

Mé[•]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

ANUARIO

2020

Tendencias
2021

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS



GALENO



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



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

Agradecemos y destacamos el esfuerzo y el profesionalismo de las empresas que integran la Red SIFEME.

Somos el sector más expuesto frente a un virus que aún nos da batalla.

Este año fuimos creciendo y perfeccionando cada gestión pre hospitalaria en todo el país.

2021
será un año **mejor**
y nosotros también.

750 EMPRESAS PRESTADORAS

20.000 LOCALIDADES

TRASLADOS – EMERGENCIAS – VISITAS – TELEMEDICINA



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

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

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

ACTUALIDAD <i>Aculdir amplía su flota con unidades equipadas con la mejor tecnología</i>	6
OBRAS SOCIALES <i>Un plan de sostenibilidad o la quiebra del sistema</i> <i>Por el Dr. Benjamín Surace – Gerente de Planeamiento - Programas y Desarrollo de OSUTHGRA</i>	8
<i>Estado de situación de la seguridad social</i> <i>Por el Dr. Carlos A. Espelt - Director Médico - Construir Salud</i>	10
<i>El año que vivimos en peligro</i> <i>Por el Dr. Alfredo Stern - Director Médico de OSPSA</i>	12
<i>La importancia de las asociaciones en tiempos de crisis</i> <i>Por el Dr. Gerardo F. Bernusi - Secretario de FAOSDIR</i>	14
PREPAGAS <i>"La salud es todo"</i> <i>Por el Dr. Fernando Werlen - Director General del Grupo SanCor Salud</i>	16
<i>Propuestas para acelerar los cambios necesarios al sistema de salud</i> <i>Por el Farm. Ricardo Lilloy - Presidente de CEMPRA</i>	18
<i>Grupo Omint</i> <i>La importancia del esfuerzo y el trabajo en equipo</i>	20
PRESTADORES <i>El sector privado de la salud en la pandemia</i> <i>Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA</i>	22
CA.DI.ME <i>La atención primaria de la salud y las empresas de atención médica ambulatoria</i> <i>Área Técnica - Director: Doctor Javier Vilosio - Doctor Rolando Morgensterin</i>	24
CADEID <i>Jornada virtual. "Internación domiciliaria. Su rol en el sistema de salud"</i> <i>Por la Lic. Adriana Figueras – Presidente de CADEID</i>	26
SIFEME <i>Cronología de la lucha contra un virus y los grises de la protocolización</i> <i>Por el Lic. Aldo Perfetti - Gerente Comercial de SIFEME</i>	28
COLUMNNA <i>El año que podría hacernos cambiar</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina – UBA</i>	30
OPINIÓN <i>El miedo colectivo y su impacto en la toma de decisiones</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	32
VOCES <i>El futuro del Fondo Solidario de Redistribución ¿Garantía o hipoteca?</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados</i>	34
COLUMNNA <i>Acerca de la regulación sobre el uso medicinal de cannabis</i> <i>Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA</i>	36
DEBATE <i>SARS-Cov-2, el bien salud y la tragedia de los comunes</i> <i>Por el Prof. Dr. Sergio del Preté - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD</i>	38
OPINIÓN <i>Incertidumbre, epidemiología, Covid-19 y después...</i> <i>Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista</i>	40
COLUMNNA <i>Aportes para una agenda de reconstrucción</i> <i>Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Director del Instituto de Economía del Bienestar</i>	42
OPINIÓN <i>Salud y economía en el 2021</i> <i>Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud</i>	44
COLUMNNA <i>¿Cómo se está gestionando el acceso a vacunas Covid-19?</i> <i>Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista. Miembro del Grupo PAIS</i>	46
OPINIÓN <i>El 2020 aumentó la deuda en capital humano en salud</i> <i>Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico. Máster of Health Professions Education</i>	47
COLUMNNA <i>Covid-19 y los juicios por mala praxis ¿Llegarán?</i> <i>Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut</i>	48
COLUMNNA <i>"Un día dejamos de ser esenciales"</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	50

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



BIENESTAR PARA ESTAR BIEN.

Porque buscás en todo momento de tu vida estar bien, decidimos darte más que medicina privada; brindarte servicios pensados para tu bienestar. Bienvenido Grupo SanCor Salud. Bienestar para estar bien.



SALUD - SEGUROS - ART - CRÉDITOS - TURISMO
gruposancorsalud.com.ar

Acudir amplía su flota con unidades equipadas con la mejor tecnología

En la búsqueda de la mejora continua y con el fin de mantener los altos estándares de calidad que la han convertido en una de las empresas de urgencias y emergencias médicas más consolidadas del sector, la empresa sumó nuevas Unidades de Terapia Intensiva Móvil Tipo III.

En el cierre de un año que fue un verdadero desafío para todos los rubros y especialmente para el de la Salud, **Acudir Emergencias Médicas** apostó una vez más al crecimiento y amplió su flota adquiriendo nuevas unidades móviles destinadas a casos especiales de muy alta complejidad.

Se trata de unidades Mercedes Benz Sprinter 416, más espaciales que sus predecesoras, lo que brinda mayor confortabilidad, seguridad a los pacientes y permite que los profesionales intervinientes puedan desplegar al máximo sus aptitudes. Las mayores dimensiones con las que cuentan facilitan el trabajo de los profesionales ante casos de pacientes críticos que requieren múltiples intervenciones. Es decir, son ideales para traslados de larga y corta distancia para los que se requiere de equipos múltiples de trabajo como ECMO –por ejemplo-, donde no sólo aumenta la cantidad de ocupantes sino también de insumos y equipamiento de trabajo.

Estas nuevas ambulancias suman equipamiento y prestaciones que constituyen una significativa mejora en la calidad de la atención, debido a que están provistas con climatizador automático (frío/calor) y con el **Sistema Autodesbacterizante Pure Health**, una novedosa tecnología que desinfecta automáticamente el área cuando es expuesta a la luz ultravioleta. También disponen de un sector de servicios con acceso desde el exterior, evitando el contacto con el espacio de atención al paciente; desde allí, los profesionales pueden manipular

la silla de ruedas, la tabla de inmovilización e incluso los residuos. Asimismo, externamente se encuentran los tubos de oxígeno que le permiten aumentar su capacidad en un 75%.

Las nuevas unidades móviles cuentan con camilla y silla de ruedas Striker, que ofrecen mayor confort y contención al paciente. Además, las camillas soportan hasta 318 kilogramos, un 60% más del peso que resisten las camillas estándar. Gracias a sus movimientos automatizados, el paramédico puede manejarla con mucha más precisión y seleccionar diferentes posiciones durante el traslado. En cuanto a la silla de ruedas con la que cuenta cada móvil, al ser ergonómicas, otorgan más comodidad y seguridad al paciente. Al igual que las camillas Striker, facilitan la tarea del paramédico permitiéndole realizar su trabajo con menor desgaste energético. También cuentan con un dispositivo especial de orugas y material ultrasensible que posibilita un descenso seguro y más sencillo por escaleras.

De esta forma, **Acudir** ya cuenta con más de 200 unidades móviles disponibles para urgencias y emergencias médicas, traslados de pacientes, visitas médicas domiciliarias y servicios de alta complejidad para pacientes adultos, pediátricos y neonatos, a las que se suman las motos Honda Falcon 400, que actúan como primeros respondientes en situaciones de urgencia o emergencia.

Con 30 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de CABA, Zona Sur y Zona Oeste del Gran Buenos Aires, **Acudir** se prepara para ampliar aún más su rango de cobertura y reafirmar su compro-



miso con la salud, sumando nuevos servicios, más y mejores unidades móviles y un amplio radio de acción para continuar ofreciendo la mejor calidad a sus clientes.

NUEVOS SERVICIOS EN PANDEMIA

Acudir se adaptó rápidamente a la virtualidad que impuso la pandemia por el Coronavirus y sumó este año el servicio de Video Consulta Médica para patologías leves que -en principio- no requieren una práctica presencial, segundas consultas, Triage para estratificación de riesgo de los pacientes Covid positivos y seguimiento de pacientes en domicilio (con Covid positivo más leves y/o patologías crónicas con internación domiciliaria), con el fin de agilizar su diagnóstico, tratamiento y recuperación. Este servicio se concreta a través de una plataforma propia, desarrollada a medida por el Departamento de Sistemas de la compañía que, cumpliendo con todas las normativas de seguridad de datos y trazabilidad de las asistencias, diseñó un medio de manejo intuitivo y amigable para médicos y pacientes.

Por otro lado, convencidos de la necesidad de capacitar a su personal de manera permanente y actualizando los protocolos vigentes, el **Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir** comenzó a dictar cursos online para colaboradores de **Acudir** e interesados externos a la empresa. □



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

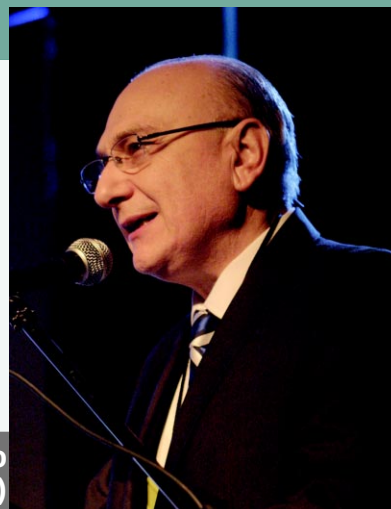


Más info en www.e-galeno.com.ar / www.galenoseguros.com.ar

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.

Un plan de sostenibilidad o la quiebra del sistema

Por el Dr. Benjamín Surace – Gerente de Planeamiento
- Programas y Desarrollo de OSUTHGRA (*)



Por primera vez en años, la salud salta a los medios y a la política con la fuerza que generó la pandemia. Si es cierto que las crisis generan oportunidades, quizás no habrá otra, porque el sistema hoy está muy cerca de la quiebra. Sin capacidad de respuesta de la mayor parte de los financiadores, con el colapso a la vista del sector prestadores, agotados los recursos del Fondo para emergencias sanitarias, y con un déficit mensual creciente del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) se necesita algo más que una ayuda económica.

El Superintendente de Servicios de Salud, Lic. Eugenio Zanarini ha expresado públicamente la coincidencia con el diagnóstico de situación de varias de las causas que han llevado el sistema solidario de la seguridad social a la situación actual y de algunas de las medidas necesarias que están proyectando en su gestión. El diagnóstico de

situación es correcto y su implementación requerirá también el acompañamiento de decisiones políticas del Poder Ejecutivo y Legislativo, como el Proyecto de Ley Complementaria de Salud elaborado por equipos de técnicos de la CGT (IISSS).

