social.

Las clínicas del Sol, Bazterrica y Santa Isabel impulsan el nuevo servicio, videoconsulta programada, para que los pacientes puedan realizar consultas médicas desde sus casas. El objetivo de esta modalidad de atención es que los pacientes no posterguen sus controles médicos y puedan realizarlos a través de una videoconsulta a diferentes especialidades con profesionales de las clínicas. El servicio ya se encuentra disponible en Clínica del Sol, Centro Médico Bazterrica y próximamente en Clínica Bazterrica y Clínica Santa Isabel.

"Se podrán acceder a diversas especialidades que se irán incorporando en el corto plazo. Entre ellas clínica médica, dermatología, neumonología y cardiología. Este sistema se suma al de videoconsulta con médico de guardia, que ya está disponible para clínica médica y pediatría, con días y horario asignados. El nuevo servicio está habilitado para todas aquellas personas que cuenten con las clínicas en sus planes de salud", afirma **Diego Martínez, Director de Operaciones de Clínica Del Sol, Bazterrica y Santa Isabel.**

El acceso al servicio es sencillo ingresando desde miportalclnicas.com.ar con usuario y contraseña. Se elige la especialidad, el profesional y día y hora para que se le asigne un turno y poder realizar la videoconsulta. Aquellas personas que deseen atenderse de manera presencial podrán hacerlo en las clínicas, sin ningún inconveniente, dado que se implementaron medidas de higiene para brindar seguridad y confianza a quienes lo necesiten.

"Sabemos que frente al Covid-19 muchas personas han optado por demorar sus controles habituales de salud quedándose en casa, pero es muy importante no postergar las consultas y así no descuidar su salud. Por eso, diseñamos esta nueva opción de consultas virtuales para poder estar en contacto con nuestros médicos, consultarlos y poder luego realizar algunos chequeos de rutina, si es necesario. Nuestras clínicas cuentan con opciones seguras para seguir preservando lo más importante, que es la salud de los pacientes", comenta **Diego Martínez.**

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.

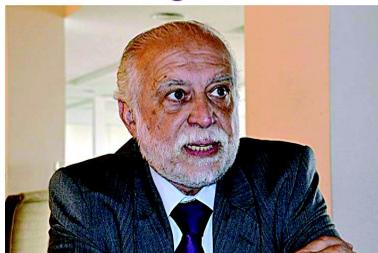
Todo con el respaldo de **GALENO SOLUTIONS**, un programa de soluciones tecnológicas de vanguardia que permiten una gestión ágil y eficaz.

- 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

Mitos y realidades de las Obras Sociales



Sofismas y falacias sobre el sistema de seguridad social en salud en la Argentina

Rubén Torres | Rector de la Universidad ISALUD - Autor

Natalia Jorgensen | Directora del Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CETSA) de la Universidad ISALUD - Autora

Manuela Robba | Vicepresidenta de Provincia Leasing S.A. - Autora

El libro analiza la complejidad del sistema de salud argentino, y deja evidencia del carácter altamente segmentado y fragmentado del mismo con el impacto subsecuente sobre los resultados en salud, la eficiencia y la equidad. Asimismo, plantea los últimos cambios ocurridos en su configuración y funcionamiento, los problemas de financiamiento y la multiplicidad de actores que dificultan un accionar coordinado.

Comienza con el abordaje de las modificaciones acontecidas en el mercado de trabajo a nivel mundial, asociado a los procesos de desarrollo de los países, y la situación de nuestro país en particular, contexto necesario para comprender los shocks a los que se ve y se verá expuesta la financiación de la salud en nuestro país, a partir de componentes solamente contributivos.

A nivel local, la inestabilidad de nuestro ciclo económico, los elevados y crecientes niveles de informalidad laboral, el creciente proceso de envejecimiento poblacional, traen numerosas consecuencias sobre el financiamiento del sistema de salud e imponen desafíos en materia de equidad y acceso.

Cada uno de estos elementos es abordado a nivel de subsector: público, privado, Obras Sociales Provinciales, Obras Sociales Nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

En relación con la cobertura que brindan las Obras Sociales Provinciales y teniendo en cuenta el carácter federal de nuestro país, se pone en evidencia la inequidad que existe en términos geográficos, no sólo en cuanto al financiamiento sino también en cuanto al acceso y a los resultados en salud.

Cabe destacar que el financiamiento difiere notablemente entre jurisdicciones, como así también la canasta de prestaciones cubierta de acuerdo con lo establecido en cada jurisdicción, en tanto las OSP no están alcanzadas por el Programa Médico Obligatorio (PMO). En consecuencia, se presentan notables diferencias en el acceso a la atención sanitaria, manifestadas, por ejemplo, por la existencia de distintos tipos de copagos

y coseguros para acceder a los servicios de salud, pero también en la calidad de las prestaciones.

Por su parte, se analiza el subsector de Obras Sociales Nacionales y sus principales implicancias en el sistema en su conjunto, teniendo en cuenta que es el subsector sobre el que recae la mayor parte de la cobertura poblacional; se analizan los retos que tienen hoy en día las Obras Sociales Nacionales para efectivizar la cobertura prestacional en un contexto de costos crecientes inducido, entre otros factores, por la incorporación de nuevas tecnologías. En este sentido, se presenta la brecha que existe entre los ingresos por afiliado y el costo estimado del PMO, evidenciándose que solamente el 24% de las entidades logran cubrirlo.

Para abordar estas asimetrías en los riesgos financieros hacia el interior del subsector existe el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) en la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, que redistribuye fondos mancomunados solidariamente en función de determinados criterios.

Sin embargo, la fuerte presión sobre el financiamiento prestacional generada por lo expresado anteriormente sumado a decisiones políticas de incorporación de grupos poblacionales específicos, y la reducción de los ingresos genuinos, hacen que la redistribución generada por el FSR

no sea suficiente para lograr la sostenibilidad financiera del subsector. Siguiendo esta hipótesis, se discute en detalle la distribución actual de los recursos del Fondo, las prestaciones de alto costo, los subsidios automáticos y los nuevos mecanismos de pago, abordándose nuevos escenarios de distribución posibles.

Con una fuerte relación con las Obras Sociales Nacionales, se analiza el subsector privado, la complejidad de la desregulación de aportes y los problemas de desfinanciamiento que emana.

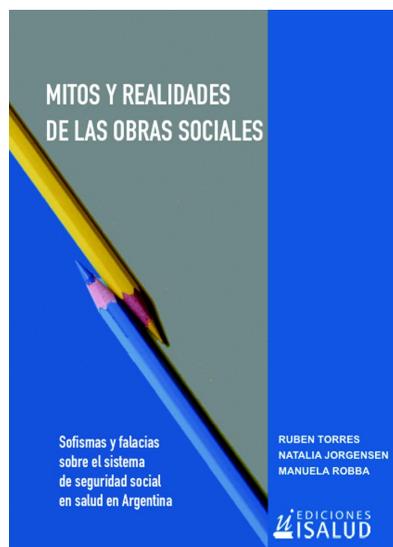
Un capítulo aparte es el abocado a la población adulta mayor jubilada, concentrada en el actual Instituto de Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). El capítulo expone la debilidad financiera y prestacional estructural del Instituto que, dando cobertura a casi 5 millones de afiliados es uno de los principales presupuestos del país, con la presión política que ello conlleva.

Desde su creación se hizo del PAMI una utilización política de sus recursos cuyas consecuencias padecen fundamentalmente nuestros mayores. Sin embargo, el capítulo muestra que aún bajo gestiones eficientes de los recursos, el PAMI es actuariamente no sostenible.

Teniendo en cuenta esta complejidad, se analiza su actual situación, haciendo hincapié en los problemas de financiamiento, la baja calidad de prestaciones brindadas y la ausencia de control prestacional efectivo. Su relación con el ciclo económico y con la dinámica del mercado de trabajo, constituyen serios desafíos a la hora de mejorar el nivel de prestaciones brindado y el gasto asociado. De allí que el modelo prestacional haya terminado modificándose a través de los años con el ritmo de los cambios políticos y la disponibilidad de recursos existentes.

La complejidad del sistema de salud argentino sigue siendo un desafío a la hora de pensar el acceso universal. En este sentido, el rol del Estado se vuelve central y los acuerdos que logre son fundamentales a la hora de redefinir futuras mejoras.

Como los propios autores lo manifiestan, el libro conjuga un conjunto de valores, ideas y sueños respecto del futuro del sistema de salud. □





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

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

 /OSPeOficial

ospesalud.com.ar

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

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial



**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

El día que la economía se equivocó



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

No sé cuándo fue exactamente el momento, pero hace muchos años que educación, salud, investigación y desarrollo social pasaron a ser subalternas a la economía. Las decisiones políticas se tomaban pensando primero en la economía, luego en la economía y por último en la economía. Si crecían las desigualdades sociales o la concentración de riquezas no importaba mientras la macroeconomía marchaba bien. Si se vaciaban los colegios y los hospitales era un problema menor si había superávit fiscal. El dólar, el merval, el riesgo país, la tasa de interés y otros datos económicos eran la tapa de los diarios día tras día y eran las estrellas en los noticieros.

Nos olvidamos de las lecciones del pasado y cometimos los mismos errores. Pero esta vez, el error fue peor porque ya estábamos alertados y no quisimos escuchar. “El mundo corre un grave peligro de padecer epidemias o pandemias de alcance regional o mundial y de consecuencias devastadoras, no solo en términos de pérdida de vidas humanas sino de desestabilización económica y caos social...” (Global Preparedness Monitoring Board, 2019).

¿QUÉ NOS ENSEÑARON LAS PANDEMIAS EN EL PASADO?

Cada epidemia o pandemia que afecta al mundo ha tenido una gran repercusión negativa en la economía y en las sociedades. Desde las plagas que fueron un rasgo habitual en la transición del mundo clásico al medieval hasta la gripe española de 1918 son responsables de cambios profundos en las sociedades. Haciendo un repaso histórico podemos observar algunas cuestiones.

❖ Hace siglos conocemos las principales herramientas para enfrentar distintas pandemias, que debemos poner en práctica ahora frente al Covid-19: aislamiento, distanciamiento social y cierre de fronteras. Sin embargo, el arma más efectiva es la menos promovida “cooperación y coordinación entre países”.

❖ A causa de las epidemias y las pandemias, en el corto plazo, se paraliza el comercio internacional, cae el consumo, la actividad interna y consecuentemente se retrae el producto bruto. De todos modos, el mundo ha superado estas crisis muchas veces. Lo más importante pasa a ser salvar las vidas de los afectados por el agente infeccioso de turno como también salvar las vidas de aquellos que se quedan sin ingresos.

❖ Por otro lado, en el largo plazo, los cambios económicos y sociales han sido verdaderamente profundos y las consecuencias, como el aumento de la brecha entre ricos y pobres, no fueron saldadas. Las inequidades entre países y dentro de cada país se agudizaron y profundizaron con cada epidemia. La pandemia genera pobreza y, al mismo tiempo, afecta más a la población vulnerable.

❖ Por lo tanto, cada gobierno debe adoptar políticas sanitarias para enfrentar a la pandemia y políticas económicas para ayudar a la población, especialmente a las más vulnerables. Los países que apliquen ambas políticas con éxito podrán recuperarse más rápidamente y reposicionarse en la economía mundial. Aquellos que prioricen una política por encima de la otra, tendrán una recuperación más lenta y quedarán atrás en el orden mundial. Asimismo,

el camino a la recuperación debe enfocarse en evitar que la pobreza coyuntural se convierta en pobreza estructural y disminuir la brecha socioeconómica que se genera como consecuencia.

¿CÓMO NOS ENCONTRÓ LA PANDEMIA EN LOS ASPECTOS SANITARIOS Y ECONÓMICOS?

Llegó la pandemia, y encontró al país con el sistema de salud y el sistema económico con serios problemas estructurales.

El sistema de salud argentino está fragmentado por el federalismo, por los tres subsectores (estatal, seguridad social y privado) e incluso intra - subsectores. De esta manera, no se pueden utilizar todos los recursos posibles según las necesidades como tampoco incorporar tecnologías coordinadamente. Sumamos la mala distribución de médicos a lo largo y ancho del país, como así también la falta de especialistas, en este caso el factor crítico son los intensivistas, y la falta de profesionales de enfermería y kinesióloga. Finalmente, se puede mencionar que, a pesar de la gran cobertura estatal, las inequidades en salud se reflejan en los resultados como así también en la ineficiencia en el gasto.

En cuanto al sistema económico argentino existen dificultades históricas. Los desequilibrios fiscales que comienzan desde la época misma de la independencia en 1816 hasta la actualidad. El déficit se ha pagado con deuda o emisión monetaria, generando inflación, debilitamiento de la moneda y defaults. La Argentina tuvo 9 cesaciones de pago de deuda externa y/o interna y se está enfrentando a una situación similar (al momento de escribir esta nota el Gobierno anunció un acuerdo con los principales acreedores evitando un nuevo default). Además, existe un sistema impositivo regresivo y distorsivo, que desalienta a la inversión productiva, así como también, carece de sistema financiero que fomente estas inversiones. Los resultados se expresan en altas tasas de desempleo, informalidad, pobreza y fuertes inequidades sociales.

A pesar de las breves descripciones, el sistema de salud pudo reaccionar rápidamente y lograr una respuesta sanitaria adecuada y coordinada, dentro de las posibilidades. Sin embargo, y a pesar de la cantidad de medidas económicas que se han tomado, la pobreza, las inequidades sociales y la informalidad hicieron que estas medidas fueran ineficaces, impidiendo frenar el efecto devastador de corto plazo. El Gobierno deberá estar a la altura, una vez que pase la pandemia, para encontrar el camino de la recuperación.

PARA CONCLUIR

Tal como expresa el informe Covid-19 de la Cepal-OPS “Si no se controla la curva de contagio de la pandemia, no será posible reactivar la economía de los países”. Convenimos que cuidar la salud es cuidar la economía.

En definitiva, aprender para evitar los mismos errores en la próxima pandemia. La Argentina debe realizar los cambios estructurales que nos permitan crecer y fundamentalmente poner la economía en función de las necesidades de la población y no la población en función de las necesidades económicas. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



No dejes
para mañana
**lo que
podés
consultar
hoy.**

Lanzamos el nuevo servicio de
videoconsulta programada.

Este nuevo servicio está diseñado para que puedas atender por video llamada, desde tu casa o donde quieras.

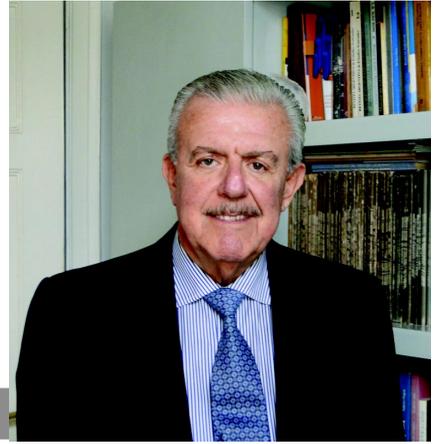
Ya se encuentra disponible para Clínica del Sol, Centro Médico Bazterrica y próximamente en Clínica Bazterrica y Clínica Santa Isabel.

Para más información contactate con videoconsultas@bazterrica.com.ar

MIORTALCLINICAS.COM.AR

Un Sistema de Salud de más calidad

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



A mediados de los 80 comencé a desarrollar una investigación sobre la evolución de los hospitales durante el siglo XX, que luego se extendió a las diferentes modalidades organizativas, que predominaron en nuestro país. A través del análisis de factores económicos, políticos y sociales, fui publicando conclusiones parciales en sucesivos trabajos, en forma individual o compartida. Convencido de que la mayor parte de las determinantes sociales se encontraban más allá del alcance de las acciones sanitarias, y que dependían del predominio de políticas distributivas en sentido progresivo, fui identificando tendencias históricas mundiales que influyeron en la Argentina. Esos estudios —reescritos y articulados como la construcción de una tesis—, permitieron que volcara mis hallazgos y reflexiones en un texto que alcanzó dimensiones de tratado, *El Sistema de Salud: de dónde viene y hacia dónde va* (Prometeo, 2010).

En base a esos antecedentes, pude identificar un conjunto de componentes nucleares, que deberían ser considerados para llevar a cabo una reforma integral de nuestro Sistema —según principios de universalidad, calidad y equidad—, si el problema sanitario accediera al centro de la agenda gubernamental. A lo largo de 35 años el Gobierno nacional había transferido hospitales a las provincias y dado el mayor impulso a un régimen de Seguridad Social (SeS) para la población con capacidad contributiva, organizado en base a obras sociales (OS's) gestionadas por sindicatos, la cobertura de la clase pasiva (PAMI) y OS's de empleados públicos provinciales. Este proceso, entre las décadas del 60 y 90, acentuó la fragmentación del Sector Salud y deterioró el poder de decisión de las autoridades sanitarias. Indujo una disminución de las camas públicas, un crecimiento recíproco de los efectores privados y mayor preponderancia de las empresas de medicina prepaga (EMP's), como propietarias de las nuevas tecnologías.

La observación de modelos sanitarios más avanzados, mostró que un eje de su eficiencia es la separación operativa entre el financiamiento y la prestación de servicios: la Argentina concentró en la AFIP la recaudación de las OS's sindicales, pero no fue capaz de desvincularlas del manejo de los fondos. Ningún sistema de salud se construyó en base a convergencias corporativas. Aunque fueron precedidos por corporaciones poderosas, en algún momento las instituciones constitucionales —aún en países monárquicos— adoptaron un modelo solidario, destinado a toda la población. Nuestro país cabalgó sobre dos estructuras paralelas: una sostenida por el Estado y administrada por entidades benéficas, y otra de carácter mutual, dirigida por asociaciones de trabajadores. El carácter federal de nuestro ordenamiento sanitario, indujo a que cada provincia instrumentara su propia fuente de recursos. A este esquema fragmentado se superpuso una gran entidad de la clase pasiva, la de mayores necesidades de protección asistencial (el PAMI), y el proyecto de

incorporar al régimen de SeS a los usuarios de servicios públicos (trabajadores informales, monotributistas de bajos ingresos, beneficiarios de planes sociales), a través de la Cobertura Universal de Salud (CUS).

Lo que me propuse en este libro es revisar integralmente la organización sanitaria, admitiendo que será un extenso proceso, donde los actores deberán ceder privilegios y adquirir facultades que ahora tienen parcialmente cedidas. En primer lugar, desplazar hacia las provincias el centro de gravedad de las decisiones sanitarias, como articuladoras del sistema, a efectos de integrar seguros provinciales de salud (SPS). La clave de este proceso es modificar la estructura del PAMI, en torno al eje provincial, y el derecho a optar por otra cobertura. Asimismo, descentralizar la gestión de los servicios públicos, de modo que cuenten con autarquía administrativa, personería jurídica, administración del personal y facturación de prestaciones. Hoy siguen funcionando como nosocomios benéficos, a los que se asiste por "descarte", cuando podrían integrarse en redes y competir con prestadores privados. Los usuarios de la CUS también deberían tener acceso a servicios privados, que se inscriban como prestadores.

