



Columna

Pandemia:
humildad que la vida
da muchas vueltas

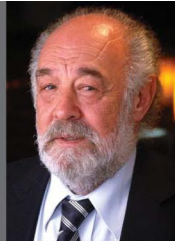
Por el Prof. Carlos Vassallo Sella



Primera Plana

**Crisis de los recursos
humanos en salud en
tiempos de pandemia**

Por Mg. Patricia D'Aste



Columna

**Para aprender de
las lecciones de
la pandemia**

Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

La revista de salud y calidad de vida

Año XXI. N° 119. Noviembre - 2020

RR. HH. & SALUD

UNA ASIGNATURA PENDIENTE

La pandemia ha puesto al desnudo la ausencia crónica en la agenda política de salud de los "Recursos humanos". Con equipos de salud diezmados y agotados, estamos ante el umbral de una crisis de atención sanitaria por la falta de personal crítico, adecuadamente formado y con experiencia para asistir a los pacientes que requieren de cuidados intensivos.

#QuedateEnCasa #SeguimosConectados

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS



GALENO

PROSANITASBSC

INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

*La SOLUCIÓN INTEGRAL para afrontar
DECISIONES complejas en contextos
de INCERTIDUMBRE*

Vea funcionar un Cuadro de Mando Integral y comience a ver el éxito de su negocio hoy.



PROSANITASBSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS



Av. del Libertador 6285 3º P.



11.4183.3942



prosanitas.com.ar



info@prosanitas.com.ar



@ProSanitasBSC



ProSanitas BSC



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



TODOS
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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



andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



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

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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



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



Grupo de Medicina Privada

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

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



ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscrita en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el número 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gob.ar

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**
Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
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 Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Full Gráfica S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

COLUMNA

¿Cómo gobernar la pandemia: ciencia o política?

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

8

CADEID

¿Cuál es el rol de la internación domiciliaria en el sistema de salud argentino?

Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID

10

VOCES

Opción de cambio de obra social

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

12

OPINIÓN

Impacto de la pandemia sobre la prevención y control del cáncer

Por la Dra. Zulma Ortiz - Sub Directora Ejecutiva - Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires

14

DEBATE

Aprendizajes, omisiones y decisiones

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

16

COLUMNA

Una revalorización de conceptos

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

18

COLUMNA

Coronavirus: mientras llega la vacuna...

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

20

OPINIÓN

Un cóctel peligroso: cáncer de mama y pobreza

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

22

OPINIÓN

Residencias en modo Covid

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

24

COLUMNA

Para aprender de las lecciones de la pandemia

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

26

PRIMERA PLANA

Crisis de los recursos humanos en salud en tiempos de pandemia

Por Mg. Patricia D'Aste - Presidente de ProSanitas BSC

28

COLUMNA

Pandemia: humildad que la vida da muchas vueltas

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Director del Instituto de Economía del Bienestar

36

OPINIÓN

Democracia y salud

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

38

OPINIÓN

Algunas respuestas que va dejando la pandemia en la Argentina

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

40

DEBATE

¿Cuánto gastaríamos por una vacuna Covid-19?

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

42

ENSAYO

El sistema de atención médica y el plan de beneficios

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud

46

COLUMNA

Telemedicina y seguro de mala praxis

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

48

OPINIÓN

Las tribulaciones de un chino en China

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.

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

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

¿Cómo gobernar la pandemia: ciencia o política?

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



En pleno desarrollo de las medidas de aislamiento social para enfrentar la pandemia, el Presidente contaba con la asistencia técnica de los más destacados infectólogos y epidemiólogos, y lograba públicos acuerdos con las dos jurisdicciones más pobladas: la Ciudad Autónoma y la Provincia de Buenos Aires. Respaldo por estos consensos, con resultados todavía alentadores y con la paciencia de una población aún no agotada, hacia mediados de junio Alberto Fernández afirmó entusiasmado: "éste es un Gobierno de científicos". Esos apoyos se fueron extinguiendo, a medida que los resultados mostraban que otras estrategias menos agresivas, evitando paralizar la economía, lograban indicadores de incidencia y mortalidad equivalentes. La desazón aumentó con la visita de Luis Lacalle Pou, que logró mejores comportamientos en Uruguay, en base a principios de respeto a la libertad y la responsabilidad social de los ciudadanos. Asimismo, fue cuestionada la imprudencia diplomática de ciertas comparaciones con Suecia, Chile y Cataluña, que respondieron con claros fundamentos.

En su condición profesional de abogado, es probable que Alberto Fernández no haya alternado a menudo con científicos biológicos, en el ejercicio de sus responsabilidades como funcionario. Quizá como la mayoría de la gente los idealiza, suponiendo que son investigadores, que observan los hechos desde una visión neutral, descubriendo los secretos de la naturaleza y los fenómenos sociales. En el caso de los asesores de la Presidencia, además de haber participado en investigaciones -en general multicéntricas-, su perfil principal tal vez no sea el de investigadores, sino el de calificados especialistas, con prolongada experiencia asistencial. Esa formación teórico-práctica les brinda las mejores condiciones, para aconsejar las medidas de prevención más racionales, a fin de resolver los problemas científicos que les consultan.

La pregunta es si la Salud debe ser gobernada por la ciencia o por la política. Dicho de otro modo: ¿ciencia y política son dos disciplinas muy distintas? En los países anglosajones, la categoría académica de doctorado se denomina *philosophical doctor* (PhD), porque se atribuye a la Filosofía el nivel superior del conocimiento. El enfoque científico más amplio, capaz de exceder los alcances de la disciplina de origen y encontrar los límites de sus propios criterios, en el concierto de otras disciplinas que sostienen diversos criterios. Los infectólogos y epidemiólogos que asesoraron ante las incertidumbres inherentes a la pandemia, recomendaron las mejores soluciones desde un enfoque especializado, pero no podía esperarse que opinaran acerca de la economía de las PyME's, la balanza del comercio exterior, la educación escolar y la emisión de moneda. Esta visión holística corresponde a la política, que debería expresar principios doctrinarios desplegados en el tiempo y en el espacio, es decir, en la realidad. Pero la política está desprestigiada, porque los profesionales de la política no muestran otros criterios que mantenerse en cargos públicos, pagar lealtades con sueldos estatales, designar todos los empleados que sea posible y acceder a la mayor cantidad de privilegios disponibles en los diversos estamentos del Estado.

Sin aplicar otros planes políticos, que eliminar todo vestigio del gobierno anterior, potenciar el peso relativo del Estado como actor hegemónico de la economía, incre-

mentar la presión tributaria sobre el sector privado, alentar el consumo mediante subsidios sin respaldo, y sobre todo eludir causas judiciales por corrupción, el Gobierno no encontró mejor argumento que atribuir las medidas adoptadas a las recomendaciones de los científicos. El Ministro de Salud nacional, Ginés González García, exhibió orgulloso las primeras etapas de la epidemia, pero fue desapareciendo de la escena a medida que las curvas de contagios iban ascendiendo en la escala comparativa con los países más afectados. Las autoridades de la Provincia de Buenos Aires, Daniel Gollán y Nicolás Kreplak, se expidieron con mayor dramatismo desde el comienzo, sin fundamentos consistentes. Mostraron alarmados la tendencia de los porteños a frecuentar parques y espacios abiertos, en cuanto se les permite ejercicios físicos. No mostraron el mismo empeño con las áreas comerciales del 2º y 3º cordón del Gran Buenos Aires, donde desde mediados de junio, la población circulaba sin protocolos de cuarentena para tareas cotidianas. Los comentarios alarmantes se fueron atenuando, a medida que la curva de incidencia se fue "amesetando", con significativo descenso en CABA, mientras mantenía todo su vigor en el GBA.

A fines de setiembre anunciaron un hallazgo: cruzando datos de incidencia y defunciones del SIISA ⁽¹⁾, del censo de camas ocupadas (incluyendo públicas y privadas) y de agencias del Registro Civil, encontraron un subregistro de más de 3.500 muertes por Covid-19. Recomendaron el mismo procedimiento para todo el país, a fin de consolidar las estadísticas. El ministro porteño, Fernán Quirós, respondió con solvencia que sus relevamientos ya garantizaban servicios públicos y privados. Para quienes se desempeñan en el Sector Salud, es notorio que los establecimientos privados, adonde concurren los usuarios con cobertura de obras sociales y prepagos, no reportan información estadística o lo hacen en forma irregular, cosa que seguramente se ha modificado ante la amenaza de epidemias superpuestas de coronavirus y dengue. Y precisamente en el subsector privado transcurre más del 60% de la actividad asistencial, por lo que el SIISA tiene el sesgo histórico de una marcada carencia de eventos en efectores privados. Los Registros Civiles tienen el más completo registro de nacimientos y defunciones, pero no son confiables en sus diagnósticos causales, como los efectores públicos.

La función de las autoridades sanitarias es traducir en acciones políticas la información científica. Las autoridades políticas deberían integrar esa información a los demás componentes de la agenda, para conducir armónicamente el desenvolvimiento de la economía y las condiciones sociales. Pareciera que los políticos, escudándose en los científicos, indujeron a que una parte de la sociedad y la opinión pública, hayan acusado a los especialistas de "infectadura". Sin embargo, no tuvieron la misma firmeza en la necesidad indiscutible de intensificar la densidad de tests y rastreos de contactos. □

(1) SIISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.

(*) Médico sanitista. Doctor en Ciencias de la Salud. Miembro del Grupo PAIS. Autor del libro "Un sistema de salud de más calidad" (Prometeo, 2020).

Cuidarse es cuidar al otro.

#ArgentinaUnida

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



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los 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.

¿Cuál es el rol de la internación domiciliaria en el sistema de salud argentino?



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

A más de siete meses de la emergencia sanitaria vinculada al Covid-19 aparecen reflexiones sobre la manera en se manejan diferentes variables del sistema de salud.

Ante la amenaza de un virus desconocido, el temor de que el sistema de salud público y privado no pudieran responder adecuadamente a la demanda, la duda frente a tratamientos inciertos y la escasez de recursos físicos, tecnológicos y humanos se decidió disponer de todos los medios existentes y los que pudieran procurarse a través de gestiones incansables, un gran esfuerzo económico por parte del Estado y también de los efectos privados, articulando de la mejor forma posible para enfrentar un proceso de total incertidumbre. Más allá de los diferentes análisis que leemos a diario, probablemente no había manera de hacer “lo mejor”, se hizo lo posible con los acervos que se disponían.

Y en la vorágine del proceso hubo recursos que no se tuvieron en cuenta. En un principio la internación domiciliaria no participó activamente en la asistencia de pacientes con Covid-19 ni formó parte de la planificación asistencial que el Estado desarrolló para afrontar la crisis, pero mantuvo la atención de decenas de miles de enfermos reforzando los cuidados para evitar contagios, monitoreando permanentemente a familiares y pacientes que merced a nuestros servicios estuvieron asistidos, pudieron sostener sus tratamientos y mantenerse controlados.

Con el correr de los meses hemos desarrollado módulos especiales para atender casos leves y moderados que completaron su recuperación en domicilio contribuyendo a la liberación de camas hospitalarias para pacientes más complejos, o a quienes ya se encontraban en programas de cuidados domiciliarios y contrajeron Covid-19 a medida que avanzaba la circulación comunitaria.

Hemos enfrentado dificultades en la provisión de insumos y aumentos exorbitantes en los precios; contagios del personal que se desempeña en más de un trabajo; restricciones en la circulación de nuestros profesionales que se desplazan con mayor asiduidad que otros trabajadores de salud por la naturaleza misma

de nuestros servicios; la pérdida de personal entrenado en asistencia de alta complejidad, que fueron contratados por sanatorios y hospitales a medida que sufrían bajas en sus dotaciones. En definitiva, la internación domiciliaria también fue atravesada por la pandemia y los mismos problemas de todo el sector salud, pero debió definir sus propias estrategias y procedimientos para ir resolviendo las situaciones en la medida que se presentaban.

Comentábamos en este mismo espacio hace un par de meses, sobre la precariedad del marco regulatorio de la actividad y lo imperfecto del sistema de contratación profesional, dos situaciones que se distinguieron claramente durante esta emergencia. La imperfección del sistema de contratación de los recursos humanos llegó al extremo de que nuestros profesionales no contaran con la cobertura de ART ni fueran incorporados a varios de los beneficios otorgados por el Estado al personal de salud, aún cuando los trabajadores de asistencia domiciliaria considerados esenciales, hayan trabajado sin interrupción ya que los servicios en domicilio nunca se discontinuaron.

Hubo gestiones de CADEID en este sentido que contaron con la comprensión de las autoridades, pero no llegó a implementarse una solución concreta que ponga a los trabajadores del sector en un plano de equivalencia con los de otros niveles asistenciales.

En definitiva, una vez más se plantea la necesidad de hablar de esta actividad que lleva más de cuarenta años en el país y sigue creciendo a ritmo sostenido, como si se tratara de algo novedoso. Ya no se discute su eficacia, el nivel de bienestar que aporta al paciente y su entorno familiar, ni la conveniencia de quedarse en casa como factor de prevención. Tampoco se la cuestiona como una gran herramienta para los financiadores de salud a la hora de atender situaciones atípicas, combinando diferentes recursos a la medida de cada servicio.

Lo que se analiza es la necesidad sectorial de ser reconocidos como un nivel asistencial que articule adecuadamente con el Estado y el sector privado, integrando a la actividad en procura de la mejor recuperación de los pacientes. Así

como la necesidad de fortalecer su marco regulatorio para que las empresas puedan trabajar en calidad, certificar sus procesos y especializarse adecuadamente. La inclusión y reconocimiento de los profesionales para alentar debidamente su capacitación y fortalecimiento académico. En definitiva, la indispensable integración del segmento al sistema de salud.

CADEID viene trabajando estas cuestiones desde hace varios años. Fuimos incorporando empresas de todo el país y aun con las diferencias que cada provincia impone, encontramos empresarios preocupados por el destino del sector y ávidos de darle a la actividad una normalidad que todavía no tiene. Vemos una evolución importante en las empresas y reconocemos una progresiva madurez del sector que nos impulsa como Cámara a asumir su representación, en la necesidad de plantear un debate honesto en el que participen todos los actores involucrados: quienes prestan los servicios, quienes los administran, quienes lo financian y por supuesto el Estado.

Hemos planteado el objetivo de generar espacios para discutir sobre el papel de la asistencia domiciliaria en el sistema de salud argentino, y procurar a partir de ello el ordenamiento que la actividad requiera. Necesitamos como decía, un debate franco que aborde los alcances y limitaciones del sistema para funcionar según sus posibilidades, pero en resguardo de los derechos de todas las partes. En este sentido, CADEID organiza una jornada hacia fines de noviembre que contará con la presencia de autoridades de salud, legisladores y especialistas en ID para reflexionar sobre el presente y futuro de la actividad.

Y en este proceso de búsqueda y construcción de una actividad renovada, aunque curtida en la asistencia y el cuidado de nuestros pacientes, destacamos el trabajo de nuestros profesionales de salud que supieron estar a la altura de esta crisis con su trabajo, empatía y humanismo. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



Seguí capacitándote en
Fundación Barceló

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS**
a carreras y cursos
de Posgrado.

Opción de cambio de obra social



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

En nuestro artículo del número anterior de esta *Revista*, habíamos dicho que la virtualidad, como mecanismo de vinculación, llegó para quedarse, pero, sin embargo, en materia de opción de cambio de obra social, las normativas que le han dado inicio en el año 1998 todavía seguían vigentes sin modificaciones, más que la que el decreto 504/98 ha sufrido 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.

Luego de publicada dicha nota, el día 1 de octubre pasado, la Superintendencia de Servicios de Salud emitió la resolución 1216, que modificó sustancialmente el sistema de la opción de cambio de obra social, dando paso a la virtualidad referida.

Allí se permitió que los beneficiarios titulares en relación de dependencia, monotributistas, monotributistas sociales y personal de casas particulares, puedan ejercer su derecho de opción de cambio de obra social mediante un aplicativo al que podrán ingresar con su CUIT/CUIL y su clave fiscal.

A nuestro criterio, pese a los intentos realizados por algunas de las gestiones pasadas, existían dos cuestiones que se encontraban empañadas de una especial opacidad con respecto al Sistema Nacional del Seguro de Salud: la opción de cambio de obra social y la presentación y tramitación posterior de las solicitudes de reintegros de las prácticas y medicamentos por vía del Sistema Único de Reintegros.

Ya en el año 2009, nos tocó colaborar en la redacción de la resolución 950, por aplicación de la cual la Superintendencia de Servicios de Salud intentó corregir deficiencias e incluso irregularidades que se presentaban con la opción de cambio de obra social.

En aquella época, las denuncias de violaciones al régimen legal estaban relacionadas casi exclusivamente con la opción ejercida por beneficiarios titulares en relación de dependencia. Un número importante de beneficiarios se había presentado ante el Organismo referido desconociendo e impugnando una supuesta opción que afirmaban no haber efectuado. Fue así que se estableció un procedimiento que simplificó la tramitación y privilegió la real manifestación de la voluntad de los beneficiarios. En ese sentido se previeron mecanismos de control que acreditaran de manera fehaciente la identidad del beneficiario, especialmente en lo que hacía a la suscripción del formulario, con la certificación de su firma por parte de autoridad competente en esa materia.

En los últimos 10 años disminuyeron proporcionalmente las denuncias de falsificación de trámites de opción de cambio del régimen general, pero aumentaron sustancialmente en el de monotributistas y el de monotributistas sociales.

La referida resolución 1216/2020 SSSalud, aprobó un nuevo procedimiento para el ejercicio del derecho a la libre elección de su obra social por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Ahora, la "opción de cambio" deberá ser ejercida en forma personal por el beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud, ingresando a través un aplicativo de la Superintendencia de Servicios de Salud. Al ingresar a la aplicación, el beneficiario deberá autenticarse mediante el ingreso de su CUIT/L y clave fiscal, lo que será certificado a través de la AFIP. Una vez autenticado, el beneficiario deberá completar el formulario de opción de cambio digital. Al aceptar el formulario, el sistema validará los datos consignados y remitirá un correo electrónico a la dirección informada por el

beneficiario, a fin de que éste confirme el trámite dentro de las 48 hs. De ese modo quedará perfeccionada el cambio de obra social que operará al primer día hábil tercer mes posterior (conf. art. 2 del decreto 504/98).

En esta misma línea, cabe recordar que el decreto N° 434/16 aprobó el Plan de Modernización que tuvo por objetivo aumentar la calidad de los servicios provistos por el Estado incorporando Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC), simplificando procedimientos, propiciando reingenierías de procesos y ofreciendo al ciudadano la posibilidad de mejorar el acceso por medios electrónicos a información personalizada, coherente e integral. Uno de los ejes de este plan propone fortalecer e incorporar infraestructura tecnológica y redes con el fin de facilitar la interacción entre el ciudadano y los diferentes organismos públicos, para avanzar hacia una administración sin papeles, donde los sistemas de diferentes organismos interactúen autónomamente.

Tanto la práctica como la normativa señalada que ha ido proliferando en los últimos años con relación al uso de instrumentos y plataformas digitales, tornaban absolutamente necesario actualizar la reglamentación del procedimiento para hacer efectivo el derecho de opción de cambio de obra social de modo más práctico y transparente.

Si bien esta modificación constituyó uno de los objetivos iniciales de esta gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud, la nueva realidad que vivimos a causa de la pandemia, visibilizó más notoriamente aún la conveniencia de avanzar en instrumentos que permitan a los usuarios el ejercicio "a distancia" de este derecho.