EJES DE UN PLAN DE SOSTENIBILIDAD

Pueden existir infinitas combinaciones de intervenciones para hacer un plan de sostenibilidad. Las variables, requisitos y el modelo de provisión que el sistema exija, también condicionarán las intervenciones a incluir en un plan de sostenibilidad. El sector financiador requiere una reestructuración amplia que involucre la cobertura, los ingresos y los egresos del sector.

1. COBERTURA

Canasta básica de servicios: de carácter **universal**, con **acceso** a toda la población. Debería priorizar prestaciones y programas esencia-

les que miden por más años de vida ganados y por calidad de vida. El contenido debe mostrar protocolos, guías de atención clínica y recomendaciones que periódicamente revisadas y actualizadas surjan del trabajo de la CONETEC o de una futura Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

2. INGRESOS

La atención bajo el régimen de monotributo, el personal de casas particulares, y las transferencias de los recursos de los jubilados que se atienden en las OSN deben modificarse de tal forma que su incorporación al sistema solidario no traccione a la baja el promedio del sistema.

De la misma forma los traspasos al sector privado, manteniendo la cobertura del **FSR**, deberían generar aportes complementarios al mismo, si se abona un diferencial para acceder a un plan de una empresa privada, que también utiliza los recursos de dicho Fondo.

Los familiares directos de los titulares de regímenes especiales (Monotributo) deben afiliarse en simultáneo a la Obra Social que elijan, del mismo modo que los trabajadores de la actividad, con un régimen progresivo de cobertura.

3. EGRESOS

3.1 - Obras Sociales inviables: buscar soluciones a la atomización del sector con acuerdos y convenios de cooperación que permitan acciones conjuntas con economías de escalas.

3.2 - Políticas para medicamentos y dispositivos médicos sin existencia en el país o cuyo costo supere un número razonable vinculado al PBI per cápita

Dimensión: déficit del Sistema de Obras Sociales Nacionales en la última década

1. Costo PMO

Año 2011: \$ 136 (u\$s 4,02 = 33,83 u\$s)

Año 2020: \$ 2.800 (u\$s 81.39 = 34,40 u\$s)

2. Ingreso promedio por beneficiario:

Año 2011: \$ 115,00 (u\$s 4,02 = 28,60 u\$s)

Año 2020: \$ 2.000,00 (u\$s 81.39 = 24,57 u\$s)

Diferencia en el PMO: (+ 0.57 u\$s)

Diferencia en Ingresos: (- 4.03 u\$s)

Déficit Neto por Beneficiario: = u\$s 4.60

Población del Sector: 60% del total de los
14.000.000 = 8.400.000 beneficiarios

Magnitud del déficit del Sistema por mes: u\$s 38.640.000 por mes.

Ese déficit se financia con incremento de deudas y diferimiento de prestaciones.

Fuente: Elaboración propia con datos de "Costo PMO Prosanity-ISALUD"; AFIP: Boletines de la Seguridad Social; u\$s valor oficial 1/12/2020.

de la Argentina. Existen 2 estrategias posibles a desarrollar según el valor de la tecnología:

a) Incrementar la modalidad de compra consolidada desde la Superintendencia para aquellos medicamentos especiales de alto costo para enfermedades crónicas.

b) Seguro Nacional de Tratamiento para Enfermedades Raras: debería ser de financiamiento exclusivo del Estado Nacional, hasta que el valor de la tecnología permita su incorporación a la Canasta Básica Universal.

3.3 - Judicialización de las prestaciones de salud: generar un procedimiento similar a la mediación obligatoria antes de la intervención del juez, con un informe rápido de la CONETEC o de una futura Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías, que permitirá incorporar a los expedientes judiciales una información técnica de alta especialización.

3.4 - Las prestaciones de educación y transporte en discapacidad no deberían formar parte del financiamiento de los planes de salud. Hoy comprometen gran parte de los recursos del FSR. Como en la mayoría de los países, estas prestaciones deben ser financiadas por Desarrollo Social.

3.5 - La desinversión en nuestro sistema de salud: como dice Vicente Ortún Rubio, las tres cosas que un clínico debe saber de economía son:

a) Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.

b) Que la ética médica exige la consideración del costo de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

c) Que las utilidades relevantes son las del paciente.

Se estima que varía entre el 15 al 30% del gasto médico según los países y se manifiesta por sobreutili-

zación de servicios, por sobreprescripción de prestaciones y medicamentos que no aportan valor.

Para minimizarlo se emplean 2 estrategias:

a) Protocolos claros y sencillos para los catálogos de prestaciones.

b) Revisar los programas de economía de la salud y medicina basada en la evidencia en la formación de grado y posgrado de las carreras de medicina.

Finalmente, la efectividad de un Plan de Sostenibilidad requiere de la implementación conjunta de todas las intervenciones, y de líderes en ganar consensos. □

(*) Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.

 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOSwww.dsalud.com.ar IFG INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL RED ESPECIALIZADA

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

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

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

Estado de situación de la seguridad social

Por el Dr. Carlos A. Espelt
Director Médico - Construir Salud



El subsistema de OOSS, tanto las incluidas en las leyes 23.660 y 23.661 como las OSP, las universitarias, de FFAA y de seguridad, etc., han vivido y viven en permanente desafío. Las condiciones del contexto las impactan desde tres ángulos principales: el financiamiento, la demanda, y las imposiciones de nuevas prestaciones. Esto no es demasiado novedoso, pero en este año 2020 que finaliza, se ha sumado un inesperado factor de distorsión que ha sido la pandemia de Covid-19.

En cierto modo, la pandemia ha tenido un efecto paradójico: por un lado, la disminución de aportes y contribuciones por caída de cartera (léase disminución de puestos de trabajo formales) vino a sumarse a los crónicos problemas de financiamiento, pero por otro, la baja de la producción de servicios (como consecuencia de la disminución de la demanda) podría haber contribuido a la disminución relativa de los gastos. El subsistema prestador privado al ver menguados sus ingresos por la retracción de la demanda, ha tratado de mejorarlos por la vía de requerir mayores precios para ellos.

Con el esperado dominio de la enfermedad por la vacuna o al menos la disminución de su impacto sanitario, la tan esperada reactivación vendría a sumar recursos al subsistema para que no solo pueda mejorar su financiamiento si no su desempeño. Sin embargo, muchos creen que la desocupación será mayor en 2021 o que aumentará la informalidad.

La tasa de desocupación actual casi duplica la de los últimos 5 años mientras la de ocupación se ubica en el orden del 34%. La diferencia estaría expresando buena parte del trabajo informal. En este segmento se ubicaría una cantidad importante de la población de beneficiarios monotributistas, cuya contribución al financiamiento de la seguridad social es hoy día menor a la de casi totalidad del resto del universo de aportantes, pero su nivel de demanda es superior al de aquellos, como muestra la evidencia. La solución a este desfase -uno entre tantos- parece obvia: equiparar el aporte

de los MT al de la media de los restantes beneficiarios del sistema.

La pandemia desquició casi todos los aspectos de la vida, no sólo en nuestro país si no en el mundo entero. A pesar de todos los problemas históricos del sistema de OOSS, más los que la pandemia le sumó, el sistema sobrevive. La conversión de la pandemia en ENDEMICIA ofrece una oportunidad que se debe saber aprovechar. Creemos que en esto está la clave. Podría ser una oportunidad no solo para sincerar el aporte de los monotributistas sino para asumir otras medidas, tales como revalorar la racionalidad de la incorporación de prestaciones al PMO sin un financiamiento razonablemente asegurado, o, peor, evitar aquellas incorporaciones que podrían obedecer a grupos de presión u otras causales semejantes. Una medida audaz pero coherente, sería derivar el financiamiento de las prestaciones educativas para personas con CUD al Ministerio de Educación.

El Superintendente de Servicios de Salud anunció públicamente que se espera establecer en el 2021 una canasta de prestaciones, que en la práctica reemplazaría al PMO. De ser así, también debería evaluarse la posibilidad de establecer precios de referencia para los ítems de esa canasta, si no a todos, al menos aquellos que tengan mayor impacto en la utilización y gasto. Sin necesidad de reeditar el viejo nomenclador nacional, sino con un criterio basado en costos reales y no en presiones corporativas. A la manera, por ejemplo, del nomenclador del Hospital Público de gestión descentralizada y de otros nomencladores oficiales, cuyo valor es fijado por los diferentes estados: nacional, provincial o municipal.

Los medicamentos encabezan el ranking de los rubros de mayores costos en salud, disputando el lugar con el valor o precio o costo de la internación de pacientes. Alguna vez existió una regulación de aquellos precios y la industria farmacéutica no se desmoronó. Serán importantes las compras conjuntas, de las que ya hay ejemplos.

La pandemia, a pesar de su baja tasa de letalidad (en términos relati-

vos), puso al borde de una crisis sin precedente a la modalidad de internación en unidades de cuidados intensivos, en especial por la importante cantidad de días que consume cada paciente internado, con el consecuente bajo giro de pacientes. En ciertas partes del mundo se desbordaron muchos de estos servicios y todos hemos sido testigos de los dramas que visibilizaron los medios de comunicación audiovisual. No se puede dejar que esto se repita.

Nuestro sistema de OOSS resistió, como ya dijimos, pero sería tentar a la suerte no aprovechar la oportunidad que nos da la amenaza de un rebrote.

A la autoridad política le corresponde crear las condiciones del contexto (reactivación económica y por ende la actividad laboral), a la autoridad sanitaria desarrollar políticas en conjunto, tal como impulsar la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con dictámenes vinculantes para financiadores y de referencia obligada para el Poder Judicial, y adecuar aspectos operativos (como el ya citado cálculo indicativo de precios de una canasta o del PMO) y determinadas condiciones de financiamiento; y al de OOSS nos corresponde gestionar con eficacia y eficiencia aquellas herramientas. Ninguna de estas tres fracciones podrá por sí sola.

Es relativamente sencillo ser eficaz, pero se torna muy complicado ser al mismo tiempo eficaz y eficiente. Y la característica de un sistema sanitario es que sus usuarios (pacientes y proveedores de servicios) priorizan la eficacia por sobre la eficiencia, mientras que los financiadores estamos pensando a la inversa. El desafío postpandemia va a pasar por esto, pero será imprescindible concretar pactos sociales y políticos entre todos los actores. Las OOSS podemos ser eficaces y eficientes, pero ello no depende sólo de su gestión interna sino de la puesta en marcha de al menos esos cambios que hemos esbozado a lo largo de este artículo. □

(*) Obra Social del Personal de la Construcción - OSPeCon



FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
POSGRADOS

INSCRIPCIONES ABIERTAS INICIO MARZO Y ABRIL 2021

Doctorado en Ciencias de la Salud
Dict. CONEAU N° 437/16

Maestría en Salud Pública **¡NUEVA!**
Dict. CONEAU N° 517/19

Especialización en Medicina Legal
Acreditación CONEAU N° 19/18

Especialización en Nutrición
Acreditación CONEAU N° 614/17

Diplomatura en Rehabilitación Neurológica **¡NUEVA!**

Diplomatura en Dermatología Oncológica

Diplomatura en Didáctica y Pedagogía Universitaria

Seguí capacitándote en Fundación Barceló.

informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar



El año que vivimos en peligro

Por el Dr. Alfredo Stern - Director Médico de OSPSA (*)



Es probable que coincidamos en la sensación generalizada que se comenta en reuniones de todo tipo, laborales, con familiares, entre amigos y que, por supuesto, hacemos respetando el distanciamiento preventivo y obligatorio.