En segundo lugar, concentrar en un único ente autárquico, el financiamiento de todos los componentes de la SeS: OS's sindicales, provinciales, PAMI y la CUS, asignándoles como organizadoras de la oferta y demanda de servicios, recursos per cápita según riesgo y situación social, de modo que compitan entre sí y prescindan de gestionar servicios propios. Como contrapartida, las organizaciones sindicales —procurando una por cada rama de la producción— y todas las entidades administradoras de fondos de cobertura, como resultado de haber concentrado los recursos en un solo ente recaudador, deberán contar con la exclusividad de administración de los servicios propios. En función de los costos crecientes de nuevos tratamientos y a fin de garantizar la sustentabilidad, se establecería un reaseguro obligatorio de "gastos catastróficos", para todos los componentes del sistema. De este modo, se podría avanzar hacia la construcción de tres instrumentos esenciales para una conducción unificada de la SeS: a) un único documento de identificación de cobertura para todos los habitantes, manteniendo la confidencialidad y el plan del agente asegurador; b) un padrón integral de todos los beneficiarios de la SeS, y c) como consecuencia natural, estadísticas de utilización y morbilidad registradas por prestadores públicos y privados.

Un acuerdo de esta índole debería ser considerado por autoridades electivas, el Gobierno Nacional y los provinciales, por lo que no debería limitarse a los servicios de salud, sino incluir medidas de carácter social más amplias. □



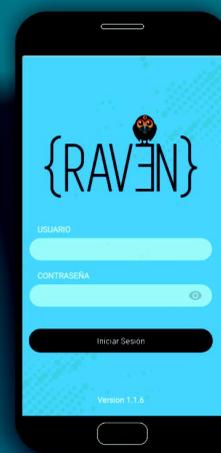
(*) Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director de la Maestría en Salud Pública. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (IUCS). Fundación Barceló (2021). Miembro del Grupo PAIS.

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

Brechas de formación para hacer frente no solo a la pandemia

Por la Dra. Zulma Ortiz (*)



La relación oferta y demanda de la fuerza laboral que desarrolla sus actividades en las áreas de epidemiología y salud pública en el subsector público, se encuentra en tensión debido a la pandemia por Covid-19. A la excesiva demanda se agregan grandes brechas en lo que hace a la capacitación, entrenamiento, formación de personal y necesidad de nuevas especializaciones. Entre las capacidades básicas que se necesitan, están el manejo de sistemas de información que incluye la georeferenciación, el análisis de datos que abarca la interoperabilidad de diferentes sistemas, la comunicación que excede la realización de informes y que debe promover cambios de conducta, esto es la comunicación para el desarrollo.⁽¹⁾

Una primera reflexión, es que el gobierno en los distintos niveles jurisdiccionales debería tomar nota de las limitaciones que debió superar o que aún hoy está tratando de manejar para poder gestionar la pandemia, de tal forma que logremos la salida de este laberinto conectado por cuarentenas. Es clave que se pueda planificar y concretar las inversiones necesarias para fortalecer las áreas de epidemiología, en particular; y de otras especialidades que permitan hacer frente a una creciente amenaza y una doble carga de morbilidad: enfermedades emergentes y reemergentes que se conjugan con las enfermedades no transmisibles; donde los avances de las ciencias imponen nuevos desafíos de aprendizaje y donde la escasez de personal es quizás menos urgente si se lo compara con los cuidados críticos, pero igual de real.

Existe una amplia gama de disciplinas que son necesarias para gestionar en la salud pública, desde la epidemiología y bioestadística, hasta la infectología, cardiología, economía de la salud, salud ambiental, nutrición y seguridad alimentaria, trabajadores de salud indígena, enfermería, bioquímica, farmacia, ciencias del comportamiento y muchas más. Es difícil establecer una estructura disciplinar, una currícula y una dotación mínima de personal requerida por estas áreas sin considerar las demandas existentes en cada lugar. Por eso la propuesta es pensar en las capacidades que se necesitan y planificar un fortalecimiento de la fuerza laboral dedicado a la gestión sanitaria en el subsector público, contando con un sistema de formación continua que se apoye en las capacidades de ámbitos académicos sin perder la riqueza de la formación en servicio.

La última inversión fuerte que se hizo para fortalecer las capacidades en vigilancia, control de enfermedades y promoción de la salud fue hace más de diez años. Entre octubre de 1999 y mayo de 2006, se implementó en la Argentina un proyecto de vigilancia de la salud pública y control de enfermedades (VigiA) con un presupuesto de 75 millones de dólares.⁽²⁾ Se priorizaron el dengue, la tuberculosis y las infecciones hospitalarias como resultado de un análisis económico detallado y simulaciones de costo-beneficio que fueron realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo del Banco Mundial. El objetivo final del proyecto era reducir la carga de morbilidad, especialmente entre los pobres, que padecen una alta incidencia de estas enfermedades prevenibles. El objetivo no cambió durante la implementación del proyecto; sin embargo, se hicieron tres enmiendas al contrato de préstamo (en agosto de 2000, julio de 2002 y julio de 2004) que cambiaron

algunas actividades y estructura del proyecto. Estas enmiendas proporcionaron un mayor apoyo a las actividades de control de enfermedades, incluida la adquisición de suministros esenciales, medicamentos y vacunas.

Un Panel de Evaluación de la Calidad evaluó la implementación del proyecto VigiA como satisfactoria. Según esta evaluación, el proyecto fortaleció el sistema de vigilancia de enfermedades en la Argentina, lo que permitió al Ministerio de Salud de la Nación llevar a cabo un monitoreo de enfermedades más sólido, realizar análisis técnicos adecuados y llevar a cabo respuestas de control efectivas de manera oportuna. Se logró pasar de tomar decisiones epidemiológicas basadas en información incompleta de vigilancia con 6 semanas de retraso, a tomar tales decisiones sobre la base de una información completa y actualizada (con no más de una semana de retraso).⁽³⁾

Hoy, la pandemia mostró la necesidad extraordinaria de toma de muestras, carga de datos, investigaciones de brotes, rastreo de contactos, análisis de datos, comunicaciones públicas que suponen elaboración de informes y muchas otras actividades, que no olvidemos, se suman al registro de tumores, elaboración de guías de práctica clínica, evaluación de tecnologías entre otras actividades que también deben sostenerse.

Después de esta pandemia necesitamos hacer una revisión exhaustiva para una mejor comprensión del estado de la fuerza laboral actual de salud pública. ¿Quiénes y cómo se constituye el equipo, cuántos son, qué hacen, cuáles son sus habilidades y qué les falta? A modo de ejemplo, en Australia pasaron de tener 37 a más de 1.000 personas que realizan el seguimiento de contactos a diario, y este equipo está trabajando las 24 horas del día, los siete días de la semana, en este tipo de trabajo. En la Argentina tenemos cada vez menos registradores para tumores.

Invertir o ampliar la capacitación de funcionarios de salud pública es crucial de cara al futuro en el que se prevé situaciones de doble carga de enfermedad, avances en las ciencias y las tecnologías sanitarias que no se pueden desconocer y por supuesto siempre con recursos finitos. Pensar en alianzas puede acelerar y concretar la inversión que tanto se necesita. □

- 1) Ministerio de asuntos externos Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Comunicación para el desarrollo: Una guía práctica. Disponible en <https://bit.ly/2JwkKNM>
- 2) World Bank (1999). Project Appraisal Document on a proposed loan to the Argentine Republic for a public health surveillance and disease control project September 24, 1999. Available in <http://documents.worldbank.org/curated/en/264301468769301250/pdf/multi-page.pdf>
- 3) World Bank (2007). ICR Review Independent Evaluation Group. Report Number: ICRR12579. Available in <http://documents.worldbank.org/curated/en/468761475098895126/pdf/000146597-20140617121335.pdf>

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

La pandemia cayó en la grieta



Por el Dr. Javier Vilosio (*)

Probablemente era inevitable. La política argentina es un vórtice que todo lo devora, y, al final, nos devuelve más de lo mismo. Alguien dijo alguna vez que sólo los pesimistas cambian al mundo, porque los optimistas están contentos con lo que hay.

Algunos, optimistas, quieren ver en esta crisis una oportunidad para repensar o reconstruir sobre bases diferentes algunas reglas básicas de nuestra convivencia social, en términos institucionales.

Es un hecho que hay una enorme cantidad de experiencias y aprendizajes que como comunidad podríamos -y deberíamos- utilizar para mejorar nuestras vidas en el futuro.

Aunque, diría un pesimista, el optimismo ante la pandemia es una actitud mucho más probable cuando uno no tiene que dedicar tiempo a deambular por guardias hospitalarias atestadas, pasar horas intentando comunicarse infructuosamente con el 148, lograr que su obra social le cubra un hisopado, esperar días y días para saber el resultado de un PCR (sí es que no se perdió la muestra por el camino), o saber que alguien querido está sufriendo o muriendo en soledad. Sólo por mencionar algunas de las tribulaciones directamente relacionadas con la enfermedad.

También, claro, si uno participa de algunos de los sectores de la economía que, al menos a nivel mundial (la Argentina puede ser una excepción a todo...), resultarían "ganadores" en la crisis económica inherente a la pandemia.

En cualquier caso, es difícil sostener hoy, a cinco meses ya de distintas modalidades de aislamiento social o cuarentena, que saldremos mejores, como sociedad, de esta crisis global.

El espanto no nos unió. Quizás no es suficiente la dosis de espanto, o muy escasa la voluntad de unión. Demasiados actores socialmente visibles jugaron (y juegan) al uso extremo e inmoderado de palabras y conceptos efectistas pero insustanciales, insostenibles. O falsos.

La mala calidad de la política argentina, como práctica, y de muchos de sus protagonistas, así como de otros dirigentes sociales, funcionarios públicos, expertos varios y comunicadores, han ido empujando la información, los datos, las opiniones, las definiciones, hacia el mismo plano en que se debate habitualmente entre nosotros la puja político-partidaria, hasta hacerlos, en muchos sentidos, indistinguibles.

La moderación es un valor perdido en la mayor parte del discurso público. Y la moderación arranca con la aceptación de la incertidumbre, la propia falibilidad y el reconocimiento de las voces ajenas. Pero entre nosotros la pandemia se ha integrado al discurso militante.

Y el discurso militante es, por definición, simple irrefutable, y verdadero. El militante no puede dudar, y está dispuesto a justificar hasta lo que no entiende o no comparte, porque cree que hacerlo es debilidad y, por lo tanto, fortalecer al adversario. El pensamiento militante subordina, inclusive, las consecuencias trágicas de una pandemia al interés político coyuntural. Los fines justifican los medios. La historia de la humanidad está llena de ejemplos. Y también la de la Argentina.

Un capítulo aparte debería dedicarse a los profesionales de salud que agitan sus certezas militantes en nombre, que ironía, de la "ciencia". Algunos trataron de "estúpidos" y otros amenazaron con la muerte a quienes no comparten sus mismas convicciones.

Irónico lo de la ciencia, porque ciencia es lo contrario a certeza. Es justamente, su cuestionamiento metódico y autocrítico.

Pero, reconozcámoslo, la moderación tiene mala prensa en una sociedad que ama y repudia a sus líderes y sus gestas fundacionales con simétrica vehemencia.

Y aun así es imprescindible.

Millones de argentinos saldrán mucho peor de esta crisis: muchos vivirán menos, todos serán más pobres, sufrirán

más enfermedades, vivirán en peores lugares, y tendrán menos educación y menos posibilidades laborales. La economía para ellos no es "un poco más de ganancias", sino subsistencia y futuro.

Mucho de ese sufrimiento podría ser menor si desde el principio gobernantes, dirigentes y expertos hubieran recordado aquella frase de Virchow: "Una epidemia es un fenómeno social que conlleva algunos aspectos médicos".

Hoy, es imperioso reconocer que cuanto más de nuestra institucionalidad y convivencia social caigan en la grieta, más doloroso y aciago será el futuro para todos. Ojalá lo podamos evitar. □

El espanto no nos unió. Quizás no es suficiente la dosis de espanto, o muy escasa la voluntad de unión. Demasiados actores socialmente visibles jugaron (y juegan) al uso extremo e inmoderado de palabras y conceptos efectistas pero insustanciales, insostenibles. O falsos.

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

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



Coronavirus: esperando la vacuna

La batalla decisiva

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



El avance del Covid-19 en la Argentina se encuentra en su momento de mayor dinámica y desarrollo. Los números de víctimas, contagiados y recuperados aumenta, pero en este escenario, difícil, por cierto, el ojo está puesto en el sistema de salud que incluye la ocupación de camas de terapia intensiva y el estrés que sufre el personal que forma parte del sistema en los hospitales de todo el país y en particular en el AMBA, uno de sus puntos más álgidos.

Cuando el coronavirus comenzó a instalarse en el país, además de lo estrictamente viral, desde la Asociación de Médicos Municipales hicimos hincapié en la necesidad de cuidar al que asiste y hacerlo de manera urgente a través de los equipos de seguridad completos para afrontar una pandemia que veíamos como azotaba Europa y nos permitía organizar la dinámica diaria para contener al sistema.

Nosotros desde la AMM dimos el puntapié, aportamos equipamientos de seguridad, logramos la ampliación, de más de 500 nuevos cargos, de las estructuras de las áreas de urgencia de los hospitales públicos de la ciudad y le fuimos brindando a los profesionales las herramientas necesarias para cualquier contingencia, ya sea a través de una línea telefónica, ayuda psicológica y plus económico.

Trabajamos codo a codo con las autoridades y muchos de nuestros reclamos se vieron escuchados, como por ejemplo, la necesidad de formar equipos espejos de trabajo para descansos intercalados porque la lucha es larga, muy larga. En los hospitales se libra una verdadera batalla, el enemigo es letal, lo está demostrando y la tarea ardua de quienes están cara a cara con el peligro es titánica, muchas veces el mínimo detalle provoca un contagio.

Es importante saber que la AMM está trabajando para que la dinámica hospitalaria siga su rutina para que la gente que tiene enfermedades de alto riesgo, como problemas coronarios u oncológicos -por ejemplo- puedan poder seguir atendidos con normalidad; es muy importante que la sociedad sepa que el hospital sigue su vida normal, que la terapia intensiva sigue atendiendo y que se debe consultar mucho más cuando se tiene enfermedades complejas.

Esta es una tarea que debe ser organizada y que ya debe pensarse en el mañana, mientras transitamos este presente duro y penoso, pero la lógica indica que hasta que la vacuna no sea una realidad será la responsabilidad de todos poder controlar la curva de crecimiento de los casos.

Las autoridades saben que hay que proteger al que asiste, hay que cuidar a los terapistas, no es una tarea para cualquiera manipular un respirador y sabemos que un contagio significa aislamiento para los que trabajan con ellos y eso debilita al sistema. Hemos logrado que se realicen testeos a todo el personal de salud, es el paso inicial para que la mente del que cuida se enfoque únicamente en su trabajo diario.

La pandemia nos pone a prueba, nos castiga, pega donde más duele porque se trata de vidas humanas, de nuestros adultos mayores, pero también de gente joven y mucho más de aquellos que tienen enfermedades preexistentes.

Hace muchos años la AMM habló del AMBA, muchos nos miraron de reojo, otros no sabían de qué hablábamos y muchos hicieron oídos sordos a nuestros reclamos o advertencias, está en los archivos. Hoy el AMBA está en boca de todos, la gente sabe que se trata del cordón que une a la ciudad con la provincia, tal vez la zona de mayor tránsito hacia los lugares de trabajo y hacia los hospitales porque muchos de los pacientes que transitan a diario los pasillos de los hospitales viene para atenderse, precisamente, del conurbano.

Recuerdo aquellas editoriales donde también éramos los pioneros en poner sobre la mesa el tema del CyMAT, o sea las condiciones adecuadas en el ambiente laboral. Sabíamos de qué hablábamos porque conocemos el día a día de los hospitales y las necesidades de nuestros profesionales.

Médicos Municipales también logró algo que es realmente importante y destacable. Para colaborar en la organización con las autoridades aplicar una iniciativa que nació de la AMM y que tiene que ver con el traslado de aquellos niños que estaban en las terapias intensivas de los hospitales generales de agudos para colocarlos en la Casa Cuna y en el Hospital de Niños, de ese modo hemos impedido que los hospitales de los chicos sean ocupados por adultos con Covid, como se habló en un primer momento.

Hoy tenemos que cuidar al que está cara a cara con el virus, la situación es difícil, pero está lejos de las imágenes que la televisión nos trajo del Viejo Continente.

Desde Médicos Municipales hemos lanzado un programa de igualdad de género -tanto para hombres como para mujeres- se les brindó un subsidio importante para todos los médicos que se contagiaron de coronavirus. Y además también hemos abierto una línea telefónica que funciona las 24 horas y que tiene varias aristas, por un lado, permitirle a quien lo necesite el acompañamiento en caso de contagio o aislamiento. En ese número también van a encontrar asistencia en materia de salud mental porque este es un momento muy delicado, el nivel de estrés dentro del hospital es muy grande, los médicos están en la primera línea de combate y alejados de sus familias, pasó mucho tiempo desde el comienzo de este drama y todos sabemos que falta mucho y tal vez el momento más duro.

Como entidad gremial además de ponernos a la altura de las necesidades de los profesionales de la salud entendemos que estamos en un año particular, aunque esperamos que las autoridades -sabemos que están en estudio- puedan comprender y tener un reconocimiento económico para todos los que trabajan en el sistema en esta pelea diaria contra el virus.

Es hora de abrazar a todos los que pelean contra el coronavirus, a los que acompañan a los familiares, a los familiares de los médicos, enfermeros y a todos los que forman parte del sistema que están aislados. Hay que darle una palmada y no atacarlos ni escracharlos como hemos visto en varias oportunidades. La pandemia está ahí y es hora de la batalla final, hasta que la vacuna pueda contener al virus. Es responsabilidad de todos. □



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



SWISS MEDICAL
S E G U R O S

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



Aportes para un nuevo orden sanitario mundial

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com

La globalización exige hoy más que nunca la construcción de una salud global que pueda acompañar este extraordinario proceso que no debe ser sólo financiero o productivo, sino que su fundamento clave está en el encuentro de culturas, del conocimiento y de la cooperación para el desarrollo.

En un interesante artículo de la NEJM sobre "Salud global", el presidente de la Escuela de Salud Pública de Harvard en ese momento, el Dr. Julio Frenk planteaba tres retos importantes para alcanzarla:

- ✓ Problemas pendientes de infecciones, subnutrición y salud reproductiva.
- ✓ Carga creciente de enfermedades no comunicables y su asociación con factores de riesgo (tabaco, obesidad).
- ✓ Retos derivados de la globalización, como los efectos sobre la salud del cambio climático y políticas de comercio.

No hay ninguna mención en este artículo sobre el peligro de las pandemias y el desplazamiento de las personas por el mundo que fue un fenómeno muy extendido durante todos estos años de globalización y que terminó repercutiendo fuertemente en nuestras vidas considerando que una gripe nacida en una ciudad china (Wuhan) alejada del mundo sin embargo se convirtiera en una pandemia que afecta nuestras vidas presentes y futuras.