Hoy en día, todos realizamos numerosos trámites personales que no son presenciales. La Administración Federal de Ingresos Públicos, entre otros organismos del Estado, permite realizar la casi totalidad de los trámites del contribuyente a través de su página web y con la respectiva clave fiscal.

Recibimos con auténtico beneplácito que se haya instaurado la posibilidad que los usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud ejerzan su derecho de opción de cambio por la vía electrónica.

Esperemos que la Superintendencia de Servicios de Salud continúe desarrollando instrumentos adecuados para facilitar y otorgar más transparencia a los trámites que deben realizarse y avance, entre otras cuestiones, en la digitalización de la presentación de solicitudes de reintegros de prácticas médico-prestacionales. □



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

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

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



**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**



Impacto de la pandemia sobre la prevención y control del cáncer

Por la Dra. Zulma Ortiz (*)



Octubre, es el mes de la sensibilización del cáncer de mama que se celebra en todo el mundo y es también una oportunidad para reflexionar sobre cómo, la pandemia por Covid-19, produjo desde enero de 2020 una postergación de la atención en centros de salud y complicó la realidad de las personas con cáncer.

Es bueno recordar que entre el 30-50% de los cánceres son potencialmente prevenibles si se controlan los principales factores de riesgo, es decir, el consumo de tabaco (principal factor de riesgo), el consumo nocivo de alcohol, la dieta no saludable, el índice de masa corporal elevado y la falta de actividad física. Al 30-50% de cánceres prevenibles, se agrega un 30% de cánceres potencialmente curables si se detectan en etapa temprana, y se tratan en forma oportuna y adecuada. Además, todos los pacientes, se pueden beneficiar de los cuidados paliativos en cualquier etapa de su enfermedad por cáncer.

A juzgar por la evolución en nuestro país, el impacto de la pandemia será negativo. La explicación es necesario hacerla teniendo en cuenta i) las consecuencias de intervenciones sanitarias y ii) aquellas que están vinculadas con los procesos de la enfermedad.

En el primer caso, están más relacionadas con la falta de acceso y cobertura de servicios destinados a promover la prevención primaria y secundaria, garantizar el diagnóstico y tratamiento apropiados y oportunos, incluido el tratamiento del dolor. Se ha descripto que por diferentes factores que van desde el temor de las personas hasta las limitaciones para movilizarse, pasando por los problemas que se generaron en los primeros tiempos en la organización de los servicios abocados a la atención de Covid-19; hubo incremento en las demoras de turnos. La redistribución de oncólogos a roles de médicos generales para apoyo de otros sectores hospitalarios, y las controversias surgidas sobre los riesgos del tratamiento que han producido temor en la comunidad a los tratamientos específicos contra el cáncer se han tornado en serias dificultades para el acceso y cobertura que produjo una disminución entre un 50 y 60% de prestaciones medido por cantidades de consultas, cantidad de mamografías, cantidad de cirugías, entre otras. Lai y col.⁽¹⁾ reportaron una reducción del 76% en el número de pacientes referidos por posible diagnóstico de cáncer y una reducción del 60% en los tratamientos de quimioterapia comparado con los niveles pre-Covid-19.

En el segundo caso los estudios publicados muestran que los pacientes oncológicos con enfermedad activa tienen mayor riesgo de complicaciones graves y mortalidad por Covid-19, que la población general.⁽²⁻³⁾ En un metaanálisis que incluyó 32 estudios de varios países abarcando 46.999 pacientes (1.776 con cáncer), se mostró que la necesidad de cuidados intensivos y la mortalidad fue mayor en pacientes con cáncer que en aquellos sin cáncer cuando los pacientes fueron menores de 65 años.⁽⁴⁾ Un estudio publicado en *The Lancet*, estimó el posible incremento de la mortalidad por cáncer de mama como consecuencia de la pandemia –en 3 escenarios diferentes

de la epidemia– respecto a la mortalidad prepandemia por demoras en la atención.⁽⁵⁾

Otro mecanismo para aproximarse a la estimación del impacto es referenciar los datos publicados, antes de la pandemia, por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC / OMS), que esperaba que la incidencia total de cáncer en la Argentina aumentara de 129.047 nuevos casos de cáncer en 2018 a 190.779 casos en 2040, es decir un aumento del 48% en 20 años. Los efectos de la pandemia, cuando menos, van a acelerar estas proyecciones. Este mismo ejercicio trasladado a la mortalidad, proyecta un aumento del 54% entre 2018 y 2040.

Tenemos que promover que las personas, aún en pandemia, mantengan hábitos saludables que prevengan el cáncer y facilitar el acceso a los estudios de detección precoz de cáncer de acuerdo a edad y riesgo individual y con centros de salud en todos los niveles preparados para atenderlas en tiempos de pandemia. Está claro que esta situación puso en tensión todo el sistema de salud, pero no se puede obviar aun frente a la crisis y la emergencia que 7 de cada 10 argentinos padecen enfermedades crónicas no transmisibles. La dominación de la agenda por parte de una enfermedad emergente como el Covid-19, sin una mirada sistémica que ponga el foco en las necesidades de toda la población, que no contemple el impacto -en particular del cáncer- nos llevará a una resultante negativa de la cual nos costará mucho salir. ¿Pueden emerger nuevas enfermedades? Claro que sí, pero las enfermedades no transmisibles seguirán existiendo y su efecto deletéreo no cambiará, y mucho menos lo hará en la medida que no existan políticas, planes y programas explícitos para la prevención y control del cáncer que, para el 2040 en el grupo de 50 a 59 años, será la principal causa de muerte. □

REFERENCIAS

- 1) Lai A, Pasea L, Banerjee A, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. Abril. 2020. https://www.researchgate.net/publication/340984562_Estimating_excess_mortality_in_people_with_cancer_and_multimorbidity_in_the_COVID-19_emergency.
- 2) Warner JL, Rubinstein S, Grivas P, et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer: Data from the COVID-19 and Cancer Consortium (CCC19) J. Clin Oncol 38: 2020 (suppl: abstr LBA 110).
- 3) Lee W, Casier JB, Starkey T, Turnbull CD, UK Coronavirus Cancer Monitoring Project Team. Covid-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1919-26.
- 4) Vassilis G, Giannakoulis, Eleni Papoutsis, and Ilias I. Effect of Cancer on Clinical Outcomes of Patients With COVID-19: A Meta-Analysis of Patient Data. *JCO Global Oncology* 2020 :6, 799-808.
- 5) Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol* 2020; 21: 1023-34.

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



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**

MIPORTALCLINICAS.COM.AR

Aprendizajes, omisiones y decisiones

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



Vamos a aprender mucho de esta pandemia. En esencia, porque el aprendizaje es inherente a la condición humana. Tanto como la necesidad de reducir la incertidumbre que el futuro representa, y el deseo de construir un mañana diferente.

Sabemos que existe el aprendizaje en muchas otras especies animales, los pulpos, por ejemplo. Claro que, hasta el momento, los sabrosos octópodos no se han organizado socialmente a través de instituciones. Y esa es una gran diferencia.

Los humanos contamos con la ciencia, que nos brinda conocimientos -no certezas-; la filosofía que nos guía y nos incomoda en la formulación de las preguntas fundamentales de la existencia (¿Reflexionarán los pulpos sobre su propia vida?), y el arte, ese gran espejo de nuestra cultura. Y también la historia, imprescindible para recordarnos el futuro posible, revisando nuestras raíces.

Con estas diferencias, que implican diferentes intencionalidades, aprender es tan propio de nuestra existencia como lo es para el pulpo. Y para ambas especies es, al final, cuestión de subsistencia.

Los aprendizajes que vamos haciendo sobre la pandemia son múltiples.

Hace menos de un año que se reportó el primer caso de Covid-19 en China, y desde entonces sabemos mucho más sobre el virus, y bastante más sobre la enfermedad.

Sin embargo, mediada la respuesta social por instituciones políticas, algunos aprendizajes que nos brinda la historia han sido ignorados. No sería intelectualmente honesto poner en nuestro listado de aprendizajes novedosos las esperables consecuencias económicas, sociales y éticas de muchas de las medidas de control impuestas frente a la emergencia. Eso no es novedoso, tal y como la historia y otras ciencias sociales lo muestran.

Pero contra toda experiencia histórica, la decisión mayoritaria fue mirar la pandemia exclusivamente por el ojo de la cerradura de la *infectología*.

Una consecuencia de esa decisión política fue plantear la contraposición entre los términos *salud* y *economía*.

Claro que la épica de esa afirmación tuvo al principio un efecto beneficioso para quienes la defendieron: es la nuestra una sociedad siempre ávida de salvadores benéficos, y en lo posible grandilocuentes, y funcionó bien cuando todavía se aplaudía por la noche a los "héroes" de la salud, y se afirmaba que el fortalecimiento del sistema se lograría con más camas de terapia y respiradores.

Entre las cosas que ya sabíamos está que la política no se lleva bien con la incertidumbre. Los políticos necesitan ofrecer certezas, y los consumidores las prefieren.

Hoy los nervios se han crispado. La sombra de la tragedia social comienza a desplazar a la preocupación por la enfermedad, y se difunde la certeza de que las cosas tampoco están saliendo bien en materia de salud.

Se desmorona la confianza en aquella promesa de proteger las vidas desestimando las consecuencias económicas, psicológicas y sociales de una parálisis *sine die*. Y la autocrítica no es apreciada en la cultura política nacional. De manera que la política sale a buscar culpables. Igual que se ha hecho en siglos pasados, frente a otras pestes.

Volviendo a nuestro tema: cuando la realidad desmiente las afirmaciones militantes, el *aprendizaje* puede ser una buena excusa para guardar bajo la alfombra lo que ya sabíamos, y preferimos ignorar.

Pero hay omisiones que no son aprendizajes; son sencillamente malas decisiones. Y deberían asumirse las responsabilidades.

Un ejemplo, entre varios otros posibles, es la cuestión de la información.

La Argentina ha degradado, desde hace años, su sistema de información sanitaria. El resultado es que ante esta emergencia, y a casi ocho meses de su inicio, sabemos que no contamos con números confiables y oportunos de casos y fallecimientos. Dos insumos básicos para la gestión de la crisis.

Sería absurdo asumir que en 30 o 60 días las nuevas autoridades hubieran podido resolverlo.

Pero es inadmisibles que en base a esa debilidad estructural del sistema se hicieran afirmaciones taxativas, se lanzaran comparaciones innecesarias y falaces, se profundizaran confrontaciones políticas, se estigmatizara a las personas, y se propagandizaron éxitos inexistentes.

La necesidad de contar con un sistema de información sanitaria de calidad, sólo un ejemplo, no deberá considerarse, entonces, un *aprendizaje* de la pandemia, sino el doloroso recordatorio de la incapacidad de la política para generar transformaciones relevantes en el sistema de salud argentino.

Omitir lo que Virchow ya sabía hace más de cien años, fue una decisión: "Una epidemia es un fenómeno social que tiene algunos aspectos médicos". □

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

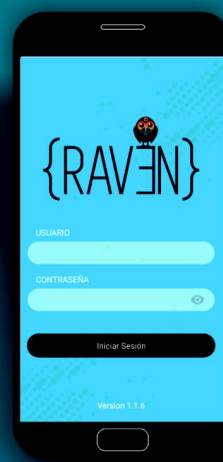


GRUPO
Proyectar

Ahora Internación Domiciliaria también en Buenos Aires

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

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



www.gproyectar.com

Casa Central Córdoba

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

Sucursal La Falda

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

Sucursal CABA

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

Sucursal Mendoza

Serú 165, Mendoza
(0261) 4240327)

Sucursal La Rioja

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

Una revalorización de conceptos

Por el Farm. Damián C. Sudano (*)



Repasando lo ocurrido en estos largos meses en los cuales se ha trastocado todo lo que teníamos asumido como “la realidad”, podemos ver que algunos conceptos o valores que habitualmente sostenemos, no sólo no se han diluido, sino que han tomado mayor significación como consecuencia del estado de pandemia que estamos viviendo.

De ellas, quiero destacar aquí las siguientes:

- El rol central que ocupa el farmacéutico, y la farmacia como servicio público.
- La necesidad de trabajar asociativamente con los demás actores del sector, procurando un marco adecuado para el desarrollo de nuestra actividad; la utilización racional de recursos y una mejora en el acceso al medicamento para toda la población.

LA FARMACIA: UN SERVICIO PÚBLICO

Es valor entendido que, la Farmacia Comunitaria, generalmente es el primer lugar al que acceden los pacientes en procura de una solución terapéutica a sus dificultades. Este rol se vio reforzado en estos tiempos, en los que nuestros profesionales pudieron capitalizar esa posición para sumar a su tarea habitual una labor divulgativa, ofreciendo y reforzando mensajes en ámbitos como la higiene de manos, la prevención, el distanciamiento físico y demás recomendaciones en el mismo sentido.

Sumado a lo anterior, han debido establecer estrategias para evitar aglomeraciones en las farmacias; redoblar esfuerzos para mantener las farmacias abastecidas, para garantizar la prestación; diseñar estrictos protocolos de seguridad, en favor de pacientes y los propios integrantes de la farmacia; sólo por citar ejemplos de su accionar.

Pero todo eso fue sólo una parte de los servicios brindados por nuestros profesionales.

Las especiales circunstancias pusieron de manifiesto una cuestión que no siempre se visualiza con claridad: el farmacéutico comunitario, además de los conocimientos técnicos – científicos, necesita poner en juego habilidades complementarias muy valiosas.

De ellas, podríamos señalar:

- Habilidades de comunicación, para interactuar con sus colaboradores, pacientes, médicos prescriptores y con tantos actores más, con los que se relaciona a diario.
- Empatía, lo cual no es otra cosa que ponerse en los zapatos del otro. Por lo general, los farmacéuticos desempeñan múltiples funciones y lidian con actividades abrumadoras. Dentro de su rutina no pocas veces deben interactuar con pacientes enojados o frustrados, a los que deben comprender y ayudarlos a encontrar la calma. En síntesis, les resulta esencial tener mucha paciencia y alta tolerancia al estrés, para manejar estas relaciones.

Por esto y por otras cosas más, considero que la pandemia ha logrado revalorizar la función social del farmacéutico, haciendo evidente su importante función. A partir de ello, parece lógico procurar que la sociedad en general y las autoridades gubernamentales en particular, tomen conciencia que la farmacia es un servicio público indispensable y que, como tal, se debe regular su ejercicio en todo el territorio nacional, aplicando exclusivamente un criterio sanitario.

Las razones que sostienen esta afirmación son claras y concretas, a saber:

- A través de ellas se permite al paciente el acceso democrático al medicamento, unánimemente considerado un bien social, en cada centro poblado del extenso territorio nacional.
- Prestan un servicio que beneficia a la sociedad en general, y no a una determinada clase o grupo, por importante que éste sea.
- La farmacia es el único establecimiento habilitado para la venta de medicamentos, drogas y especialidades farmacéuticas.
- Son un centro de atención primaria de la salud, en el cual siempre se encuentra un profesional idóneo en la materia al servicio de la población en su conjunto.
- Resultan ser un pilar fundamental para el uso racional del medicamento.
- Realizan tareas de fármaco vigilancia.
- Dan sustento material al control de trazabilidad del medicamento dispuesto por las autoridades sanitarias.

Por todo ello, considero que ya no pueden dilatarse las acciones que den por resultado la sanción legislativa que reconozca el carácter de servicio público impropio a la actividad de la farmacia comunitaria, lo cual no será otra cosa que otorgarle reconocimiento legal a una innegable realidad.

EL RUMBO INSTITUCIONAL

El nuevo escenario del mercado del medicamento nos pone en la necesidad de profundizar ciertas transformaciones que venimos llevando adelante y, a la vez, a replantearnos estrategias políticas y comerciales que garanticen nuestra posición y un crecimiento, a partir de una mayor presencia en los escenarios donde se toman las decisiones.

La idea central es diseñar y trabajar en distintas acciones políticas, operativas y comerciales entendiendo que, quien actúe sin agregar valor a la prestación farmacéutica, no podrá garantizar la subsistencia económica de la institución y ni de sus representados.

Consideramos que lo hecho hasta aquí nos permite proyectarnos como una institución con potencial competitivo y estar a la vanguardia en materia de tecnología aplicada a la salud.

Es nuestro objetivo estratégico principal, continuar trabajando de manera asociativa, en procura de:

- Mejorar el acceso al medicamento a toda la población.
- Colaborar con los financiadores para una mejor utilización de recursos cada vez más escasos.
- Procurar por todos los medios el debido reconocimiento a la tarea desarrollada por las farmacias.
- Aportar a la sustentabilidad de nuestra red de farmacias, poniendo a su disposición la mayor cantidad de oportunidades de trabajo.
- Acompañar al Estado en todas las acciones que tiendan al logro de estos objetivos.
- En síntesis, trabajar de manera proactiva aportando a la construcción diaria de la realidad del sector.

En eso estamos y allí seguiremos, porque aún hay mucho por hacer. □

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

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**

Coronavirus: mientras llega la vacuna...

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



Los efectos de la pandemia van dejando secuelas en el país, diferentes a las que vimos en Europa y en Estados Unidos, por ejemplo, donde los números de muertos son muchísimo más altos y golpean, sacuden.

Detrás de cada uno de los argentinos afectados por esta enfermedad hay una familia, sueños que se han destrozado y heridas que tardarán en cerrar y seguramente dejarán huellas.

Para el sistema de salud fue, y aún lo es, un desafío muy grande por tratarse de un virus de alta contagiosidad y que, por lo tanto, circula con rapidez. Reiteramos, una vez más, que la única manera de preservarnos es cuidarnos, respetando los protocolos sin exponernos de manera gratuita a la enfermedad.

En este sentido, hoy queremos hablar del recurso humano, que sigue trabajando, el que fue aplaudido masivamente en los primeros tiempos de la pandemia, mientras que unas pocas personas los convirtieron en blanco de amenazas cobardes, una suerte de escache de manos de quienes no representan ni un ápice de la sociedad. Dichas acciones fueron debidamente denunciadas por la Asociación de Médicos Municipales ante los juzgados correspondientes.

Desde la AMM, además, hemos trabajado en varios aspectos fundamentales: desde lo profesional, le brindamos a cada uno de los colegas del equipo de salud elementos de protección para reforzar los provistos por el Ministerio, de vital importancia para hacer frente a este enemigo invisible.

Desde lo humano, pusimos equipos de ayuda psicológica las 24 horas, líneas directas para que puedan evacuar sus dudas y temores. Desde lo gremial, efectuamos reclamos sobre condiciones de trabajo elementales para que cada uno sepa que tiene nuestro firme respaldo. Y desde el punto de vista económico, generamos un subsidio para quienes contrajeran la enfermedad durante su labor hospitalaria.

Asimismo, hemos conseguido compensaciones salariales en momentos en que la economía está atravesando una situación de mucha dureza. Y no sólo eso: además hemos solicitado al Gobierno nacional la exención del impuesto a las ganancias para todos los colegas que activamente enfrentan la pandemia, por ser uno de los grupos más vulnerables a la exposición directa al Covid-19. Lamentablemente no fuimos escuchados, aunque existió la promesa. Sin embargo, mantenemos vivo nuestro reclamo.

Hoy estamos en una etapa difícil, los casos bajaron en la Ciudad, pero la amenaza persiste. Debemos seguir cuidándonos, adaptándonos a esta nueva normalidad, ya que este virus vino para quedarse hasta que la vacuna llegue y comience a hacer efecto en el mundo.