El comentario al que me refiero es que esperamos que este año termine de una buena vez y que el próximo, tal como es costumbre, nos dé el empuje necesario y nos ayude con la esperanza que todo será mejor.

Por supuesto el hecho más notable, aunque no único del 2020, es la pandemia de Covid-19 ya que hace un siglo que no sucedía algo de esta magnitud y trascendencia. Resulta imposible encontrar alguien que tenga recuerdo de la Gripe Española de principios del siglo XX y, además, ésta es distinta por las especiales características que ya se han señalado en abundancia y que de todas maneras referiré.

Las pandemias anteriores viajaban a pie, a caballo o a lo sumo en barco por lo que su difusión implicaba desde meses o al menos semanas, como en el caso del siglo pasado. He aquí la diferencia, para la actual se necesitó sólo unas pocas horas para cruzar de un continente a otro.

La segunda característica notable es el impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. Si bien en 1901 Marconi consiguió conectar Gran Bretaña con Canadá, la capacidad de transmisión de datos recién se convirtió en algo generalizado y al alcance del común de la gente, recién a fines del siglo pasado. Para todos nosotros enterarnos de lo que pasa en distintos lugares del mundo, mientras está pasando, o sea "en vivo", nos parece natural y no le asignamos la jerarquía de lo extraordinario ni las implicancias en nuestra forma de ver la realidad y de construir una cultura.

La innovación tecnológica nos trajo más novedades. Algunas que presu- míamos que llegarían, pero que en esta oportunidad se instalaron con una ve- locidad asombrosa. Me refiero al fenó- meno de la comunicación, las "teleto- dos" conferencias, conocimiento, visi- tas a museos, educación, medicina.

Se venía diciendo que se podía hacer educación a distancia, pero las clases a distancia se instalaron a gran velocidad, no para todos, pero sí para una importante cantidad de alum- nos.

Y no solo esto. También se redu- jeron casi hasta por completo los viajes de negocios, los congresos y las reuniones presenciales. También el trabajo se modificó con la posibili- dad de hacerlo desde el hogar.

La atención de la salud se vio capturada por la "telemedicina" de la noche a la mañana mientras las per- sonas debían permanecer aisladas por la pandemia.

Y estas novedades llegaron para quedarse por lo que deberemos acos- tumbrarnos a las externalidades que producen. Abundan ejemplos sobre el tema. Con seguridad tendremos que pensar el tamaño de los espacios físicos que ya no tendrán utilidad alguna, el hogar – oficina o las nue- vas relaciones laborales.

Otra característica de esta pande- mia es la velocidad de respuesta de la innovación científica para buscar so- lución al problema que se presentó.

Nunca antes y en apenas ocho meses, se logró decodificar un virus y poner en marcha el desarrollo hasta lograr vacunas, aún en estu- dio pero que ya existen, como en esta oportunidad.

Todo esto es lo conocido, pero falta analizar el resto de los proble- mas.

A fines del siglo pasado un médico estadounidense, Merrill Singer, acu-

ñó el término de "sindemia" para referirse a situaciones que, como la actual pandemia impactan en varios aspectos a la vez.

En todo el mundo la afectación de millones de personas no fue el único problema. La economía de práctica- mente todos los países sufrió un re- troceso notable con gran caída del PBI.

Como es obvio la recuperación no será la misma para todos. Algunos se recuperarán rápidamente y otros, entre los cuales nos encontramos, tendremos que hacer mayores es- fuerzos para lograrlo.

Nos podemos preguntar por qué ocurrió todo esto y no pudimos pre- verlo. Nos debemos responder que era una situación anunciada pero acostumbrados a atender lo urgente, descuidamos ocuparnos de lo impor- tante.

Hace años que se viene señalando que la devastación de los ecosiste- mas puede conducir a crisis aún ma- yores que las guerras que ha sufrido la humanidad a lo largo de la historia. Muchos autores han hecho referen- cia a esta posibilidad. Entre otros Yuval Harari lo señaló en libros como "De animales a dioses" donde pro- nosticó que probablemente las nue- vas catástrofes de la humanidad no serían las guerras sino las pande- mias.

Otra pensadora, la periodista Sonia Shah estimó que, en los últimos cin- cuenta años, más de trescientas enfer- medades infecciosas han reaparecido o se han intensificado en el mundo. Pone como ejemplo que la tala indiscrimi- nada para aumentar las áreas de cultivos y el proceso de urbanización han acer- cado especies animales con inmundidad desarrollada a lo largo de miles de años, pero portadores de virus para los cuales los humanos no tenemos igual capacidad de defensa.

Si la pandemia afectó la salud y la economía, era impensable que no afectara la prestación sanitaria a nivel planetario. Los países que eran ejemplo de desarrollo de sus sistemas de salud sufrieron y siguen soportando millones de afectados por la pandemia con una mortalidad que se acerca al 15% del total de las causas de muerte.

La Argentina no podía escapar a este desastre y probablemente, la historia lo dirá, con peores resultados que los que pretendíamos.

Las causas pueden encontrarse en la historia de la organización sanitaria de nuestro país. La preparación del sistema de salud con asimetría de recursos según la geografía y la tenencia o no de cobertura extra pública marcó la diferencia.

Esa condición preexistente condicionó, para la atención de Covid-19, la posibilidad de acceso a servicios, bienes y tecnologías y constituyó una de las causas por las que el impacto fue distinto, tal como antes señalábamos, que Singer describió sobre la vulnerabilidad de los sectores más postergados.

El subsector de la seguridad social, crónicamente enfrentado a la falta de recursos, se vio afectado por un efecto de pinzas. Por un lado,

cayeron los aportes y contribuciones, fuente principal de recursos y por el otro aumentaron los gastos y muy especialmente los costos de tecnologías, particularmente medicamentos importados de muy alto costo y ligados al valor del dólar.

La seguridad social que atiende a unos catorce millones de personas tiene un déficit de recursos necesarios para garantizar la atención de sus afiliados que se estima ronda entre 300 y \$ 500.000.000.000 anuales.

Sí. No es un error de transcripción de números. Es un déficit de entre trescientos y quinientos mil millones de pesos la cantidad de dinero faltante para asegurar la salud con la calidad que se merecen quienes contribuyen a generar la riqueza y el sostén del gasto social de nuestro país.

Por todo esto, no podemos menos que aseverar que este año vivimos en peligro. Y se puede agregar que ese peligro no ha desaparecido.

La buena noticia es que, por primera vez, la salud aparece en todos los medios de comunicación del mundo y llamativamente también en nuestro país, donde nunca logró escalar del octavo o noveno lugar en las inquietudes de la gente común.

Si la sensación de estar en peligro sirvió para algo, fue para tomar conciencia que la salud es una necesidad tan básica, que sólo su falta en momentos críticos nos alerta sobre los problemas que genera no tenerla.

Así empezamos a entender que el acceso es importante. Que la infraestructura y la actualización tecnológica también lo son y fundamentalmente que la gente que trabaja en salud tiene en sus manos uno de los bienes más preciados y que por eso debe ser justamente reconocida.

Si la inversión que se hizo por la pandemia de algo sirve, es que por lo general lo incorporado por la emergencia, son bienes duraderos y significaron una actualización del conocimiento y de los recursos tecnológicos.

Entonces es posible que la experiencia vivida sea beneficiosa en términos de posibilidad de mejora. Debería ser así porque ante la magnitud de la crisis vivida, lo único posible es una recuperación y que nos quede como enseñanza lo aprendido en el difícil año que nos tocó vivir en peligro. □

(*) Obra Social del Personal de la Sanidad.

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



La importancia de las asociaciones en tiempos de crisis

Por el Dr. Gerardo F. Bernusi - Secretario de FAOSDIR (*)



Existe un consenso general sobre las dificultades que actualmente transita el sector salud, lo que indudablemente se ha agravado por la situación de pandemia vivida durante el año 2020.

No es objeto de este artículo volver a recalcar los desequilibrios que provocan el aumento de los costos médicos, la judicialización de los reclamos, los atrasos en los trámites de recuperos del S.U.R., las coberturas de nuevas patologías altamente costosas, entre tantos otros tantos factores, sino que por lo contrario buscar senderos que nos permitan transitarlos y superarlos.

Ahora bien, cuando tenemos que analizar las políticas y estrategias a adoptar para zanjear dicha crisis, los consensos se disipan.

Siempre es más sencillo encontrar los problemas que nos acosan que las políticas para abordarlos.

Esta situación es absolutamente razonable porque las soluciones dependen del lugar donde se ubique cada agente, toda vez que la mejor respuesta para uno, puede no ser tan certera para otro, a pesar de que ambos busquen indudablemente "la mejor solución" que favorezca al mismo Sistema de Salud en el que se encuentran inmersos.

En este contexto de propuestas y estrategias resulta fundamental trabajar en grupo y buscar políticas desde lo colectivo, para fortalecer las necesidades individuales de sus integrantes.

Estos desafíos pueden plantearse desde lo individual, tratando que cada agente desde sus fortalezas busque una respuesta particular que pueda servir a su estructura, o puede plantearse desde lo colectivo, tratando de consensuar políticas que generen la sinergia entre los integrantes del mismo grupo, para sumar las fortalezas que otorga cada individualidad.

Podemos decir que hay sinergia cuando en el trazo de las relaciones asociativas la participación de los individuos va más allá de la simple coordinación de esfuerzos, porque se arraiga en el interés y el compromiso de alcanzar objetivos comunes y beneficios compartidos.

A partir de esta premisa nace la

fortaleza de cada asociación o grupo colectivo con interés común.

En estas entidades hay que estar atentos a las complejidades que pueden generar los distintos puntos de vistas de sus actores, tratando de encontrar y potenciar los puntos comunes, siendo indispensable tener siempre un horizonte compartido por todos, toda vez que estos objetivos son los que dan vida a la creación del colectivo y lo mantienen vivo y latente.

El campo de actuación tiene que ser coherente con la identidad del colectivo y de los individuos que lo componen, además de estar bien definido, sabiendo que puede evolucionar y modificarse durante su proceso.