Cuando pase la pandemia los países y el mundo deberán hacer los deberes y las tareas necesarias para adecuarse a lo que se denomina la "nueva normalidad". En primer lugar, los países deberán tomar debida nota de algunas cuestiones que señalaremos a continuación:



1. La globalización no significa la renuncia a la planificación. No es un fenómeno espontáneo que podamos dejarnos llevar sin lograr hacer un control de daños. Si bien es cierto que cada país no lo puede controlar individualmente los gobiernos deben tener planificado como resolver fronteras adentro cuestiones que pueden repercutir desde el exterior.
2. Los gobiernos se olvidaron por un tiempo de la **salud pública** y esto se paga caro. Como bien menciona Julio Frenk "La salud pública ha sufrido un progresivo aislamiento, tanto de los avances científicos como de los esfuerzos por organizar mejores sistemas de salud. Esto la ha relegado a un papel secundario en los espacios académicos y también en los niveles de aplicación, generando un círculo vicioso entre aislamiento e irrelevancia". Hoy más que nunca es necesario reinventar esta función clave y redefinir su

misión ante un entorno cada vez más complejo y con mayor incertidumbre.

3. El renacimiento de la **atención primaria de la salud** no puede estar desvinculado de un juicio crítico de porque no hemos podido mostrar evidencias claras y permeable la prioridad y decisión de las sociedades y de los gobiernos de mantener relegada a la atención primaria y sometida al modelo hospitalocéntrico. Es fundamental para el rediseño de los sistemas convertirla en la verdadera guía de atención de la salud que asigne recursos según las necesidades. La "fascinación tecnológica" del hospital no nos ha permitido valorizar el trabajo clave de la prevención, promoción y primer nivel de atención en los objetivos últimos de mantener la salud de la población.
4. La **gestión hospitalaria** ha tenido dificultades para organizarse como red horizontal de cooperación que permita alcanzar economías de escala, de aprendizaje y de continuidad de atención. En Latinoamérica todavía no hemos podido dar el gran salto que significa autonomía y profesionalidad en la gestión de las organizaciones sanitarias (más allá de algunas experiencias puntuales) y seguimos recurriendo al modelo jerárquico y politizado que en la pandemia ha demostrado ser insuficiente para responder. La crítica situación que debieron enfrentar los hospitales en primer lugar debe haber hecho valorizar por primera vez el rol del primer nivel de atención dado que, si el mismo funcionara bien, filtraría pacientes y sólo llegarían aquellos que tienen que

llegar a ese nivel de complejidad. Y en segundo lugar tomar conciencia de la baja intensidad de una dirección que tiene que manejarse con escasa o deficiente información sobre las camas disponibles y/o ocupadas y todo lo que gira en torno a las mismas (tecnología, insumos y recursos humanos).

5. Seguridad del paciente. El sector público sanitario ha tenido una preocupación básica por el acceso descuidando o minimizando las cuestiones de calidad y seguridad del paciente como si fueran algunas cuestiones menores. Simplemente para recordar que según los estudios de la OECD el costo de la no calidad en las instituciones puede alcanzar el 15% de los presupuestos mostrando la importancia de trabajar con guías y respetando los consensos básicos que hacen a la seguridad del paciente. La pandemia ha sido un llamado de atención al respecto y esperamos que el regreso a la normalidad signi-

fique mayor conciencia de replantear la estructura y los procesos correspondientes.

6. Respeto de la seguridad del personal sanitario. Quedó en evidencia la escasa inversión en la materia y como el virus se encargó de penetrar las líneas más expuestas de los hospitales y centros de salud por no contar el personal con el equipamiento básico de protección. También el hecho de la precariedad del empleo sanitario que hace que médicos, enfermeras y otros profesionales tengan que desplazarse de un lugar a otro para trabajar y reunir un salario decente y que resulta incompatible con el cuidado sanitario exigido (pluriempleo). Este es otro llamado de atención para un capítulo muy descuidado de la gestión hospitalaria.

7. Uno de los sectores más castigados por la pandemia han sido los geriátricos o residencias de adultos mayores. Aquí es ne-

cesario replantear el tema y mejorar ampliamente los mismos fortaleciendo el área sanitaria que estuvo descompensada respecto de la social que siempre estuvo más presente.

8. Las prácticas que aparecieron respecto de la higiene personal nos hicieron recordar ciertos atrasos del mundo occidental en esta materia. Lavado de manos, desinfección de los alimentos y objetos, limpieza y desinfección de la casa y lugares comunes, uso de barbijos para las personas enfermas, constituyen prácticas cotidianas en otras culturas y que ahora deberán ser incorporadas.

9. La pandemia mostró algunas debilidades en materia de insumos y tecnologías como consecuencia de un esquema de producción sostenido por el criterio de la economía de escala internacional. Así se compraban barbijos en China, testeos en Corea y respiradores en Alemania. Han

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



surgido en este corto plazo una cantidad importante de investigaciones e innovaciones que han puesto rápidamente en uso elementos de testeos o tratamientos farmacológicos (uso del plasma) además de los equipos de investigación internacional que se han asociado (Brasil experiencia de Oxford en la prueba para la vacuna o en el caso argentino participación en protocolos internacionales auspiciados por la OMS para investigación aplicada de algunos tratamientos).

10. Las políticas implementadas (como por ejemplo la cuarentena) estuvieron más sesgadas en defender la vida, pero les han dado poca importancia a los medios de vida, así como a las patologías crónicas y la salud mental de la población que fueron desplazadas del eje y que sin dudas traerán consecuencias negativas a futuro.⁽¹⁾

La salud global tiene dos elementos claves que nos permiten caracterizarla y definirla:

- ✓ Por un lado, el nivel de análisis que afecta a todos y que debe considerar muy especialmente la diversidad de sociedades que conviven en el mundo, en todo lo referido a normas, valores, culturas e intereses.
- ✓ Relaciones de interdependencia que ligan diferentes unidades de organización social de la población global (Naciones – estados, empresas privadas, grupos étnicos, movimientos civiles (ONGs), etc.

La construcción de una gobernanza global para salud requiere saber que ésta va más allá de los mecanismos formales de los gobiernos y se refiere a la totalidad de las formas en las que una sociedad tiende a organizar y gestionar sus asuntos. La mala noticia con la que convivimos es que no existe un gobierno global y esto lo vivimos diariamente por la falta de coordinación existente para enfrentar diferentes problemas globales. Sólo pensemos en el ambiente o la protección de determinadas especies.

Por otra parte, existe un consenso generalizado que la arquitectura institucional de la Organización Mundial de la Salud se ha mostrado insuficiente e incapaz de responder a los retos globales que plantea la salud. Seguramente a la salida de la pandemia tendremos un debate sobre cómo se organizará un sistema sanitario global donde el rol de las grandes potencias -Estados Unidos y China- será crucial en la materia tal como fue el final de la Segunda Guerra Mundial cuando se dio origen al orden internacional que nos acompaña hoy en día.

La OMS fue creada en 1948 y es alabada particularmente por su papel en la eliminación de la viruela, la casi erradicación de la poliomielitis y la lucha contra enfermedades como el VIH, la malaria y la tuberculosis. Tiene un presupuesto de 2.400 millones de dólares anuales. A principios de este siglo, la organización recibió casi la mitad de su presupuesto en forma de cuotas de los estados miembros, pero ahora éstas se han reducido a alrededor del **20% de sus ingresos**. Esto significa que la OMS ha pasado a depender más de las contribuciones voluntarias para llevar a cabo su trabajo.⁽²⁾

Se avecinan tiempos donde es necesario contar con líderes que piensen en el mundo y que tengan actitudes cooperativas y diferentes de las peleas comerciales de los últimos años. Hombres dispuestos a mirar mucho más allá del corto plazo y dispuestos a construir un sistema sanitario global. Compuesto por un grupo de actores cuyo interés primario e inicial sea mejorar la salud de los habitantes del mundo, así como la definición de reglas y normas que regulen su intervención.

Ese nuevo espacio tendrá funciones esenciales considerando la “nueva normalidad” internacional y pasará por:

- ✓ Producción de bienes públicos globales (especialmente todo aquellos relacionados con el conocimiento (estándares y guías de actuación sobre mejores prácticas, estudios de evidencias, comparaciones y análisis, etc.).
- ✓ Gestión de externalidades entre los países (trabajar en prevenir y/

o mitigar las consecuencias negativas que podrían producirse sobre la salud de un país como consecuencia de las acciones de otros países (vigilancia epidemiológica y compartir información para preparar respuestas conjuntas).

- ✓ Movilización de la solidaridad global (programas de financiación al desarrollo, cooperación técnica, asistencia humanitaria, etc.).
- ✓ Buena administración (esto facilitará la dirección estratégica del sistema sanitario global para que las otras funciones se puedan hacer adecuadamente).

Finalmente, una reflexión. El mundo ya había vivido otras epidemias que asolaron determinados continentes o regiones específicas (caso del ébola en África o las gripes en Asia) pero quizás tenían que morir personas en Nueva York, Washington, Londres, Madrid, Milán, Bruselas, Pekín, Moscú, San Pablo, Río de Janeiro, Buenos Aires, Ciudad de México, Nueva Delhi, para que el mundo occidental tome conciencia de la importancia de construir una gobernanza sanitaria. Esperemos que el aviso esta vez sea escuchado por los que tienen que tomar las decisiones con impacto mundial y que puedan aprender de esta experiencia traumática que afectó sanitaria, social y económicamente a todos los continentes y millones de personas. □

1) La única iberoamericana que participó en la Comisión fue la Dra. Jeanette Vega (Subsecretaria de Salud durante el gobierno de Michelle Bachelet en Chile) y ante una pregunta de cómo cree que ha reaccionado el mundo ante la pandemia expresó: “El mundo ha reaccionado con mucha sorpresa y con poca previsión de los efectos económicos globales de esta pandemia. También creo que ha faltado tomar medidas económicas más fuertes para proteger el ingreso de los trabajadores, especialmente los informales”.

2) <https://www.dw.com/es/qu%C3%A9-influencia-tiene-china-sobre-la-oms/a-53168549>

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



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 Houder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

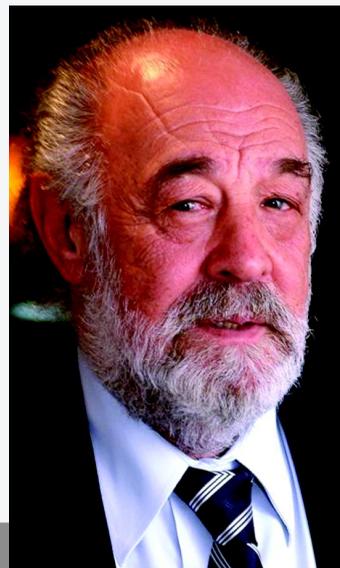
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

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

Reconocer el problema: los geriátricos frente a la pandemia

*"Que nadie diga, como con tanta frecuencia eso no lo sabíamos...
Que nadie guarde silencio por la semana y hable libremente el domingo...
No queremos levantar nunca más monumentos
a víctimas en que antes no se pensó..."*

Günter Grass
Antes que sea demasiado tarde



Por el Dr. Ignacio Katz

El desafío de envejecer, que ha merecido artículos anteriores en esta misma Revista, sigue mereciendo un detenido y reflexivo análisis, ya que constituye un eje innegable de la medicina actual y de manera creciente en tanto se alarga la expectativa de vida. Hoy, sin embargo, la situación se agrava en esta coyuntura donde tanto la enfermedad virósica del Covid-19 como "el remedio" preventivo del aislamiento, implican una pinza que acorrala al adulto mayor de manera trágica.

Efectivamente, el riesgo de contagio de este sector de la población esconde la segura y total condena a una reclusión que ya lleva cinco meses, y se alargará por lo menos cinco meses más (cuando, en una proyección optimista, se consiga la vacuna). Pasado un primer momento de comprensible extremismo en las medidas, a esta altura resulta imperdonable que no exista un riguroso *esquema de atención integral* a la población mayor que, bajo el argumento de ser protegida, resulta una vez más relegada al olvido.

El desafío es doble: comprender lo incomprendible (con números que confunden), y desentrañar cómo un proceso biológico universal (envejecer) es usado como manifestación de deshumanización. Quisiera acentuar este último aspecto, que se refiere menos a las condiciones socioeconómicas y sanitarias que a las condiciones morales y éticas.

La vejez no es una enfermedad, sino que supone un estado de mayor vulnerabilidad, es decir, de exposición mayor a los factores de riesgo, enmarcados en un proceso que abarca emergentes como son: la soledad, el sedentarismo, la desnutrición, y el destrato. Pero estos problemas se pueden afrontar. De otra calidad y magnitud son el exilio interno, la marginación y la exclusión social durante la pandemia que desnuda así su cruda situación.

De fondo, el problema radica en tratar como urgencia o emergencia lo que ya constituye una catástrofe o incluso (ya que "catástrofe" sólo les compete a los eventos naturales) un *desastre*, siguiendo la nominación de la Organización Mundial de la Salud, recordemos el significado de:

- **Urgencia:** la aparición fortuita de una afección de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.

- **Emergencia:** una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa en forma inmediata y adecuada.
- **Desastre (Catástrofe)** es un hecho natural o provocado por el hombre que afecta negativamente a la vida y requiere que las partes implicadas renuncien a la autonomía y a la libertad tradicional, para producir respuestas en conjunto y organizadas, siguiendo un comando o estructura definida.

A este "momento situacional" no se arriba por accidente sino por ignorancia y negligencia sanitaria. A más de 150 días de instalado el confinamiento (mal llamado cuarentena) se transparenta el estado de indefensión al que son sometidos los adultos mayores ante la parálisis de conciencia y sensibilidad por parte de la sociedad toda. Parálisis en la responsabilidad y en el compromiso moral y ético.

Claro que no resultan conducentes acciones de voluntariado espontáneo sin un mapa de investigación-acción que trate el problema como tal y encamine su resolución. Se trata de una faceta más de la necesaria *gobernanza sanitaria*. Las políticas públicas no deben convertir a los adultos mayores en objeto de asistencia, sino en sujetos de derecho, sujetos de dignidad.

Nos preguntamos dónde está la *actividad articulada* entre el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Servicios de Salud, la ANSES, el PAMI, las Organizaciones Civiles a fin de cumplir con el principio de complementariedad. ¿Dónde están los ciudadanos, tanto los familiares como aquellos en su faceta solidaria o fraterna, a fin de instrumentar acciones políticas? Se trata de un imperativo moral de los derechos humanos básicos y de la ética de la dignidad.

Debemos superar la *obediencia debida*, donde un coro de asesores se atribuye autoridad legítima e impone una obediencia ciega que confunde riesgo con vulnerabilidad, residencia con enclaustramiento, encierro con captura, y marginación con exilio interno. Es hora de correr el velo o el telón. Todo encierro mayor a 15 días en un adulto mayor sin fisioterapia ni apoyo psicológico de sostén simula una cárcel sin patio, y potencia ese ensamble de cuatro componentes ya mencionado, en un ambiente de anomia e ignorancia que desconoce hasta la diferencia que hay entre contagio y transmisibilidad.

Recién el 19 de junio empezaron los testeos sistemáticos en los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires, lo cual redujo el porcentaje de los fallecidos sobre el total de la población, de 38 a 24%, en el transcurso de los últimos tres meses, lo cual, a todas luces, sigue siendo alto. No tendría que haber sido una sorpresa que los geriátricos son uno de los principales focos de riesgo, y que como tales deberían haber sido el centro de cuidados y prevención desde el día uno.

Hace meses, el defensor de la Tercera Edad de la Defensoría del Pueblo porteña, Eugenio Semino, advertía: “el [geriátrico] que está habilitado es una bomba de tiempo que vemos y el que no lo está es una mina subterránea; en ambos casos, puede explotar”. Hoy, más del 70% de los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires tuvieron al menos un caso de Covid-19, y habría que revisar los números en cada una de las demás provincias.

A modo de punteo, respecto de los geriátricos, tenemos, entre otras cuestiones a tener en cuenta:

- Fallas en la infraestructura y en la logística.
- Habilitación de responsabilidad fragmentada, y por lo tanto diluida.
- No están preparados para funcionar como clínicas.
- Falla en los protocolos *procedimentales* (falta de personal entrenado, no alcanza con meras “normas”) de bioseguridad.
- Falta de unidad de control, sobre todo al personal en cuanto al testeo, rastreo y aislamiento, dado que se trata del encadenamiento clave (importancia del rastreador) para llegar a una evaluación precoz que posibilite un manejo oportuno y eficiente, a fin de evitar el diagnóstico tardío de una evolución sin control tanto del paciente como de la propagación del virus, lo que terminaría finalmente en la saturación del sistema de asistencia.

De esta manera tomar conciencia que la materialización de toda amenaza debe pasar por el análisis sistemático de *variables de riesgo* y *variables de vulnerabilidad*. Compromiso éste que se impone a toda institución de bien público, como son los geriátricos.

Debemos desechar un compungido relato envuelto en posverdad. Es decir, en la falsificación de la verdad o sencillamente la mentira o falsedad, que encubre la manipulación política. Evitar caer, asimismo, en planteos que van desde la discusión sobre la teodicea o designio divino hasta eludir la situación de catástrofe o desastre que deberíamos enfrentar mediante una gestión estratégica multidisciplinaria.

Más bien, cabe el planteo del efecto estudiado por el psicólogo norteamericano Stanley Milgram, sobre “los peligros de la obediencia” y la complicidad de los seguidores. *En su condición remota, la víctima es un extraño que está física y espiritualmente solo*, al decir de Zygmunt Bauman. La cruda verdad es que en los geriátricos se justifica la muerte porque la provoca el Covid y no la sociedad por su negligencia.

Hay un mundo que no queremos ver. Es el nuestro. Empecemos por no desviar la mirada y asumir el compromiso que significa el ser ciudadano. □

(*) 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 Pandemia y Salud Pública - Abordaje epidemiológico y Gobernanza Sanitaria”; “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).