Por todo esto, además de acostumbrarnos a convivir con este flagelo, pedimos encarecidamente a la población: que respete al personal de salud, y a las autoridades, que los cuiden en todo sentido.

Desde la AMM hemos logrado que se continúe con el tema de las licencias por estrés, así como conseguimos que se formen equipos de trabajo alternos para aislar a un solo grupo en caso de que haya un contagio, sin afectar la salud de todos en desmedro de la atención de los pacientes.

El trabajo de todo el personal es titánico. En esta fase el sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires funcionó, a pesar de los momentos de extrema tensión, gracias al recurso humano que respondió con creces, cada uno desde su lugar.

En este momento de apertura es necesario que la gente sepa que la batalla continúa pero que además es importante seguir con la vida dentro de esta nueva normalidad. Por eso estamos trabajando para que los hospitales puedan terminar de armar los nuevos protocolos a fin de poder atender aquellas consultas que quedaron en *stand by* antes de la pandemia. La vida continúa y hay que evitar que las otras enfermedades hagan mella en la sociedad.

De cara a lo que viene, nuestro compromiso es seguir asistiendo a los que trabajan, como dijimos anteriormente, desde lo humano, lo económico y lo personal, generando las condiciones de adecuadas para seguir trabajando.

Esperemos que esta etapa de la pandemia nos haya dejado enseñanzas y que aprendamos todos para que el futuro nos encuentre mejor preparados. El sistema de salud soportó, pero sabemos que fue fundamental el aumento de la capacidad humana del sistema, logro de la AMM, a través de la incorporación de más de 500 nuevos cargos en las estructuras de las áreas de urgencia de los hospitales públicos de la Ciudad.

Resulta fundamental que la tarea continúe bien organizada. Mientras transitamos este presente duro y penoso, debemos indefectiblemente pensar también en el mañana, porque 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, que hay que cuidar a los terapeutas con su experticia, a los médicos de las salas Covid, de las UFU, de la guardia. Sabemos que un contagio significa el aislamiento de los que trabajan con ellos y eso debilita el sistema. Hemos logrado que se realicen tests semanales a todo el personal de salud; es el paso inicial para permitir que la mente del que cuida pueda enfocarse en su trabajo diario. Hoy por hoy, el médico es la única vacuna disponible para atacar este virus. Cuidémoslo. □



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.

OBJETIVO  **DE DESARROLLO
SOSTENIBLE**



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

Un cóctel peligroso: cáncer de mama y pobreza

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



El 19 de octubre se conmemoró una vez más, el día de lucha contra el cáncer de mama, desarrollándose, durante todo el mes, actividades para concientizar sobre esta enfermedad. Octubre es el mes Rosa, sin embargo, no todo es color rosa.

En la Argentina, el cáncer es la segunda causa de muerte (19,2%), solamente superada por las enfermedades cardiovasculares (28,5%). Dentro del conjunto total de cánceres, el cáncer de mama es el de mayor ocurrencia. Con más de 21.000 casos registrados en 2018, constituyó el 17% de todos los tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos. En mujeres, el cáncer de mama representó el 20% del total de las defunciones por cáncer, siendo la primera causa de muerte por tumores.

Los números todavía son altos, a pesar de que la mortalidad ha disminuido de manera sostenida y estadísticamente significativa desde 1996 a un ritmo anual de 0,9% durante el período 1996-2013 y luego 2,1% entre 2013 y 2016. Otro dato importante es que, detectado a tiempo hay un 90% de casos curables, lo cual indica que existe aún más margen para seguir trabajando en pos de disminuir la mortalidad.

Si bien el cáncer de mama es una enfermedad difícil de prevenir, es posible tomar medidas que disminuyan los factores de riesgo y la probabilidad de aparición de la enfermedad. Los principales aliados son la vida saludable y las visitas médicas, donde se indicarán según correspondan por edad y antecedentes estudios de diagnóstico.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL CÁNCER DE MAMA

Si bien no se considera a la pobreza como un factor de riesgo para aparición del cáncer de mama, se debe tener en consideración como factor generador de desigualdades. Por un lado, la pobreza como limitante a una vida saludable, y por el otro como limitante al acceso al diagnóstico y tratamiento precoz.

Respecto a la vida saludable, el sobrepeso, el consumo de alcohol y el sedentarismo, son factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de mama. Las comidas ultraprocesadas y/o con exceso de grasas o hidratos de carbono, son actualmente las más accesibles y generadoras de sobrepeso. En cambio, los alimentos sanos son inaccesibles para una gran parte de la población. Asimismo, numerosos artículos demuestran la relación entre pobreza, sedentarismo, sobrepeso y consumo de alcohol, afectando aún más a las mujeres de menor nivel socioeconómico que a los hombres.

Por otro lado, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, los estudios de detección, como mamografía o papanicolaou, son más usuales cuanto mayor sea el nivel educativo y el nivel de ingreso. También son más frecuentes estos estudios cuando se cuenta con cobertura de salud por obra social o prepagada.

A nivel internacional esto se repite, según el estudio de Desigualdad en la Salud, de la Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social, la mitad de las mujeres en situación de pobreza no se ha realizado nunca una mamografía. Una cifra que es más de un 30% superior a la de aquellas que tienen mejor situación económica.

Por lo tanto, la pobreza no es un factor de incidencia, aunque si puede explicar la diferencia en la mortalidad por esta enfermedad entre clase sociales. La educación y el acceso a la información son herramientas necesariamente complementarias para disminuir las desigualdades e impulsar la equidad, sin embargo, sin una intervención activa del sistema de salud en lo que refiere a la detección e incorporación de aquellas personas que no acceden a las consultas pertinentes, no será suficiente.

Otro aspecto fundamental, a la hora de medir el impacto socioeconómico, es medir el costo económico para acceder al tratamiento. Si bien, la carga financiera, en la Argentina, recae mayormente sobre los financiadores privados, de la seguridad social o el Estado, el costo de los tratamientos es realmente alto (solamente las drogas para quimioterapia varían desde los \$ 5.000 hasta más de \$ 350.000 mensuales).

Estos valores generan trabas por parte de los financiadores, ya que realmente se hace insostenible para el sistema, incorporando burocracias y demoras al acceso, que muchas veces se resuelven vía judicial. Nuevamente las personas de menores ingresos y educación muchas veces quedan excluidas al no conocer estos mecanismos legales.

Finalmente, otro factor económico importante a analizar son los costos de productividad asociados al cáncer de mama entre sobrevivientes. Un estudio del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), de EE. UU., estimó las pérdidas de productividad en el trabajo y en el hogar entre las mujeres más jóvenes (de 18 a 44 años) y las mayores (de 45 a 64 años) que habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama.

Se presentó como resultado, por mujer y por año, que las mujeres más jóvenes tuvieron pérdidas por u\$s 2.293 en concepto de trabajo perdido y u\$s 442 en concepto de pérdida de productividad en el hogar mientras que, las mujeres mayores, enfrentaron costos por u\$s 1.407 y u\$s 368 por los mismos conceptos. En el estudio destaca que las mujeres más jóvenes con cáncer de mama asiduamente tienen una menor calidad de vida y una mayor carga financiera que las de más edad con cáncer de mama. Si bien, los datos no pertenecen a nuestro país, será importante trabajar sobre este tema, especialmente cuando el trabajo informal y el desempleo están a la orden del día.

COMO CIERRE

Este año tan particular, con la pandemia, las consultas por el cáncer de mama han caído junto a la cantidad de estudios y cirugías realizadas. En el mundo, se calcula que generará un aumento de muertes por los 10 próximos años. Según la capacidad de atenciones y pruebas realizadas (limitada por la oferta de servicio) podrá aumentar entre 0,13 y 2,35 muertes cada 100.000 mujeres.

La única manera de revertirlo es concientizar a todas las mujeres de los factores de riesgo y de la importancia de los estudios diagnósticos, y a la vez, concientizar a los gobiernos de las desigualdades que genera, una vez más, la pobreza. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



Residencias en modo Covid

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



Las residencias no escaparon a los cambios que impuso la pandemia. En primer lugar, por el debate sobre su rol en el nivel asistencial y los riesgos de su exposición. En este sentido la monumental demanda de personal zanjó la discusión. Incluso los países afectados temprana y brutalmente, como Italia, acortaron los procesos de formación para aumentar la fuerza de trabajo. No todas las residencias se afectaron igual mientras unos asumieron alta demanda, otros fueron reubicados en tareas fuera de su especialidad de formación, mientras otros perdieron oportunidades con los cambios en el modo de trabajo de los hospitales.

En cuanto al ingreso muchos países comenzaron sus procesos antes de que se decretaran las cuarentenas. En otros casos se retrasó el proceso. Pero casi ninguno fue indiferente al fenómeno pandémico. En EE. UU. está comenzando el proceso 2020-2021 que en parte será electrónico, incluyendo las entrevistas, y se limitarán seguramente las visitas previas. En Canadá se harán electrónicos los exámenes escritos. Algunos países como México mantendrán un examen presencial en noviembre.

Las residencias en la Argentina constituyen el camino por el que logran una formación especializada, y su consiguiente certificación, más del 60% de los médicos, y muchos otros profesionales de salud. La cantidad de cupos ofrecidos en medicina supera al total de graduados desde hace varios años, aunque casi el 30% no se cubren y la presencia de profesionales extranjeros entre quienes intentan acceder a la formación llega al 25%.

El número total de residentes de todos los profesionales de la salud supera los 15.000 en todo el país, aunque como todos los aspectos formativos superiores se concentran en la zona central del país, principalmente en CABA y la Provincia de Buenos Aires.

Desde 2011 el examen único de ingreso a residencias impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación se convirtió en una política de Estado, comenzando con las provincias patagónicas, e incorporando distritos más allá de los cambios políticos.

Para 2019, con excepción de Córdoba, todo el país estaba incluido junto con un número significativo de vacantes del subsector privado. En 2020 se sumó la importante oferta de la Universidad de Buenos Aires.

Con un corrimiento de 4 meses, y más allá de la carga de angustias y dificultades propias del contexto, de aspectos comunicacionales y de ajustes propios de un proceso nuevo, se logró sortear en virtualidad el examen escrito y el proceso de adjudicación. Esto no sólo sorteó los problemas de la preespecialidad, sino que, conectividad medianamente, permitió una gran accesibilidad.

Con una mirada retrospectiva, puede reflexionarse si el retraso del ingreso -necesario para poner en marcha todos estos procesos de selección virtuales- no terminó siendo paradójico, ya que en la fecha original de ingreso del 1 de junio el número de casos nuevos confirmados de Covid-19 fueron 564.

Mientras que en la fecha de comienzo final el número diario de casos alcanzaba los 14.001 y el país se acercaba al millón de casos. Tal vez haber pensado en mecanismos de incorporación diferente más temprana, en particular para las especialidades más requeridas, hubiera dado un espacio para prepararlos en los momentos más críticos con menos riesgos.

Un párrafo particular merece el instrumento en sí, un examen de preguntas de opción múltiple en un número variable. Es clave comprender que este instrumento sólo tiene como utilidad establecer un "ranking", y de modo alguno buscar poner en evidencia competencias o características que predigan el comportamiento futuro.

Numerosas investigaciones han mostrado que son otros los instrumentos necesarios si éstas son las intenciones. De un examen de esta naturaleza sólo se pide, en términos psicométricos, una adecuada confiabilidad. Es decir que si un postulante volviera a rendir obtendría un puntaje y ubicación similar. Esto ha sido probado en numerosas publicaciones.

Nos queda poco para lograr un proceso similar al MIR español: 1) Modificar la modalidad de inscripción haciendo de este un proceso único por profesión y retrasando la selección de especialidad al momento de adjudicación; y 2) Hacer este proceso de elección de cargos con mayor integración distrital. Ambos aspectos deberían redundar en una cobertura más completa de la oferta.

Aún se está en proceso de readjudicación, es difícil hacer predicciones sobre porcentajes de cobertura finales. La situación económica crítica puede ser un impulso para decidirse por el proceso de un formativo remunerado, asimismo los temores de insertarse en el sistema de salud en este momento pueden operar como un disuasivo.

El año 2021 nos enfrentará a un nuevo fenómeno. La mayoría de las Universidades han suspendido sus actividades prácticas durante casi todo el año. Muy tímidamente se están analizando procesos para recuperar la presencia de estudiantes en ambientes asistenciales de bajo riesgo. El nivel de cursado virtual, mayoritariamente restringido a contenidos teóricos, y proceso de razonamiento clínico, ha sido variable en las diferentes unidades académicas. Esto se aplica a la mayoría de las carreras de ciencias de la salud.

En medicina la Práctica Final Obligatoria del último año de carrera se incorporó como estándar de acreditación como un paliativo para mejorar la carga práctica de los estudiantes en un país en el que el título es habilitante. Con estas dificultades para acceder a la práctica el número de graduados y el momento de graduación aún es incierto. El número de residentes para el año 2021 es impredecible. Fenómenos que hoy parecen poco relevantes frente al número de casos y de fallecidos, pero sin duda un condicionante de la disponibilidad de recursos humanos en el futuro que no debemos soslayar. □

(*) 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.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros profesionales de la salud independientes o asociados a clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas Provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

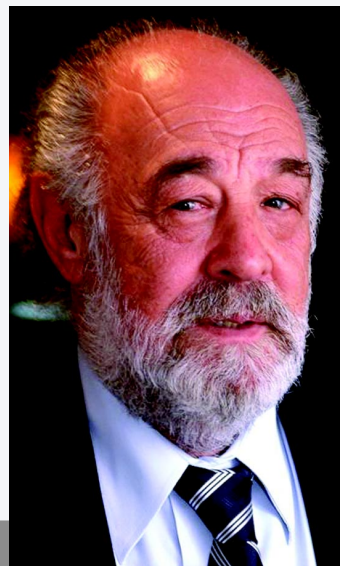
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

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

Para aprender de las lecciones de la pandemia

"La ignorancia puede ocasionar tantos desastres como la maldad".

Alberto Camus
La Peste 1947



Por el Dr. Ignacio Katz

El descalabro que ha suscitado la pandemia del Covid-19 sin dudas alcanza las más disímiles aristas de la vida. Pero semejante amplitud no hace sino confundir y generar desviaciones sobre lo que debiera ser el foco sanitario central: generar una *co-gobernanza de gestión política-científica* que minimice el impacto en la salud de la población, bajo la coordinación profesional de un gabinete nacional que actúe sobre la *totalidad del territorio*.

El nodo central en la Argentina pasa por la decadencia y degradación del sistema (en verdad, *asistema*) sanitario y el anacronismo (*cristalización*) gubernamental resultante de la incapacidad más negligencia, ignorancia, miopía, ceguera y amnesia social potenciada por la dislocación económica y la desigualdad social. En definitiva, la pandemia constituye un *fenómeno político, social y cultural* total a partir del cual debemos afinar la estrategia sanitaria.

La necesidad imperiosa es la de una Gobernanza Sanitaria (autoridad científica) sana, entendiendo por "sana" a la ausencia de mercadeo, corrupción y manipulación política que restablezca:

- instituciones sólidas,
- un mapa sanitario actualizado que posibilite la detección temprana que mitigue el impacto y el entrenamiento en protocolos procedimentales de los profesionales actuantes,
- y una comunicación inteligente que evite la confusión ante la complejidad y el aturdimiento dado por cifras sesgadas e investigaciones no validadas.

De esta manera, se evitaría el ir y venir del pánico al descuido o desatención, de la preocupación al agotamiento. La *llave maestra* (como ya hemos mencionado hace meses) para atenuar el impacto pasa por el índice de la capacidad de manejo de la tríada de Testeo-Rastreo-Aislamiento con trazabilidad y por consiguiente un estable conocimiento logístico. La performance argentina resulta claramente insuficiente.

Más allá de matices y especificidades de cada número, tengamos en cuenta que en Chile se realizan 170.000 testeos por millón de habitantes, mientras que en Argentina son 40.000. Uruguay, por su parte, cuenta con 300 testeos por cada infectado, mientras en nuestro país apenas son dos. Datos éstos más que significativos.

La actual situación sanitaria debe servirnos como oportunidad para diagramar una propuesta que marque

el rumbo a seguir, en lugar de continuar con una inercia resignada en manos de la ineficiencia, negligencia y transferencia de la responsabilidad. Se trata de tomar decisiones que imponen la responsabilidad de discernir y asumir la toma de conciencia y compromiso, para actuar con el riesgo que conlleva. Es una cuestión política y ética, además de profesional.

El punto de partida combina instituciones cristalizadas; fallas por no diferenciar estrategia, táctica y logística; desmanejo de los efectos colaterales adversos (orgánicos, mentales y sociales); y una generalizada indefensión sanitaria. Todo lo cual confluye en un trauma social o "síndrome" de retroceso nacional, con total ausencia del concepto de sistema de salud. Alcanza a este respecto con referir a la carencia de un Observatorio Nacional de Salud y la falta de un Ordenamiento Territorial y de la consiguiente Articulación en Red de todos sus componentes.

Es necesario saber que gobernar es crear instituciones capaces de componer tanto normas como procedimientos a fin de obtener un funcionamiento que gestione problemas concretos y que prevea y limite devenires no deseados. No sirve discutir políticas sin disponer de órganos operativos idóneos capaces de accionar en correspondencia a las finalidades requeridas. De ahí la necesidad mencionada de constituir una apta gobernabilidad sanitaria mediante un Gabinete Estratégico de Gestión *permanente* (ya que no se enfrentan a una situación transitoria) que se aboque con el esfuerzo creativo que exige un "tablero de comando" multidisciplinario. Además, dadas las circunstancias críticas y la tiniebla económica que nos atraviesa, exige una transparencia financiera a la que puede aportar una Nueva Gerencia Pública, con agenda por etapas, y con gestión y presupuesto por resultados, empleando criterios de producción pública.

Considerar a la pandemia como "situación límite" nos impone testificar no sólo cómo se muere, sino también cómo se vive y cómo se debe actuar a partir de la experiencia. De esta manera, debemos dejar de ocultar y distorsionar la realidad y, en su lugar, recoger las enseñanzas de esta difícil y dolorosa situación.

En definitiva, se trata de construir una gobernanza sanitaria que ponga en el centro la teoría epidémica elaborada por Reed y Frost ya en 1928, con la tecnología y ciencia actual. Para ello, se requieren "dispositivos" (herramientas) pero también "cerebro" que posibilite el enlace de los distintos componentes, dados por conocimiento, destreza y reflexión.

La detección de fallas, por ejemplo, es inescindible del progreso médico. Ante la falta central del “Registro Nacional de Situaciones Adversas”, se podría instrumentar un equipo *ad hoc* para hacer el relevamiento de este capítulo fundamental. También se debe diagramar el *camino crítico* para distintos escenarios, por ejemplo, la esperada vacuna, que lejos de ser una cura milagrosa, implica planificar la logística para un riguroso Programa de Vacunación, desde la recepción, guardado, trazabilidad, distribución, aplicación y seguimiento.

Por otro lado, debemos sistematizar los aprendizajes que se están produciendo sobre la marcha, como por ejemplo los que se han obtenido en el manejo terapéutico de antibióticos, analgésicos, corticoides, entre otros. Adicionalmente, detectar los equipos que han funcionado con óptima suficiencia (como el SAME) para discernir los componentes a reforzar y formas para replicarlo en otros equipos.