El horizonte compartido es la llama viva que fortifica y unifica a la estructura colectiva.

Así es como han nacido, en busca de caminos que superan los intereses personales, las organizaciones que representan a los sujetos en la sociedad, con el objeto de aunar sus fuerzas, pasando de modelos competitivos a modelos colaborativos y de confianza.

En nuestro imaginario prevalece la idea de que las asociaciones son campos de conflicto de intereses individuales en los cuales es imposible que existan consensos, reglas, valores comunes o confianza, por lo que debemos cambiar ese paradigma, en miras a un trabajo conjunto en búsqueda de un objeto común superador de lo individual.

No suman en estos casos las estructuras jerárquicas que parten de la base de que unas personas "valen" más que otras. Hay que partir de la base de que todas las personas son complejas, ricas en recursos y cada una puede aportar, con sus diferentes habilidades y disciplinas, su participación activa en busca del objetivo grupal.

La horizontalidad consiste en valorar por igual la opinión de todos los individuos por lo que en las organizaciones tenemos que mantener la atención en búsqueda de la horizontalidad participativa, siendo la rotación de poder una herramienta necesaria para mitigar la centralidad y promover la participación de todos sus integrantes.

Dentro de estas estructuras podemos distinguir dos competencias de com-

promiso: la relación miembro-asociación y la relación asociación-sociedad.

El primer ámbito comprende la pertenencia o membresía de individuos a las asociaciones que los integran como usuarios del conjunto de recursos con que cuentan, mediante relaciones que derivan en posibilidades de accesibilidad y de apropiación de un conjunto de bienes y derechos compartidos.

El segundo ámbito se materializa a través de la participación e integración de las asociaciones en la sociedad, mediante la vinculación y constante flujo comunicacional con las autoridades institucionales que determinan las macro políticas gubernamentales.

Conteste con lo expuesto el significado de la palabra Federación refiere a la acción de federar que es unir por unión, pacto, alianza o liga entre varios.

En el contexto actual, no cabe duda de que todos somos parte de la solución que pueda superar la actual crisis del Sistema de Salud, mediante una respuesta que provenga de la dinámica de un grupo que contemple las realidades de todos los actores que lo componen, con políticas que surjan consensuadamente desde el seno de sus organizaciones.

Toda crisis conlleva una oportunidad.

Es nuestra responsabilidad trabajar intensamente buscando el consenso dentro de cada Asociación y/o Federación, para alcanzar la mejor alternativa que pueda atemperar la difícil situación actual y buscar las estrategias para fortalecer nuestro Sistema de Salud teniendo como horizonte políticas que beneficien a todos los actores sin desmedro de su tamaño o dimensión, dado que somos eslabones de la misma cadena, un Sistema de Salud que debe ser eficiente y sustentable.

Una vez más la unión hace la fuerza. □

(*) Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección.



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](https://miportalclnicas.com.ar)

“La salud es todo”

Por el Dr. Fernando Werlen
Director General del Grupo SanCor Salud



Dejamos atrás un año complejo, un 2020 que nos sorprendió con una pandemia que desestabilizó a las personas, a las empresas e instituciones, y a los gobiernos. Desestabilizó a toda la comunidad, impactando en la salud física y emocional, en las finanzas y en los hábitos. Una realidad que nos presentó y nos presenta desafíos impensados llevándonos a la readaptación de nuestras acciones empresariales para comandar el rumbo de los proyectos comerciales.

Por la esencialidad de nuestro rubro y ante la emergencia sanitaria, social y económica, en SanCor Salud nos vimos en la responsabilidad de estar aún más cerca de nuestros asociados, asegurándoles no sólo la sostenibilidad de los servicios, sino el bienestar. Nos enfocamos en contener a quienes nos confían el cuidado de su salud, escucharlos, saber qué necesitan con el fin de llegar a cada uno con soluciones o amplitud de alternativas acordes a sus requerimientos. La cercanía siempre fue nuestra prioridad y ante la emergencia por Covid-19, aún más.

En un contexto complejo para muchos hogares del país, contar con una cobertura de salud se tornó indispensable. Por ello y con la intención de acompañar y posibilitar el acceso a la sanidad, flexibilizamos nuestra cartera de productos y le hicimos saber al medio millón de socios y a todos los argentinos que contamos con alternativas que se ajustan a sus circunstancias, que más allá de los momentos siempre hay un plan para cada familia. Por supuesto, siempre manteniendo el nivel en la calidad de nuestras prestaciones. Nuestro objetivo siempre estuvo claro: llegar a cada una de las personas democratizando el servicio de medicina privada con coberturas accesibles a sus necesidades y así llevar tranquilidad y seguridad a nuestros asociados.

Para continuar garantizando el bienestar, como Grupo empresario creímos conveniente ser proactivos, pero debíamos abordar la situación con cautela, porque el escenario era desconocido y mutaba permanentemente. Si bien el contexto exigió una revisión y reconfiguración de nuestras proyecciones de negocio, reforzamos la proactividad trazando nuevos desafíos comerciales. Nunca perdimos de vista la importancia de nuestra función en la sociedad y por ello apostamos a más, corrimos nuestros límites para acompañar a los individuos, para estar junto a las familias argentinas en este año histórico.

De esta forma, nuestra compañía se vio inmersa en un proceso de transformación paralelo a la emergencia por Covid-19, una evolución digital, de metodologías y circuitos internos que ya había comenzado pero que fue preciso apresurar. Dos mil colaboradores teletrabajando, asesores ofreciendo planes de salud desde sus hogares, nuevas herramientas de organización y comunicación empresarial, virtualización y autogestión de las necesidades de los afiliados. Y más. Sostener los niveles de satisfacción, la rentabilidad y diseñar protocolos para las particularidades de todo el país.

En medio de nuestra vivencia y nuestros retos, la sociedad se estaba transformando y con ella, el sistema de salud. Transitamos muchos meses de incertidumbre y desestabilidad, siempre con el temor de que el sistema de salud colapse. Un tiempo urgente, de dificultades complejas, que reflejó la imperiosa necesidad de políticas sanitarias que regulen y sostengan a nuestro sector. Y aquí, es nuestro deber destacar el rol elemental del personal de la salud que con su profesionalismo y calidad humana se puso al frente de esta dura batalla.

El calendario nos marca que dejamos atrás el 2020. Yo creo que será

difícil “dejar atrás” semejante vivencia. Hemos experimentado tantos sentimientos y situaciones nuevas que indefectiblemente lo recordaremos por la transformación, por los aprendizajes, por haber buscado “salir mejores”. Esa es mi mirada para el año entrante. Ser mejores.

El cambio nos renueva las esperanzas, los ánimos latentes de sobrellevar esta “nueva normalidad” de la que todos hablamos. No somos los mismos, eso está claro. Las personas cambiaron y las empresas también. Como director del Grupo SanCor Salud resalto la unión aun en la distancia y considero que ese es el secreto para afrontar lo que viene. Para superar la crisis destaco la importancia de establecer alianzas, tender puentes constructivos entre el sector público y privado con el fin de alcanzar los objetivos que poseemos en común que tienen que ver con la accesibilidad a un derecho básico como es la salud y que ese servicio sea de calidad. Aunar esfuerzos entre el Estado y las empresas para hacerle frente a las consecuencias pospandemia, buscando las salidas más convenientes para el sistema de salud argentino y que luego, lo impulsen.

Porque si algo aprendimos este año es que la salud es todo, tengo la plena confianza que lo vivido nos agudizará la mirada y la cooperación y sabremos construir.

El 2021 será un año de esfuerzo y reinención, pero confío que hay un horizonte de estabilidad financiera, sanitaria y social, la calma y tranquilidad que tanto necesitamos para reponernos y continuar apostando al crecimiento personal y empresarial. Desde nuestro lugar, como actores sociales, ratifico el compromiso responsable de nuestro Grupo empresario donde, a través del diseño y la concreción de programas sostenibles y sustentables, seguiremos trabajando y dialogando para lograr un futuro mejor. □



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

Propuestas para acelerar los cambios necesarios al sistema de salud

Por el Farm. Ricardo Lilloy - Presidente de CEMPRA (*)



El año 2020 es ya un hito en la historia mundial y particularmente en la de nuestro país. En medio de una crisis ya crónica, descontrolada desde el 2019, los meses de aislamiento obligatorio dejaron a gran parte de la Argentina en la pobreza extrema y a la mayoría de la clase media al límite. Desempleo masivo, cierre de pymes, éxodo de grandes empresas y al sistema de salud pendiendo de los ATP y las compensaciones por la caída de aportes.

En este contexto, sólo queda acelerar cambios profundos, estructurales, porque el status quo sólo lleva al fracaso.

La Cámara de Entidades de Medicina Privada participó junto a la UAS en cada una de las reuniones con el Gobierno para generar las acciones y medidas necesarias para sostener la capacidad de respuesta del sistema sanitario durante la pandemia.

También presentamos diversas propuestas acerca de los cambios que creemos necesario implementar en forma urgente para reconstruir el sistema de salud en la pospandemia y prepararlo para nuevos desafíos que se avizoran, como el impacto de las enfermedades derivadas del envejecimiento de la población, la resistencia antimicrobiana y la posibilidad de nuevas epidemias y pandemias.

En ese sentido, dentro de CEMPRA se crearon comisiones de trabajo en diversas áreas: tecnología, médicos auditores, abogados y contadores para aprovechar el capital humano de especialistas con que cuentan las entidades que integran la Cámara para generar cambios concretos que permitan corregir distorsiones en el sistema, en la legislación vigente, impulsar proyectos y lograr una evolución sobre la situación actual.

Así, la comisión de médicos auditores está analizando estudios científicos internacionales sobre di-

versos tratamientos de alto costo para generar recomendaciones de protocolos basadas en la evidencia, tomando como ejemplo el caso de éxito del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay.

En el 2021 tiene como objetivo trabajar también en un Nomenclador Nacional que permita la homogeneización de los tratamientos disponibles.

Por su parte, las comisiones de abogados y contadores trabajan en la revisión de la legislación que rige al sector para abordar los vacíos legales y las distorsiones que incentivan a la industria del juicio en detrimento de los aportes y la calidad de atención de la masa de afiliados a las obras sociales y prepagas.

La meta es generar un marco jurídico que reconozca los derechos individuales de los beneficiarios, pero a la vez permita la sustentabilidad de las obras sociales, empresas de medicina privada y mutuales, protegiendo así los derechos del colectivo de beneficiarios.

Resulta fundamental una revisión del Programa Médico Obligatorio, a partir de un Nomenclador Nacional, para establecer la canasta de prestaciones, con un orden y límites definidos a la cobertura.