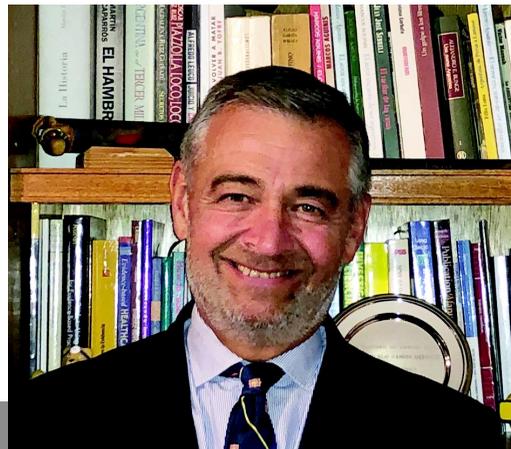
UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



¿Cuántos médicos o qué médicos?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

La mayor parte de los expertos coinciden en que el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio nos dio tiempo para preparar el sistema de salud para las exigencias de la pandemia. El curso de los meses llevó al agotamiento de la población, pero el enlentecimiento en el ascenso del número de casos y la baja letalidad permitieron que el sistema de salud complejo, poco articulado, y con múltiples deficiencias, no se saturara. La mayor parte de los informes dan cuenta de ocupaciones moderadas de camas, en particular las de cuidados críticos. Sin embargo, poco a poco se fueron encendiendo las alarmas. Varias notas periódicas dan cuenta que algunos lugares puntuales como Jujuy en un mes se pueden quedar sin médicos que puedan atender las terapias intensivas.⁽¹⁾

La Argentina tiene, según los últimos datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud correspondientes a 2016, 172.502 médicos lo que da una tasa de 39,6 por 10.000 habitantes, de los más altos de la región. El problema es que debemos mirar la composición y distribución más que los indicadores globales. Esto por lejos no refleja la realidad de todas las provincias, ni la realidad de las ciudades populosas comparadas con las áreas menos pobladas de cada una de ellas. Muchas más diferencias y dificultades se detectarán si analizamos las diferentes especialidades y su distribución. Debajo de lo cual subyacen las definiciones de cómo se definen las especialidades y cómo se planifican los recursos humanos.

La definición de especialistas y su reconocimiento son el resultado de nuestro modelo federal. En los últimos 20 años es el COFESA, como instrumento de consenso de políticas, el órgano que aprueba la propuesta de nuevas especialidades que rigen en el ámbito del Ministerio Nacional y a las que podrían adherir las provincias. Su influencia en el accionar distrital es limitado. A diciembre de 2019 son 70 las especialidades aprobadas a nivel Federal. Un estudio realizado en ese mismo año por la Dirección de Capital Humano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social muestra con detalle la enorme dispersión de denominaciones y especialidades y subespecialidades reconocidas que llegan casi a 150.⁽²⁾ Mayor sorpresa encontramos cuando vemos que pese a ese número de las 70 aprobadas por el COFESA, sólo 42 están representadas en todas las jurisdicciones. Este último número no difiere de aquellos que alcanzan acuerdos supranacionales como el Mercosur o la Unión Europea lo que tal vez señale que son las que constituyen las especialidades mayoritariamente aceptadas.

En segundo lugar, debemos considerar que, en el desarrollo histórico de la conceptualización de especialidad, ha primado la necesidad de recortar espacios de práctica vinculados a factores económicos y de trabajo, por sobre el análisis del proceso formativo necesario para alcanzar las competencias que garanticen esa práctica. Da cuenta de esto la escasa vinculación, en estos 20 años, entre las especialidades reconocidas y la creación de residencias por parte de los distritos y del propio estado nacional, así como de Carreras de Especialista por parte de las Universidades. Si bien finalizar una residencia reconocida u obtener un título de especialista asegura el reconocimiento como especialista por parte de los órganos reguladores de la práctica, esto sólo es posible si la especialidad está incluida en el listado del distrito correspondiente.

La resolución 3393/2019, casi en las postrimerías del último gobierno, intentó dar cuenta de esto estableciendo distintos tipos de calificaciones: especialidades, especialidades dependientes o subespecialidades, capacitaciones agregadas/ especiales o áreas de experticia. La norma vincula la incorporación de especialidades con los trayectos formativos necesarios para la adquisición de las competencias. Por otra parte, la resolución del Ministerio de Educación 2643/2019, ha modificado la carga horaria de los posgrados en ciencias de la salud con un formato que los aproxima a la formación en residencia. Ambas normas son un primer paso necesario para el ordenamiento del sistema.

El análisis de los procesos de planificación de recursos humanos federal nos muestra una serie de iniciativas a lo largo de los últimos 15 años muy positivas, como el examen único de ingreso a residencias y el compromiso de financiamiento de éstas por parte del estado nacional en casi todos los distritos del país. Pero este proceso resulta insuficiente para influir en la elección de especialidades en los graduados recientes. Esto tiene varios motivos. En primer lugar, la residencia no es un camino obligatorio ni único para hacerse de una certificación como especialista. El número de vacantes ha demostrado que tiene bajo poder para guiar esta elección. El aumento de vacantes en especialidades críticas sólo significó un aumento de los porcentajes sin cubrir. Son necesarias políticas de estímulo específico por especialidad, y estrategias en las convocatorias que pospongan la elección de la especialidad al momento de la adjudicación de cargos con un ranking único al estilo del MIR español. Finalmente avanzar en el camino de la residencia como camino excluyente de formación, al menos para las especialidades básicas o de primer nivel.

Otro componente importante de este fenómeno son las acciones de planificación. Resulta clave poner en valor para ello, el estudio de Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas llevado a cabo en conjunto con la Escuela Andaluza de Salud Pública.⁽³⁾ Aquí hay un minucioso detalle de cada especialidad con perspectiva de género. Para la especialidad que inicia estas reflexiones ya se predecía un déficit aún con una demanda estable. Parte de este déficit también es explicado por el complejo modelo asistencial argentino, con una atomización de la oferta hospitalaria en establecimientos de tamaño pequeño y por el sistema de trabajo que promueve el multiempleo. Es necesario que, en el único acto, con algún grado de armonización federal, como son las vacantes de residencias, se utilicen estos insumos y se vaya corrigiendo estos déficits, concentrando vacantes en las especialidades prioritarias sin dejar caer la oferta del resto de las especialidades. Esto acompañado del resto de las medidas señaladas más arriba podrá corregir a mediano plazo los desbalances detectados. Las vacantes ofrecidas de residencias aún están muy condicionadas por un modelo "hospitalocéntrico" en el que la oferta de especialidades como medicina general y/o familiar está lejos de ocupar el 30% de las vacantes como recomiendan los organismos internacionales. La proliferación de especialidades sólo contribuye a fragmentar la atención y la reducción de elección de especialidades necesarias en favor de aquellas que suponen una mayor garantía de éxito económico y profesional.

La duda que nos llevamos de estas reflexiones es si la pandemia será el punto de partida para determinar

cuál es el punto óptimo de especialización médica necesario para nuestra sociedad y cómo poner en marcha las acciones necesarias para lograrlo. Entendiendo que este punto es aquel que consiga los mejores resultados sanitarios con los costos que podemos absorber como sociedad, con un recurso humano que reciba la justa retribución a su tarea. □

REFERENCIAS

1. Mugica J. Jujuy en crisis: cómo vive la provincia el aumento de contagios de coronavirus que dejó al sistema de salud al borde del colapso. Infobae. (Edición Digital) 26 Ago 2020. Disponible <https://www.infobae.com/politica/2020/08/23/ujuy-en-crisis-como-vive-la-provincia-el-aumento-de-contagios-de-coronavirus-que-dejo-al-sistema-de-salud-al-borde-del-colapso/>
2. Duré MI, Fernández Lerena M, Gilligan C y col. Especialidades Médicas: Estado de situación y antecedentes sobre el proceso de reconocimiento de nuevas especialidades y su relación con la formación. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019. Disponible: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/especialidades_medicas_2019.pdf
Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/especialidades_medicas_2019.pdf
3. Navarro Pérez P y col. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2015 Disponible en http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf

(*) 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.



FEFARA

DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS | www.dsalud.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

Construyamos juntos el mañana

Por el Farm. Damián C. Sudano (*)



Es una realidad innegable que la actividad diaria consume la mayor parte de nuestras energías y preocupaciones. Y eso parece lógico: se vive en el presente. El presente es lo real, lo concreto. Es el aquí y ahora. Pero es bueno recordar (o comprender), que el presente no es más que la consecuencia natural de un conjunto de acciones y omisiones, realizadas en el pasado por un diverso conjunto de actores.

Esos actores, en nuestro caso, no son otros que los farmacéuticos, sus instituciones, la industria del sector, el gobierno nacional, los gobiernos provinciales, la seguridad social, los entes reguladores, los medios de comunicación... la gente.

Llegados a este punto parece claro advertir que, así como el presente es hijo del pasado, se constituye a su vez en padre del futuro: **lo que hagamos o dejemos de hacer hoy, moldeará la realidad que viviremos en el futuro.**

TENDENCIAS

Tomando en consideración los rasgos más notorios del presente, podríamos decir que es tendencia mundial la consolidación de estos factores:

- El deterioro de los ingresos medios de la población.
- La disminución de los ingresos y el incremento de los costos en salud para los financiadores.
- Judicialización creciente relacionada con productos de alto costo.
- Falta de priorización del uso racional del medicamento, con garantía de acceso para 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.

A lo anterior, debemos adicionar un rasgo general común a todas las actividades: el mundo avanza hacia procesos de globalización, estandarizando formas de vida y estableciendo nuevos modelos sociales.

En este escenario, el retail progresa en forma sistemática y con gran rapidez en la estructura industrial actual. En nuestra actividad ha llegado para quedarse y avanzará en la medida que los países liberalicen sus legislaciones sanitarias.

El problema trasciende el ámbito farmacéutico-sanitario, constituyéndose en un asunto económico y sociológico de gran alcance. Por ello, consideramos imperioso limitar-modular sus efectos mediante la implementación de efectivas políticas de consenso, con miras hacia el futuro.

¿QUÉ HACER?

Ante esta realidad, sólo tenemos dos opciones: mirar cómo pasan las cosas, como simples espectadores o hacer que las cosas pasen, gestionando de modo proactivo.

En FEFARA, desde el mismo momento de su creación, tenemos una convicción inalterable: resulta inaceptable conformarse con el rol de intermediador parasitario, sin gestión, sin herramientas y sin contratos para administrar. Prestando la red a cambio de unos pesos para subsistir. Reaccionando pobre o erróneamente ante una realidad que se presenta adversa. Resignados a aceptar que otros decidan nuestro futuro.

Por el contrario, hemos dado vida a la Federación siendo proactivos y gestionando. Haciendo importantes inversiones en capital físico y humano. Desarrollando sistemas y procesos. Capacitando y formando dirigentes a través de un Instituto creado a tal fin. Teniendo como objetivo central la contención y sustentabilidad de los integrantes de nuestra red; brindando más y mejores servicios a los afiliados de la seguridad social y asistiendo a los financiadores para la mejor utilización de sus limitados recursos, en procura de la utilización racional del medicamento.

¿CÓMO SIGUE?

Somos conscientes que para hacer frente a los desafíos que se presentan, resulta necesario atender en forma simultánea varios frentes. Esta situación nos impulsa a buscar coincidencias con diferentes actores, para involucrarnos asociativamente en la ejecución de estrategias de común interés.

✓ **Una trinchera: el mercado.**

Aquí tenemos que dar respuestas a estos interrogantes:

- ¿Cuáles son los factores negativos?
- ¿Podemos enfrentarlos?
- ¿Con quiénes?
- ¿Solos o asociados?
- ¿Con las otras Instituciones Farmacéuticas, otras profesiones, con los consumidores?
- ¿Con el Gobierno nacional, provincial o local?
- ¿Con la Industria y sus instituciones?
- ¿Qué tenemos en común con cada uno de ellos?
- ¿Cómo y cuánto afecta a cada uno esta situación?

✓ **Otro frente: la farmacia**

Nuestro trabajo se debe realizar procurando:

- Un cambio de paradigma del farmacéutico.
- Gestión empresarial y comunicación.
- Asociativismo - La farmacia como espacio de salud.
- Apoyo profesional multidisciplinario para nuestra red.

✓ **Ideas fuerza para el diseño de planes y acciones** Inicialmente consideramos necesario:

- Vincularnos con las Universidades.
- Trabajar con los jóvenes profesionales.
- Procurar los marcos regulatorios necesarios a todo nivel.
- Analizar lo realizado en otros países, intentando reproducir algunas experiencias exitosas:
Brasil/Ecuador: gestión asociada entre lo público y lo privado.
España/Francia: limitación a la formación de grandes cadenas, que producen integración vertical.
Canadá/Australia/Nueva Zelanda: implementación de servicios profesionales.

Finalmente, queremos dejar una formal invitación a ponernos en marcha sin más pérdida de tiempo. Y, en tal sentido, concretar la constitución de un foro donde no sólo confluyan las instituciones farmacéuticas, sino también la Industria, el Gobierno y los demás actores de este mercado, creando un espacio de diálogo y debate para lo cual resultará central el establecimiento de un sistema efectivo de comunicación y colaboración entre las partes.

Nosotros podemos liderar el cambio que creemos, o simplemente esperar y aceptar lo que se imponga. La elección es bastante clara: nosotros... ¿vamos a liderar el cambio?

Eso creemos y esperamos, con total confianza.

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



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

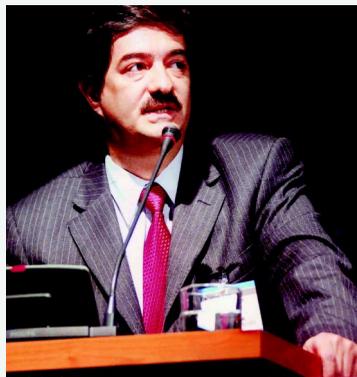
ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

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

DESREGULACIÓN

Los cambios que nos dejará la pandemia en tiempos de virtualidad



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

Hemos visto el modo que, en estos meses, se ha cambiado nuestra relación con las instituciones, con las personas jurídicas y con las personas humanas en los tiempos de pandemia. Las limitaciones impuestas por el ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) ha tenido como efecto la transformación de los vínculos antes cercanos, por lazos virtuales.

Muchas de esas conversiones ya eran reclamadas con anterioridad, especialmente las vinculadas con el Poder Judicial de la Nación y los tribunales Provinciales. Otras, las relacionadas con las administraciones públicas (Nacional, Provincial o Municipal) dependientes (dependieron) de las voluntades de esos estados en cuanto al grado de avance de la "informatización" de sus trámites.

En el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud, desde hace algún tiempo ya existen varios trámites que se pueden hacer a través de la plataforma virtual. El uso del FTP (fail transfer protocol) ya tiene varios años de funcionamiento, y el acceso a la información de modo remoto ya está al alcance de los usuarios institucionales (obras sociales y empresas de medicina prepaga) y también para los usuarios del sistema nacional del seguro de salud (persona humana).

Lo cierto es que la virtualidad, como mecanismo de vinculación, llegó para quedarse. Compramos

por la web, contratamos vía internet, nos acreditamos y verificamos identidad a través de los métodos de acceso virtual y desde todos los estamentos públicos y privados se fomenta su uso.

En materia de opción de cambio de obra social, las normativas que le han dado inicio en el año 1998 todavía siguen vigentes sin modificaciones. El decreto 504/98 sólo sufrió un cambio en el año 2001, para permitir que los usuarios optaran desde el inicio de la relación laboral y no debieran permanecer un año (como mínimo) en la obra social de la actividad.⁽¹⁾

Distintas han sido las propuestas para modificar el ejercicio de este derecho, ya se trate de quienes consideran sentirse "perjudicados" por sus consecuencias, o de aquellos que pretenden avanzar en suprimir requisitos para su práctica, entendiendo que éstos tienden a dificultar su ejercicio. Los resultados del llamado "descreme" ⁽²⁾ no han sido abordados hasta ahora, aunque los mecanismos de subsidios -con los reparos que hemos expuesto en notas anteriores- tienden a morigerar sus perjuicios, por lo menos desde el punto de vista económico.

En las propuestas de las que hablábamos en el párrafo precedente y en artículos que hemos escrito en notas anteriores, expusimos la cantidad de opciones de cambio que

se ejercen mensualmente. En el cuadro se puede apreciar el detalle global de las opciones de cambio ejercidas este año, hasta el mes de junio inclusive.

Lo cierto es que más allá de la discusión sobre las herramientas que pueden ayudar (o no) al ejercicio del derecho de opción de cambio, las transformaciones causadas por la pandemia ameritan avanzar en instrumentos que permitan a los usuarios tener más herramientas para el ejercicio de ese derecho.

Sin perjuicio de lo expuesto, una de las características que ha llevado a permanente reclamo, es la vinculada a la identidad de las personas y su reconocimiento de haber ejercido el derecho. Sucesivas normas han exigido que la firma se encuentre certificada por autoridad competente, con el objetivo de evitar los cuestionamientos posteriores sobre el desconocimiento de la firma, que se han multiplicado con el correr de los tiempos.

Pareciera entonces, que la pandemia nos brinda la oportunidad de avanzar sobre el ejercicio "a distancia" de este derecho, que bien puede ejercerse por vía de las plataformas que hoy nos permiten la realización de los trámites y, fundamentalmente, la validación de la identidad. El decreto 504/98 dispone que la opción de cambio debe ejercerse en forma "personal" ante la obra social elegida. Reza textualmente el artículo:

Art. 3º-La opción a la que hace mención el artículo primero deberá ejercerse en forma personal ante la Obra Social elegida, la que deberá enviar semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas, en soporte magnético, a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que a su vez lo comunicará:

a) a la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL para su procesamiento y actualización del padrón de beneficiarios;

OPCIONES – JUNIO 2020

Cantidad de altas de opciones REGIMEN GENERAL		
2020	Consistentes	Inconsistentes
Enero	39819	1844
Febrero	34250	2361
Marzo	45240	4523
Abril	12055	1418
Mayo	0	1
Junio	0	0
TOTAL	131364	10147

Cantidad de altas de opciones MONOTRIBUTO		
2020	Consistentes	Inconsistentes
Enero	12535	1853
Febrero	9081	1042
Marzo	15158	4168
Abril	3839	1649
Mayo	0	1
Junio	0	0
TOTAL	40613	8713

Cantidad de bajas de opciones REGIMEN GENERAL	
2020	Cantidad
Enero	205
Febrero	163
Marzo	78
Abril	117
Mayo	147
Junio	107
TOTAL	817

Cantidad de altas de opciones SERVICIO DOMÉSTICO		
2020	Consistentes	Inconsistentes
Enero	687	31
Febrero	449	7
Marzo	731	41
Abril	119	20
Mayo	0	0
Junio	0	0
TOTAL	1986	99

b) a la Obra Social de origen;

c) a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, quien dentro del plazo de QUINCE (15) días informará a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD sobre los aportes y contribuciones efectuados en los últimos DOCE (12) meses a la Obra Social de origen.

La solicitud de opción de cambio se efectuará mediante formularios numerados cuyo texto será aprobado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y será registrada en la Obra Social en un libro especial rubricado por la Autoridad de Aplicación.

Siguiendo estos lineamientos normativos que surgen del decreto, corresponde interpretar cuál es la actualidad del término "personal". Es evidente que, en todo este tiempo transcurrido desde el dictado de

esa norma, quienes trabajamos en este sistema hemos interpretado la calificación de *personal*, como sinónimo de *presencial*. Hoy en día, todos realizamos trámites personales que no son presenciales, como lo hemos dicho al principio de este artículo.

Debemos tener en cuenta, por ejemplo, que la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS hoy permite realizar la casi totalidad de los trámites del contribuyente a través de su página web y con la respectiva clave fiscal.

Validar la identidad por medios electrónicos aparece hoy tan seguro como la actividad presencial. La interacción personal de manera virtual con los organismos públicos, como el caso descrito en el párrafo anterior, aparece como normal y corriente.