Asimismo, si algo debería dejar en claro la pandemia es la necesidad de formar a los médicos que sí tenemos en las especialidades que faltan (o que urgen) y en su distribución geográfica adecuada. Por no hablar del reducido número de personal de enfermería que contamos en nuestro país. Para ello, resulta indispensable la articulación entre los Ministerios de Educación, de Salud y las Universidades. Se requiere de formación profesional que conjugue *saber* (formación académica) con *saber hacer*, es decir, la práctica clínica (las residencias). El médico requiere *precisión y destreza* en los procedimientos y no un listado de protocolos *normativos*, como los que se brinda al conjunto de la población (lavado de manos, mantener la distancia interpersonal, uso de barbijos).

Esperamos que este texto signifique un aporte al conocimiento mediante el pensamiento crítico que posibilite la aplicación de un método científico que diferencie la *probabilidad matemática* de la *probabilidad sanitaria*, ya que la primera utiliza métodos numéricos y la segunda métodos topológicos con componentes dinámicos *abiertos*. Ello permite diferenciar los criterios de “*investigación-acción*” que implica el valor de reconocer errores que posibilitan rectificar conductas durante el devenir de la crisis sanitaria y evitar el caer en la desesperación (registrada o ignorada) de gobiernos donde prevalece la esclerosis burocrática, la ceguera cognitiva y la banalidad del Mal.

A la hora de la verdad, frente a esta situación extrema y recurriendo a lo descripto por Joseph Conrad en *Tifón*: “el viento ataca como un enemigo personal, y el vendaval aísla al hombre de la humanidad. A esa tempestad se la enfrenta, no se huye”. Lo que claramente se diferencia de la expresión “la culpa la tiene el virus”.

Debemos entonces enfrentar un doble desafío: el temporal pandémico y las olas de miedo que éste genera, a sabiendas que volver a la pasada normalidad es auspiciar una adaptación a una sociedad inequitativa e injusta. □

(*) Doctor en Medicina por la UBA - Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica en organizaciones de Salud” - Universidad Nacional del Centro UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Pandemia y Salud Pública - Abordaje Epidemiológico y Gobernanza Sanitaria” (2020); Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Crisis de los recursos humanos en salud en tiempos de pandemia

Como si estuviésemos recorriendo las imágenes de una película de terror, cuadro a cuadro los directores de hospitales repiten las mismas frases casi con la esperanza que de tanto repetirlas se gasten: **no tengo personal**. Esta frase que nos angustia no es nueva, ya que hace muchos años que se viene hablando de la escasez de enfermeros y de médicos en proporciones cada vez mayores por zonas y provincias de la Argentina. Se estimaba en 2007 que el déficit de enfermeros era cercano a los 40.000 en todo el país.

La sucesión ininterrumpida de funcionarios nacionales de salud que ningunearon este problema, diciendo que los recursos humanos de la salud no eran un problema de Estado, nos llevaron hoy a encontrarnos ante dilemas de incapacidad de atención por falta de personal. Frases como “el problema del personal es problema de quien los contrata” pareciera dejar afuera de toda esencialidad y valoración a los profesionales, técnicos, personal de apoyo y administrativos de la salud, sólo tenidos en cuenta por su costo económico y no por su función profesional y social.

No tengo personal suena como la excusa torpe para explicar un **evento adverso prevenible** del sistema de salud y del que son víctimas su personal y los pacientes. ¿Cómo hacemos para organizar las guardias de esta semana?, ¿conoces a los reemplazantes?, tengo enfermos incluso a los jefes y supervisores también y los que quedan están agotados. ¿Qué hacemos?

No hay peor cosa que prospectar el futuro con ánimos de ahorrar angustias para el futuro y encontrarnos que nadie escucha los avisos. Y nuevamente la excusa que no explica nada: **no lo pudimos esquivar**.

Que los recursos humanos de la salud son escasos no creo que sea



Por Mg. Patricia D'Aste

una noticia que sorprenda a nadie, que por los magros salarios la gente tenga dos o más empleos no les corta el hipo a los bebés de una NEO, o que hoy cerca de la mitad del personal de la salud está contagiado o aislado. ¡Ah! Eso es distinto. Si, distinto porque se pudieron prevenir medidas de monitoreo o de mitigación y no se tomaron.

En ese contexto nos planteamos en **ProSanitas BSC y con el auspicio de SADAM (Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria)**, hacer un estudio encuestando a nuestros RR.HH. de la salud para saber: cómo se estaban preparando los hospitales, clínicas y sanatorios y los equipos de salud para recibir el pico de los contagios.

Le preguntamos a más de 1.300 profesionales de la salud durante 4 meses acerca de los temas críticos que en el mes de mayo se distinguían en los informes de los sistemas de salud europeos, y los incluimos en el diseño de la: **“Encuesta a Recursos Humanos de la Salud en tiempos de Covid - Argentina 2020”**.

Mientras diseñábamos la Encuesta, en Europa la proporción de personal sanitario contagiado oscilaba, según el país, **entre el 12 y el 20% de los infectados**. En esos

meses en la Argentina los pacientes afectados por el coronavirus eran pocos y las instituciones de salud estaban vacías por debajo del 50% en camas generales y menos del 33% las camas de las terapias.

“Desde ProSanitas BSC queríamos saber cómo se estaban preparando los hospitales, clínicas y sanatorios y los equipos de salud para recibir el pico de los contagios. Anticipar escenarios para evitar posibles desbordes y riesgos de pérdida de capacidad de atención”.

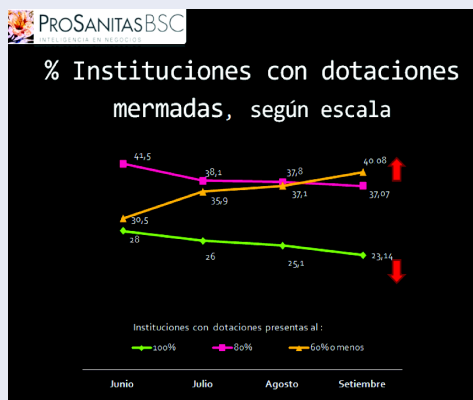
La **Encuesta fue respondida por 1.374 profesionales de la salud**, en las siguientes proporciones: médicos (20%), enfermeros (49%), otras profesiones sanitarias (13%), administrativos y otras profesiones no sanitarias (11%) y personal de apoyo (7%), pertenecientes a hospitales públicos y privados, clínicas y sanatorios, centros comunitarios de comunidades extranjeras y CAPs de todo el país. Se distribuyó durante 4 meses (Jun/Set) por páginas web de entidades de salud y redes sociales, fue de carácter voluntario, independiente, con finalidad científica y de investigación en materia de recursos humanos de la salud.

Sabíamos que este estudio inédito podía favorecer la construcción de un **conocimiento sin registro previo**, a partir de las condiciones y recomendaciones que se iban fijando semana por semana en los países europeos y los Estados Unidos y cuya aplicabilidad en el territorio nacional debatimos antes de que aparecieran recomendaciones locales.

Nuestras fuentes de información fueron el Instituto Robert Koch de Alemania, el Istituto Superiore di Sanità de Italia, el Ministerio de Sanidad de España, OMS, Our World in Data de la Universidad de Oxford, la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos y las publicaciones de los medios de comunicación de dichos países.

Inicialmente nuestro foco estuvo en verificar la información recibida por el personal de salud para el autocuidado, la capacitación de quienes hacían las tomas de muestras para testeo y la provisión de elementos de seguridad personal. Luego incluimos aspectos actitudinales y de percepción personal de la pandemia, lo que junto a la información de dotación e institucional constituyeron el esquema principal de la Encuesta.

La gran cantidad de información recogida durante 4 meses nos permitió pesquisar tendencias y ver el efecto de un problema o varios sobre una situación mayor en importancia como el ausentismo y como afectaban en la medición. También se aplicaron correlación lineal y puntos de



equilibrio a grupos de indicadores para verificar influencias o sesgos. De este modo pudimos anticipar **puntos de alarma con tendencias negativas** para varias jurisdicciones con especial afectación de los hospitales públicos.

Desde agosto vimos como progresivamente se instalaba la pandemia más temida en la gestión de recursos humanos: **el ausentismo masivo**. Es creciente el número de instituciones cuyas dotaciones sanas se encuentran por **debajo del**

“Entre junio y setiembre se produjo un preocupante incremento del ausentismo, dejando a un 40.8% de las instituciones de salud con dotaciones reducidas por debajo del 60%. Esta tendencia sigue en aumento en octubre y está volviéndose más crítica cada día”.

60%, sea por contagios, por pertenecer a algún grupo de riesgo, por aislamiento o por agotamiento, el personal de salud fue progresivamente dejando su lugar de trabajo.

¡Una vez más la realidad superó a la imaginación y nos encontramos ante la sorpresa de que **tenemos camas y tenemos respiradores, pero no tenemos personal para atender a los enfermos!**

La cobertura de 4 meses de Encuesta permitió ver una progresión temporal en las opiniones de las

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



mujeres y los hombres de la salud, opiniones que mantuvieron un sentido en algunos casos y cambiaron de dirección en otros, dejando al descubierto las inquietudes y angustias vividas a lo largo de más de 7 meses de tensión y cansancio físico y mental.

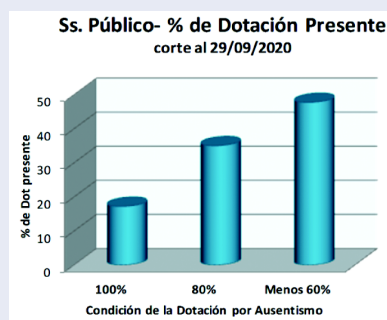
La criticidad de la situación fue estudiada a través de 4 variables, las que combinadas permitieron proyectar el escenario de potencial crisis de atención:

- ❑ Dotaciones presentes por subsectores.
- ❑ Antigüedad del personal presente.
- ❑ Percepción y estado de ánimo.
- ❑ Conocimiento acerca de colegas contagiados.

ANÁLISIS POR SUBSECTORES

Se analizaron las respuestas según la condición de pertenencia laboral a: Subsector Público, Privado o que trabaja en ambos (Pluriempleo).

a. Subsector Público



El **31%** de los encuestados dicen trabajar sólo en el **Subsector Público de la Salud**. Su distribución por provincias es la siguiente: 41.5% de la Prov. de Buenos Aires, el 30.4% de CABA, 5% de Mendoza, 5.1% de Santa Cruz, 6.3% de Entre Ríos, 3.8% de Neuquén, 4.6% de Tierra del Fuego, 1.8% de Santa Fe, 1.1% de Córdoba y por debajo del 1% en el resto de las provincias.

Las 4 variables que inciden en la condición de las dotaciones del **Subsector Público** evidencian una condición de mayor criticidad creciente ya que el **48% de los hospitales**, donde los encuestados trabajan, se encuentran con **menos del 60% de su personal presente**. Un **38% es personal con más de 16 años de antigüedad** y otro **38% tienen entre 6 y 15 años**. El grupo de los más jóvenes no superó a lo largo de los 4 meses el 24%.

De los encuestados del Subsector Público, el **61% son mujeres**, el **68.4% conocen a un infectado de su dotación** y solo el **64% de ellos cobró el Bono** dado para la personal de salud.

Las palabras que representan el estado de ánimo del personal del Subsector Público son: **INCERTIDUMBRE y AGOTAMIENTO**.

Subsector Público-Encuestados por profesión:

MÉDICOS	19%
ENFERMEROS	66%
PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS	4,5%
OTRAS PROFESIONES SANITARIAS	6,6%
TÉCNICOS	4%

Palabras que expresan su estado de ánimo:

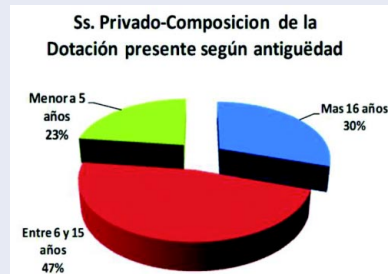
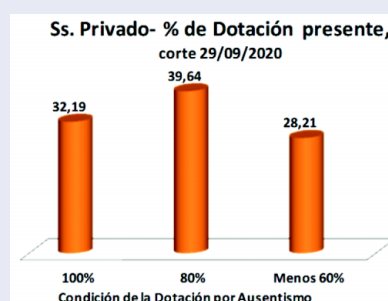
INCERTIDUMBRE	39,65%
AGOTAMIENTO	35,05%
PRUEBA	13,21%
MIEDO	4%
SOLEDAD	2,2%
MENTIRA	2,4%
OTROS	2,6%

b. Subsector Privado

El **49%** de los encuestados dice trabajar sólo en el **Subsector Privado de la salud**.

Su distribución por provincias es la siguiente: 51.4% de CABA, 32% de la Prov. de Buenos Aires, el 3.8% de Santa Fe, 3.6% de Córdoba, 2.5% de Mendoza, 1.4% de Entre Ríos, 1.2% de Salta, 1.1% de Chubut, 1.1% de San Juan, 1% de Río Negro y por debajo del 1% el resto de las provincias.

Las 4 variables que inciden en la condición de las dotaciones del **Subsector Privado** muestran una presencia muy superior de su personal en la atención, teniendo al 40% de



sus instituciones con **80% de su dotación presente**. Predomina el personal con una antigüedad de entre 6 y 15 años con un **47%** del total, en tanto que los **mayores de 16 años representan el 30%** de los presentes en el **Subsector Privado**. En un rango muy similar al del Subsector Público los más jóvenes son el **23%**.

De los encuestados del Subsector Privado son **mujeres en un 68%**, el **71.75% conocen a un infectado de Covid en su institución** y sólo el **51.29% de ellos cobró el Bono** dado para el personal de salud.

La palabra que representa el sentir del personal del Subsector Privado es **INCERTIDUMBRE**.

Subsector Privado-Encuestados por profesión:

MÉDICOS	14,64%
ENFERMEROS	49,64%
PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS	17,5%
OTRAS PROFESIONES SANITARIAS	12,1%
TÉCNICOS	6,2%

Palabras que expresan su estado de ánimo:

INCERTIDUMBRE	40,71
AGOTAMIENTO	33,21
PRUEBA	13,57
MIEDO	3,2
SOLEDAD	2,14
MENTIRA	1,4
SORPRESA	3,5
DESCONOCIMIENTO	2,14

c. Los que trabajan en ambos subsectores: pluriempleo

Este grupo de profesionales y trabajadores de la salud que se desempeñan en roles de los otros dos subsectores en forma simultánea, son los comúnmente denominados del **PLURIEMPLEO**.

Dentro de nuestra Encuesta también participaron personas de este amplio grupo de personal que se desplazan cotidianamente de un lugar a otro teniendo simultáneamente entre 2 y 3 empleos, los que llevando adelante extensas jornadas laborales de más de 12 hs., muchas veces se encuentran en situación de precariedad laboral.

El 20% de los encuestados pertenecen a este subgrupo de trabajadores de la salud y se concentran especialmente en CABA y el Conurbano bonaerense, aunque el fenómeno del pluriempleo o los que trabajan en ambos subsectores, se lo ve en crecimiento en la mayor parte de las capitales provinciales.

La composición de este grupo es, en casi su totalidad, médicos y en-

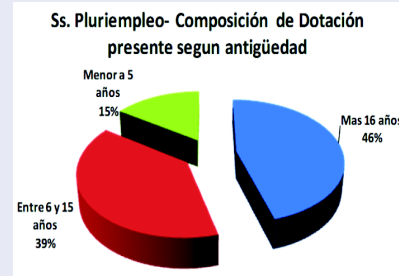
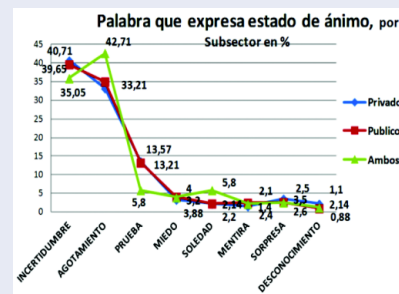
fermeros de mediana edad en adelante, que desarrollan tareas en guardias de instituciones públicas y privadas, aunque también hay jefes y supervisores.

Un **46% de ellos tienen más de 16 años de antigüedad** en su función, de ellos un **55.3% cobraron el Bono** establecido para el personal de salud y un **73% refiere conocer colegas infectados** por coronavirus en las instituciones en las que trabajan. Este grupo tiene un **55% de hombres**.

Estos profesionales son los que muestran **signos más visibles de cansancio y deterioro** y es el primero entre los trabajadores de la salud en colocar la palabra **AGOTAMIENTO** en el tope de sus opiniones en el mes de agosto, trasladándose en setiembre dicha valoración a los grupos de público y privado también. Un **45% de las dotaciones de las instituciones donde ellos trabajan están con menos del 60% de dotación** presente, por lo que se puede inferir que este personal hoy está haciendo reemplazos o

refuerzos en instituciones con alto ausentismo, siendo ellos el grupo de trabajadores con **mayor exposición al contagio y a contagiar**.

Sus opiniones se pueden apreciar comparándolas con los encuestados de los otros subsectores:



FEFARA

AVANZA

DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

www.dsahd.com.ar

INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL

RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

RED ESPECIALIZADA

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

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

Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso | (1086) Capital Federal

011 4342 9473

fefara@fefara.org.ar

www.fefara.org.ar



CONCLUSIONES

Gracias a las opiniones vertidas en la Encuesta por más de 1.300 profesionales de la salud de todo el país, pudimos comprender la magnitud del problema y compartir nuestros resultados con funcionarios del Ministerio de Salud de la Nación, sociedades científicas y médicas y entes de acreditación de calidad en salud.

Luego de un análisis exhaustivo de las variables a lo largo de 4 meses (junio a setiembre 2020) se fue evidenciando un panorama que progresivamente se complejizó con relación al personal sanitario, a su posibilidad de continuar trabajando, al riesgo de contagio que ellos enfrentan en sus lugares de trabajo-en particular los de pluriempleo-, y a la calidad de la atención brindada a los pacientes, por equipos agotados y en constante tensión por más de 7 meses. Este conjunto de condiciones presentes hoy en los hospitales y centros de atención más un progresivo deterioro de los miembros de los equipos de salud permiten adelantar una posible **crisis de atención**.

El grado de desgaste es entre alto y muy alto entre los encuestados del subsector público de **Prov. de Buenos Aires y CABA**, jurisdicciones donde las dotaciones mermaid se encuentran en los más altos porcentajes, asociado a condiciones insuficientes para sostener el nivel de exigencia al cual está sometido todo el equipo de atención directa de pacientes, los equipos de apoyo y el personal administrativo.

En estas jurisdicciones el predominio de las respuestas a la palabra que define su estado de ánimo es

AGOTAMIENTO, en más de un 40% a fines de setiembre seguido muy de cerca por **INCERTIDUMBRE**. En tanto que la palabra **SOLEDAD** es la que apareció en agosto entre las más elegidas, en particular, entre los médicos y enfermeros que trabajan en ambos subsectores (público y privado).

“Los contagios entre el personal de salud suceden en los comedores, baños y vestuarios. No disponer de espacio adecuado para el descanso y la alimentación, unido a la disminución de integrantes del equipo de salud, se constituyen hoy en los aspectos más críticos a la hora de entender los contagios entre el personal de salud”.

Se comprenden estas expresiones al incorporar al marco de análisis las respuestas a otras tres preguntas de la Encuesta:

- ☐ **60%** de los encuestados dice **NO disponer de un espacio de descanso amplio dentro de su lugar de trabajo**,
- ☐ **53%** las instituciones **NO cubren sus necesidades de alimentación**,
- ☐ **28%** no poseen EPP completos disponibles.