Es necesario generar un acuerdo entre todos los sectores para la sustentabilidad del sistema sanitario. Tender los puentes entre el Gobierno, sociedades científicas, economistas académicos, todo el sector salud y también legisladores y jueces, a fin de evitar, por ejemplo, el dictado de nuevas leyes por enfermedad, sin un estudio previo de su impacto presupuestario en los financiadores, así como las sentencias sin información sobre la evidencia de los nuevos tratamientos de alto costo y sin tener en cuenta el impacto que el costo desmedido de esos tratamientos tiene en el recorte de prestaciones y calidad de atención que recibe el resto de los usuarios de prepagas y obras socia-

les que progresivamente van desfinanciando.

Deberán acordar todos los sectores cómo se financiará el alto costo para hacer posible continuar incorporando nuevas tecnologías cada vez más caras.

Entre las alternativas, está la posibilidad de generar un reaseguro mixto o que sea el Estado (a través de fondos mixtos) el que unifique y brinde las prestaciones, así como la medicación. Esto permitiría el establecimiento de protocolos unificados, la realización de compras conjuntas y la planificación para disminuir los costos y lograr mayor acceso a los tratamientos.

Finalmente, otra medida necesaria es la revisión de la carga tributaria que tienen los usuarios del sistema privado, que resulta injusta teniendo en cuenta que estos ciudadanos están renunciando a atenderse en el sistema público -evitando así su desborde-. Y en caso de atenderse, las obras sociales y prepagas abonan el arancel correspondiente por esas prestaciones. Así, los usuarios de la Seguridad Social y el sistema privado sostienen con sus impuestos al hospital público y a la vez deben pagar diversas tasas nacionales y provinciales en la cuota de su cobertura. La migración de usuarios del sistema privado a las obras sociales o al sistema público sólo genera desequilibrio.

Se debe analizar la política sanitaria sin prejuicios ideológicos acerca de lo público y privado, entendiendo que el sistema es uno solo, que el sistema público sólo no da abasto para atender a toda la población, sino que se deben articular todos los subsectores para lograr un sistema sólido, con capacidad de respuesta ante los nuevos desafíos sanitarios. □

(*) Cámara de Entidades de Medicina Privada de la República Argentina.



Cada vez más
especialidades.

Cada vez más
comodidad.

Cada vez mejor.

Cam Doctor se amplía sumando más especialidades con turnos programados, como **Chequeos de salud, Cesación tabáquica, Odontología, Salud reproductiva en la adolescencia y adultos jóvenes, Salud integral de la mujer.** Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud.**

Medifé
está conmigo

CON EL
RESPALDO
DE



SANATORIO
FINOCHIETTO

La importancia del esfuerzo y el trabajo en equipo

El año 2020 se presentó atípico y desafiante para el mundo, debido a la pandemia del Covid-19. Desde Grupo Omint, entendimos desde el primer momento que la única forma de atravesar las adversidades de este año tan particular era trabajando en equipo y aunando esfuerzos para sostenernos juntos frente a los problemas que se podían presentar. El virus era desconocido, y debimos esforzarnos por comprender su proceso, prevención y posterior recuperación, para poder brindar un servicio acorde a las necesidades de nuestros asociados, pacientes y clientes.

Por ello, al comenzar la pandemia, actualizamos los protocolos que teníamos y dispusimos un conjunto de medidas excepcionales, de modo tal que cuando se inició la cuarentena estábamos bien organizados. Dentro de la compañía, se formó un "Equipo Covid", un grupo interdisciplinario de todas las unidades de negocios, en el cual se definieron las estrategias a implementar, tanto en el trato de pacientes, socios, prestadores y empresas clientes, como en la adecuación del trabajo para nuestros colaboradores.

Para seguir nuestra política de acompañar a los clientes y brindarles la mejor atención acorde a las necesidades, la comunicación a las distintas audiencias fue clave: día a día, renovamos la información de prevención, para que todos pudieran sentirse seguros y tranquilos en medio de tanta incertidumbre.

En cuanto a las innovaciones realizadas este año en la prepaga, se adaptaron los equipos de operadores de la Central de Emergencias, se ampliaron los canales de acceso, agre-

gando el WhatsApp para mantener la velocidad en los tiempos de respuesta y se reforzaron los sistemas para validar prestaciones médicas a distancia, a través de un token. La implementación de alternativas digitales para la realización de trámites, como solicitar recetas, pedir autorizaciones o reintegros, chequear farmacias o prestadores cercanos, contactarse con el centro de atención al socio para resolver cuestiones administrativas, fueron algunos de los objetivos de años anteriores que permitieron una buena resolución y adaptación de los socios durante la pandemia.

En cuanto a la atención médica, se quintuplicaron las horas en nuestro servicio de teleconsulta, ofrecimos nuevas especialidades y la posibilidad de pedir recetas en el momento. Además, se instalaron dos centros de atención extrahospitalaria en hoteles para el aislamiento de pacientes con sintomatología leve que no podían permanecer en sus casas. Para facilitar y agilizar los tests de pacientes sospechosos, se creó el "hisopomóvil". Con el objetivo de no derivar a todos los casos sospechosos a los centros médicos, este servicio permite realizar el hisopado en domicilio. De esta forma, cerca de diez mil pacientes no fueron derivados a sanatorios, hospitales o clínicas, sino que fueron monitoreados desde sus casas, a través de una app y por teleconsulta.

Asimismo, adaptamos las clínicas Bazterrica, del Sol, Santa Isabel, el Centro Médico Bazterrica y la Clínica

Odontológica Omint, para que aquellas personas que debían recibir una atención de manera presencial se sintieran seguras. Además de implementar los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud, ampliamos el número de camas generales y de terapia intensiva, y la cantidad de respiradores. También se adquirieron los equipos de protección correspondientes (camisolines, ropa hidrorrepelente, máscaras y barbijos de alto filtrado), se reconvirtieron áreas y se reforzó la disponibilidad del personal médico y de enfermería. Por otro lado, las clínicas participaron en protocolos de investigación con el tratamiento con plasma de enfermos en recuperación.

Si bien el 2020 puso en pausa muchos de los planes y proyectos de todos, desde Grupo Omint seguimos a paso firme en nuestro camino para entregarle a todos los que forman parte de este grupo la mejor atención y un servicio de calidad. Innovar continuará siendo la premisa de nuestra compañía, más allá de las dificultades que puedan surgir. Afrontar los vaivenes de este año no hubiera sido posible si no contáramos con un equipo de trabajo comprometido y responsable, capaz de adaptarse a cualquier situación para seguir dando lo mejor de sí.

Con la seguridad de que lo vivido nos permitió crecer y fortalecernos como sociedad, despedimos este año.

¡Un excelente y próspero 2021! □

Grupo Omint

GRUPO OMINT



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



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

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

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

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

OSPe
OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS

El sector privado de la salud en la pandemia

Por el Cp. Jorge Cherro - Presidente de ADECRA (*)



La pandemia dejó al sector médico prestador privado al borde de la quiebra. El motivo no fue el desborde de pacientes sino la falta de pacientes.

La salida para la crisis de los prestadores deberá combinar ajustes de aranceles con un ordenamiento impositivo que está hundiendo al sector privado de la salud desde mucho antes de la pandemia.

LA CAÍDA DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

La decisión de establecer una cuarentena estricta para evitar un contagio masivo que pudiera hacer colapsar el sistema de salud hizo que la actividad económica en el mes de abril sufriera una abrupta caída del 26%. ⁽¹⁾ La economía sufrió un fuerte desmoronamiento con una disminución del PBI en el segundo trimestre del 19%, lo que se tradujo en una pérdida similar del empleo total. ⁽²⁾

El confinamiento también produjo una abismal caída de la demanda por atención médica. La demanda en las áreas de guardia de los hospitales privados cayó en los meses de abril, mayo y junio en un 70% promedio. En el período julio-octubre cierta gente empezó a acercarse a las guardias, pero el nivel de ocupación quedó promediando el 55%.

En el caso de las áreas de prácticas de imágenes más convencionales, la caída fue aún mayor. La radiología simple llegó a caer cerca del 90% en abril; y las ecografías, resonancias y tomografías lo hicieron entre 70% y 80%. Es importante destacar en este punto que, gran parte de la caída de la ocupación se debe, no sólo al "miedo al contagio" sino también al espaciado de turnos, la separación física de personas y la

descontaminación de superficies.

Las áreas ambulatorias intensivas en tecnología médica, como las de imágenes, tienen un lucro cesante muy elevado porque son áreas con inversiones de infraestructura y tecnología de muy alto costo. Tenerlas inmovilizadas supone una pérdida de generación de ingresos muy gravosa.

Retomando el hecho de que la cuarentena estricta se aplicó en prevención a evitar un colapso de las terapias intensivas, sirve analizar que ocurrió con la ocupación en las áreas críticas del sector privado. En los meses de abril, mayo y junio, las terapias intensivas estuvieron trabajando muy por debajo de su capacidad (menos del 70% ⁽³⁾). Habría sido de esperar que en julio y agosto se tienda a la normalidad por ser meses núcleo de la temporada invernal y porque las tasas de contagio levantaron vuelo. Sin embargo, la ocupación se mantuvo en el orden del 74% en pleno invierno, cuando era de esperar una ocupación, como mínimo, del 85%.

LA CRISIS ECONÓMICA DE LOS PRESTADORES MÉDICOS

El vaciamiento de pacientes de las instituciones privadas de salud trajo como correlato directo la caída en los ingresos monetarios. Los márgenes económicos de los prestadores médicos provienen más que nada del volumen de pacientes y del valor agregado incorporado en la alta complejidad de las prestaciones.

Ante la evidencia de que los prestadores médicos privados tenían problemas económicos, se instrumentó la reducción de hasta un 95% de la contribución patronal con destino al sistema previsional, y el programa

de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP) para el sector salud. Este subsidio cubrió aproximadamente un tercio de la masa salarial.

Si bien la ayuda fue importante, no fue suficiente para evitar que muchos prestadores entren en un preocupante estrés financiero. Según un relevamiento a asociados de Adecra+Cedim, el 90% experimentó demoras –adicionales a las que ya traían– en los cobros de los financiadores de hasta 120 días. Asimismo, un 22% de los prestadores sufrió el rechazo de cheques, porcentaje elevado para el sector privado de la salud que suele trabajar con flujos fluidos entre financiadores y proveedores.

Todo esto generó que el 92% de las instituciones aumenten su deuda ya sea financiera, comercial o impositiva; y que un 14% incurra en suspensión de personal por razones económicas. Este porcentaje es menor de lo esperado, debido a que, las instituciones de salud no pueden prescindir del personal por ser intensivas en recursos humanos.