Es por ello que no vemos impedimento en la actualidad para avanzar en la posibilidad que los usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud ejerzan su derecho de opción de cambio por la vía electrónica.

El actual Superintendente de Servicios de Salud, Lic. Eugenio Zanarini, en una charla que ha brindado en la Diplomatura en Análisis y Gestión de Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga de la Universidad ISALUD, que los autores dirigimos en conjunto, señaló que la posibilidad de ejercer la opción de cambio "a distancia" estaba entre los objetivos de su gestión y que podría llegar a implementarse antes de fin de año.

Restará establecer las condiciones técnicas para ese ejercicio, ya sea con la clave fiscal, ya sea a través de la aplicación Mi Argentina⁽³⁾ para validar la identidad del optante. Pero también deberán establecerse los mecanismos informáticos para que las personas puedan interactuar con la obra social elegida, procurando que ambas relaciones (la del usuario con la obra social, en lo que hace al ejercicio del derecho, y la de la obra social con la autoridad de aplicación, en lo vinculado al procesamiento de la opción) se desarrollen con la mayor seguridad posible y en los tiempos adecuados para completar los plazos previstos en las normas vigentes. □

REFERENCIAS:

- 1) El decreto 1400/01 modificó el artículo 13 del decreto 504/98 que quedó redactado de la siguiente manera: Los trabajadores podrán ejercer el derecho de opción desde el momento mismo del inicio de la relación laboral.
- 2) Entendemos por "descrème" la consecuencia de la salida -vía opción de cambio- de las personas con mayores salarios, las más jóvenes, las de menores cargas de familia y los sanos (sin patologías) hacia determinadas obras sociales, quedando en las otras (generalmente las más grandes en números de afiliados sindicales) los que perciben salarios más bajos, los mayores de edad, los que tienen mucha carga de familia y los enfermos.
- 3) <https://www.argentina.gob.ar/aplicaciones/mi-argentina>



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

Terraplanistas de la salud

*“La Tierra es plana,
y el Sol no pasa bajo ella durante la noche,
sino que viaja a través de las zonas del norte,
como si estuviera oculto por un muro”.*

Severiano di Gabala



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Los modernos terraplanistas, defienden la idea de que la Tierra es un disco centrado en el Polo Norte y rodeado de un muro de hielo de 45 metros de altura como límite exterior, al cual identifican con la Antártida. El mapa resultante se inspira en la proyección azimutal equidistante centrada en el Polo Norte, usada como emblema por las Naciones Unidas.

Obviamente nadie que esté en sus cabales creería esto.

Por lo tanto, el dilema planteado entre economía y salud es un terraplanismo recargado.

Si el agente que origina la pandemia, el virus, es biológico, el modo en que se propaga es social, resultado del contexto en el que se inserta, de las condiciones que le ofrecen la economía y la política; es consecuencia de un sistema complejo e históricamente situado que articula sociedad, instituciones y cultura.⁽¹⁾

Obviamente, cuando la cuarentena termine, en ese momento haremos un análisis de nuestro Sistema de Salud y como respondió a la pandemia.

Seguramente tendremos que desfragmentar la incoherencia de la relación entre subsistemas.

Analizaremos la relación de inequidad geográfica entre regiones. Cuanto más se alejan las zonas de las grandes metrópolis más falta de complejidad y más falta del recurso humano.

A propósito de este tema comprenderemos que la formación médica está totalmente *tecnologizada y dependiente de la técnica*. Los intereses creados a partir de la aparatología desmesurada nos convirtieron en instrumentos de esa tecnología y los médicos estamos a su servicio, *invirtiendo la ecuación humana*.

Descubriremos que las curricula universitarias están construidas a partir de esos intereses y funcionan al servicio de la tecnología y las farmacéuticas.

Debemos renovar las “Escuelas de Salud Pública”, pensándolas como cantera de estrategias de la salud... *Y fundar nuevas donde sea necesario*.

También se revelará ante la sociedad que los médicos están abandonados en cuanto a su actualización científica, ya que el *multitrabajo mal pago*, los agota y no les queda tiempo ni recursos para ello.

Podremos observar que el subsector público funciona mejor que muchos privados, donde la hotelería y el marketing es más importante que la preparación científica de los recursos humanos.

Debemos aprender que la prevención es parte de las estrategias de salud, no solo un excelente calendario de vacunas.

Es verdad que el enlentecimiento en la velocidad de los

contagios a través de la cuarentena permitió reacomodar los servicios esenciales para su atención, sobre todo los servicios de terapia intensiva.

También deberemos crear los recursos humanos para las terapias. No pueden funcionar como “no servicios”. Más del 90% de ellas tienen un coordinador y luego médicos de guardia cada 24 horas. O sea que un intensivista no tiene carrera profesional. Hará guardia toda la vida útil. Se calcula que los especialistas en medicina intensiva reales son alrededor de 1800, en un territorio extenso y con una población de aproximadamente 44 millones.

No alcanza con comprar tecnología, no alcanzan ni los intensivistas ni la enfermería especializada. Esto último es un mal endémico, una vergüenza nacional, el destrato hacia la enfermería y la falta de formación universitaria, debe alguna vez cambiar...⁽²⁾

Así como debe cambiar alguna vez el mecanismo de autorización de medicamentos, se debe renovar a la ANMAT, con herramientas que posibiliten la aceptación de fármacos basados en la evidencia clínica.

El renacido Ministerio de Salud deberá ser el eje de las políticas sanitarias, no dejando en manos de las Provincias las estrategias, que son muchas veces producto de utilización política, sin resultados útiles para las poblaciones que deberían ser los destinatarios de esas políticas.

A propósito de este tema observemos lo que paso en los territorios más alejados de las grandes urbes durante la pandemia: descalabro de los sistemas provinciales, estrategias fallidas, falta de prestadores tanto en el ámbito público como privado, protocolos que no se cumplen, médicos que en algunos casos no están preparados para situaciones como esta, falta de estrategias o ausencia total de las mismas. *En muchas Provincias se produjo una transformación excesivamente corporativa de los servicios, luego de tantos años de abandono y falta de regulación, rayana en la irresponsabilidad ética y social*.

Como vengo afirmando desde hace tiempo ya, la equidad complementaria como modelo de desarrollo entre los subsectores de salud de la República Argentina es un modelo posible y replicable, dado que existen las condiciones entre esos subsectores, por la injerencia marcada entre los mismos. El decreto 9/93 posibilita esto. *Pareciera que retrotraer dicho decreto no está en la estrategia de ningún planificador*.

Entonces hagamos un salto de calidad hacia adelante utilizando esa imbricación como complementariedad.

En los últimos cuatro años de la funesta gestión anterior, la Argentina ha asistido a procesos de cambio muy significativos en todos los órdenes: políticos, económicos, sociales y culturales. Todo esto en el marco de un

escenario inédito de recesión nacional, acompañada de una crisis global nunca vista y con un escenario de estancamiento sostenido durante esos cuatro años.

Frente a esta realidad, todo parece indicar que el espacio de la política social, en su concepción más amplia y no como administración de las llamadas áreas o sectores sociales - Salud, educación, previsión social - sino en su papel distributivo y como parte consultiva de las políticas públicas, **debe estar en expansión y fortalecimiento en una rueda sin fin.**

El mismo contexto se da en la salud, la equidad es una problemática de difícil desarrollo en el terreno antes descrito. La complementariedad de los sistemas se ha vuelto una necesidad estratégica y no un mero discurso político. La aparición de amplias porciones de la población que pasan de un sector de la economía a otro, descendiendo en la pirámide social y acompañando la tendencia generalmente recesiva de la economía es el campo de oportunidades para desarrollar un **nuevo sistema integrado de salud.**⁽³⁾

Las pandemias, a la larga son igualadoras porque atacan a todos sin mediar condición social. Pero la desigualdad hacia adentro de los países se profundizará.

Es un error asimilar salud con medicina, es como confundir abogados con justicia.

La salud pasa por otro lado... En nuestra Argentina hay 7 millones de ciudadanos que no tienen servicio de agua potable y casi 20 millones no cuentan con cloacas.

El sistema de salud argentino, sin embargo, cuenta con algunos elementos positivos: la universalidad de la atención.

El mérito de esta posibilidad es de Ramón Carrillo. Su estrategia de construir 21 hospitales con 22.000 camas hizo que el derecho a la salud sea eso, un derecho y no una beneficencia otorgada por la oligarquía nacional.

No hay dudas que el sistema de salud argentino, fragmentadísimo, está siendo capaz de brindar frente a la pandemia una respuesta mejor que la que pueden dar países como Estados Unidos, donde muchos de los pacientes hospitalizados por Covid-19, reciben facturas impagables.

De todas maneras, no podemos considerar al solo acceso, como un concepto cerrado, sin observar que es lo que sucede con la calidad y la seguridad en la atención.

La inequidad es algo que finalmente debemos tratar.

Tenemos una nueva oportunidad, tenemos un Ministerio de Salud con experiencia y ganas de hacer.

Los sanitaristas conocemos las estrategias que se deben aplicar, hace falta decisión, sumergirse en la solución de todos los problemas del sistema y de sus actores, con audacia y ética, pensando que la flecha del tiempo no es la eternidad, ya casi no queda tiempo hasta la próxima pandemia.

REFERENCIAS:

- (1) La redistribución del virus/ José Natanson/ Le Monde Diplomatique/agosto 2020.
- (2) Conversaciones con la Dra. Liliana Chertkoff/Médica Sanitarista/Epidemióloga.
- (3) La equidad complementaria como modelo de desarrollo entre los subsectores de salud de la República Argentina/Dr. Mauricio Klajman/El debate público - privado en las políticas de salud /VIII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD IX JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD.

(*) Director Médico Nacional Obra Social de Televisión.



www.sanidad.org.ar

Infraestructura en salud y APS: lo que nos deja la pandemia



Por Gustavo M. Di Salvo, Roberto A. Navazo (*) y Adolfo Sánchez de León (**)

“Para cambiar tu vida, necesitas cambiar tus prioridades”.
Mark Twain

La pandemia que azota al mundo puso sobre el tapete los problemas estructurales que arrastran los sistemas de servicios de salud. En nuestro país entre otros problemas se visualiza la ausencia de una estrategia eficaz y eficiente de Atención Primaria de Salud (APS).

En la Argentina el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) se decretó muy tempranamente a fin de aplanar la curva y poder preparar al sistema de salud. Esto fue concebido desde una mirada estrecha; sólo se aumentaron camas de cuidados intensivos y respiradores, cuestiones muy necesarias, por cierto, pero insuficientes a la hora de dar una respuesta integral a la enfermedad, teniendo en cuenta que más del 80% de los infectados no requieren internación y pueden ser atendidos y seguidos en un primer nivel de atención.

Desde la infraestructura en salud y coherente con la política adoptada, también se priorizó la construcción de los denominados “hospitales modulares” como grandes salas destinadas a los cuidados intensivos, resignando incluso superficie para los servicios de apoyo asistenciales y de confort para el personal abocado al cuidado de los pacientes.

UNA MIRADA DESDE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Al igual que ocurre con la APS en nuestro país, la arquitectura especializada en salud lamentablemente se sigue encontrando en el lugar del discurso y no está incorporada en la planificación y ejecución de políticas de salud. Si bien se reconoce la importancia del arquitecto hospitalario como parte del sistema y del equipo, en muchos casos no se los consulta en los procesos de planificación y menos aún en la ejecución de políticas de salud.

Sumado a lo comentado anteriormente en cuanto a la construcción de los hospitales modulares y sin irnos

tan lejos en el tiempo, en la provincia de Buenos Aires se desarrolló una política de mejoras de las guardias hospitalarias teniendo como objetivo mejorar la infraestructura, pero sin tener en cuenta una planificación sanitaria más profunda.

En ese caso se llevó adelante una política basada en mejorar las emergencias, que incluyó la instalación del SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencia) y que en los hospitales significó la remodelación y ampliación de las guardias, incrementando el número de personal de guardia, ampliando y equipando sus áreas de atención. En este caso se mejoró la infraestructura sin dar respuesta a las causas que originan el mal funcionamiento de la atención ambulatoria como la falta de un primer nivel de atención.

El porcentaje de la consulta ambulatoria no programada en hospitales, respecto del total de consultas, es muy alto en nuestro país. La implementación del sistema de triage en la provincia de Buenos Aires, deja en evidencia que casi el 80% de esas consultas son leves las cuales pueden ser atendidas en mejores condiciones en el primer nivel de atención o en la consulta programada. Analizando estos datos, se observa que atender infinidad de casos leves en la guardia no permite que los casos verdaderamente de urgencia tengan el espacio que les corresponde.

Esta manera de trabajar beneficiaría al personal del equipo de salud optimizaría los tiempos de espera y reduciría conflictos.

Consolidando un mal funcionamiento no encontraremos la solución, Y como las crisis nos dan oportunidades, no nos podemos permitir desperdiciar todo este esfuerzo.

LA IMPORTANCIA DE CONFORMAR EQUIPOS TRANSDISCIPLINARIOS EN SALUD

La conformación de equipos transdisciplinarios formados y capacitados en gestión en salud facilita la

toma de decisiones y optimiza el funcionamiento del sistema. Dejando que cada uno de los integrantes aporte y utilice su tiempo en lo que deben, evitando que el día a día los lleve de las narices. En la búsqueda de la garantía de eficacia operativa, que ordena el exacto cumplimiento de los objetivos específicos y metas de cada uno de los integrantes, y por ende del sistema.

La infraestructura en salud es un aspecto al que la pandemia tuvo a mal traer, y ahí se visibilizaron temas en los que la arquitectura puede y debe aportar, formando parte activa del equipo.

Los accesos, los circuitos circulatorios, los tiempos y los recorridos que demandan los diferentes procesos según el diseño, el tratamiento del aire, la seguridad, los niveles de confort, la humanización, la adaptabilidad a nuevos requerimientos, la imagen, la sustentabilidad, son sólo algunos de los puntos a tratar.

Ahora bien, reconocemos al sistema como complejo y por lo tanto acciones puntuales no son las que darán solución. En consecuencia, apelando a la planificación estratégica, proceso de planificación que se abarcará en su totalidad, con roles según áreas de incumbencia, llegaremos a formular un Plan Maestro.

Entendemos que además de aplicar métodos y medidas necesarios para llevar a cabo acciones prioritarias respecto a contar con información segura y oportuna, formación y capacitación permanente del capital humano, debemos de una vez implementar la tan mentada APS y para eso también tenemos ideas.

APS, INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y PANDEMIA

Según el médico Sergio Minué Lorenzo ⁽¹⁾, cuando las tres estrategias implementadas en la pandemia: Mitigación, Supresión o Ninguna Estrategia, están centradas en acceder al hospital como concentrador de la atención de salud para los pacientes Covid-19, en un estadio de la enfermedad ya declarada o avanzada, queda evidenciada así la desarticulación de los atributos de la atención primaria de la salud, nuevamente reafirmadas en la declaración de Astana. ⁽²⁾ Estos atributos son:

Accesibilidad: disponer de un acceso rápido y efectivo al sistema sanitario es especialmente importante. Evitar desplazamientos hacia otros lugares que no sean a los cuales se concurre asiduamente y se reciben cuidados sanitarios.

Longitudinalidad: mantener la continuidad de la atención como resultado de una atención y conocimiento prolongados de las personas. Conocer su familia y su contexto social.

Integralidad de cuidados: no sólo atender el Covid-19 sino todas las comorbilidades que tenga el paciente, por lo que determina su pronóstico.

Coordinación: entendiendo que será mucho mejor la relación entre los médicos de APS y los especialistas, involucrando los niveles de atención y las tecnologías.

Por ello sostenemos, que una de las acciones para mejorar nuestro sistema de atención, debería estar dirigido a un plan que *reformule los Centros de Salud*, de acuerdo a las estrategias mencionadas, para asistir a las personas en su primer nivel de atención.

El modelo de hospital está supeditado a decisiones de cómo abordar la salud. Es vital que funcione la red de atención con sus niveles de complejidad, con o sin pandemia teniendo en cuenta a las ENT (Enfermedades no Trasmisibles), adultos mayores y vulnerables sociales.

Implementar la APS, jerarquizándola, implicaría desactivar la consulta ambulatoria programada de los hospitales y sólo contemplar consultorios de especialidades a los cuales únicamente se accede por derivación. Contando con un sistema de comunicación e información a la comunidad y volcando el capital humano cerca de la gente, así podría funcionar como un primer "Triage" sin cambio en la cultura de accesibilidad al sistema por parte de la población ante nuevas pandemias.

"Desde Alma Ata (1978) hasta la fecha, la APS se encuentra incluida como actor permanente en todo discurso de salud. Sin embargo, cuando necesitamos recurrir a una experiencia en APS no podemos dejar de acceder a la experiencia de ATAMDOS, un programa que marca un hito sobre la Atención Primaria Integral. Su dinámica en la incorporación de los equipos interdisciplinarios, la participación social desde un rol protagónico y transformador y su profunda reflexión que se hizo praxis sobre el modelo Salud-Enfermedad lo posicionan, a pesar de su corta duración, como una de las intervenciones más importantes en el campo de la salud". ⁽³⁾

Partiendo de la estrategia de APS, planteamos generar un plan de construcción de nuevos *Centros de Salud* estratégicamente ubicadas en el territorio, que mejoren sus espacios para desarrollar sus programas de promoción y prevención de la salud y a su vez incorporar, áreas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes.

En este contexto, la telemedicina vino para quedarse y debe incorporarse a la estrategia de APS aumentando el acceso a interconsultas, con sus médicos.

Su implantación debería ser en terrenos que posibiliten un crecimiento planificado, como primer cordón de atención dentro de la red, en futuras pandemias. Valiéndonos también de las nuevas tecnologías constructivas que garantizan el armado y desactivación en forma rápida y segura, de áreas de internación y apoyo tal lo demostrado en la construcción de los denominados Hospitales de Campaña, pero en base a un Proceso de Planificación que minimice los conflictos.

Si es verdad, que la pandemia ha dejado alguna enseñanza, ¿seremos capaces de provocar algún cambio? ¿Se logrará que, en el equipo de salud, se complementen las acciones en disciplinas que no sean sólo las hegemónicas? ¿Tendrá la APS un rol más importante en el Sistema de Salud que vendrá?, veremos en el futuro, si es real que las crisis dan oportunidades o sólo abren interrogantes. □

1) **Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca.** - Sergio Minué Lorenzo. - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

2) https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626

3) **ATAMDOS: Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud Reflexiones sobre la experiencia** Lic. Luisina González - Lic. Verónica Minassian - Lic. Gabriela Trunzo - Enf. Gladys Chávez - **Una Reflexión sobre ATAMDOS** - Carlos Alberto Hidalgo. Médico. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. www.psicologosgca.org.ar > Derechos-Humanos > A... 4 abr. 2012

(*) Arquitectos. Especialistas en el Planeamiento del Recurso físico para la Salud. CIRFS – UBA. Profesores Universitarios en Ciencias de la Salud. ISALUD.
(**) Médico. Especialista en Salud Pública (UBA).