El aspecto del espacio de descanso es al que más atención se deberá prestar si se desean disminuir las cadenas de contagios intrahospitales: vestuarios, office de enfermería, salas de espera y comedores que son los lugares donde se producen los contagios. El no disponer de espacio adecuado para el descanso o la alimentación, con capacidad de garantizar el distanciamiento recomendado para cuando deben quitarse los barbijos, constituye un punto de atención para los directores y administradores de hospitales.

Desde junio en zona AMBA se observa un aumento progresivo en los contagios dentro del personal de salud, mes en el que 48% de los encuestados dijo conocer a un colega con coronavirus. Esta progresión ha ido en crecimiento ininterrumpido tocando 71% en julio y 73% a comienzos de setiembre, impactando en el ausentismo y en la calidad de atención. En octubre se sumaron también las principales ciudades de nuestras provincias donde han debido derivar pacientes con coronavirus desde los hospitales públicos a las clínicas locales, al verse superada su capacidad de atención.

El grupo de trabajadores de la salud con mayor riesgo de colapso son los médicos/as y los enfermeros/as que trabajan en ambos subsectores (Pluriempleo) y que representan el 20% de los encuestados. Estos son los que manifestaron mayor nivel de agotamiento unido a una sensación de soledad.

Se observa un mayoritario predominio de las mujeres en los roles de atención, en condiciones de trabajo de altísima exigencia mental, física y espiritual. Tanto en el Subsector Público como en el Privado, las mujeres son mayoría entre los encuestados representando el 65% del total de las respuestas.

La Encuesta permitió comprobar una clara toma de conciencia respecto de los malos hábitos en la práctica asistencial cotidiana, encontrando en esta situación histórica un reconocimiento hacia el valor del lavado de manos, que fue señalado como el primero entre los nuevos hábitos que continuarán practicando luego de esta pandemia. Los otros dos más elegidos: la distancia entre colegas y la higiene del teléfono celular.

Es claro que si las dotaciones del sector asistencial de salud en la Argentina ya reportaban hace más de 15 años niveles de marcado déficit en su composición y distribución en el territorio nacional, hoy ese personal insuficiente sometido a un muy largo período de exigencia está mostrando síntomas de agotamiento, que nos hace pensar que estamos en **el umbral de una crisis de atención sanitaria** por falta de personal adecuadamente formado y con la experiencia para cuidar a los pacientes en las terapias intensivas y cuidarse a sí mismos.

La pandemia ha puesto al desnudo las falencias estructurales del sistema de salud argentino y entre ellas la de los recursos humanos, siempre pospuestos ante otros gastos más importantes. Pero para una comprensión correcta de la crisis hay que remontarse a **decisiones desacertadas y omisiones** que están en el pasado y que si no hubiesen continuado escondidas.

Las condiciones de atención en la crisis de coronavirus han deteriorado la salud de los integrantes de los

equipos de salud, las largas horas de trabajo en muchos casos con inadecuado equipamiento, la falta de lugares apropiados para descansar guardando la distancia recomendada, mucho personal que no recibe la alimentación adecuada en su turno de trabajo, el miedo al contagio y a llevarlo a casa, han ido agravando un clima laboral que se deteriora día a día, pese a los esfuerzos individuales y de algunas instituciones que están apoyando a su personal con dispositivos psicológicos, el sector asistencial debe sobreponerse solo y a puro corazón.

Hoy tenemos hospitales bien equipados con tecnologías, camas y respiradores que no pueden atender más pacientes porque les falta el personal y los reemplazos no tienen la misma idoneidad de los que están enfermos o aislados.

Hasta el 14 de octubre se han contado oficialmente 46.430 infectados y 229 muertos entre médicos y enfermeros de todo el país. Y más allá de las precisiones y de aquellos no incluidos en ningún informe, ellos y ellas no han sido tapa de diarios

digitales ni trending topic de las redes sociales ni tema de interés para los medios de comunicación masivos ni para muchos que deberían haberse ocupado de ellos, sin embargo, queremos dedicar nuestro trabajo de investigación a los que dieron todo de sí hasta el final. En una sociedad frívola y cortoplacista donde la vocación y el sacrificio están devaluados, vaya el recuerdo emocionado para los colegas profesionales de la salud de la Argentina que murieron para que otros vivan. □

Prof. Mg. Patricia D'Aste
pdaste@prosanitas.com.ar

Mg. en Sistemas de Salud y Seguridad Social - Univ. ISALUD. Diploma Superior en organización y gestión de Servicios Socio-sanitarios - Univ. de Bologna, Italia. Docente y consultora en temas de Cuadro de Mando Integral y Gestión de RR.HH. en Salud. Ex consultor de Banco Mundial para proyectos de RR.HH. Presidente de ProSanitas BSC y ex presidente de SADAM - Asoc. Argentina de Auditores y Gerentes de Salud.





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

Pandemia:

humildad que la vida da muchas vueltas

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



Todo vencedor o triunfador popular por haber ganado una batalla o elección necesita el esclavo negro que le repita la frase en latín “memento mori” que se puede traducir al castellano como “recuerda que eres mortal”. Ya lo sabían los emperadores que cuando recibían a los victoriosos generales romanos para “bajarle los humos” que traían de haber ganado la batalla, los obligaban a ingresar a la ciudad, despojados de los oropeles y de armas, cruzando una galería de esclavos negros (últimos en la escala social de la época) que le repetían esa frase en latín: “memento mori”.

El Gobierno argentino ha carecido de alguien que le dijera que ganar las elecciones no da derechos ilimitados y que en estos tiempos es necesario manejarse con moderación, escuchando y evitando la obcecación y el tono de autosuficiencia con el cual se han manejado muchos funcionarios. La pandemia desnudó muchas cosas del sistema de salud, pero también de la política. Como bien dijo Obama recientemente: “La presidencia no cambia como eres, sino que revela como eres”.

El Gobierno que dijo poner a la salud por encima de la economía, con una cuarentena de más de 200 días (récord mundial) acaba de llegar al 5º lugar entre los países con más contagiados. Algo se debe haber hecho mal en materia de política o es que la evidencia no cuenta en la materia. No es y nunca será magia sólo se trata de realidades que muestran falencias y rigurosidad al momento de gobernar.

El Gobierno ha cometido una serie de errores durante estos meses que comenzaron subestimando el coronavirus durante el mes de marzo de este año y luego se sucedieron con el transcurso del tiempo. Algunas declaraciones ⁽¹⁾ de ese momento:

- La población está “sobreasustada” con respecto al impacto del coronavirus en el país. Hace dos días se confirmó el primer caso positivo de la enfermedad, un hombre que viajó a Italia, y hay once casos en estudio. No obstante, **“no es importante lo que pasa en la Argentina”**.
- Se destacó la actuación de la Clínica de Recoleta a la que acudió el único infectado en el país e informó que para llegar a un diagnóstico se tarda “entre 14 y 20 horas”. Ese tiempo incluye el traslado al laboratorio, ya que por estos momentos sólo el Malbrán tiene los elementos específicos de análisis. **“Estamos trabajando para que se puedan hacer en otros puntos del país”**.

- Sobre aquellos que estuvieron en contacto con el hombre enfermo, dijo: “Estamos investigando los casos cercanos a él en el avión y del hermano, que lo fue a buscar. Hay que tratar de **evitar la fase de inseminación**. Quien no lo logró es Italia, donde (la enfermedad) es muy masiva. Es complicada la situación”.
- “Una de las cosas que favorece el miedo es que la enfermedad no era conocida, que aparece la cuarentena que es una reminiscencia medieval, que tiene alta contagiosidad, pero insisto, **el impacto de la gripe es terrible con respecto al impacto del coronavirus**. Sin embargo, el coronavirus lidera todas las cuestiones públicas de miedo y de prensa”.
- “Hay noventa centros en el mundo trabajando en el tema y **se habla de que habrá una vacuna en unos tres meses**. Nuestra labor es de contener y que no haya miedo. Más adelante reflexionaremos **por qué tanta desmesura en este tema**”.
- “Tengo miedo que se junten gripe y coronavirus, **le tengo más miedo a la gripe**. Por ello estimular la vacunación es importante en un país donde a las vacunas se las ha perdido el respeto”.

Todo médico sabe que es difícil aplicar un tratamiento correcto a un diagnóstico parcialmente correcto. Se pierden las primeras semanas que como en toda emergencia son fundamentales para los resultados futuros. Luego de un primer momento de convocatoria y trabajo junto con todos los sectores políticos y sociales se comenzó a virar luego hacia una politización de la temática y agregado de pasión para acciones que requieren rigurosidad científica y transparencia informativa.

En el listado de tropiezos podemos contabilizar de manera rápida las siguientes:

- ✓ Falta de cierre de fronteras y controles en tiempo y forma. El tiempo que se demoró en lograr controlar Ezeiza y ni hablar de la porosidad de las fronteras con los países limítrofes que sin embargo les fue mejor que a nosotros (Paraguay y Uruguay).
- ✓ El deterioro y olvido de la medicina de fronteras y el cuidado de éstas que como recordamos está a cargo de una fuerza (Gendarmería) que hace ya mucho tiempo que se tiene que dedicar a la seguridad interior de los grandes conglomerados por el desprestigio, baja profesionalidad y falta de confianza de las policías provinciales.

- ✓ Armado de un comité de expertos (infectólogos) completamente sesgado en cuanto a su visión y formación. La pandemia no es sólo un problema infectológico, es mucho más amplio y sistémico que la mirada microscópica. Los resultados del grupo asesor están a la vista, ya no sabemos si siguen estando en el país o se mudaron a otro país con menor incidencia de coronavirus. Ya no hablan ni son consultados ni por el Gobierno ni por los medios.
- ✓ Debilidad histórica de la atención primaria y gran atraso en materia de seguridad del personal sanitario que terminó impactando sobre las internaciones y las camas de terapia intensiva.
- ✓ Falta de planificación histórica sobre los recursos humanos en salud que termina generando la paradoja que no hay especialistas para atender a los pacientes cuando se tiene ahora las camas y el equipamiento. Un especialista no se forma en 2 meses y requiere un plan que no tenemos en materia de recursos humanos. Hace ya tiempo que hemos alertado sobre las especialidades críticas (terapia intensiva, neonatología, etc.) y el Ministerio de Salud y el COFESA han hecho muy poco en la materia desde hace años.
- ✓ Falta de control de los geriátricos y de los barrios vulnerables donde el Estado hace mucho que no está presente. Tenemos que rescatar el gran accionar de la Ciudad en la materia que controló los focos de manera inmediata con mucha eficacia y eficiencia.
- ✓ Problemas básicos de comunicación: errores que culminaron con la parodia de la payasa en el informe de mortalidad y contagios.
- ✓ Los testeos fueron insuficientes e inadecuados. Nunca se testeo a los asintomáticos ni se hizo trazabilidad. No debería haberse testado tan exigentemente. Si se hubieran detectado y aislado más contagiados probablemente la situación sería otra. Sin duda hay varios otros países que pueden tomarse como referencias en sentido negativo. Si bien la Argentina no es el único ni el que ha tenido el peor desempeño, pero tampoco puede enorgullecerse de la performance.
- ✓ No se compraron a tiempo los estudios y kits de diagnóstico porque el coronavirus no era una prioridad y no se iba a seguir expandiendo. Cuando se dieron cuenta era muy tarde. Algunos países acapararon y en otros casos lo vendían a precio oro.
- ✓ Se tardó mucho tiempo en descentralizar. Teniendo en cuenta que ya se sabía cómo se esparcía el virus en Europa. Seguimos diciendo que somos un país federal y todo tenía que venir a Buenos Aires. Para que exista federalismo deben existir "federalistas" convencidos de esa forma de gobernar y no cortesanos acostumbrados a sobar el poder de turno del Gobierno nacional para conseguir recursos.
- ✓ Manejo oscuro de la información sobre todo de aquella referida a la provincia de Buenos Aires, en particular los partidos del conurbano bonaerense con el clásico estilo de no dar malas noticias para no generar problemas políticos. Mortalidad y contagios no registrados y que de pronto aparecen y salen a la superficie. Acaban de sancionar a la Argentina por la falta de fiabilidad de los datos respecto de la pandemia.
- ✓ Generar controversias políticas con la Ciudad de Buenos Aires no gobernada por el partido oficial como si esto pudiera estar inmerso dentro de una lógica política e ignorar los acuerdos sanitarios indispensables para el AMBA.



www.sanidad.org.ar

Un sistema sanitario como el argentino que tiene una tara de origen como es la “baja intensidad de la gobernanza” arrastra debilidades estructurales para enfrentar una pandemia sin embargo el Ministerio de Salud encontró inicialmente un rol legitimado en la conducción de la estrategia y coordinación federal que se fue degradando por el sálvese quien pueda de las provincias.

La Presidencia de la Nación se puso al frente de la cruzada anticovidiana hasta que la paciencia de la población y los números de las encuestas hicieron declinar la prioridad sobre salud dejando de lado la economía. El Ministerio de Salud venía de una serie de desafortunadas declaraciones que lo dejaron en un segundo plano mediático pero que no le quitan responsabilidad directa en la demora de algunas decisiones claves para el manejo y control de daño de la pandemia. Tuvo un rol activo en el inicio de la emergencia, pero fue mostrando sus limitaciones y débiles capacidades para coordinar y administrar el accionar en todo el territorio nacional.

El COFESA siguió brillando por su ausencia resolutive en el sentido que los ministros de Salud provinciales sólo van a escuchar y ver si pueden conseguir algún recurso adicional en materia de salud. No es un ámbito que se distinga por su rol de coordinador y articulador de acciones. Los ministros suelen pender de un hilo muy fino e incluso su manejo sobre la salud provincial es casi tan limitado como la del Ministro de Salud de la Nación que tiene vedado el PAMI.

La fragmentación no es sólo de la Nación o de la Seguridad Social, sino que las provincias conviven con gobernadores que deciden tener sobre la salud una cara médica en el ministerio y una caja financiera en el instituto u obra social provincial como si fueran dos organismos extraños que trabajan con distintos objetivos que no son la protección y tutela de la salud de los habitantes de la provincia. Desafortunadamente la histórica segmentación y fragmentación sanitaria están en la cabeza de la clase política argentina y de allí se derrama y genera esta distorsión que nos impide alcanzar la cobertura de todo el universo poblacional, con servicios de calidad y con criterios de asequibilidad.

El PAMI un organismo descentralizado parece haberse desentendido de la pandemia como si la mortalidad mayor no fuera de las personas que deben ser cubiertas por esa Institución. Debería haber tenido un rol activo en la protección del riesgo sanitario además de protagonismo absoluto en el control y supervisión de los geriátricos y residencias de ancianos que son financiadas por ese “fondo político insondable” del cual tenemos muy poca transparencia, todo ello favorecido por el limbo jurisdiccional que le permite manejarse con escasos controles administrativos.

La Seguridad Social en los momentos de crisis suele replegarse sobre sí misma y su preocupación directa son los trabajadores formales que son quienes aportan y sostienen el sistema a través de su trabajo y financiamiento. Igual comportamiento de las empresas de medicina prepaga que dependen en gran medida de los 4 millones de personas desreguladas que transfieren sus aportes y que intentan en estas circunstancias que no se les caigan los afiliados correspondientes.

La Superintendencia de Servicios de Salud a pesar de los esfuerzos por compensar la disminución de ingresos de las obras sociales transfiriendo recursos de manera adelantada no cuenta con poder político para tomar una decisión clave y trascendental para la futura sustentabi-

lidad del sector. No pueden seguir existiendo obras sociales menores a 300.000 beneficiarios que brindarían un pool de riesgo más cercano a las necesidades de cobertura y gasto que tiene ese grupo social. El 80% de las obras sociales no puede financiar el programa médico obligatorio ⁽²⁾ y viven la penuria permanente para sostenerse.

Por otra parte, los recursos destinados a discapacidad se están comiendo el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) con ese rol de compensador y reaseguro que era tan importante y que ya no puede asumir. El Sistema Único de Reembolso (SUR) representa hoy menos del 20% de los recursos que destinan las obras sociales nacionales a prestaciones especiales (tratamientos, tecnologías y medicamentos).⁽³⁾

Finalmente, el sector privado prestador que trató de atajar los pacientes Covid-19 pero que gradualmente comienza a recibir noticias de la baja de utilización (menores cirugías, menores controles y prevención de la población) que impactan fuertemente en sus ingresos. Quizás no veamos un colapso inmediato, pero esto se observará en caída permanente de la calidad, desgrameamiento de población asegurada y mayores grados de inequidad en resultados y acceso.

Para no olvidarnos del Poder Legislativo, las Cámaras del Congreso siguen legislando en el aire sin información e incrementado de manera irresponsable la cobertura (PMO) sin tener los recursos disponibles y sin cálculos del impacto económico dado que no tienen ninguna responsabilidad fiscal ni gerencial. No se han planteado un esquema de seguimiento y evaluación de las acciones del gobierno respecto de la pandemia que nos permita aumentar la transparencia y el control necesario del accionar como se ha hecho en otros países del mundo.

Los errores económicos, políticos y sanitarios se están pagando y nos condenarán a vivir con mayores grados de desigualdad, inseguridad y pobreza durante las próximas décadas. La única esperanza que nos queda en materia de salud luego de habernos encontrado con este “cisne negro” nos permita tomar conciencia ciudadana, y lecciones aprendidas de la importancia de contar con un sistema de salud cohesionado y preparado que trabaje en la tutela, protección y recuperación de toda la población argentina. □

REFERENCIAS

(1) Declaraciones del Dr. Ginés González García a Radio Mitre. Marzo 2020.

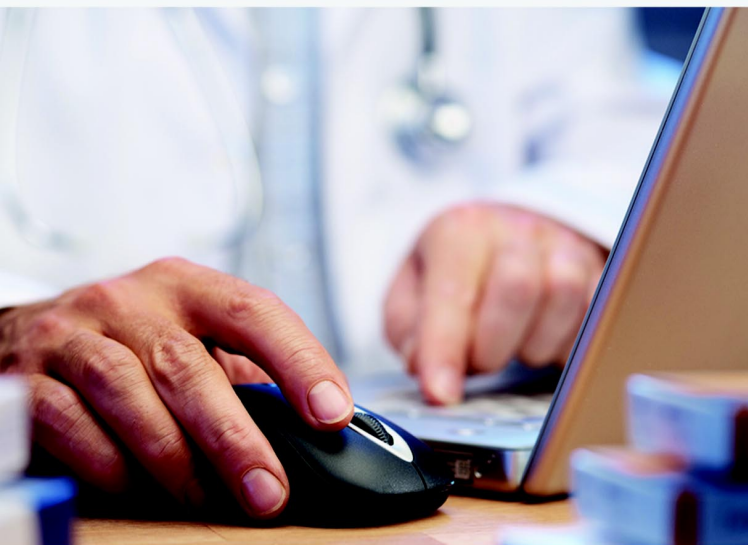
(2) Dr. Rubén Torres. Seminario de Sustentabilidad de los sistemas sanitarios y los biosimilares. IdeB (2020) www.ideblatam.org

(3) Estudio sobre financiamiento y gasto de medicamentos especiales. Realizado por el Instituto de Economía del Bienestar para CAEME (2020) inédito.