El golpe económico a los prestadores médicos privados no vino sólo por la falta de pacientes. En paralelo actuaron los siderales aumentos de costos por la provisión de medicamentos de terapia intensiva e insumos Covid-19 ⁽⁴⁾, cuyas cantidades demandadas aumentaron un 303%.

Del cruce de datos entre los asociados de Adecra+Cedim surge que el incremento de precios promedio de insumos Covid-19 medido en agosto 2020 fue de 615% interanual, con picos en los meses de marzo y abril. Entre el extraordinario aumento de las cantidades consumidas y de los precios de los insumos Covid-19, el aumento del gasto en insumos Covid-19 ascendió al 2.776%.

Por su parte, algunos medica-

mentos de terapia intensiva han llegado a incrementos de hasta un 700%. La razón de ello fue la escasez que se produjo en el mercado, no por la complejidad del medicamento, sino por el aumento de la cantidad consumida debido al largo tiempo de internación de los pacientes.

LA NECESIDAD DE UN ORDENAMIENTO IMPOSITIVO

Una particularidad distintiva del sector salud argentino es que nunca se resuelven los problemas de política sanitaria: el mejor ejemplo en este sentido es la Emergencia Sanitaria, iniciada en 2002 y prorrogada hasta hoy. Uno de los factores que impidió salir de la emergencia es la imposibilidad fáctica de los prestadores de cumplir con sus obligaciones tributarias.

A la hora de analizar el peso de los impuestos en un sector hay que medir diferenciadamente lo que son los impuestos indirectos (que son los que se aplican en el proceso productivo) de los impuestos directos (que son los que se aplican sobre el producto o ingreso final).

Del Cuadro 1 se desprende que, un prestador privado de salud paga 30% de impuestos cuando atiende a un paciente. Luego, cuando factura

Cuadro 1. Estructura impositiva de una institución de salud privada

Como % del costo en salud neto del impuesto

Impuestos	Indirecto	Directo	Total
Cargas sociales	9,8%		9,8%
IVA	9,0%		9,0%
Impuesto ganancias	4,7%	1,8%	6,4%
Ingresos Brutos	1,8%	2,0%	3,8%
Aranceles impo	3,0%		3,0%
Impuestos municipales	0,9%	1,5%	2,4%
Impuesto a los sellos	0,6%		0,6%
Impuesto al cheque	0,3%	0,6%	0,9%
TOTAL	30,1%	5,9%	35,9%

Fuente: ADECRA/CEDIM en base a normativa impositiva

esa atención médica debe pagar un 6% adicional en impuestos directos. En suma, cuando un paciente recibe atención médica está pagando 36% de impuestos.

Dado que no se sabe si se tendrá que convivir con la pandemia por un tiempo más, es necesario ordenar impositivamente al sector privado de la salud ya que la atención del coronavirus demanda costos extras.

PERSPECTIVAS A FUTURO

En el Cuadro 2 puede verse que, por la revisión de los salarios de comienzos de año más la negociación 2020, el costo laboral tendrá un aumento de 44% a diciembre 2020. Sumando los aumentos proyectados

para el resto de los insumos surge que el aumento de costos totales se ubicará en 47%. Las ayudas otorgadas por el Estado (ATP y decreto 300) representan un alivio de 20%. Por tanto, a diciembre, el peso efectivo en el aumento de costos será de aproximadamente 27%.

Dado que estas ayudas finalizan en diciembre del corriente año, el ajuste de aranceles que requerirán los prestadores será de 56%. Este valor surge de actualizar los costos laborales (entre enero y marzo 2021 se integrarán las sumas fijas al salario básico); y, de incluir al resto de los costos -con excepción de los servicios públicos- las proyecciones de inflación del Relevamiento de Expectativas de Mercado del Banco Central.

Es muy difícil pensar que se podrá recuperar un atraso de 56% de aranceles en un solo paso. En este sentido, una alternativa técnica y políticamente viable sería combinar aumentos de aranceles con rebaja de impuestos, fundamentalmente aquellos indirectos que pegan más fuerte sobre los costos médicos: utilizar los créditos de IVA-compras para cancelar contribuciones patronales; igualación del impuesto al cheque al de las obras sociales; ingresos brutos diferencial para prestadores médicos; vuelta de los impuestos municipales a tarifa en lugar de porcentaje de facturación; y moratoria amplia para los prestadores de salud. □

Cuadro 2. Variación interanual de los precios de insumos de la atención médica

Items de costo	Dic. 2019	Proyectado dic. 2020	Proyectado mar. 2021
Costos laborales	39%	44%	54%
Insumos médicos	70%	80%	89%
Insumos no médicos	54%	40%	45%
Servicios públicos	128%	5%	5%
Inversiones	58%	40%	45%
Subtotal	48%	47%	56%
Subsidio D300 + ATP		20%	
Neto	48%	27%	

Fuente: ADECRA/CEDIM

(*) Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina.

1) Fuente: Estimador Mensual de Actividad Económica del INDEC.

2) Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC, 2,5 millones de personas perdieron su trabajo. Unos 1,3 millones eran trabajadores asalariados no registrados y otros 900 mil cuentapropistas. Ambos tipos de empleos muy ligados al nivel de actividad económica. En cambio, la caída entre los asalariados registrados fue de 300 mil trabajadores debido a la prohibición de despido y subsidios al salario.

3) La caída de ocupación en áreas de cuidados críticos en gran parte se debe a la separación por áreas, y la limitación en personal disponible e insumos.

4) Estos insumos se conforman por los elementos de protección personal (alcohol en gel, mascarillas, quirúrgicas y respiratorias, batas impermeables, dispositivos oculares, etc.).

La atención primaria de la salud y las empresas de atención médica ambulatoria

En CA.DI.ME creemos que la APS debe ser la piedra angular de la intervención sanitaria para la resolución de la problemática en salud de las comunidades, y que para ello se requiere de un conjunto de decisiones políticas en el sentido de modificar las condiciones de gobernanza y financiamiento del sistema, en tanto resultan determinantes del modelo de organización y gestión, y los modelos de atención consecuentes.

Más de cuarenta años después de su formulación inicial, y luego de reiteradas exégesis y reinterpretaciones, más dialécticas que prácticas, la estrategia de atención primaria de la salud (APS) sigue siendo definida, en lo esencial, por cuatro características centrales del modelo de cuidados: accesibilidad, coordinación, integralidad y longitudinalidad.

La APS, conviene recordarlo, se proyecta sobre todos los niveles de atención, aunque se enfatiza en el primer nivel, en el que se desarrolla la asistencia ambulatoria, la mayor accesibilidad, adecuada capacidad de resolución técnica, y la articulación con los niveles asistenciales de mayor complejidad.

En el caso argentino, el discurso político sobre el desarrollo de la APS ha sido infaltable en las varias décadas transcurridas desde la Asamblea Mundial de la OMS de 1978. Sin embargo, es importante diferenciar entre la conceptualización de primer nivel de atención y el desarrollo de acciones de fortalecimiento del mismo, y el desarrollo de la estrategia de APS que, como mencionamos, se refiere a la integralidad del sistema.

En nuestro país, además, las características centrales de APS que hemos mencionado son escasamente compatibles con la realidad de un sistema sanitario fragmentado y segmentado. No modificando estas condiciones estructurales, la "APS" se circunscribe al primer nivel de atención.

En la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CA.DI.ME) creemos que la APS debe ser la piedra angular de la intervención sanitaria para la resolución de la problemática en salud de las comunidades, y que para ello se requiere de un conjunto de decisiones políticas en el sentido de modificar las condiciones de gobernanza y financiamiento del sistema, en tanto resultan determinantes del modelo de organización y gestión, y los modelos de atención consecuentes.

LOS PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD AMBULATORIA

En nuestro país alrededor del 65% de la población cuenta con cobertura de la seguridad social o privada, y recibe atención mayoritariamente en prestadores no estatales.

El 64% de los establecimientos sanitarios registrados en el Sistema Integrado de Información en Salud de Argentina (SISA) son privados, así como el 61% del total de 22.661 establecimientos asistenciales sin internación (ambulatorios) existentes.

Asimismo, dentro de ese grupo de establecimientos sin internación, el 98% de los dedicados a diagnóstico son privados, así como el 92% de los establecimientos sin internación de tratamiento, y el 47% de los establecimientos sin internación de diagnóstico y tratamiento.

Esta oferta constituye el aporte del subsector privado al primer nivel de atención en la Argentina. Los prestadores Pymes de atención ambulatoria además tienen la característica de su dispersión a lo largo de la geografía nacional, a diferencia de las grandes instituciones de segundo y tercer nivel de atención que se ubican en localidades de mayor densidad poblacional. Por otra parte, además de la cercanía geográfica, existe una vinculación histórica con las comunidades a las que sirven: la mayoría de estas instituciones son empresas familiares, reconocidas en su ámbito de influencia.

Por ello, CA.DI.ME ha enfatizado en que las empresas de atención ambulatoria son prestadores de cercanía, confiables y seguros. **Así como que la definición de una política sanitaria de estado, transformadora, sobre el eje conceptual y operativo de APS implica integrar redes prestacionales público-privadas, que permitan asegurar las condiciones de accesibilidad, coordinación, integralidad y longitudinalidad.**

Por definición las redes de atención implican asegurar una continuidad en los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde se presten y ofreciendo los recursos necesarios en condiciones de calidad y oportunidad.

Dada la realidad estructural de nuestro sistema es imprescindible integrar esas redes asistenciales incorporando a las mismas la totalidad de los recursos asistenciales con los que cuenta nuestra comunidad. Debemos construir, entonces redes asistenciales público-privadas.

La extensa oferta de prestadores de servicios de atención ambulatoria no estatales existentes representa una oportunidad muy valiosa para la integración de estas redes, porque articular recursos

estatales y privados implica mejorar la eficiencia global del sistema, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud.

La propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido explícita sobre la vinculación entre lo estatal y lo privado al formular la actualización de la estrategia de APS:

"La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países".⁽¹⁾

Y, más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresó:

"El sector privado (tanto con fines de lucro como sin fines de lucro) desempeña un papel importante en la mayoría de los sistemas de salud del mundo. Su papel se está expandiendo en muchos países. El sector privado ofrece una combinación de bienes y servicios que incluyen: provisión directa de servicios de salud, medicamentos y productos médicos, productos financieros, capacitación para la fuerza laboral de salud, tecnología de la información, infraestructura y servicios de apoyo".⁽²⁾

Desde nuestra perspectiva es imprescindible la convocatoria al debate sobre una reforma sectorial que permita modificar las condiciones estructurales que objetivamente obstaculizan o impiden la garantía de accesibilidad, coordinación, integralidad y longitudinalidad en los que se fundamenta la estrategia de APS. Que, obviamente, exceden el marco de las políticas instrumentales de una gestión de gobierno, requiriendo de una verdadera política de Estado.