El sistema de salud pospandemia



Por el Dr. Néstor Vázquez (*)

La pandemia de Covid-19 desnudó, mejor dicho, mostró la debilidad del sistema de atención médica en todo el mundo, porque la realidad es que en ningún país funcionó bien.

A punto tal que en muchos países directamente colapsó el sistema y se dijo que tenían que elegir a quienes internaban en terapia intensiva o a quienes le ponían un respirador, y estas decisiones, a pesar de que se argumente que se cumplieron todos los términos bioéticos adecuados, en realidad sabemos que no fue así.

En muchos lugares se denunció que si tenías plata igual te iban a internar por más que tuvieras 90 años y en realidad como pasa siempre en todos los países del mundo los pobres terminan siendo los más perjudicados.

La enfermedad ataca tanto a ricos como a pobres, es cierto, pero los pobres tienen siempre menos posibilidades de atención médica y en algunos casos ninguna posibilidad, como hemos visto en países donde la gente se moría en la calle sin haber sido atendidos porque no los querían atender o porque no podían pagar, o porque directamente no había lugar para ellos, pero la realidad siempre es la misma y si el pobre se tenía que quedar en su casa encerrado con piso de tierra y sin agua corriente seguramente la iba a pasar mucho peor que aquellas personas que tenían todo el confort necesario para hacer una cuarentena adecuada.

Volviendo al tema inicial, que es la debilidad del sistema de atención médica en todo el mundo, hemos visto con gran preocupación que los sistemas no están preparados, fueron totalmente desfinanciados, en todo el mundo, en algunos lugares solamente había capacidad para atender al 20% de las personas en caso de una epidemia como ésta.

En realidad, estamos pensando que la pandemia va a pasar, va a terminar, probablemente se consiga con rapidez la vacuna, ya empiezan a aparecer algunos tratamientos exitosos como el uso de plasma de pacientes que han tenido la enfermedad y se han recuperado, el uso de anticuerpos múltiples preparados en animales como el suero de caballo, la Argentina ya tiene más de 70 años de experiencia en el uso de estos sueros con éxito, así que seguramente en algún momento esta pandemia se va a ir y vamos a recuperarnos.

¿QUÉ VA A PASAR DESPUÉS DE ESTE CAOS?

No olvidemos que en medio de esta pandemia y con la debilidad del sistema de atención médica empezaron los graves conflictos, en muchos países, yo diría que, en la mayoría de los países de Occidente, el equipo sanitario

se quejó duramente de las autoridades, tanto públicas como privadas.

Las principales quejas eran que estaban mal pagos, no tenían los equipos adecuados, los hacían trabajar excesivamente, no estaban debidamente entrenados para poder atender una pandemia, descubrimos, además, que el equipamiento que se tenía tanto en el sector de financiamiento estatal como en el sector privado en muchos casos ya estaban obsoletos, no tenían la capacidad suficiente como para atender a las personas.

No estaban organizados los sistemas para atender a los pacientes, se armaron tanto en el ámbito público como en el privado sectores Covid y no Covid, lo que implica un riesgo secundario, el relajamiento de las medidas de cuidado en los sectores no Covid.

En esta pandemia también se quejaron los pacientes, ¿por qué? Porque la mayoría de ellos fueron reprogramados para poder atender la pandemia y entonces mucha gente por esta razón empeoró sus enfermedades de base, los que se tenían que operar no podían, aquellos que se querían atender no podían hacerlo, de hecho, hoy todavía tenemos muchos pacientes que no reciben el tratamiento adecuado porque sus sistemas de atención médica no se lo permiten, a pesar de que se puedan aplicar protocolos de cuidado y puedan ser atendidos.

Hoy en día los odontólogos atienden a pesar de la cercanía y el riesgo que significa, los oftalmólogos atienden a pesar del riesgo que se tiene por este tipo de atención y no les permiten hacer los tratamientos a otros profesionales en muchos sistemas privados y de financiamiento estatal.

¿Qué va a pasar cuando todo esto pase? ¿Vamos a seguir teniendo el mismo sistema de atención médica o tenemos que aprovechar para reforzarlo y estar preparados para la próxima pandemia?

Nosotros en la Argentina tenemos una experiencia sobre la reformulación del sistema de atención médica después de una catástrofe, tuvimos la catástrofe de Cromañón, donde falló totalmente el sistema, no estaban preparados para este tipo de circunstancias y murieron muchísimos jóvenes, sin embargo, esto llevó a una reformulación del SAME que hizo que en la catástrofe de ONCE cuando sucedió ese gravísimo accidente se pudieran atender a todas las personas y trasladar rápidamente a más de 700 heridos a distintos hospitales y sanatorios privados, eso significa que se puede aprovechar una circunstancia como ésta para reformular el sistema de atención.

ALGUNAS PAUTAS MÍNIMAS PARA EL NUEVO SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA

- 1) Reformular el sistema como una unidad de atención integral, para las afecciones epidémicas y catástrofes. El sistema de atención estatal puede recibir a todos los pacientes afectados en la eventual ocasión y distribuirlos en las unidades según su gravedad, porque el reequipamiento y la capacitación recibida en esta pandemia nos dio un nuevo esquema de seguridad. El sistema privado demostró capacidad suficiente para actuar en circunstancias de alto impacto y riesgo, sólo tenemos que conseguir que los sistemas se integren para ser más eficientes y eficaces. Los insumos y equipamientos fueron adecuados falta integrarlos en un comando único para no errar en los tiempos.
- 2) El sistema de atención estatal debe terminar con la estructura residual de servicios y mutar a los cuidados progresivos para una mejor utilización de todos los recursos.
- 3) La capacitación permanente no puede ser solo para los que puedan pagarla, es una obligación público-privada que debe ser sostenida por los empleadores y debe ser un premio a la mejora de resultados.
- 4) Las redes de asistencia coordinadas no pueden ser discurso, tienen que ser una herramienta de mejora de los servicios y son para la unificación público-privada.
- 5) Los sistemas tienen que ser ordenados por riesgo, no es posible que los tiempos de las cirugías y tratamientos cosméticos sean más cortos que los de las enfermedades oncológicas.

- 6) Tiene que haber un régimen de premios y castigos por la gestión y el cumplimiento de las normas de diagnóstico y terapéutica, según lo establecido en los protocolos de seguridad.
- 7) El Estado como responsable final del bienestar general debe tener un comité permanente de evaluación e investigación de lo que ocurre en el sector salud y tiene que informar a la población qué es lo que ocurre.
- 8) Las universidades deben llevar también una estadística de gestión y resultados por ser las que forman al equipo de salud.

Ni la prensa ni la justicia tienen las herramientas y el saber suficiente, para comunicar y juzgar a los equipos de salud y a las instituciones.

Este es un primer avance, para debatir sobre el futuro del sistema de salud, después de la pandemia, lo que no podemos hacer es dejar pasar esta oportunidad, para cambiar y ser mejores.

No se olviden de la gran inversión en salud, vidas, reequipamiento, insumos y capacitación que hicimos. Que nos invite a mejorar. □

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



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

A propósito de patentes y precios de medicamentos

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



En los últimos tiempos, y más aun con las idas y vueltas respecto de la vacuna contra el virus SARS-CoV-2 y el derecho de patente, comercialización y precio, se ha intensificado el debate respecto del verdadero costo de las innovaciones bajo condición de monopolio a nivel mundial. El mercado sanitario viene sumando argumentos respecto a que el sistema de regulación de la propiedad intelectual para productos farmacéuticos debería reexaminarse, como una forma de enfrentar los precios artificialmente elevados que fijan los innovadores. Por ejemplo, una cuestión clave en las barreras a la competencia surge de la astucia de la industria para ganar patentes adicionales, que le otorgue un plus de años de protección contra la competencia, incluso cuando las moléculas ya no constituyen innovación real en su composición, sino en su uso o aplicación. Por ejemplo, los 12 productos más vendidos en 2017 recibieron 71 patentes en promedio. Y cuando se analiza el tiempo desde que se presentaron las solicitudes de ampliación de patente, la protección promedio llegaba a extenderse a casi 38 años. Tal lo ocurrido con la *pregabalina*, que Pfizer comercializa bajo el nombre de fantasía de *Lyrica*. La empresa obtuvo 68 patentes de uso, lo que le permitirá frustrar la aparición de rivales genéricos durante un período de al menos 20 años. Y dispone de una nueva formulación de liberación controlada, que modifica la dosis de dos o tres comprimidos a sólo uno/día, lo que estiraría la patente hasta 2038.

Aquí se esconde una trampa. Si bien la nueva formulación puede ser una mejora en términos de utilidad si favorece la adhesión del paciente, esto no representa una invención. Quizás apenas una innovación de administración. O eufemísticamente, un retoque. Pero se le termina otorgando condición de monopolio por algo que no es científicamente nuevo. Esto habla de la necesidad de una profunda revisión del sistema de patentes. Porque se otorgan demasiados beneficios por cuestiones que no son invenciones genuinas, y en cambio las empresas las utilizan artificialmente como estrategias defensivas. De esta forma se logran construir barreras de patentes generando "evergreens" que logran su objetivo de retrasar el desafío del genérico. La industria argumenta que el régimen de protección de patentes representa el incentivo principal de la innovación científica. Y que cualquier otra alternativa que debilite los derechos de patente diluirá dicho incentivo para invertir en el descubrimiento y desarrollo de nuevas moléculas. Aunque, por cierto, el ritmo de descubrimiento de nuevas patentes químicas se ha reducido significativamente desde 2014, con lo cual la mirada de las empresas privilegia la biotecnología, un tema político candente en EE. UU. por el impacto en los

precios que su ingreso al mercado sanitario ha traído aparejado.

Quizás el desafío mayor del efecto de las patentes sobre el gasto en medicamentos resida a futuro en la banda de oncológicas y tratamientos especiales. Las ventas en terapia oncológica en EE. UU. se han duplicado desde 2012 -hasta superar los u\$s 50 billones en 2019- resultado de la avalancha de entrada al mercado de nuevas moléculas -especialmente *biotech*- a precios astronómicos, favorecidas por el nuevo procedimiento *fast track* incorporado por la FDA. En realidad, esto puede ser el comienzo de una escalada de costos que ya en 2017 había aumentado a u\$s 122 billones y se estima podría llegar a alcanzar los u\$s 160 billones en el año 2022, favorecido por una concentración del uso de ciertas moléculas. Por ejemplo, los 35 medicamentos más efectivos del área oncológica representan el 80 por ciento del gasto mundial total en tal segmento terapéutico. Y cerca de 63 productos aprobados para tratar 24 tipos diferentes de tumores se han incorporado en los últimos años al mercado farmacéutico. Por otra parte, se evidencia el peso relativo que han adquirido ciertos tratamientos más sofisticados, centrados en el uso de células y anticuerpos modificados y provenientes del propio sistema inmune del organismo, que permiten atacar los tumores en forma selectiva.

En la última década, varias BigPharma -entre ellas Bayer, Johnson&Johnson, Merck y Bristol-Myers Squibb- han centrado sus esfuerzos en investigar y desarrollar la tecnología CRISPR-Cas9, capaz de modificar o corregir directamente los cambios asociados a una enfermedad cuya génesis reside subyacente en el genoma. Las primeras patentes genéticas fueron emitidas por autorización del Tribunal Supremo de EE. UU. en 1982, abriendo la puerta a las nuevas biotecnológicas. Desde entonces, el centro del debate sobre las mismas ha sido si el descubrimiento de un gen o secuencia de ADN puede o no elevarse al nivel de *invención*, condición requerida por el Título 35 del Código de los Estados Unidos que estipula los criterios a satisfacerse para que se otorgue una patente. Pero más allá de discusiones biológicas, éticas, filosóficas y legales respecto de la cuestión natural de los genes y la controversia de querer mostrarlos como invención e innovación - por lo tanto, pasible de reclamaciones sobre patentes - se estima que una quinta parte del genoma humano ya ha quedado sujeto a las mismas.

En Estados Unidos, un juez falló en 2010 a favor de los demandantes y en contra de laboratorio Myriad Genetics, determinando que los genes BRCA1 y BRCA2 del cáncer de mama eran productos de la naturaleza y,

por ende, no eran material patentable. El fallo enfatizó el punto importante de que es la información codificada en un gen (un producto de la naturaleza), y no sólo la estructura molecular que lo hace valioso para el posible titular de la patente. Después de un sinfín de apelaciones, el Tribunal Supremo determinó que el ADNc, una molécula sintética de ADN que contiene solamente los exones de un gen, sí incluye un paso inventivo. Y, por ende, continúa reuniendo las condiciones para patente.

Las BigPharma sostienen que la innovación no se detiene cuando la FDA da aprobación para la comercialización e ingreso al mercado de una molécula innovadora, sino que ésta puede continuar mucho tiempo después adoptando múltiples facetas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Esta es la razón por la cual los investigadores también diversifican su trabajo para descubrir otros avances, tales como el uso ampliado de dicho medicamento, nuevas formas de dosificación o bien sistemas de administración alternativos. Mientras tanto, procuran obtener nuevas patentes para retrasar la competencia. Tal lo ocurrido con una demanda presentada por AbbVie, buscando evitar que Boehringer Ingelheim comercializara una versión biosimilar de su monoclonal para la artritis reumatoide *adalimumab* (Humira®). Desde su ingreso al mercado en 2002, Humira® obtuvo 132 patentes de uso, bloqueando sistemáticamente a sus rivales durante 17 años. Paralelamente, AbbVie aumentó su precio desde 2016 en alrededor del 126%, lo que le permitió generar en 2018 casi u\$s 20 billones en ventas a nivel mundial. Para AbbVie resulta estratégico que sus moléculas estén protegidas por una gran cantidad de patentes, muchas de las cuales no caducan hasta 2022. Lejos de amilanarse, Boehringer Ingelheim acusó a AbbVie de "dirty hands", una referencia a comportamientos

desfavorables como perseguir patentes superpuestas y no inventivas. O pagar a un rival, sea genérico o biosimilar, para resolver una demanda de patente y de esa forma retrasar su lanzamiento. AbbVie logró acuerdos de este tipo con Amgen y Samsung Bioepis para resolver litigios de patentes también con el *adalimumab*, tras lo cual ambas compañías acordaron no lanzar al mercado sus biosimilares hasta el año 2023 luego de lo cual pasarían a pagar las regalías correspondientes. En 2019, AbbVie consiguió finalmente mediante un acuerdo de mercado que también Boehringer postergara hasta 2023 el lanzamiento del biosimilar. Al confiar en estas prácticas para crear artificialmente una suerte de "matorral" de barreras legales y comerciales, AbbVie impidió directamente a sus competidores tener la posibilidad de comercializar versiones biosimilares de idéntica efectividad y evitó el efecto competitivo del menor precio.

Así como están hoy planteadas, las patentes se tornan un obstáculo para el ejercicio del Derecho a la Salud respecto de un bien como el medicamento que en muchas ocasiones se transforma en inaccesible para sus potenciales beneficiarios: los pacientes. Resulta cada vez más apremiante revisar las cuestiones derivadas de la propiedad intelectual y su aplicación especulativa, toda vez que no puede constituirse en una limitación a las políticas nacionales e internacionales en materia de favorecer accesibilidad a los medicamentos. □

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



En tiempos de pandemia...
**Cuidamos
la salud**

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Organismo de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar / R.N.O.S. 40120/9 - R.N.E.M.P. 611716

Arquitectura para la salud en función de la pandemia

Recomendaciones de cómo la arquitectura puede colaborar en el control de la infección, en el tratamiento de pacientes infectados y en la protección del personal del sistema de salud.

Por los Arqs. Luciano Monza, Mariana Irigoyen, Lilliana Font, Alicia Preide, Silvina López Martín, Pedro Salgado, Micaela Lentino y Ornella Della Vecchia.

Posgrado Programa de Actualización en Proyecto de Edificios para la Salud - FADU/UBA/AADAIH

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19 ha cambiado por el momento las prioridades del sector salud y ha hecho repensar algunos aspectos de la arquitectura y la ingeniería en salud.

En los meses de febrero y marzo se elaboró una cantidad importante de bibliografía sobre el tema, sumándose a otra existente, y a experiencias previas referidas a enfermedades infecciosas respiratorias.

Seguramente en el próximo tiempo seguirán generándose nuevas experiencias y nuevo material bibliográfico sobre la temática que podrá contener información nueva, diferente o contradictoria con la hasta ahora disponible.

Al mismo tiempo se están implementando en forma acelerada, y a veces desordenada, modificaciones y ampliaciones de la infraestructura en salud para poder absorber la atención de la pandemia.

Si bien entendemos que se está trabajando sobre una situación de emergencia y urgencia, que no existían antecedentes de un riesgo de contagio tan amplio y de avance tan rápido, creemos conveniente tratar de establecer ciertos lineamientos de qué es necesario hacer, qué es recomendable y, por el contrario, qué no se debe hacer o no es recomendable. Aún en el contexto de la urgencia deben buscarse las mejores soluciones posibles en función de las posibilidades sanitarias, económicas, sociales y culturales del momento y del lugar.

Entendiendo además que las obras en salud son costosas y que, en nuestro contexto, muchas veces lo provisorio es después definitivo, recomendamos tratar de pensar las

intervenciones que se están haciendo no solamente como respuesta a la pandemia sino, en la medida de lo posible, tratar de que sean obras que puedan seguir utilizándose después de que se supere este momento y cuando haya que volver a atender las patologías hasta ahora habituales u otras que puedan surgir.

Con estos objetivos es que se han realizado estas **Recomendaciones**, en función de una selección de la información incluida en la bibliografía revisada y de la experiencia previa de sus autores en el campo de la arquitectura en salud. Para una mayor profundización de los distintos aspectos se recomienda recurrir a la bibliografía citada.

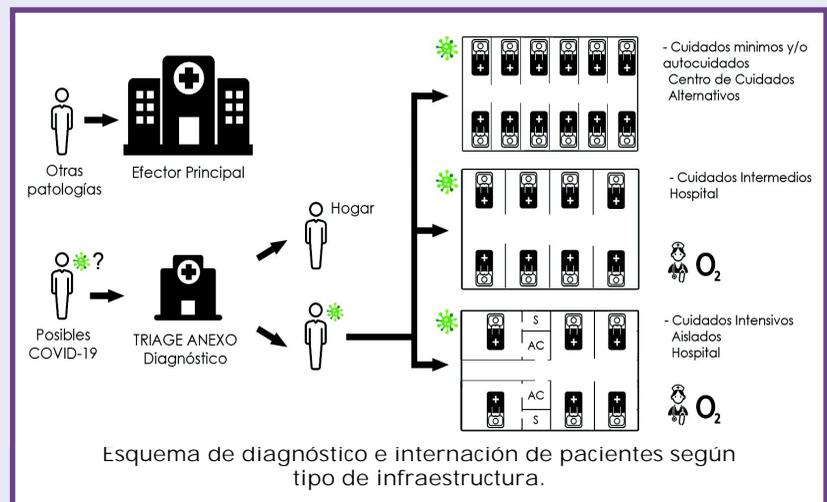
OBJETIVOS FRENTE A LA PANDEMIA

Entendemos que el objetivo principal, para la infraestructura sanitaria ante la pandemia, es poder tener la capacidad instalada necesaria que permita atender a la totalidad

de la población enferma que así lo requiera. En tal sentido la complementariedad y la articulación de los subsectores de la salud (público, privado y de obras sociales), en nuestro país, resulta de vital importancia.