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

Democracia y salud

"Todas las cosas se funden en el todo, y cada una de ellas vive y opera en las demás".
El Fausto/Goethe

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)



La democracia es una forma de organización social que atribuye la titularidad del poder al conjunto de la ciudadanía. En sentido estricto, la democracia es una forma de organización del Estado en la cual las decisiones colectivas son adoptadas por el pueblo mediante mecanismos de participación directa o indirecta que confieren legitimidad a sus representantes. En sentido amplio, democracia es una forma de convivencia social en la que los miembros son libres e iguales y las relaciones sociales se establecen conforme a mecanismos contractuales.

¿Y la meritocracia?... proveniente del latín *meritum* "debida recompensa", a su vez de *mereri* "ganar, merecer"; y el sufijo - *cracia* del griego *krátos*, "poder, fuerza") es una forma de gobierno basada en el mérito (los mejores). ¿Cómo se hace para ser mejor? Depende de muchos factores.

El presidente **Alberto Fernández** dijo una frase que sintetiza la tragedia argentina claramente: **"El más inteligente de los pobres tiene menos oportunidades que el más tonto de los ricos"**.

A partir de esta frase salieron los filósofos aficionados, aunque también los historiadores olvidadizos, a replicar con contundencia, pero sin análisis objetivo de la **profundidad** de lo dicho por el Presidente.

Es verdad que el país tiene una cantidad de ciudadanos enorme dentro de la línea de pobreza. Pero la generación de esa masa poblacional tiene larga data y numerosos factores históricos. No es propósito de este artículo enumerarlos ni hacer la historiografía de las causas.

Quizás a modo de ilustración cabría recordarles a los críticos de la frase, los golpes de estado, las dictaduras y sobre todo los gobiernos neoliberales que destruyeron la educación, bajando presupuestos.

Sin olvidarnos de la baja inversión en salud pública, cultura, hábitat, agua potable, cloacas, etc., la lista sería interminable.

TOMEMOS NUESTRO SECTOR: ¿QUÉ ES SALUD EN EL SIGLO XXI?

Es comer, dormir, moverse, relacionarse en forma armónica con los demás, transmitir a las otras personas su experiencia, envejecer con flexibilidad al cambio y compartir altruísticamente la vida con todos, cuidar el planeta responsablemente. ⁽¹⁾

Tal y como estipuló la Declaración Mundial de la Salud de 1998, la salud es uno de los derechos funda-

mentales de todos los seres humanos. La salud es una condición previa del bienestar y de la calidad de vida. Es un criterio que sirve para medir los progresos realizados en favor de la reducción de la pobreza, de la promoción de la cohesión social y de la eliminación de la discriminación.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS?

- **Fragmentación**, derivada en buena parte por sus diversas fuentes de financiación, y dependencia con ausencia de complementación y coordinación.
- **Ineficiencia**, causada especialmente por el modelo de atención reparador y escasamente anticipatorio, con concentración de los recursos en los niveles de atención más complejos.
- **Falta de políticas**, de prevención y promoción de la salud.
- **Inequidad**, como resultado de políticas erráticas, que generan diferentes posibilidades de acceso y calidad.
- **Falta de participación comunitaria**, por mantenerse una perversa tradición de que el sistema toma decisiones, con decisores que no tienen muchas veces la capacidad, la formación y la ética, pero deciden la suerte del paciente y éste no reivindica el protagonismo a que tiene derecho, en las decisiones que le afectan. ⁽²⁾

Venimos hablando de la mala distribución geográfica de los recursos de salud, lo que aumenta sustancialmente la inequidad del acceso al sistema.

Los establecimientos de salud con internación general representan el 9% del total de los 25.751 centros que existen en el país, a los que se suma un 7% de establecimientos con internación especializada en tercera edad, un 2% de centros materno-infantiles y un mismo porcentaje de internación en otras especialidades. El 56% del total de los centros brinda diagnóstico y tratamiento, pero no internación.

La mitad de los establecimientos de atención médica están concentrados en la región de mayor densidad poblacional (sólo la provincia de Buenos Aires tiene el 26%). Sin embargo, allí la relación establecimiento/población muestra el indicador más bajo de todo el país,

con 4,6 establecimientos por cada 10.000 habitantes. La mejor relación en este indicador la tiene Cuyo, con 9,9. En el NOA y el NEA es donde se observa una mayor proporción de establecimientos de salud públicos, 56% y 59% respectivamente, sobre el promedio del país de 40%. ⁽³⁾

La distribución de los recursos tecnológicos en la Argentina muestra una gran desigualdad, porque el 65 por ciento de los laboratorios de análisis, y la aparatología de diagnóstico, como medicina nuclear, tomógrafos, resonadores y ecógrafos se encuentran en el radio de 60 kilómetros que rodea al Congreso.

Si bien adherimos que más tecnología no es más salud, hay que pensar en el futuro... la telemedicina será una herramienta en ascenso.

Habrà que rearmar currículas universitarias en relación con estos cambios.

Tendremos que pensar en desarrollar entornos más amigables con la vida en la Tierra. *Se considera saludable un entorno con 9 metros cuadrados de superficie verde por habitante.*

Estamos en las postrimerías de un mundo que fenece y de un nuevo cambio Copernicano... debemos pensar en nuevas formas de alimentación que nos libre de las zoonosis... u otras pandemias irán apareciendo y nos acostumbraremos a la muerte más frecuentemente.

Tenemos que preguntarnos si el agotamiento del personal del sistema sanitario promoverá que la matrícula descienda en las universidades con carreras que tengan que ver con la salud. Alguien se pregunta si tendremos candidatos PREPARADOS para las salas de reanimación, luego de esta experiencia nefasta con el Covid-19.

“La distribución de los recursos tecnológicos en la Argentina muestra una gran desigualdad, porque el 65 por ciento de los laboratorios de análisis, y la aparatología de diagnóstico, como medicina nuclear, tomógrafos, resonadores y ecógrafos se encuentran en el radio de 60 kilómetros que rodea al Congreso.”

Hay mucho por reformar y mucho por pensar.

El Sistema de Salud fragmentado argentino, hace agua por todos lados.

La sinergia entre los subsistemas es una necesidad y no una elección.

Es hora de la integración y de pensar en un “Modelo nuevo”, más solidario, en una sociedad más solidaria. □

REFERENCIAS

- (1) Dr. Eduardo Sarue - Dra. Liliana Chertkoff
- (2) La Salud Pública en el siglo XXI - E. Moreno - Cátedra de Salud Pública - Universidad de Tucumán (Argentina) - Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (3) CAEME - El Sistema de Salud Argentino.

(*) Director Médico Nacional Obra Social de Televisión.



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

Algunas respuestas que va dejando la pandemia en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



En la edición de julio de la *Revista Médicos* y bajo el título “Los interrogantes al sistema sanitario que plantea la pandemia en la Argentina” enumeré 15 preguntas sobre el impacto de la pandemia, pero también, y fundamentalmente, sobre el camino que había elegido la Argentina para enfrentarla.

Ese documento fue un aggiornamento de la charla que brindé en el ciclo “Una vuelta a la pandemia en 12 semanas” del Grupo PAIS el 22 de mayo cuando aún se hablaba del exitoso modelo argentino. A esta altura de los acontecimientos ya se vislumbran algunas de esas respuestas planteadas.

EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Las decisiones tomadas tuvieron un carácter netamente político, no sanitario. No me refiero a política sanitaria, ni política estratégica. Política en su acepción más transaccional, electoralista. Se tomaron las decisiones mirando análisis de encuestas y Big Data sobre el humor de la población y la variación en la imagen positiva del Gobierno y sus funcionarios.

El 13 de marzo en conferencia de prensa y luego de una reunión donde participaron el Presidente de la Nación, el Ministro de Salud, los gobernadores, y por recomendación del comité de expertos, se anunciaba que las escuelas seguirían abiertas. Posteriormente ese mismo día se reunirían los ministros de educación de las provincias para dar conformidad a esa medida.

El 15 de marzo, el propio Presidente con los ministros y gobernadores a su lado anunciaba el cierre de las escuelas con explicaciones diametralmente opuestas a las del anuncio anterior, también con recomendaciones de los mismos expertos que habían manifestado menos de 36 hs. antes lo contrario. Diría Groucho Marx “tengo estos principios, si no te gustan... tengo estos otros”.

El 20 de marzo se decretó el confinamiento social obligatorio. A esa fecha habían ocurrido 3 muertes. Un mes después, el 20 de abril publicamos junto a Fernando Alesso un documento denominado “¿Reservamos la bala de plata? Algunas reflexiones sobre el confinamiento social obligatorio, a un mes de su implementación” con un análisis de la ASPO y allí decíamos: “Estas son preguntas válidas teniendo en cuenta la necesidad de ir saliendo de este estado y reactivar la economía y que el confinamiento social obligatorio total parece ser nuestra única alternativa ante la ausencia de otras estrategias. Desgastar esta estrategia ahora es condenarnos a una situación mucho peor en el futuro. El planteo es salir ahora en forma ordenada (con un costo en vidas y económico menor) para volver dentro de un tiempo en donde el costo en vidas sea muchísimo mayor”.

La decisión de flexibilizar la ASPO (el 18 de julio) y pasar de fase 1 a fase 3 en el AMBA, en una etapa clara de aumento de la pendiente de la curva (o sea, en el peor momento que

se podría haber elegido para adoptar esta medida de relajación), estuvo influenciada por la caída de la imagen del Gobierno y el aumento del descontento social con estas medidas.

Finalmente, el 8 de octubre el presidente en conferencia de prensa y con anuncios de cierta flexibilidad admitió que la decisión de estas aperturas era política, no epidemiológica. La imagen negativa del Gobierno y sus dirigentes superaban ampliamente a la positiva.

EL MODELO DE ATENCIÓN Y FINANCIACIÓN

Este confinamiento tan prolongado debería haber servido para fortalecer el sistema. Esta crisis se planteaba además como una oportunidad para introducir reformas al sector. Pero el fortalecimiento sólo estuvo enfocado en aumentar camas de cuidados intensivos y respiradores. Esta estrategia tenía un límite muy concreto, la cantidad y calidad de los recursos humanos.

Se sabe que el factor decisivo para la sobrevida de muchos de los pacientes que requieren cuidados intensivos es la atención por profesionales intensivistas, enfermeros y kinesiólogos. Y aquí se planteó un cuello de botella insalvable. Lamentablemente aún hoy no existe una política para incrementar este recurso humano crítico y superar una deficiencia crónica.

Por otro lado, no se le asignó ninguna actividad específica al primer nivel de atención en esta pandemia. Por el contrario, disminuyó ostensiblemente el trabajo en este nivel cuando era dable suponer un incremento de su actividad durante la crisis. La Atención Primaria de la Salud tanto estrategia cuanto primer nivel de atención fue la gran ausente. No se percibe además ninguna iniciativa para modificar este status quo.

Tampoco se aprovechó esta crisis para plantear reformas en cuanto a la gestión de hospitales públicos. Los mismos siguen y seguirán con los mismos problemas crónicos de gestión, infraestructura y recursos humanos.

No se aprovechó esta crisis para plantear una agenda de reformas al modelo de financiamiento ni de atención del sistema, toda vez que la salud (o mejor dicho la enfermedad) escaló al primer lugar de preocupación de la población. Pasada esta crisis, en un futuro no muy lejano (esperemos), el sistema se encontrará, no sólo más débil y peor que cuando esto comenzó, sino que no existirá ninguna perspectiva de mejora.

LA CARGA DE MORBILIDAD

Aún no es tiempo de analizar el impacto sobre la carga de morbilidad. Una segunda oleada puede aversar luego de esta pandemia y es la oleada de las crónicas. La tremenda disminución en las consultas médicas observadas e incluso de internaciones pospuestas impactará en el perfil de morbimortalidad de la población.

Ya vendrán tiempos de verificar si lo que el Gobierno suponía que "salvaba" con la estrategia de la ASPO eterna no generará una catarata de enfermedades y muertes por causas fácilmente prevenibles y por el desastre económico que han producido. En este sentido, no se incorporó un análisis desde los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o QALYs) para analizar diferentes medidas adoptadas y el impacto que ellas tendrían en la salud de la población.

Los modelos matemáticos fueron utilizados por el Gobierno para ver y analizar la progresión del virus y su morbilidad y letalidad, pero ninguno se aplicó a predecir el impacto de otras enfermedades y de la situación económica según las medidas adoptadas. Solo se analizó desde el punto de vista de la infectología (sumamente necesario, por cierto) pero la gran ausente fue la salud pública.

LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD

Desde hace muchísimas décadas se marca la ausencia de rectoría por parte del Ministerio de Salud nacional. Esta crisis pudo ser también una oportunidad para incrementarla. No sólo no fue así, sino que ni siquiera se aprovechó para mejorar áreas fundamentales que cualquier ministerio debe fortalecer, en especial aquellas que rigen sobre sistemas altamente fragmentados y segmentados. En el artículo aquél, había señalado dos áreas a modo de ejemplo: el sistema de información en general y de vigilancia epidemiológica en particular y de salud de fronteras.

Recientemente Our World in Data, una página en tiempo real sobre los números de la pandemia, con base en la Universidad de Oxford, informó que la Argentina dejó de formar parte de su mapa de datos porque las cifras oficiales agregadas por el Gobierno no reúnen la calidad suficiente para reflejar el alcance de las pruebas. La información, no sólo de cantidad de casos sino también de muertos, nunca se cargó en tiempo real, por el contrario, se hizo con enormes desfases de tiempo generando errores garrafales. Ningún sistema serio puede manejar una crisis como ésta sin información confiable.

El área de salud de fronteras es tal vez una de las más débiles. Ni siquiera durante esta crisis en donde debería haber jugado un rol muchísimo más importante al inicio y ahora en la reapertura de las fronteras se fortaleció. Faltan recursos humanos idóneos, material de seguridad, capacitación, logística. Nunca fueron claras las normativas impartidas. Ningún funcionario las recorrió, quedaron huérfanas de rectoría y acompañamiento.

PRODUCCIÓN LOCAL VS PRODUCCIÓN EXTRANJERA

No hubo desarrollo ni incentivos a la producción local. El marco económico fue un factor desequilibrante para la falta de inversión. Incluso cuando existió producción local, se priorizó la compra a las grandes multinacionales. El ejemplo más concreto es lo ocurrido con el NEOKIT, un test de producción nacional, el cual no fue adquirido por el Gobierno, a cambio se compraron enormes cantidades del test de antígeno de Abbott.

PLANIFICANDO EL FUTURO

Finalmente me preguntaba en aquel artículo si había alguien pensando todo esto y planificando el futuro. Evidentemente la respuesta es negativa. Saldremos penosamente de esta cuarentena en algún momento sin haber pensado siquiera en cosas elementales. El Gobierno convocó a infectólogos a discutir el comportamiento del virus. Nada más. La salida de esta crisis será tan improvisada como lo es su manejo. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería



DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

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

¿Cuánto gastaríamos por una vacuna Covid-19?

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



Todas las expectativas mundiales, y más aún las de los medios de comunicación, están centradas en el momento que alguno de los reguladores mundiales occidentales en salud —la FDA o la AEM— informen que han aprobado en forma completa las fases de evaluación de una vacuna contra el hábil SARS-CoV-2.

La evolución de la pandemia en millones de casos positivos y muertos, y la aparición de segundas olas en muchos países que ya tuvieron experiencias devastadoras más la inmediatez del invierno, crisan a funcionarios de muchos gobiernos en diferentes continentes. América latina, quizás la más golpeada en el tiempo por el virus, espera ansiosamente que una vacuna no sólo le devuelva tranquilidad social, sino que le permita reiniciar el devastado ciclo económico.

Hasta fecha reciente, gobiernos y organizaciones filantrópicas han otorgado más de u\$s 4.4 mil millones a diferentes corporaciones farmacéuticas dedicadas a la investigación y desarrollo de múltiples tipos de vacunas, esperando que algunas se transformen en seguras y eficaces. Sin embargo, no sólo pasa el tiempo, sino que los expertos advierten que incluso cuando se las apruebe, pasarán varios meses hasta que se encuentren ampliamente disponibles y se conozca fehacientemente cuán efectivas serán.

Solas, o necesitadas de la compañía de anticuerpos específicos. El problema es que, en ningún caso, dichos fondos han considerado o incluido explícitamente condiciones para garantizar el acceso o asequibilidad sin sobresaltos económicos a los países del mundo, respecto de la que primero suba al podio.

Una de las mayores preocupaciones pasa por el precio. Representantes de GAVI (the Vaccine Alliance, organización que agrupa fundaciones y entidades multilaterales) han sugerido que es complejo predecir el precio exacto de futuras vacunas, ya que su estructura de precios deberá reflejar las inversiones en I+D y los costos de fabricación y logística al tiempo de requerir cumplir con las expectativas de que sean consideradas como un bien público global.

Por ejemplo, las farmacéuticas Pfizer y BioNTech anunciaron el pasado 22 de julio la firma de un acuerdo con el Departamento de Salud y de Defensa de Estados Unidos por 1.950 millones de dólares de su prototipo BNT162 que asegura 100 millones de dosis de dicha vacuna para los estadounidenses. Es decir, se anticipó un valor de u\$s 19,5 por dosis, o sea u\$s 39 dólares por tratamiento completo si se tiene en cuenta la necesidad casi segura de una segunda dosis.

Pfizer, anticipándose a las demás empresas, solicitó expresamente considerar el otorgamiento a su vacuna

de una Autorización de Uso de Emergencia, algo que la FDA aun retacea pese a la presión de Trump. Otra de las compañías americanas, Moderna, considera que el precio a proponer oscilaría entre u\$s 25 a u\$s 30 dólares por dosis (o sea u\$s 50 a u\$s 60 por tratamiento), también según el valor estimado a partir del acuerdo con el Gobierno de Estados Unidos. Serían dos de las vacunas más caras del mercado mundial, ambas de tipo ARNm, una nueva plataforma experimental que nunca antes había sido completamente aprobada.

El Ministerio de Salud argentino ha anunciado que otra de las vacunas, la de AstraZeneca/Oxford, será fabricada en parte en el país por un grupo local con una producción estimada de 250 millones de dosis a envasarse posteriormente en México, y destinadas a abastecer al mercado latinoamericano, excepto Brasil. Esta vacuna, llamada ChAdOx1 nCoV-19 se basa en un virus genéticamente modificado que causa el resfriado común en los chimpancés y al que se transfiere información genética de la “proteína espiga” del SARS-CoV-2 tratando de hacer que “se parezca” más al coronavirus.

Se estima que la intención de esta compañía es venderla al mismo costo de producción, de proxy u\$s 2.8 la dosis, lo que se asemeja a la posición de la estadounidense Johnson & Johnson, que también propone algo similar. Pero la novedad que impacta en el precio es que AstraZeneca haya acordado con determinados gobiernos europeos y también americanos limitar la responsabilidad del fabricante por los eventuales daños atribuidos a los efectos secundarios de su vacuna.

Hagamos un pequeño ejercicio. El Gobierno argentino supone asignar 22.400.000 dosis a personal de la salud y seguridad, adultos mayores y personas en grupos de riesgo, para lo cual requiere de la aplicación de dos dosis con un intervalo de 28 días entre cada una. Por lo cual a un costo supuesto de cada vacunación completa de u\$s 5,6, el presupuesto nacional precisaría disponer recursos por un equivalente anual proxy de u\$s 125.440.000 (\$ 10.411.520.000 al cambio oficial actual 1 u\$s= \$ 83).