Y desde CA.DI.ME afirmamos que, si no queremos seguir repitiendo los mismos errores, el sector privado debe jugar un papel relevante en ese proceso de concertación. □

REFERENCIAS:

- 1) OPS, "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C. 2008.
- 2) OMS, "El Sector Privado, la cobertura universal de salud y la atención primaria de salud". WHO/HIS/SDS/2018.53, 2018.

ÁREA TÉCNICA CA.DI.ME
Director: Doctor Javier Vilosio
Doctor Rolando Morgensterin

ESTAMOS

Asistimos y acompañamos a más de
155.000 socios con síntomas de COVID-19.



Desde hace
48 años juntos.



JORNADA VIRTUAL “Internación domiciliaria. Su rol en el sistema de salud”



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

Como cierre de un año muy particular, el pasado 30 de noviembre desde CADEID realizamos la primera Jornada virtual. Participaron de la misma como disertantes, el senador por la provincia de Jujuy, Dr. Mario Fiad, presidente de la Comisión de Salud; el Dr. Arnaldo Medina, secretario de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación y el Dr. Álvaro Saurí, jefe de Cuidados Paliativos del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”. El objetivo principal del encuentro fue reflexionar sobre el rol de la ID, las necesidades concretas del sector y conocer la mirada que tienen sobre la actividad los legisladores, las autoridades sanitarias y los profesionales especialistas que trabajan diariamente en él.

La asistencia domiciliaria se ha difundido muchísimo en todo el país en los últimos 15 años. Creció hacia el interior, dejó de ser la asistencia de los grandes centros urbanos para transformarse en regional, con equipos profesionales en todas las provincias. Es realmente la más local de todas las asistencias de salud. La ID es una herramienta virtuosa y podemos pensarla desde su plasticidad y capacidad de llegada a casi todos los puntos del país, como una red de asistencia en consonancia con los tiempos que corren y nos impulsan a quedarnos en casa, al trabajo remoto y a la compra a distancia.

En los últimos meses vemos con satisfacción que el Estado apalanca políticas de asistencia más seguras que mejoran la accesibilidad de las personas al sistema y evitan desplazamientos y traslados innecesarios. Ejemplo de esto son la receta digital, la telemedicina, cuyo tratamiento se ha disparado durante esta época de pandemia pero que generarán cambios permanentes en la forma de asistir a nuestros pacientes.

Por eso creemos que es la oportunidad de pensar en estrategias de integración de tecnologías y asistencia local profesionalizada, porque la utilidad de los instrumentos de consulta virtual podría potenciarse con la presencia del cuidado domiciliario. Destacábamos que durante la emergencia sanitaria del Covid-19, la ID no detuvo sus actividades. Todos los pacientes que se encontraban en progra-

mas de atención mantuvieron sus servicios y sus tratamientos al día y pudimos evitar el abandono de los controles, que fue una de las preocupaciones más importantes de los últimos meses. Y esto nos lleva nuevamente al concepto de oportunidad: mirar esta actividad que requiere ser pensada nuevamente y analizarla desde la experiencia de 40 años de servicios considerando sus éxitos y fracasos del pasado, para darle una nueva identidad a la medida de sus capacidades e integrada al sistema de salud.

El primer orador de la jornada fue el senador Mario Fiad, quien destacó la necesidad de “comenzar a transitar el camino para una normatización y normalización de la ID, y es función del Congreso de la Nación velar por este sector. Sin duda alguna estamos en el tema y comprometemos todo lo que esté a nuestro alcance para facilitar esta posibilidad, lo vamos a trabajar seguramente en conjunto”. En cuanto a las condiciones que deberían estar presentes en una internación domiciliaria humanizada y de calidad, sostuvo: “La decisión de una ID debe ser tomada de manera tal que represente un verdadero beneficio para el paciente y que el criterio que sustente la decisión no sea eminentemente sólo la disminución de costos del sistema”. Sobre el marco normativo actual, repasó: “Hemos trabajado en normas que considero trascendentes y fundamentales para fortalecer este modelo de atención. Iniciativas legislativas con gran impacto en la ID como son los cuidados paliativos, la telemedicina, la historia clínica y la receta electrónica”.

El Dr. Álvaro Saurí se refirió al rol de los cuidados paliativos en el domicilio y a la necesidad de “integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente, y ofrecer un sistema de soporte para ayudarlo a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte”, y agregó que para ello “también es necesario cuidar a la familia y al núcleo social de referencia, que significa: dar información clara; disponibilidad total (en el domicilio no hay horarios); aceptar la situación de final de vida (es necesario lograr consensos); clarificar objetivos comunes y realistas centrados en las necesidades del paciente, haciéndolo partícipe de las de-

cisiones consensuadas; evitar la conspiciación del silencio o secretos protectores que hacen que las situaciones cuando aumentan de tensión estallen y generen la claudicación familiar y emocional que termina en un abandono”.

Por su parte, el Dr. Arnaldo Medina, habló sobre la calidad e integración de los servicios: “Este tipo de internación tiene un fundamento principal: mejorar la atención de los pacientes, lograr una atención centrada en las personas y que esto sea un componente de la calidad, es decir, no mirar el sistema de salud en función de cómo está organizado o en función de los dispositivos que existen, sino pensando en qué es lo que necesitan las personas”. Además, explicó: “Uno de los principales problemas que tiene el sistema de salud es la falta de integración entre los servicios y la atención hospitalaria. No se intercambian los datos correctamente y no están suficientemente coordinados. Esta integración tiene que ver con diálogos que tienen que existir entre los dispositivos, sean domiciliarios, hospitalarios, primer nivel de atención o trabajadores”.

Como reflexión final, desde CADEID destacamos nuestro trabajo y compromiso con el sector; la importancia de actualizar el marco regulatorio de la actividad considerando sus particularidades y la necesidad de articular adecuadamente con los distintos niveles asistenciales, y un cuadro de contratación de los recursos humanos alineado con las atipicidades de la actividad a partir del cual los profesionales puedan capacitarse para la soledad de la tarea en domicilio y ser reconocidos en su crecimiento académico, para persistir en el trabajo que eligieron.

La internación domiciliaria podría ser más y mejor si trabajara coordinadamente con otros niveles y justamente fue uno de los objetivos fundamentales de la jornada: redefinir su rol y mostrarla como una herramienta clave del sistema sanitario para que el crecimiento que experimente en el futuro responda a una programación estratégica del sistema sanitario y no sea meramente intuitivo como ha sucedido en los últimos quince años. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



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

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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

Cronología de la lucha contra un virus y los grises de la protocolización

Por el Lic. Aldo Perfetti - Gerente Comercial de SIFEME



El jueves 19 de marzo de 2020 se anunció la cuarentena obligatoria que comenzó a regir en la Argentina a las 00,00 horas del viernes 20. Empezó lo que ya todos conocemos, el inicio de diferentes cambios en nuestras vidas y en SIFEME el comienzo de la lucha por coordinar los traslados sanitarios y las prestaciones en todo el territorio nacional.

SIFEME realiza su primera comunicación con medidas preventivas a las empresas integrantes de la Red y a sus clientes el día 31 de enero detallando el protocolo que en aquel entonces se comenzaba a aplicar y que se fue adecuando a la evolución de la pandemia según el estado epidemiológico que se oficializaba en todo el país. De este modo comenzamos a implementarlo desde el mismo día que empezó todo en función de las resoluciones ministeriales que fueron apareciendo cronológicamente y se amplió cuando se anunció el aislamiento preventivo impuesto por el Poder Ejecutivo Nacional, atento a la cantidad de llamados que exponencialmente se suscitaban.

No se sabía mucho, no entendíamos bien a que nos estábamos enfrentando esta vez, un nuevo virus sí, por lo que volvimos a gatillar los mecanismos de organización y gestión como en el año 2009 (Virus H1N1 - Gripe A), pero ya desde la primer semana en nuestro diálogo permanente con las autoridades sanitarias, nos informaban que este enemigo era mucho más complejo, lo que obligó a un cambio en los diferentes paradigmas en nuestro sector de trabajo, que afortunadamente hacían pie en la experiencia adquirida.

Los días pasaban y los casos aumentaban, cada vez fueron más los llamados y las empresas de emergencias comenzaban a tomar los recaudos sugeridos, tanto para el personal como para las unidades, esto significó que a la demora lógica de la demanda se sumaran los ciclos de preparación para cada dotación (EPP - equipos de protección personal) y el procedimiento de sanitización de cada móvil. Se empiezan a aceptar las nuevas medidas y tanto las grandes flotas como las empresas pequeñas fueron tomando los recaudos necesarios para proteger a su personal y a quienes operaban desde sus cabinas.

SIFEME acondiciona sus recursos humanos para que operen desde su domicilio (home office) y crea turnos presenciales con la modalidad de burbuja. Se optimiza el servicio de Telemedicina SIFEME-Doctor en Casa, que logra una importante contención en todo el país, dando respuesta suficiente descomprimiendo tanto zonas de alta densidad como aquellos pedidos en localidades remotas.

Las empresas prestadoras de la Red nos trasladan los costos de los Kits de Bioseguridad Covid-19 y del proceso de sanitización de las unidades. Esto último se transforma en algo para tener muy en cuenta, ya que en ese período de tiempo el móvil queda desafectado de la operativa, lo cual replantea los procesos de toma de servicios y despacho de los mismos. Las grandes flotas del país quedan expuestas a esto y en localidades chicas directamente casi se perdió la disponibilidad. Lejos de ser un tema económico la realidad manifiesta que en muchísimas localidades del territorio nacional ni el sistema privado y mucho menos el público está en condiciones de dar respuesta por sé a la situación.

SIFEME comienza a triangular recursos de diferentes capitales provinciales e incluso desde CABA. Ya no es sólo un tema Covid-19, innumerables pacientes están necesitando ser trasladados por cirugías programadas que ya no se pueden dilatar más, así como los pacientes de las ART que sufren accidentes con traumas de urgente traslado hacia mayor complejidad.

Comienzan a crecer sugerencias que se transforman en aportes a la confusión general propiciada desde diferentes sectores y distintas regiones del país, donde se interpretan distorsionadamente las consignas preponderantes de quiénes sí están analizando permanentemente un escenario tan drásticamente dinámico. Incluso con una finalidad protectora de su población, caen en el error de gestionar esa protección sin un sustento sanitario, afectando más la situación, de por sí crítica.

Miles de ejemplos se comenzaron a suscitar, algunos de lamentable conocimiento público y muchísimos otros no tanto... *"se recibe llamado de una ART solicitando un traslado urgente por un politrauma de un paciente que necesita ser intervenido en CABA para no perder una de sus córneas. El prestador local refiere que a indicación de su autoridad de salud el móvil que viajaba hacia Bs As debía realizar una cuarentena de 14 días al regresar"*.