Dentro de este objetivo general se presentan básicamente dos prestaciones necesarias:

- Diagnóstico
- Internación según distintos niveles de gravedad del paciente y de sus necesidades de atención. Según la Organización Mundial de la Salud esos niveles son 3: leve y moderado, severo, y crítico. Sin embargo, no se debe perder de vista que existen otros 2 objetivos de igual importancia:
 - La no propagación de la enfermedad a la población no contaminada, que implica el aislamiento del paciente infectado.
 - La no infección del personal de salud que es la población, a la vez, más expuesta y necesaria en la lucha contra la epidemia. Esto requiere de la protección física y ambiental del personal.



TIPOS DE INFRAESTRUCTURA SEGÚN SU PERTENENCIA Y PRESTACIÓN

Es conveniente diferenciar la infraestructura para la atención de la Covid-19 en hospitalaria o del sistema de salud, por un lado, y en no hospitalaria o comunitaria (aunque en esta coyuntura esté operativamente también integrada al sistema de salud) por el otro.

1. Infraestructura hospitalaria o del sistema de salud

Es la que se refiere a la adecuación, construcción y/o ampliación de efectores como hospitales, clínicas, sanatorios y otros centros de atención. Se trata de lugares que ya cuentan con infraestructura específica, con servicios y equipamiento de apoyo y complementarios, y con personal especializado. Su función es la de atender a los pacientes con mayor compromiso y que requieran de servicios de atención de mediana y alta complejidad. En este grupo se

incluyen a los hospitales nuevos y/o de campaña entendiendo que los mismos cumplirán con los requisitos mencionados anteriormente.

2. Infraestructura no hospitalaria o comunitaria

Es la que se refiere a la adaptación o construcción nueva de infraestructura, más cercana a centros de cuidado que de atención médica, para poder aislar a pacientes con coronavirus. Se trata de lugares que no tienen servicios médicos o asistenciales de apoyo o complementarios, y no cuentan con personal altamente especializado. Su función es contener a los pacientes con menor compromiso de la enfermedad que no requieran atención médica, o que la misma sea mínima, pero que deban estar aislados.

Son sitios de cuidados alternativos (CCA), no son hospitales y son sólo para casos leves o recuperados. Pueden ser lugares (hoteles, gimnasios, centros de convenciones) existentes adaptados o nuevos para recibir pacientes, pero

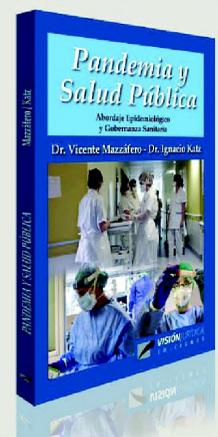
deben considerarse aspectos mínimos de seguridad (para pacientes y personal) y de funcionalidad. No debe tenerse en cuenta solamente la cantidad de camas. Su objetivo es controlar el riesgo de diseminación del virus, y controlar/cuidar el estado de salud de los pacientes. Pueden funcionar como lugares de transición hacia una internación de mayor complejidad o hacia el alta.

3. Infraestructura domiciliaria

Existe un tercer tipo de infraestructura para las personas con coronavirus que son las residencias particulares. Pueden ser utilizadas para la internación del paciente leve que no revista gravedad y que, en función de su situación, ambiental, familiar y personal, se evalúe posible no ingresarlo al sistema de salud.

En este documento no nos ocuparemos de las consideraciones para la internación domiciliaria de Covid-19, dado que se trata básicamente de cuestiones de procedimientos, con casi ninguna adaptación física, y

¡NOVEDAD!
AGOSTO 2020



VISION JURÍDICA
EDICIONES

La pandemia actual ha puesto de relieve falencias estructurales que obligan a repensar la Gestión sanitaria y el Estado, reconociendo su responsabilidad intransferible como garante del *derecho a la protección sanitaria*.

La "brecha" existente entre el actual conocimiento científico y las políticas públicas nos lleva a la necesaria elaboración de una organización instrumental que por su fortaleza y control priorice las políticas sanitarias mediante su *capacidad de gobernanza*, superando así estructuras ministeriales en las que habitualmente prevalecen conductas administrativas sin capacidad de gestión. Debe erigirse sobre pilares científicos y tecnológicos, que obren con pericia en la coordinación inter-jurisdiccional articulando así un real federalismo que contenga la complejidad multifocal existente.

El obligado punto de partida hoy es la configuración social post pandémica, por lo que hay que centrarse en el *método epidemiológico y su sistemática*, a fin de evitar caer en la confusión e improvisación por incapacidad de reconocer la complejidad y así actuar en consecuencia. De esta manera, se respondería a los requisitos de un "tablero de comando" al servicio de la tríada *planificación-gestión-evaluación*, en una situación dinámica e inestable como la que enfrentamos.

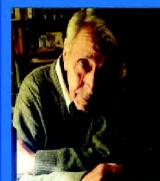
En definitiva, se requiere asumir el compromiso de *reconfigurar la gobernanza sanitaria* para cumplir con la finalidad de preservar la salud ciudadana.

Pandemia y Salud Pública

ABORDAJE EPIDEMIOLÓGICO Y GOBERNANZA SANITARIA

Vicente Mazzáfero

Ignacio Katz



¡¡ RESERVE SU EJEMPLAR !!

+54 9 11 5061 2720

info@visionjuridica.com.ar

dado que existe bibliografía específica para este tema que puede ser consultada.

TIPOS DE INFRAESTRUCTURA SEGÚN SUS USOS

Sin pretender agotar la cantidad de opciones en principio podemos identificar los tipos de infraestructura en diagnóstico y atención.

1. Diagnóstico

Debería resolverse como un triage clínico, ubicado antes de ingresar al edificio principal (hospital, sanatorio, clínica, centro de salud), para poder diagnosticar a cualquier persona que llegue con sospecha de coronavirus. Dado lo altamente contagioso que es la enfermedad es absolutamente recomendable tener un lugar para identificar posibles casos de Covid-19 aislando al posible infectado de quienes concurran al centro de salud por otras patologías.

El servicio Triage (Guardia o Urgencia) debería disponer de:

- Espacio al ingreso para lavado de manos y para colocarse máscara o tapaboca para el paciente cuando llega.
- Espacio previo a la sala de espera para la toma de temperatura y eva-

luación de síntomas respiratorios.

- Recepción del paciente ambulatorio y transportado.
- Sala de espera con divisores entre asientos o con 2 metros de separación entre asientos, y lavado de manos.
- Consultorios que pueden ser pequeños y tener solamente espacio para camilla o sillón y mesada con lavatorio.
- Local para la realización del test diagnóstico.
- Espera independiente para el paciente con sospechas firmes de ser diagnosticado con coronavirus, dado que éste no debería regresar a la sala de espera general hasta ser derivado.

2. Atención

Podemos circunscribirla a Internación, pero dividirla según 3 complejidades:

- **Leve y moderada:** requiere muy poca atención médica y/o de enfermería, siendo su objetivo principal el aislamiento o eventualmente la última instancia de recuperación. Puede, y es recomendable para aliviar el uso del sistema de salud, ser resuelta en los centros de cuidados alternativos (CCA).

- **Intermedia (Severa):** es para los pacientes que requieren de cuidados intermedios, atención médica y de enfermería, y disponibilidad de oxígeno. No es recomendable que sea realizada en un centro de cuidado alternativo, sino que debería realizarse en un efector de salud o un anexo a éste desarrollado para la internación de pacientes con Covid-19.

- **Crítica:** es para los pacientes que requieren de cuidados intensivos. Debe ser realizado en efectores del sistema de salud que cuenten con la complejidad suficiente en personal y equipamiento. Es recomendable agregar camas de terapia intensiva a servicios existentes y no crear unidades nuevas en lugares de menor complejidad, dado que es más sencillo en una coyuntura de urgencia ampliar un recurso existente y en funcionamiento que crear uno nuevo.

Una parte de estos pacientes requerirán de respiración mecánica. Asimismo, debería contarse con locales para aislados en estas unidades de terapias intensivas para pacientes que puedan ser inmunodeprimidos o contar con alguna otra patología contagiosa.

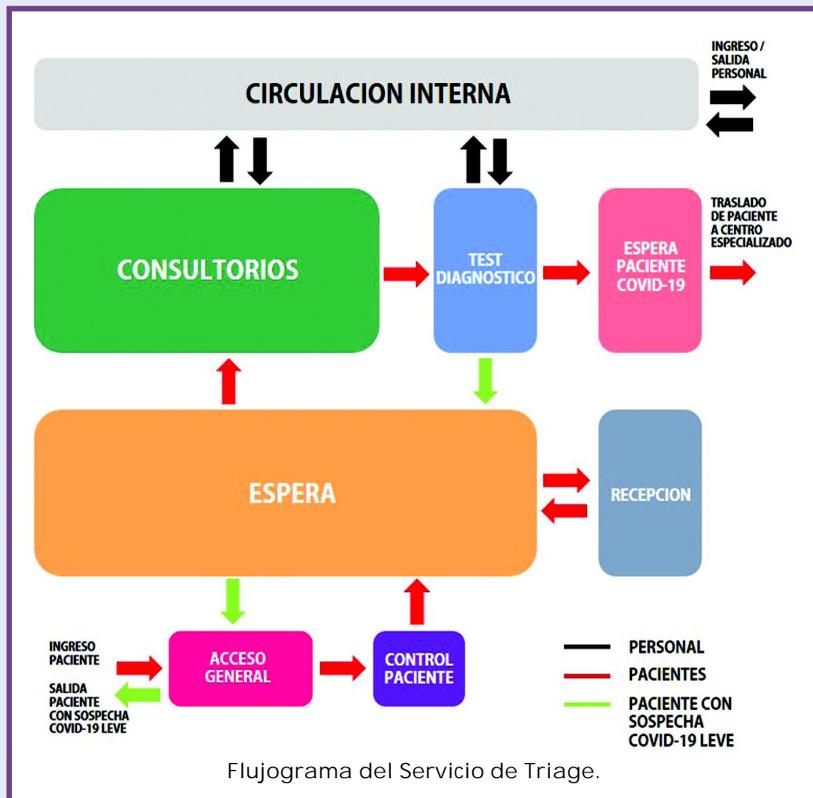
El control visual del paciente es importante en los últimos dos casos de la internación, pero especialmente en la intensiva.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y DE ABASTECIMIENTO

En cualquier caso, se deberá disponer de los siguientes servicios de abastecimiento y procesamiento:

- Alimentación de pacientes y de personal, ropa de cama y personal, farmacia, depósitos, tratamiento de residuos patogénicos y comunes, limpieza, comunicaciones, carga y descarga de ambulancias con área para descontaminación de ambulancias, carga y descarga de abastecimiento, mantenimiento, administración.

En cambio, los siguientes servicios complementarios son indispensables en los edificios hospitalarios, pero no necesariamente en los no hospitalarios: laboratorio, banco de sangre, imágenes: radiología y ecografía convenientemente portátiles para evitar el traslado del paciente, esterilización, morgue.



Es muy importante remarcar que en cualquier caso el personal requiere de áreas de estar y de comer incluyendo área para preparación de alimentos, y a veces de dormir, separadas de las áreas de atención por cuestiones infectológicas y de estrés.

También es recomendable un espacio para familiares: espera y entrevista.

En el caso de infraestructura que sea ampliación de edificios (especialmente hospitales) en funcionamiento, la totalidad o parte de los servicios mencionados podrán estar disponibles en las construcciones existentes y no ser necesarios en la nueva infraestructura.

CIRCUITOS

Como en cualquier proyecto de arquitectura para la salud es esencial comprender los procesos y definir los flujos que se desarrollarán en cada situación. En construcciones para la atención de enfermedades infecciosas esto no es solamente necesario o conveniente, sino es *imprescindible*.

En el caso particular de la Covid-19 se debe hacer hincapié en lo siguiente:

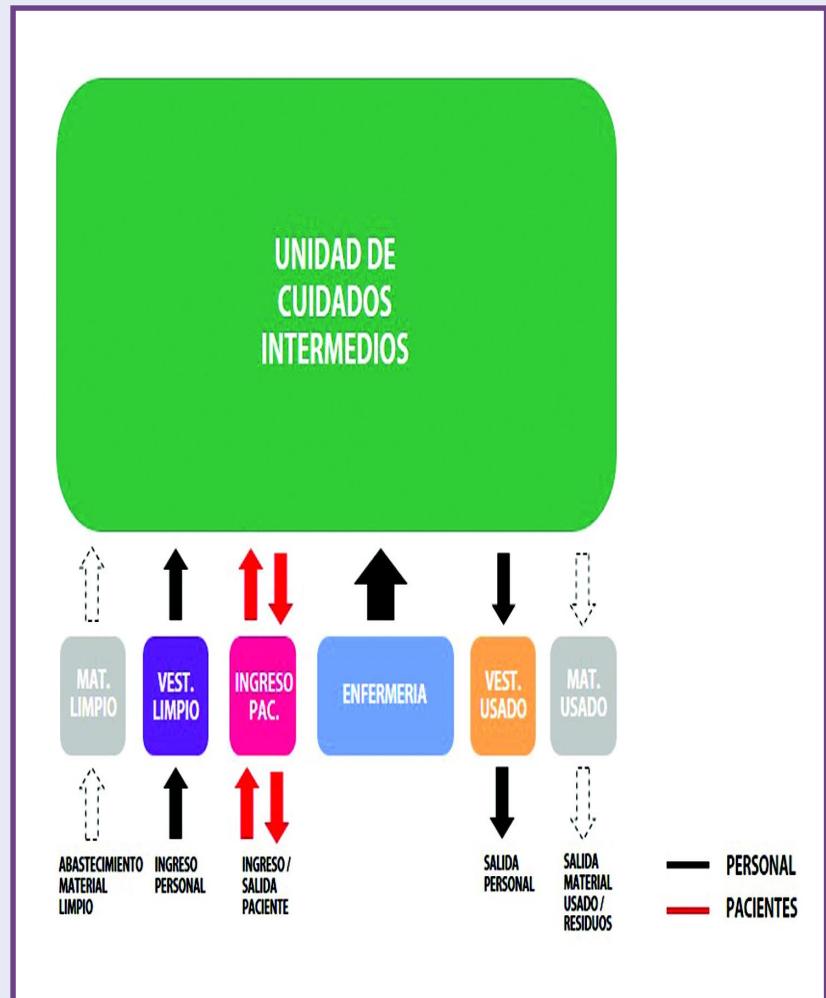
- Diferenciación de los accesos y egresos de personal y de pacientes.
- Diferenciación del paciente sano y del paciente contaminado una vez realizado el diagnóstico.
- En las áreas de atención separar, en la medida de lo posible, el ingreso y egreso del personal para evitar la contaminación cruzada al momento del cambio de ropa.
- Circuito diferenciado para el abastecimiento, especialmente para la salida de residuos y ropa sucia.

ESCLUSAS

El control de la infección y la no propagación del virus desde los lugares con enfermos requieren de esclusas para la entrada y salida de personas y elementos.

Sin ser excluyente podemos mencionar:

- Antecámaras para ingreso y egreso de las áreas de internación. En la medida de lo posible deberían ser diferentes para evitar la contaminación del personal al momento del cambio de ropa.
- Espacio para el personal para



cambiado, lavado y control de temperatura al ingreso y egreso.

- Espacio para el público para lavado y control de temperatura al ingreso.

BARRERA

Al propagarse el virus por gotas por aire es importante la existencia de barreras entre personas:

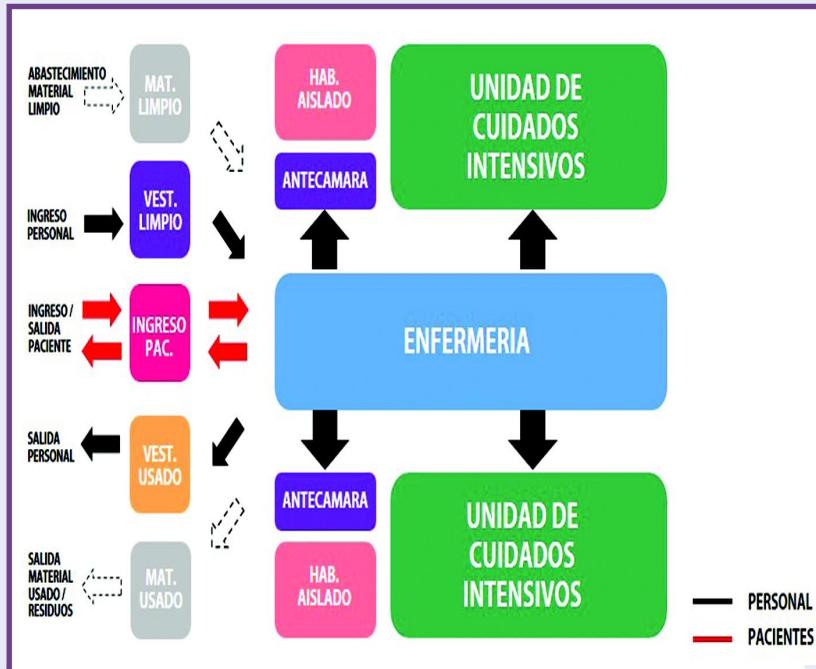
- Separadores en salas de esperas y entre camas, para no depender solamente de barbijos o tapabocas.
- Si no existen dichas barreras se recomienda mantener una distancia mínima de 2 metros entre camas o entre personas en salas de espera.
- Mostrador de recepción de pacientes debería tener un vidrio divisorio para aislar al personal.
- Los locales para internación de aislados deben tener el sanitario dentro del local.

HIGIENE

La higiene de personas, lugares y equipamiento es esencial para evitar la contaminación de pacientes sanos, del personal y del exterior.

Se recomienda:

- Piletas para lavado de manos en cada ambiente y contiguo a cada cama.
- Vestuarios con ducha para el personal en forma cercana. Si fuese posible los vestuarios de transferencia de salida del personal de cada sector de atención deberían tener vestuario con ducha.
- Locales para el manejo de residuos que no interfieran en los circuitos limpios.
- Carros o módulos de limpieza que permitan una rápida, sencilla y permanente limpieza.
- Instalaciones que permitan la higiene del equipamiento utilizado por los pacientes.
- Materiales: lisos, sin juntas ni poros, fácilmente lavables.



RESTO DE LAS INSTALACIONES

El suministro de las siguientes instalaciones es imprescindible para el funcionamiento de cualquiera de las construcciones mencionadas:

- Electricidad normal y de emergencia. En este segundo caso puede ser propia o conectada a la de otro edificio si lo hubiese.
- Oxígeno, Aire comprimido y Vacío.
- Agua potable. - Agua caliente.
- Desagües cloacales. Se deberá considerar el tratamiento previo a su disposición final.
- Contra incendio: matafuegos si no es posible contar con agua contra incendio.
- Comunicaciones: telefonía e internet.