Si como parece, la inmunidad que otorga es corta y habría que repetirla a los seis meses, se necesitarán muchas más unidades con lo cual el presupuesto anual necesario se duplicaría a proxy u\$s 250.880.000, equivalente a más de \$ 20 mil millones. El problema es que independientemente de las expectativas, si por alguna razón ésta no se aprobara y precisara requerirse de la vacuna de Pfizer, el presupuesto necesario debería elevarse casi 3.5 veces y llegar a los u\$s 873.600.000 (\$ 72.508 millones al cambio oficial).

A esto se agregaría que, dada su necesidad de almacenamiento a -74°C (-94F), se requiere una logística diferente a la de AstraZeneca que puede almacenarse en la forma convencional. Pero sin una vacuna aprobada, todos los cálculos son preliminares. Para un país de ingresos medios como la Argentina, esta suma de nivel de precios más la complejidad de la logística de conservación y distribución y la necesidad de adquirir las restantes vacunas que comprenden el calendario oficial podría poner al sistema de salud en claro riesgo.

Ahora bien. La distancia entre tres y treinta dólares por dosis es difícil de explicar. Vale la pena ir teniendo en cuenta los precios de otras vacunas según tipo de tecnología, mecanismos de inmunización o procesos de negociación. Por ejemplo, la clásica vacuna inactivada que tiene en desarrollo la compañía china Sinovac tiene un precio de referencia proxy de u\$s 3,1, muy cercano al de AstraZeneca. Con este precio se podría vacunar a la población objetivo a partir de un presupuesto muy parecido. La también china Sinopharm, que mayores avances ha comunicado, anunció en agosto que llegaría al mercado con un valor de u\$s 141 por ambas dosis.

Por su parte en Europa, Sanofi-GSK han llegado a un acuerdo que bajaría el precio/dosis de su vacuna a unos u\$s 10. Demasiada incertidumbre en un panorama confuso. Una iniciativa adoptada por muchos países para atenuar el precio de la vacuna es participar de Covax, colaboración global que está induciendo a sumarse a los países de medianos y bajos ingresos de América latina.

Lo que asegura es un pago por un número determinado de dosis que se requieran directamente de los fabricantes. Para el abastecimiento de varios países puede asegurarse stock a un precio fijo de u\$s 10,55 por dosis, más u\$s 5 que incluyen pago de aranceles y

otros costos. De esta forma, el valor final de una dosis de vacuna será de u\$s 15,55.

Todavía no está nada dicho en este tema. La carrera biotecnológica de las vacunas se ha mediatizado y puede decidirse en el último momento. Lo razonable es ir sobre seguro. En total, hay 23 vacunas de Covid-19 en ensayos clínicos en todo el mundo y otras 140 en desarrollo en etapas tempranas.

La diferencia entre los precios comparativos que éstas puedan tener y el precio pagado por Estados Unidos a Pfizer resultará sustancial, y debe poner a los sistemas de salud latinoamericanos en alerta para rápidas negociaciones. Las múltiples alternativas invitan a estudiar otras iniciativas más económicas, o comenzar tratativas con Pfizer o Moderna respecto de obtener precios significativamente más bajos. Precisamente porque las vacunas de estos dos últimos laboratorios –aún en fase de evaluación– se basan en una nueva tecnología aún nunca probada (usan ARN o ADN de coronavirus para enseñar al sistema inmune a atacar las proteínas virales clave).

Y al considerarse novedad tecnológica, incorporan un mayor nivel de incertidumbre respecto de su seguridad y potencial efectividad. La disyuntiva que provoca la combinación entre altos precios y elevada incertidumbre tecnológica se torna relevante al momento de discutir innovadoras decisiones sobre el financiamiento, particularmente útiles para tener en cuenta en estos tiempos económicos particularmente difíciles. Cuestión de soberanía en la aldea global. □

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

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones

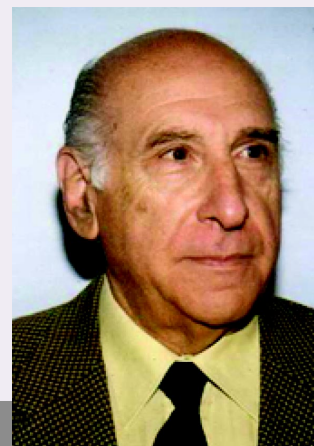


Tucumán 1668, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



El sistema de atención médica y el plan de beneficios

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Un sistema de salud es el resultado de una suma algebraica de la ciencia y la tecnología con la cultura, la tradición y los cambios políticos, variables que facilitarán o no, su desarrollo y resultado. Si bien el conocimiento y la tecnología son comunes a todos los sistemas, deben ser funcionales o estar en acuerdo a las variables señaladas, a las necesidades del país y de la población. Por tal razón para comprender las condiciones de su funcionamiento y pensar la mejor manera de producir un cambio o adecuar su estructura, es necesario penetrar en la médula del sistema, a través de un hilo conductor.

Las reformas producidas en otros países suelen ser señaladas por muchos expertos, políticos o técnicos, pero ellas no pueden ser importadas, precisamente por las características políticas, sociales y culturales del país. No obstante, hacen a la experiencia y aprendizaje. Pueden agruparse como mejoras de un modelo existente de características hegemónicas. Otras se realizaron de manera disruptiva al modificarse la fuente de financiación, que como conductor de la reforma reguló el funcionamiento y la organización del sistema. En cambio, en nuestro país no hubo una decisión y consenso sobre cuál debería ser el sistema de salud, sino que éste fue modelándose como consecuencia y especulaciones de otras políticas.

La interpretación histórica de nuestros errores suele ser reemplazada por los diagnósticos que se repiten con lujo de detalles incluyendo a funcionarios que no pudieron aprovechar su oportunidad para producir algún cambio, quizás porque no encontraron la forma de deshacerse de reglas e ideas viejas que aún permanecen en un contexto distinto al que las originó. No obstante, existen propuestas revisionistas que tienen un valor retórico ya que no dicen cómo transitar el cambio. Ello genera incertidumbre a los actores que, posicionados en el sistema, les resulta difícil establecer consensos y una estrategia.

La preocupación por resolver determinados problemas lleva a la creación de comisiones, que, aunque pretendan ser innovadoras en general no tienen éxito por dos razones. Una porque obedecen a una posición política o ideológica y otra porque los actores que las integran no están dispuestos a recortar sus intereses en organizaciones que gozan de cierta autonomía. Por el contrario, pueden crearse nuevos problemas que pasan a ocupar la atención olvidando el problema que se quiso resolver.

LAS OBRAS SOCIALES Y LA SALUD PÚBLICA

Interesa definir la naturaleza de los recursos económicos que manejan las Obras Sociales, en particular las sindicales que, al estar establecidos por ley, son obligatorios y de cobro compulsivo. Por tal razón deberían regirse por las normas del derecho público como así lo expresa la resolución 283/76/

INOS por tratarse de contribuciones especiales y tributos que pertenecen a la Seguridad Social (Naturaleza pública de las contribuciones, Fonrouge).

Sin embargo, el artículo 16 del decreto 576/93 que reglamentó la ley 23.660 le quita tal carácter para reconocerlo como parte del salario. Con ello el modelo es privatista y de mercado y explica la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (1996). El solo planteo al incorporar un elemento explícito de negociación favorece la gestión en una suerte de combinación entre intereses y cooperación con el propósito de construir oportunidades y encontrar los puntos críticos en los que las partes se interesen y por lo tanto ganen.

Ese giro en la reglamentación contradice el espíritu integrador del proyecto de ley que dio origen a las Leyes 23.660 y 23.661 respecto a la universalidad del sistema y al aporte financiero del Estado con destino a la población sin cobertura formal que se había calculado en el 50% de la cápita de la obra social jurisdiccional. Puede suponerse que de haberse concretado este aporte se encontraría un camino al que los demás componentes del sistema de atención deberían adecuarse. La ley 23.660 buscó reordenar el régimen de Obras Sociales Sindicales a través de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). La ley 23.661 creó la Administración Nacional de Obras Sociales (ANSAL) con un directorio en el que el COFESA contaba con un solo representante. La idea de integración de los subsectores por convenios no tenía posibilidades.

Más allá de las mejoras que pudieron incorporar, creo que el error, ya en el proyecto inicial, fue la centralización y dependencia de Buenos Aires, antecedente para tener en cuenta cuando se hacen propuestas con dicha característica. Igual destino tuvo la propuesta de la Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM) antecedente de la desregulación, que planteaba la Cuota Única para la Atención Médica (CUPAM) que era bien vista por la CGT siempre que asegurara una mayor recaudación de las Obras Sociales Sindicales.

Otro antecedente olvidado pero que abordó la integración de los subsectores fue la ley 19.337/72 a través de la descentralización hospitalaria que resultó abolida por leyes siguientes incluido el art. 41 de la ley 23.660. Con la creación de la SSSalud que sumó las competencias de la DINOS y la ANSSAL, cabe preguntarse cuál fue la finalidad de separar las leyes.

Los modelos de atención se sustentan en cinco componentes interrelacionados: a) La rectoría y gobernanza del sistema; b) La financiación; c) Los recursos humanos y tecnológicos; d) La organización de los servicios; e) El conjunto de prestaciones y servicios a cubrir. Cualquiera de ellos nos lleva a los demás componentes y pueden servir como abordaje para encontrar una oportunidad innovativa.

Así, por ejemplo, una definición explícita de alcance y profundidad a la cobertura requiere su presupuestación y la asignación de los recursos y también adecuar la organización de los proveedores de servicios, así como el uso adecuado de la tecnología.

El documento BID 2004 clasificó al sistema argentino dentro de aquéllos que segmentan el acceso por nivel socio-económico y tipo de vínculo laboral, con mínima articulación entre los subsectores, los que ofrecen planes amplios y otros restringidos, pero ambos con racionamiento implícito.

Podemos pensar que por la aposición de circunstancias políticas se produjo una reforma en los términos que ha descripto el BID. No es ocioso señalar que vino a ser respaldada por el FMI que en 1992 requirió privatizar el Sistema de Seguridad Social entre otras medidas. En este escenario se formalizan dos modelos uno unitario y otro federal. Los Hospitales intentan equilibrar la accesibilidad a los servicios, las Obras Sociales observan importantes variaciones en su capacidad de cobertura, los Prepagos dejaron de ser un componente lateral y los Programas Verticales se orientan a satisfacer necesidades de asistencia médica.

EL PLAN DE BENEFICIOS COMO PIEDRA ANGULAR DEL SISTEMA (PMO)

El plan de beneficios reconoce como antecedente a los Catálogos de Prestaciones originados en 1948 por las entidades médicas que postulaban la libre elección, el libre acceso de a la oferta y los convenios colectivos de trabajo. Esta "receta para el desastre", que aún tiene cierta vigencia, inicia el modelo de mercado coincidiendo con la creación del NHS en Inglaterra, que aun siendo la cuna del capitalismo consiguió eludir el dogma de la libre elección, a la hora de diseñar la respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población.

En 1972 con el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) se consolidan los nomencladores nacionales como una forma de regulación de los precios relativos del subsector de Obras Sociales Sindicales, como herramienta de trabajo,

pero no con el propósito de fijar políticas de salud. En la Argentina los nomencladores contribuyeron a definir de manera imperfecta la cobertura médica a través de listados explícitos que acompañaron a la modalidad de contratación según unidades desagregadas en un sistema de múltiples cajas, monopolio prestador y lucha de mercados. De alguna manera aportó elementos de igualdad colectiva y posibilitó la expansión y el desarrollo de la oferta médica y tecnológica en las distintas jurisdicciones del país. Estas ventajas iniciales se eclipsaron y aun desaparecieron debido a la distinta capacidad financiera de los financiadores y por los defectos inherentes a los aludidos listados.

Las imperfecciones de los nomencladores agregaron desventajas al pago por acto médico porque no cumplen con ciertas condiciones. La escala relativa de unidades debe ser equilibrada, dentro y entre las categorías o capítulos que se establezcan. Puede ser una modalidad elegible cuando las unidades no son monetarias y existe equilibrio entre oferta y demanda. En estas condiciones contribuye al cálculo presupuestario prospectivo y como forma de distribución del ingreso profesional en los contratos de riesgo.

En la actualidad la cobertura de los planes de atención depende del nomenclador del proveedor que se contrata. Por tal razón es un capítulo por desarrollar como abordaje al sistema. Como referencia es interesante seguir el modelo de cálculo de honorarios médicos que hizo HSiao (Harvard) en base al valor de la hora médica modificada por variables como el esfuerzo mental o psíquico, el grado de estrés, el nivel de adiestramiento, el tiempo de la práctica, la frecuencia, entre otras, con el propósito de equilibrar la retribución independientemente de la especialidad. Un modelo simplificado, pero por hora producción apliqué en un establecimiento de Obra Social y resultó ventajoso frente al presupuesto escalafonario.



Visítanos en:
www.revistamedicos.com.ar

La desregulación (decreto 9/93) sin precios oficiales planteó un escenario sensible a los acuerdos entre financiadores y proveedores o intermediarios, contribuyendo a la segmentación de la población beneficiaria dando lugar a la formación de planes diferenciales según capacidad económica. El Programa Médico Obligatorio (PMO) se definió en la resolución 247MS/96 como el régimen de asistencia obligatoria para todas las Obras Sociales reguladas por las leyes 23.660 y 23.661. La resolución 939/MS/2000 explica mejor los planes y programas de salud como garantías explícitas de cobertura, modalidades y programas de atención y da prioridad a la atención primaria y a la medicina basada en la evidencia.

PROPUESTAS PARA REFORMULAR EL PLAN DE BENEFICIOS

Los países con modelos en competencia, bi o tripartitos (Público, Seguro Social, Privado) han recurrido a un Plan Básico de Salud teniendo en cuenta las prestaciones esenciales, que no siempre es fácil definir. En cambio, en la Argentina lejos de pararse en esa definición de un plan básico, el PMO incorpora un amplio espectro de cobertura que es definido en el artículo 1º de la resolución 201 MS/2000 y sus modificaciones posteriores. El problema está en el acceso a una atención de calidad, oportuna y suficiente para todos los beneficiarios, sin segmentación, sin restricciones implícitas y sin correcciones judiciales.

Las coberturas esenciales del PMO conforman un listado positivo de prácticas ordenado en base a los citados nomencladores, pero sin valoración. Además, contiene algunas exclusiones como las terapias alternativas, techos en algunas prácticas, límites de edad y recomendaciones sobre prestaciones sin evidencia en los programas preventivos, no obstante, proporciona cierta flexibilidad al acceso según fuere el dictamen por competencia de la auditoría

médica de la Obra Social. La confección de listados negativos hace a la mejor interpretación y alcance de la cobertura, por lo que es recomendable su confección al igual de otros que son pasibles de autorización particular.

El PMO contiene otros listados por especialidades. El de medicamentos vino a solucionar un antiguo problema por las diferentes coberturas entre las Obras Sociales Nacionales. Su confección debe ser revisada ya que permite especulaciones económicas que no benefician al bolsillo del usuario. A tal efecto pueden destacarse seis medidas que mejorarían en funcionamiento sectorial: 1) Establecer la metodología del cálculo de referencia descartando el promedio; 2) Analizar la extensión de la comercialización de los productos según jurisdicción; 3) Indicar el Precio de Referencia en un valor monetario y no en porcentajes; 4) Revisar las presentaciones según necesidades terapéuticas; 5) Establecer el mecanismo de actualización a los efectos de atender las variaciones de precios; 6) Actualizar el listado en el caso de nuevos productos para su homologación o establecer su PR según corresponda.

Un Plan de Beneficios distingue distintas dimensiones con relación a sus contenidos y modalidades de aplicación, como herramienta regulatoria de política sanitaria, como derecho de los ciudadanos, como medio de gestión para mejorar la eficiencia y como orientador en las negociaciones contractuales. En este sentido el PMO agrega algunos elementos como los programas preventivos, las modalidades de atención y algunas normas referidas a la utilización de servicios. Asimismo, hay un importante bagaje de recomendaciones y protocolos producidos por el SUR que deben ser aprovechados y desarrollados.

Las propuestas prácticas, para hacer las cosas un poco mejor, ante la necesidad de universalizar la cobertura según criterios de equidad lleva a la definición de programas prioritarios (Materno infantil, crónicos, salud mental, entre otros) los que están compuestos por diversas prácticas

y prestaciones contenidas en los listados, deben ser presupuestados y monitoreados. Por lo tanto, cualquiera fuese la modalidad de atención ambulatoria u hospitalizada se requiere el apoyo de los listados de prácticas y servicios. No se trata de definir las esenciales sino las necesarias para la ejecución del programa. En consecuencia, hay que abordar la cobertura según los niveles de atención.

El proceso administrativo y la variación médica de los pacientes hospitalizados aconseja el uso de nomencladores modulados que agrupan las prácticas asistenciales como los Grupos de Diagnósticos Relacionados, con el propósito de introducir

Establecimientos acreditados y especializados por nivel

Criterio	1º Nivel	2º Nivel	3º Nivel
Accesibilidad	Directa	Directa o Referencial	Indirecta
Tecnología	Baja Complejidad y riesgo	Especializada media complejidad y riesgo Secundaria	Alta Complejidad y riesgo
Prevención	Primaria	Ídem	Terciaria
Organización de la oferta	Descentralizada, propia o contratada		Centralizada en servicios seleccionados
Modalidad de Contratación	Presupuesto prospectivo o por programas	Presupuesto s/producción, módulos, DGR	Ídem
Retribución Profesional	Hora médica Cápita + incentivos Arancel y Salario	Ídem	Ídem

**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.



eficiencia clínica y operativa transfiriendo riesgo hacia la gestión hospitalaria.

Un sistema de ajuste de riesgo basado en edad y sexo, condiciones médicas con similar utilización de recursos sanitarios, permiten establecer medidas de resultados, comparar desempeños, definir la capacidad resolutoria de los Centros de Atención y ser utilizados en la distribución de recursos o como incentivo al proveedor. Es importante señalar que se contratan programas, no prácticas.

Desde hace años se han desarrollado y utilizado diversos índices para determinar las necesidades en los programas de administración de la salud como el índice "Q" de Miller, el de Chan o la fórmula dinámica de Hanlon, los que pueden ayudar a la toma de decisiones pese a sus limitaciones.

Para avanzar en la equidad hay que pensar en la cobertura de las enfermedades y los diagnósticos, lo que reduce la importancia en la selección de actividades y servicios llamados esenciales, los que incluso pueden tener distinta relevancia regional.

La importancia de los listados radica en la definición de la profundidad de la atención, en la calidad y en el uso adecuado de la tecnología, en acuerdo a las necesidades individuales y de la población, sin que desplace alguna enfermedad.

Esta suerte de nomencladores por nivel de atención, a diferencia de la organización por libre demanda, plantea una alternativa que pretende lograr la eficiencia global del sistema por medio de la adecuada asignación de recursos, transparentar la relación entre financiadores y proveedores, orientar la especialización y organización de los servicios, diferenciar la retribución contractual de la retribución profesional y reducir el pluriempleo al contribuir a la concentración contractual.

Estos listados requieren el respaldo de la evidencia médica y ser perfeccionados con otros que los complementan, algunos ya existentes pero dispersos en una maraña de resoluciones.

1 – El listado de exclusiones se compone de las prácticas no legitimadas por el conocimiento médico, las coberturas sociales, y las comodidades que excedan el suficiente confort del paciente, entre otras no prioritarias. Este listado negativo no debe incluir restricciones que hagan al control del gasto ni afectar la atención centrada en el paciente.