- Luz natural en la medida de lo posible: el mantenimiento del ciclo circadiano es importante para el bienestar y la pronta recuperación del paciente.

En el caso de terapias intensivas es necesario contar también con: circuitos eléctricos aislados para protección de los pacientes que estén conectados a aparatología, alarma de paro, monitoreo.

Otras instalaciones: llamado de enfermeras, llamado de mucamas, CCTV, CATV, buscapersonas, detección de incendio. □

Referencias Bibliográficas

Por razones de espacio no se ha incluido la bibliografía. La misma puede consultarse en el documento completo en: <https://arquisalud.com.ar/upload/Recom-Arquitectura-Covid-19-V1.pdf>

TRATAMIENTO DEL AIRE

El tratamiento del aire es un elemento indispensable para tener en cuenta en los espacios para pacientes infectados en general, y con Covid-19 en particular.

Si bien es conveniente recurrir a bibliografía y especialistas específicos en este tema, como la citada en las referencias, podemos mencionar algunas recomendaciones muy importantes:

- Ventilación natural de los ambientes.
- Renovación de aire evitando la recirculación.
- Presión negativa en los espacios con infectados.
- Filtrado de aire, pero filtros HEPA solamente en Terapias Intensivas.
- Si la extracción de aire de los locales con infectados no se realiza a los 4 vientos o a espacios libres debería filtrarse al extraerse.

- No deben utilizarse equipos de aire acondicionado tipo split a excepción de que sean complementarios solamente para enfriar o calentar el ambiente. Estos equipos no resuelven la renovación ni el filtrado de aire por lo cual, si no existe otra instalación termomecánica que sí lo haga, terminan produciendo un aire viciado y contaminado, sumamente perjudicial en un ambiente para el tratamiento de pacientes infectados.

- Radiación germicida ultravioleta (UV) solamente en forma complementaria pero no reemplaza la extracción de aire, el filtrado HEPA o la presión negativa. Las lámparas ultravioletas pueden causar cáncer de piel, deterioro visual y afectar el sistema inmunológico, por lo cual no deben ser vistas ni sentidas.

- Calefacción y/o refrigeración de ser necesarias según las condiciones climáticas.

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

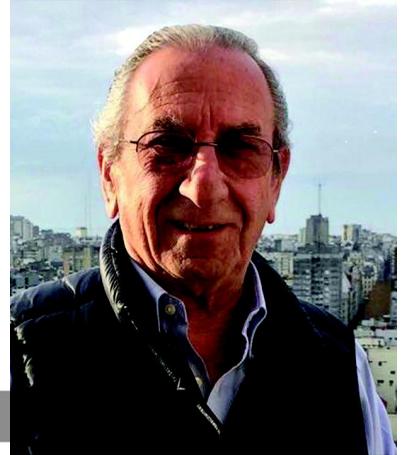
WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

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

¿Cómo empezar a gestionar los riesgos?

(Segunda Parte)

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



Las responsabilidades de cada profesional:

1.- En general, en el sistema de salud privado en nuestro país, son muy pocos los establecimientos asistenciales en los que los médicos, mal denominados de "staff", tienen una relación de dependencia formal. Sin embargo, una buena parte de la Doctrina Jurídica de la Argentina, estima que todos son dependientes. Las distintas formas de organización de las instituciones médicas, no ayuda demasiado para poder demostrar lo contrario. En general poder probar la no-relación de dependencia resulta difícil por la falta de un adecuado orden administrativo y su correspondiente actualización.

Son médicos, como han sido denominados infinidad de veces, "que vienen a trabajar de afuera". Existen distintos "modelos" de organización que conspiran contra el establecimiento y el cumplimiento de lo que reiteradamente se ha denominado "Políticas y Procedimientos".

Estas responsabilidades del ejercicio profesional deberían asignarse a los médicos para el cumplimiento de las acciones cotidianas, dentro de cada establecimiento asistencial, poniéndolo en conocimiento en forma fehaciente, documentada. Ellas deberían ser:

- a) Aplicar y respetar las reglas de funcionamiento de cada sector de la institución, en caso de que existan.
- b) Disponer de la capacidad, el conocimiento y los medios para realizar, con toda seguridad, la actividad emprendida; los médicos son "certificados" formándose un legajo con sus datos personales, no siempre actualizados, copia del título, y una especie de "Hoja de Vida". En las instituciones no se hace una evaluación periódica del resultado de la actividad de cada profesional dentro de la especialidad para la que fue "certificado". Hoy los sistemas informáticos imperantes lo permitirían fácilmente.
- c) Conocer por escrito su responsabilidad como profesional con respecto a las conductas, formas, maneras, obligaciones, derechos, deberes respecto de los actos médicos a realizar, plasmados en los contratos de prestaciones de servicios que a veces suscriben.

2.- Esa descripción y asignación de responsabilidades y la evaluación de su cumplimiento deberían pertenecer a las acciones institucionales de gestión de los riesgos de los actos médicos: (*¿Who put the bell to the cat?*).

- ✓ Capacitando y evaluando al profesional para que sepa reconocer las situaciones peligrosas y su for-

ma de comunicación a la autoridad que corresponda y el tratamiento interno y externo.

- ✓ Señalar rápidamente a las personas responsables de los incidentes/accidentes o las situaciones de riesgo y buscar la forma de organizar muy velozmente reuniones de identificación análisis, evaluación y tratamiento del evento.
- ✓ Prepararse para la recuperación de los incidentes y accidentes, analizando las conductas y dictando normas y/o barreras para evitar la repetición.
- ✓ Participar en las diferentes actividades de identificación y de análisis de los riesgos; el director médico y el que hace las veces de "jefe" del servicio, no deberían estar ausentes de dichas reuniones; debería llevarse un libro de asistencias, del tema tratado y de los pasos a seguir en cada caso.
- ✓ Tomar conocimiento, en caso de que exista, del programa de gestión de los riesgos del acto médico propio a su sector (documentos, formación, comunicación del incidente, participación en las reuniones).
- ✓ Proponer el implemento, discutir, fundamentar y defender las modificaciones de prácticas establecidas en el seno de la institución o del sector de cada especialidad.

3.- En el conjunto de las áreas de riesgo del acto médico de cada especialidad, la seguridad del paciente depende de la responsabilidad directa de la línea operacional.

- Definir reglas institucionales que alienten a compartir la información sobre los riesgos individualizados de los actos médicos, sobre la base de la historia siniestral del establecimiento asistencial (epidemiología de los eventos).

En sus principios y en sus métodos, la gestión de los riesgos de los actos médicos que ocurren dentro de la institución llevados adelante por "los médicos que vienen a trabajar de afuera", se basa en la declaración y el análisis, identificación y evaluación de los accidentes o incidentes **evitables**, para tratar de impedir que se repitan, con un espíritu eminentemente recuperatorio y preventivo, nunca punitivo. Se debe alentar la institucionalización del "**Reporte de incidentes interno**".

Con una preocupación manifiesta por el interés colectivo, se organiza la transparencia y la búsqueda de las causas. La gestión de los riesgos de los actos médicos supone poder identificar, evaluar y analizar situaciones que integren **fallas humanas**.

Esos errores deben involucrar a la vez las prácticas de los actores de primera línea (los médicos) que han generado directa o indirectamente un incidente o un accidente, la organización de una actividad para su

análisis, y al *management* que implementó los elementos que, pese a ello, han permitido o favorecido la ocurrencia de un accidente o un incidente, por algún defecto en el diseño y puesta en marcha de la barrera que se pensó que lo debería haber impedido.

Al hacerlo, se pone de manifiesto la falla humana y expone a los actores a la detección de una o varias responsabilidades profesionales acompañado de una acción correctiva de la falla, establecida entre todos.

A fin de alcanzar el objetivo de implicancia, de involucramiento de los profesionales "que vienen a trabajar de afuera" en la instauración de un sistema de declaración y de análisis de los acontecimientos, se debe iniciar con un mecanismo de reflexión en el que participen los diferentes actores de la institución, y que permita llegar a establecer un consenso aceptable por todos, y de reglas claras sobre las modalidades de tratamiento de la información y el régimen para diseñar las acciones correctivas del error humano.

La identificación de dichas situaciones y su análisis supone la creación de condiciones propicias para ello:

- **Un circuito de información que permita garantizar la confidencialidad:** en efecto es importante poder garantizar la confidencialidad de las informaciones recogidas y limitar la divulgación de la identidad de los actores implicados a lo estrictamente necesario para el funcionamiento del sistema.

En ciertos casos la confidencialidad puede también ser conveniente con respecto a la jerarquía.

En algunos servicios se pueden desarrollar sistemas de análisis entre pares, (por la especialidad) fuera de la jerarquía.

Esta confidencialidad no excluye la utilización de la situación de manera anónima, con fines de alerta o dentro de un enfoque pedagógico.

Cuando se trata de un acontecimiento que ha provocado un daño a un paciente (óbito, lesión permanente o transitoria), la confidencialidad no debe impedir la información al paciente o a su familia, y la transmisión de las informaciones al responsable de la institución, dentro de una perspectiva de indemnización o de gestión inmediata de la responsabilidad, para evitar la extensión de la pérdida.

- **Un clima de confianza establecido por la ausencia de enfoque punitivo:** el tratamiento de la información sobre los riesgos hace que los actores de la institución puedan compartir la información necesaria para el análisis de las fallas. Es importante enfocar ese análisis con una ausencia de enfoque punitivo con respecto a los actores involucrados. Se trata de un elemento cultural esencial para el desarrollo y la permanencia de la gestión.

- **Debe haber reglas institucionales claras acerca de las consecuencias disciplinarias** en caso de declaración espontánea del acontecimiento, sin previo establecimiento de un consenso de comunicación.

Es necesario definir de una manera **consensuada lo que corresponde a un comportamiento aceptable con respecto al contexto (inevitabilidad) y lo que debe ser considerado como una falta (evitable).**

Esos principios se deben aplicar especialmente a los dispositivos que constituyen espacios de diálogo sobre los riesgos de los actos médicos de cada especialidad, para que la calidad de los intercambios permita la comprensión de las situaciones reales. Existe profusa bibliografía médica al respecto.

Los siguientes dispositivos y lugares de intercambio, si existen, están comprendidos:

- Los sistemas de declaración de acontecimientos: (el reporte interno del incidente) las personas a cargo del análisis y del tratamiento de la información deben garantizar la confidencialidad.
- Los intercambios de informaciones y las reuniones sobre los riesgos de los actos médicos en el seno de los sectores de actividad, organizados y documentados por los que hacen las veces de "jefes" de servicio, quienes también deberían ser responsables del seguimiento ("follow up").
- El/los los diferentes comités encargados de la gestión de los riesgos de los actos médicos, de manera global o temática, deberían existir.
- Los grupos que se ocupan de proyectos centrados sobre un punto: por ejemplo, los que se organizan a raíz de un acontecimiento, hallazgo, evento adverso novedoso. (IHH, IASQ, caídas, errores de lado, errores de miembro u órgano, CI incompleto o inexistente, pérdida de resultados de estudios diagnósticos, pérdida de tiras monitoreos), entre otros.
- Se debe tener en cuenta la carga emocional experimentada por el personal implicado en un acontecimiento: la concreción de un acto médico dañoso conduce a una confrontación personal o social, y con la propia incompetencia, error o fracaso. La importancia de las consecuencias de lo que siente el personal cuando muere un paciente o cuando se materializa un riesgo en daño, es a menudo subestimada y nadie se hace cargo del problema.
- El personal interno, debe ser apartado de la responsabilidad de comunicación al paciente dañado o a su entorno.
- El personal profesional requiere de una capacitación para la comunicación de los eventos adversos, o tal vez deba capacitarse a una persona en especial que quiera asumir el rol de dar las malas noticias. Nunca los profesionales involucrados. Ya en algún momento podrán hacerlo.
- La comunicación con la prensa no debe quedar a cargo de ningún profesional o no-profesional involucrado en el tema, aunque la tentación de la exposición mediática sea grande.
- Asegurar la confidencialidad de las declaraciones (pero informando a los pacientes y a las autoridades internas o externas cuando la situación lo requiere, previo análisis y consenso).
- Eliminar los juicios de valor en el análisis de la información.

La gestión del negocio del cuidado de la salud de las personas es permitir descubrir, definir o reencaminar la misión institucional, y también diseñar una estrategia, dejando de lado sólo medir los resultados económicos del costo de la producción, y trazar un programa que corra paralelo a éste y permita, con otros actores, centrarlo en la evaluación de los costos que producen los daños evitables. El asegurador del riesgo de RC Médica debería ser un buen aliado para ello. □

(*) 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.

El día después de mañana



Por Antonio Ángel Camerano (*)

Llegó el momento. Tanto de hablar sobre cambios de paradigma sanitario, de salud anémica, del nuevo siglo, de las políticas públicas... y de un día para el otro regresamos a tiempos ancestrales con una pandemia que arribó del oriente y nos llevó un único elemento cierto como una simple cuarentena. Y todos los trabajadores de la salud se pusieron el tema al hombro. Y el miedo a la real incertidumbre nos unió y pudimos ver a nivel universal todo, todas las virtudes y miserias juntas.

Pegó duro. Sobre todo, cuando países como Italia y España junto a sus sistemas de salud se estresaron. Como nuestros abuelos llegaron en los barcos este virus hoy siglo XXI llegó en los aviones.

Se prepararon el sistema público, privado, las Obras Sociales... y la información endémica o infodemia nos apoderó. Todos eran especialistas, epidemiólogos e infectólogos y empezamos a trabajar "home office". Y salió la receta electrónica y la videollamada y los centros de salud con su talento humano se enfrentaron por sobre todos al tratamiento costo-efectivo, que, aunque sea eficiente debió tener una regulación de la justicia distributiva en el momento procesal oportuno del estado financiero.

Y el costo y los sistemas productivos y los parámetros que lateralmente inciden en la salud empezaron a sufrir. Estrés económico, psíquico, sobre el estrés de la pandemia... a nivel mundial.

Empezaron las comparaciones y las buenas o malas intenciones que perturban la vida social con una eficiencia y dificultoso *benchmarking*, además de la eficacia basada en el tratamiento. El impacto en los casos y la mortalidad "número de fallecidos". Y todos sabíamos de todo. Peras con manzanas...

Y los centros de salud junto a la contención de la atención primaria demostraron que el valor más importante de la salud es el humano, que le pone garra, fuerza y hasta su vida. Desde la macro, la meso y la micro gestión (por sobre todo estas dos últimas) ...

Y poco a poco se descifró el genoma, se estructuraron los casos por edad, el contacto con infecciosos, síntomas, gravedad, búsqueda de un tratamiento actual y otras estrategias como la mutante definición de caso sospechoso. Todo era nuevo. Pero debemos reconocer que el Estado y las Instituciones de nuestro bendito país estuvieron presentes.

El factor demográfico del AMBA y el transporte como determinantes que ya mencionamos, el hambre y los ingresos definieron a esta nueva pandemia como dependiente del transporte y las megalópolis en cuanto a las condiciones habitacionales.

Y todos querían el hisopado. Hasta que comprendimos que el mismo se activa cuando corresponde el protocolo, es decir cuando existe un fundamento que justifica el tratamiento médico.

Y siguiendo al Dr. Arce: "El hospital como un adolescente que le pide dinero al papá Estado fue transformándose en una empresa pública de servicios que responde a la demanda". Y tenemos lo que tenemos y pudimos lo que pudimos...

Y la vacuna en más de cientos de trabajos empezó a desarrollarse con una velocidad que definirá el futuro de la investigación médica, y los tratamientos y todos los ardides

de optimización de los tratamientos.

Ya no todo será igual, estaremos más separados, con máscaras y cuidado personal. Seguramente con oleadas que no sabemos si serán del mismo virus o de patologías estancadas por el estrés del sistema o de patologías psiquiátricas que como respuesta normal del hombre al aislamiento y a la presión aparecerán.

Y la política se escabulló por ahí. Pero como ciudadanos independientes debemos afrontar a las políticas públicas que surjan a nivel nacional e internacional por el bien público. Y seguramente habrá errores, cambio de planes, y de conductas.

El Banco Mundial prevé que el coronavirus dejará a 100 millones de personas en la pobreza extrema. La institución para el desarrollo con sede en Washington había estimado antes que 60 millones de personas caerían en la pobreza extrema, pero el nuevo cálculo es de 70 a 100 millones, y "esa cifra podría aumentar" si la pandemia empeora o se prolonga, lo cual es posible. Aun así, más países se verán obligados a reestructurar sus pasivos. "Las vulnerabilidades de la deuda son altas y el imperativo de obtener luz al final del túnel para que puedan ingresar nuevos inversionistas es sustancial".

En un reciente artículo, se menciona que las economías avanzadas del Grupo de los 20 (G20) ya se han comprometido a suspender los pagos de la deuda de las naciones más pobres hasta fin de año, y existe un apoyo creciente para extender esa moratoria en 2021.

Pero el presidente del Banco Mundial dijo que no será suficiente, ya que la recesión implica que esos países, que ya bregan por proporcionar un respiro a sus ciudadanos, no estarán en una mejor posición para hacer frente a los pagos... (Agencia AFP 2020).

Y quiero recordar en este momento a una adaptación de la obra de H. G. Wells "La guerra de los mundos". En donde los alienígenas de Marte mueren por la presencia de los microbios aquellas pequeñas estructuras como este virus que hoy nos afecta. Y como decimos la fantasía supera a la realidad.

Y la OMS ¿?? La misión conjunta OMS-China, en la que participan expertos de Alemania, Canadá, Estados Unidos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Institutos Nacionales de la Salud), Japón, Nigeria, República de Corea, Rusia y Singapur, permanece un tiempo en Beijing y también viaja a Wuhan y a otras dos ciudades. Sus miembros hablan con funcionarios de salud, científicos y personal de salud de los establecimientos sanitarios.

Se establece el Fondo de Respuesta Solidaria contra el Covid-19 para recibir donaciones de particulares, empresas e instituciones. La OMS y sus asociados ponen en marcha el ensayo "Solidaridad", un ensayo clínico internacional que tiene por objeto generar datos sólidos de todo el mundo para encontrar los tratamientos más eficaces contra el Covid-19.

Y me gustaría cerrar esta columna poco académica pero realista con.... **Un continuaráj!!**

(*) Magíster UBA | FSG y Doctorando UBA.



COMPROMETIDOS CON LA SALUD,
COMPROMETIDOS CON LAS PERSONAS.

**Nuestro compromiso con la salud incluye
el cuidado y respeto por las personas.**

Por esto, elaboramos un
Protocolo contra la Violencia para nuestros
colaboradores, el cual estandariza procedimientos
y criterios de actuación frente a situaciones de
violencia laboral y de acompañamiento
ante hechos de violencia intrafamiliar.

Porque si hay violencia, no existe salud ni futuro.

OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE



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



**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



 **acudir**
emergencias médicas

www.acudiremergencias.com.ar