2 – Las autorizaciones especiales tratan de prácticas que no corresponden a un nivel pero que pueden ser autorizadas a un proveedor con el propósito de dar mayor resolutoriedad al área de referencia.

3 – El listado de prácticas opcionales son aquellas no priorizadas, con un copago a cargo del usuario, siempre que se la considere que aporta algún beneficio a la salud.

4 – El catálogo de prótesis, órtesis, implantes y otros elementos médicos, sin los cuales no se puede llevar adelante un tratamiento deben tener descripción y un precio orientador, permitiendo además realizar convenios y/o compras conjuntas.

5 – Los servicios, prácticas, medicamentos u otros elementos tecnológicos conforman el listado de financiación especial o distinta a los presupuestos de los financiadores o sostenidos por un régimen de reaseguro.

En conclusión, es necesario entrar en las entrañas del Sistema de Salud y para ello hay que hallar la puerta de entrada para generar un proceso de gestión más amplio de acciones e instrumentos vinculados que identifiquen algún problema que preocupe en común como lo es el Plan de Beneficios.

Es difícil predecir el comportamiento de los componentes de cualquier sistema, lo que no invalida que se produzcan procesos de adecuación progresivos para hacer posible el funcionamiento del Primer Nivel de Atención, transformar el Hospital en empresas públicas preservando su naturaleza pública, integrar un mercado proveedor organizado y hacer eficiente el sistema.

La política en lo que hace al sistema de salud debe olvidar el unitarismo y el centralismo y traducirse en un plan estratégico de largo plazo a realizar por cada jurisdicción, que contemple: 1) El derecho a la salud de los ciudadanos como un actor dentro del sistema, lo que contribuirá a la satisfacción y delimitación de sus expectativas; 2) La disponibilidad de una herramienta de política sanitaria que haga posible universalizar la cobertura; 3) El medio de gestión que mejore la eficiencia y especialización de los servicios de atención médica, reduzca la variabilidad médica y concentre los servicios de alta complejidad, en beneficio de su mayor entrenamiento; 4) Las relaciones contractuales como una sinergia de intereses, de orden colaborativo, orientadas a resultados, con dependencia de un presupuesto e independencia de la forma de retribución al profesional. Luego tendrá lugar la coordinación, la homogeneización de las jurisdicciones a favor de la gobernanza del sistema. □

BIBLIOGRAFÍA:

- Principios de Administración Sanitaria. J. J. Hanlon. La Prensa Médica Mexicana. 3° edición.
- Medición de la Calidad de Atención de la salud. G. A. Constanzo. CLAM N° 48 OPS 1975.
- Participación de los Médicos en la Seguridad Social. C. de la Plaza. Medicina y Sociedad N° 5 - Vol. 8 / 85.
- Metodología para asignar horas médicas y de enfermería. A. M. Reale, J. C. O'Donnel, J. M. Laspiur. Revista Auditoría Médica N° 1 y 2 / 83.
- Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud. Medicina y Sociedad N° 5 - Vol. 8 / 85.
- Prestaciones Básicas. C. Marracino. Medicina y Sociedad. N° 4 - Vol. 18 / 95.
- Modelos de Prestaciones en Medicamentos. A. M. Reale. Medicina y Sociedad - Vol. 18 / 95.
- Teoría del Juego A. Branden Buger y B. J. Nalebuff. Revista Gestión 1997.
- Proyecto Seguro Materno infantil Jujuy. A. M. Reale y Colab. Contrato CS ARG / CMT / 00412.001 OPS. 2003.
- Plan de Beneficios Universales de Salud. A. M. Reale, Lima Quintana. PAISEI Camino de los Consensos Básicos. Fundación FeMeBA. 2017.

(*) Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Profesor Emérito de la Universidad ISALUD - Miembro del Grupo PAÍS.



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

Telemedicina y seguro de mala praxis

“Cortar leña es alentador, porque se pueden ver los resultados de inmediato”.

Albert Einstein

Por Fernando G. Mariona - Abogado (**)



Como aproximación al tema, bien conocido dentro de la comunidad médica, recordemos que varios años atrás, comenzó en la Argentina un fuerte movimiento para desplegar la especialidad de la Telemedicina, a raíz del progreso de las nuevas tecnologías informáticas ⁽¹⁾. Surgía así, una extraordinaria posibilidad de atender pacientes a distancia, como la de ampliar y desarrollar determinadas especialidades, fundamentalmente la de diagnóstico por imágenes, donde a veces la distancia dificultaba la posibilidad de llegar a un diagnóstico eficaz.

En el marco de la pandemia y cuarentena por Covid-19, y a raíz del estado de emergencia sanitaria y el correspondiente dictado del DNU 260/2020, el que declaró que la ley de Solidaridad Social y Reactivación Económica (incluía la emergencia sanitaria), dicha emergencia fue prorrogada por el plazo de un año, es decir hasta marzo de 2021, se restringió el movimiento de personas asintomáticas hacia las clínicas, sanatorios, centros médicos, consultorios particulares y consultorios odontológicos, entre los lugares donde habitualmente prestan sus servicios los profesionales de la salud.

En consecuencia, las personas, potenciales pacientes agudos o crónicos de otras especialidades, dejaron de desplazarse hacia los establecimientos asistenciales y consultorios médicos en general. Más allá del peligro que ello significaba para la salud de los pacientes, los establecimientos asistenciales en general, dejaron de tener ingresos por los servicios que habitual y diariamente prestaban, generando potenciales pero serios problemas, económicos y financieros. Fue por ello que casi todas las especialidades médicas comenzaron por hacer un uso intensivo de la Teleasistencia y de la Teleconsulta, para intentar mantener un nivel de ingresos aceptable.

No estaba mal pensar entonces que finalizada la cuarentena o la pandemia, muchas cosas que en apariencia han tenido su origen en este flagelo universal, perdurarán, con la misma intensidad, habida cuenta algunas ventajas comparativas con el “viejo” sistema de atención y gestión, que la comunidad médica, financiadores incluidos, pudieron ir advirtiendo.

Los usuarios y proveedores de servicios, poseedores de las innovaciones tecnológicas en materia de comunicación ya se cuentan por millones, y ellas son una realidad inquestionable, que no puede ser ignorada por nadie.

Entre ellos, obviamente los proveedores de servicios médicos brindados a través de la telemedicina, y los

aseguradores del riesgo de responsabilidad civil de la práctica médica.

Estos últimos a partir de abril de 2020 recibieron infinidad de consultas acerca de la existencia o no de la cobertura de responsabilidad civil médica –mala praxis– para esta modalidad de provisión del servicio del cuidado de la salud.

En términos generales, las Aseguradoras del Riesgo de Responsabilidad Médica o bien son renuentes a otorgar la cobertura o bien lo hacían como una excepción, (durante el tiempo que dure la pandemia, decían) dadas las circunstancias fuera de lo común planteadas por el Covid-19.

NUEVA MODALIDAD

Pudo advertirse durante estos últimos meses, y en el sentido comentado, que muchos pacientes recibieron respuesta a sus consultas o tratamientos médicos de diversas especialidades, así como de psiquiatría y psicología a través de lo que se denomina genéricamente Telemedicina.

En la gran mayoría, los pacientes consultantes se encuentran y se encontrarán en el futuro, dentro de los límites de la República Argentina incluidos en ese grupo, muchos en la misma *jurisdicción* del profesional consultado, y otros alejados de ella.

Esta cuestión de la jurisdicción para la realización del acto médico, para algunos es el domicilio del médico, y para otros el del paciente, se transformó en un escollo insalvable para la comunidad médica, ya que las Asociaciones Médicas de carácter científico, gremial y tuitivo, por pedido de los mismos profesionales, exigen que el médico consultado tuviera matrícula habilitante para el ejercicio de ese acto médico en la jurisdicción del domicilio del paciente. Ej.: un médico domiciliado en el Distrito IV de la PBA, que atiende profesionalmente a un paciente domiciliado dentro del Distrito III, se le exige al médico que pague ambas matrículas, la habitual más la del domicilio del paciente, para poder atenderlo por Telemedicina (Teleconsulta).

En materia de Telemedicina siempre existió un vacío legal en cuanto la regulación del ejercicio.

Para el tratamiento del problema por parte de las Aseguradoras del Riesgo de Mala Praxis, tres podrían ser en principio los escollos: por un lado, la ubicación del riesgo, por el otro el lugar de la ocurrencia del hecho generador del daño, construcción literaria doctrinaria, inexistente a lo largo del articulado de la Ley de Seguros 17.418, y finalmente la existencia de un incremento de

la tasa de riesgo. El desarrollo de esta trilogía de temas excede los límites de este breve ensayo.

Hasta hace escasos dos meses atrás, sólo dos proyectos, uno del 2016 y otro del 2017, así como la institucionalización de un “Plan Nacional de Telesalud 2018/2024” (noviembre 2018, B.O. 9/01/2019) en Nación ⁽²⁾, y otro proyecto en PBA denominado “Programa de Telemedicina”, incluyen las definiciones de Tele-diagnóstico, Teletratamiento, y Teleseguimiento, no ignorándose que antes de ello existía ya la definición de la OMS. “La prestación de servicios de atención de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades”.

Pero en ninguno de ellos se tocaba la cuestión de la jurisdicción, pese a que ésta problemática no es sólo del ejercicio médico en nuestro país.

Recientemente se presentaron varios proyectos para la regulación de la actividad, entre ellos el Proyecto Cano que en términos generales vuelve a definir dentro de la Telemedicina las distintas especialidades, marca los estándares tecnológicos, las cuestiones vinculadas con el almacenamiento de datos (Historia Clínica), delinea las prestaciones, y prescribe acerca de la obligatoriedad del Consentimiento Informado que deberá ser firmado por el paciente, de acuerdo con los términos de la ley 26.529, de los Derechos del Paciente, así también la posibilidad de que la consulta pueda hacerse en tiempo diferenciado e igualmente se define (art. 12) que “a todos los efectos legales se establece que el domicilio de la prestación (médica) será el domicilio en donde el profesional efectúe la prestación del servicio”. Se propone que la autoridad de aplicación sea el Ministerio de Salud de la Nación.

Me reitero a la cuestión del domicilio del profesional y el del paciente al momento de brindarse la práctica médica, pues en el Seguro de Responsabilidad Civil Médica (Mala Praxis) el siniestro se halla constituido por la aparición de un débito de responsabilidad civil previsto en el contrato, como consecuencia de un hecho acaecido en el plazo convenido. Para una parte de la doctrina nacional ese hecho debe ocurrir durante la vigencia del contrato, y el reclamo llegar hasta un cierto tiempo posterior, haya o no sido renovado ese contrato por el asegurado, y para otra, el hecho generador del daño deberá haber ocurrido durante la vigencia del contrato, y el reclamo por la aparición o descubrimiento del daño en su cuerpo o en su salud podrá ser efectuado durante la vigencia del mismo contrato, o en alguno de las futuras renovaciones.

Magüer lo comentado, en fecha reciente, 15 de octubre 2020, el proyecto de ley con media sanción de diputados (Expte. 538/20), en términos generales reitera similares argumentos acerca de la necesidad de la regulación de la actividad y las definiciones de las distintas fases de esta especialidad médica y sus estándares de funcionamiento, pero, deja en manos del PE para que defina quién será la autoridad de aplicación, e interpreto como altamente criticable, establecer como una de las funciones de la futura “autoridad de aplicación” el “desarrollar sistemas de colaboración integrando subsectores y niveles de complejidad progresivos para la atención y seguimiento de pacientes a través de

la celebración de acuerdos interjurisdiccionales, intersectoriales y redes integradas”.

Es decir, en mi criterio, advierto que dicho proyecto mantiene la traba de la cuestión jurisdiccional, para ratificar en el mismo con media sanción de Diputados, presentado por Julio Cobos, de profesión ingeniero, en el art. 11 que “de cualquier manera que el acto médico se practique, siempre será entendido como otorgado en la modalidad presencial”, es decir en la jurisdicción de la residencia del paciente y no del domicilio del profesional, subsistiendo en consecuencia la obligatoriedad del múltiple matriculado.

Y va un poquito más allá todavía, en materia de cobertura asegurativa contra la mala praxis médica, introduce muy peligrosamente un concepto inexistente, para cuando llegue el momento de una sentencia condenatoria que se haga extensiva, en la medida de la suma asegurada contratada, también contra una aseguradora del riesgo mencionado. En efecto, en el mencionado artículo menciona que “ante la exigencia de la contratación de un seguro de actuación profesional *obligatorio* no será exigible una cobertura adicional para los actos de Telemedicina”.

Es sabido, primeramente, que no existe en la Argentina alguna legislación que exija (obligue) a médico o institución médica la contratación de un seguro, es decir, no es un seguro obligatorio, como sí lo es la cobertura asegurativa de Responsabilidad Civil en el uso de automotores. Dicha exigencia, en todo caso, deviene de entre la propia comunidad médica en todas sus versiones, como prestadores públicos o privados, financiadores, obras sociales, redes integradas, los pactos de indemnidad, las mal llamadas gerenciadoras, etc.

En segundo lugar, el proyecto con media sanción de diputados, no adjunta entre sus fundamentos, estudio actuarial técnico de seguros, que permita demostrar que el ejercicio de esta nueva especialidad, en cualesquiera de las versiones y modelos que el mismo define, no cause un agravamiento del riesgo que permita fundadamente al asegurador la percepción de una extra-prima para la cobertura de este nuevo riesgo, que tendrá además en el futuro inmediato severos requerimientos indemnizatorios, cuya explicación y análisis exceden los límites de este ensayo.

Imagino con esperanza, en favor de los pacientes, que antes de su sanción definitiva este proyecto sea analizado con mayor objetividad. Caso contrario volveríamos a recrear, como a comienzos del pasado siglo XX, el mito de la vaca atada. □

REFERENCIAS

1) Stanberry B (Centro de Ética Jurídica y Riesgo en Telemedicina, Cardiff, Gales, Reino Unido). Telemedicina: barreras y oportunidades en el siglo XXI (Medicina Interna en el siglo XXI). J Intern Med 2000; 247: 615–628.

2) Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, donde se planteaban tres ejes estratégicos, entre ellos el de la creación de la Legislación Regulatoria.

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

Las tribulaciones de un chino en China



Por Antonio Ángel Camerano (*)

Hace muchos años con un dirigente médico pensábamos si la lucha médico-sanitaria es continua o que continúa... y no es semántica es incertidumbre dialéctica. Porque por mucho que hablemos en situación de pandemia el futuro no existe... ahí y ahora parece que de tanto achatar la curva estamos en un estrés permanente.

Y la cuarentena se prolongó, la ASPO se abrió y cual mancha de aceite la circulación del virus se esparce hacia las comunidades del interior y nos muestra las realidades más macabras en cuanto a la queja y quien puede que se defienda. La tensión es permanente y permanece constante, están los pro y los anti además de haber politizado la pandemia cual otro tema más en nuestro bendito suelo americano.

Tal como se titula en el artículo *"La Pandemia del Miedo"* ... *"Tres de las cosas más importantes que un ser humano necesita están siendo sistemáticamente deterioradas: la salud, las relaciones sociales y la economía"*. Como nos dice María Ibáñez y Jesús Jiménez, (2020) ... *"Si a esto le sumamos el caos informativo que están padeciendo los ciudadanos, debido a que en muchos medios de comunicación se aporta una información simplista y alarmista encaminada a justificar la gravedad de las medidas tomadas, y por otro lado la información que llega a través de las redes sociales de profesionales sanitarios y periodistas que proporcionan otras explicaciones diferentes, más detalladas y argumentadas, ponen en duda que las medidas draconianas que se están tomando sean en realidad las más adecuadas, entonces la incertidumbre, los niveles de angustia, miedo y estrés se disparan"*. Algunos se borraron; pero el personal de salud; de seguridad y el Estado no se pueden borrar como de la nada... Están ahí presentes.

Y todo sirve para todo. Se descuelgan del pensamiento mítico y psicótico las ideas más macabras que existen en el mundo y nos une la desesperanza y la incertidumbre. Y como apareció en un reciente artículo del Banco Mundial (setiembre 2020) *"Crear sociedades más resilientes y pacíficas es el nuevo futuro"*:

"La pandemia de Covid-19 ha expuesto algunos de los mayores problemas en las sociedades de todo el mundo. Si bien muchos Gobiernos enfrentan todavía el aumento de los contagiados, la violencia agrava la crisis en algunos de los entornos más frágiles del mundo".

"Aparte de estas tendencias preocupantes, el Covid-19 ejerce nuevas presiones sobre las economías nacionales y locales en que se observan servicios públicos deficientes y una escasa capacidad para responder a la pandemia. Existe un gran riesgo de que esto pueda aumentar los impactos, generando mayor malestar social, violencia e inestabilidad. En países afectados por situaciones de fragilidad, conflicto y violencia (FCV), estas tendencias se agravan, conllevando una carga adicional para las sociedades. Dado que las personas son, en última instancia, las principales víctimas de los conflictos, es esencial encontrar soluciones socialmente sostenibles que aborden los obstáculos de larga

duración para el desarrollo, como la exclusión, la falta de representación y la desigualdad".

"Por último, el empoderamiento amplía las oportunidades a todas las personas para que forjen su propio futuro y tengan una participación importante en las sociedades, algo esencial para tener un Gobierno transparente y que responda a las necesidades de la población y para sentar los pilares del crecimiento inclusivo. Con el fin de apoyar el empoderamiento social es necesario reforzar la recta final de los programas de descentralización dirigidos a las comunidades y fomentar la rendición de cuentas impulsada por los ciudadanos desde la base. La responsabilidad social desempeña un papel fundamental en ese sentido" (sic).

Al momento de escribir estas líneas se ha dejado de hablar del tema con la intensidad precedente. El pueblo se cansó, y se puso a nivel mundial el peso en lo económico.

Pero al final el diario y los médicos del día después dirán la verdad. Parece que el virus vino para quedarse y el pobre poder amarillo no tiene la culpa. Porque estamos acostumbrados a buscar culpables siempre donde no están.

Los sistemas de salud llenos de palabras, de rectoría, de sistemas, de tecnología han sucumbido en lo sanitario puro y en lo económico llevando a un mundo de mayor hambruna que el precedente.

No sea que terminemos como el personaje de Julio Verne (1879) ... *"El amigo desaparece y Kin-Fo (el personaje primario) comienza a sentirse más disgustado, sobre todo cuando le informan que su fortuna puede ser salvada. Entonces comienza a viajar por toda China, esperando evitar ser asesinado antes de que el contrato expire"*.

Y nos preguntamos, ¿Qué papel tendría que jugar en esta crisis sanitaria global? ¿Qué nos puede aportar para mejorar la realidad?

"Desde hace tiempo, nos hemos metido muchísimo con la naturaleza. La explotación inmoderada de los recursos naturales, la contaminación tanto de la atmósfera como de ríos, lagos y mares, la destrucción de los ecosistemas, el manejo y consumo de animales silvestres... no pueden traer como consecuencia sino situaciones como la presente. Por otro lado, me parece también que vivimos en ciudades con una monstruosa densidad poblacional y en espacios muy reducidos, donde apenas cabemos. Así pues, en la medida en que estamos más cerca unos de otros, somos más propensos al contagio de microorganismos" (Paulette Dieterlen Struck – UNAM - 2020).

Y al final no sabemos si continua o es continúa... □

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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





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

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

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

LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD

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

 **acudir**
emergencias médicas

www.acudireemergencias.com.ar