SIFEME toma conocimiento de esta situación y acordando con los profesionales de origen y destino envía desde CABA la UTIM necesaria ya que no existía una opción mejor en las decenas de localidades consultadas. Al ejemplo anterior donde los móviles no pueden salir de algunas localidades, se suma que no se les permite entrar a los móviles provenientes de otros destinos, independientemente de si éstos poseen EPP aprobados y protocolizados. Una posición que nos planteó una situación dilemática que debimos sortear apelando a infinidad de mecanismos e instituciones para hacer comprender lo inconcebible de algunas medidas.

Somos uno de los primeros eslabones en la cadena de vida, por ende, quienes más enfrentamos el riesgo de contagio; recibimos a un paciente abrumado y un entorno familiar en permanente demanda. Debemos contener todo este escenario al mismo tiempo que gestionamos el destino acorde a la patología que se presenta, tenemos que autenticar la filiación de quienes trasladamos con celeridad y sin margen de error donde los minutos cuentan.

Es imprescindible que concienticemos que debe existir un protocolo unificado en nuestro sector. SIFEME acompaña y acompaña en cada servicio a las empresas que la integran, le otorga apoyo de gestión a cada móvil para guiar y dar confianza. Aprendemos y trasladamos nuestro aprendizaje a cada uno de quienes enfrentan esta situación, médicos, enfermeros, operadores de cabina y cada recurso humano que se suman a una logística en permanente lucha que no es sólo contra un virus, sino contra burocracias que dificultan la difícil tarea, interponiéndose en nuestro objetivo permanente de salvar vidas.

De más esta decir que gracias al esfuerzo, capacitación e inquebrantable voluntad de todo el personal de la salud, la pandemia desatada hace un año está siendo mucho menos dañina de lo que pudo haber sido, a costa de su salud y hasta de su propia vida. □

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

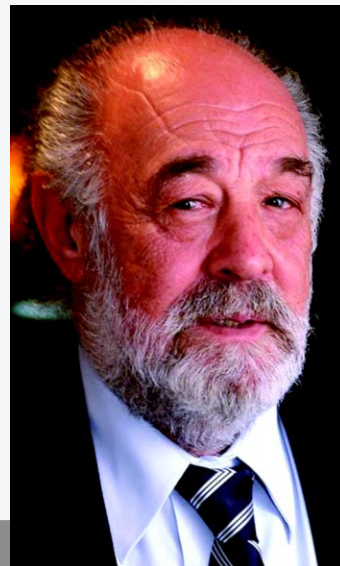
CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

El año que podría hacernos cambiar

“...aquel año parecía representar el principio del fin”
 “La ciencia se mostraba incapaz de comprender las causas de la epidemia”.

Alessandro Baricco
 (referido a 1861)

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



Al acercarse el fin de este fatídico 2020, uno no puede menos que lamentar que la puesta en evidencia del cúmulo de fallas estructurales del campo sanitario no se haya traducido en la evidencia de la necesidad imperiosa de su transformación y superación en una reestructuración profunda.

La actual pandemia ha corrido el velo sobre la inequidad, ineficiencia y falta de coordinación de los subsistemas de nuestra atención sanitaria, y lo que es más grave en estas circunstancias, de la falta de una auténtica *gobernanza sanitaria*. Efectivamente, al margen de avances y retrocesos puntuales, los datos estadísticos empezaron a desnudar una realidad que desde un comienzo hemos puesto de relieve: *la falta de una estrategia global institucional* que aborde la pandemia con criterios científicos-tecnológicos vigentes.

Si vemos más de cerca, la actual pero ya histórica fragmentación sanitaria oculta varias cosas:

- Dilución de responsabilidad (política, profesional, institucional, etc.).
- Mercadeo, esto es, intereses, cartelización de instituciones y medicalización (la industria farmacéutica ha subido medicamentos de manera inusitada).
- Endebles de las políticas sanitarias (que no distinguen planificación estratégica reglada del empleo de medidas y herramientas aisladas).
- Esterilización de los “nidos de maestros” (claves para la formación y capacitación de profesionales de la salud).
- Corrupción: lastre no sólo concerniente a la moral sino también con efectos en el incremento de los costos en el ámbito de la salud (tema a destacar en situaciones de *desastre* como es la pandemia).

Ante este escenario, el Gobierno nacional ha pretendido “privilegiar la salud” (en una falaz dicotomía de “salud versus economía”) cuando no ha hecho más que prolongar de manera difusa un confinamiento que estuvo bien sancionado de manera temprana, pero que fue desaprovechado sin el indispensable complemento de un *gabinete operativo* que de manera profesional se pusiera al frente de la gesta. En su lugar, un simple conjunto de “asesores externos” acercaba recomendaciones al Ejecutivo.

Acumulamos meses yendo detrás del virus, en lugar de acompañar su inevitable difusión mediante medidas perti-

nentes. Se corrió detrás de aspectos puntuales en lugar de prever focos previsiblemente acuciantes como los asentamientos precarios (las llamadas “villas”), ni se diferenciaron claramente políticas especiales para distintos grupos etarios, por caso. El ejemplo de la población mayor y de los geriátricos ya lo hemos apuntado en otro artículo.

Falta *organización, formación y monitoreo*. Falta un GABINETE ESTRATÉGICO DE GESTIÓN OPERACIONAL multidisciplinar y federal. Necesitamos de una política sanitaria de seguimiento de manera tal que el confinamiento sea focal y no extendido, es decir, limitado; y así obtener apoyo logístico y bases bioestadísticas que permitan elaborar valores índices veraces y supervisar conductas mediante protocolos procedimentales.

Si dejamos al margen condiciones estructurales que arrastran décadas, sin dudas la falla central pasó por la casi inexistencia de una política de testeo, rastreo, aislamiento y trazabilidad. Recordemos que, al dictarse el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, en marzo, los casos registrados de Covid-19 se contaban en decenas a nivel nacional, y que durante meses provincias enteras prácticamente no registraron infecciones. Con esto no queremos decir que los contagios podrían haber sido evitados. Al contrario, la propagación del virus es inevitable, tarde o temprano, pero justamente, en lugar de simplemente retrasarlo (que sirve para el aprendizaje clínico de su tratamiento y para evitar el colapso del sistema, además de sumar insumos), no se logró *articular una estrategia de rastreo*.

De cara al futuro, al menos, ahora que ha quedado sobradamente demostrado que de poco sirven respiradores y camas sin el personal profesional que pueda usarlos, se impone un plan nacional para apuntalar la formación y capacitación de especializaciones médicas, de enfermería y kinesiología para los próximos años.

Por otro lado, el horizonte de “la vacuna”, que se pretende casi como una “poción mágica” a la vuelta de la esquina, demanda tiempos y complejidades que no se perciben ni comunican. El proceso de desarrollo de una vacuna lleva mucho tiempo porque requiere una evaluación científica rigurosa y la integridad de decir la verdad, ya que el anuncio apresurado lleva a los dirigentes y al conjunto de la población a reducir las medidas preventivas. Además, la mutación del virus obliga a un serio debate científico, en el cual la producción de la vacuna no puede faltar.

Pero incluso más allá de su eventual nivel de efectividad, lo cierto es que su adoración esconde el deseo de “volver a la normalidad” cuanto antes, y hacer de cuenta que la pandemia nunca sucedió. Nada podría ser peor. Si de algo debiera servirnos esta situación es para abrir los ojos. La “normalidad” era el problema y la pandemia es apenas un efecto. Y no sólo habrá otros (virósicos o de otro tipo), sino que ya hay otros, hace rato, y que apenas estamos empezando a vislumbrar: el cambio climático, la creciente desigualdad social y su consiguiente inequidad en la salud, la devaluación de la verdad, la ciencia y la responsabilidad cívica y política, llámese posverdad o como se quiera.

Sufrimos un auténtico vaciamiento de la palabra, con anuncios precipitados sin sustento y el mal uso de términos válidos pero que flotan en el vacío. Para no hablar de los muertos que no contamos (desde falta de detección precoz hasta falta de atención y control), ni del múltiple sufrimiento y costo en términos médicos, psicológicos, sociales y económicos que produce la pandemia, como también su manejo errático y sus daños colaterales.

Todo esto no debiera dejarnos caer en la resignación, sino en la acción activa frente a la “indefensión sanitaria” que sufrimos. En este sentido, vale la conceptualización de *sindemia*, que advierte sobre la inseparabilidad de la amenaza viral con las condiciones sociales, ambientales, económicas, así como también el estado de las estructuras del sistema de salud y el contexto cultural en sus interacciones sinérgicas. Componentes multicausales que obligan a implantar una estrategia amplia y diversa, con un enfoque que ponga a *la equidad como valor significativo*.

La actual situación debe operar como oportunidad para comenzar a efectuar reformas de fondo a partir de acciones concretas. En lugar de ir detrás de acciones puntuales, se deben encarar los problemas reales con planteos concretos pero profundos. En lugar de atajos, debemos recorrer el “camino crítico” con dos pilares: comprensión y herramientas; *comprensión* del proceso epidémico, sus características y sus tiempos de propagación, y las *herramientas* a emplear oportunamente según criterios de prioridades concatenadas.

Recuperar la racionalidad, no sólo es posible, sino indispensable. Se logra con los pies en la tierra en el escenario real frente a problemas concretos. Invitando a pensar en lugar de juzgar, y a actuar de manera responsable y metódica, en lugar de improvisar.

La desigual cobertura de salud afecta la capacidad operativa de una organización sanitaria que requiere respuestas en conjunto. Hoy existe el margen de acción a un planteo ejecutivo para ampliar y fortalecer la Salud Pública actual (insuficiente y debilitada) mediante una planificación con pautas de interacción concretas con el sector privado. De esta manera, estaríamos en presencia del germen de cooperación público-privado para alcanzar un sistema en red que reencause el accionar y unifique la asistencia y la atención médica, dando pasos hacia una largamente necesaria Reforma Sanitaria. □

(*) 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 Aconagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020) y “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



El miedo colectivo y su impacto en la toma de decisiones

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



El balance de lo acontecido en el área de salud durante el 2020 nos deja una reflexión que podría resumirse en lo siguiente: el miedo colectivo impactó fuertemente en muchas de las principales decisiones adoptadas sobre el manejo de la pandemia y del sistema de salud.

Las imágenes llegadas de China y del invierno europeo golpearon fuerte en la sociedad y en los funcionarios y determinaron muchas de las decisiones adoptadas.

En primer lugar, impactó en la toma de decisiones sobre el manejo de la pandemia. Pasamos de una increíble subestimación de la enfermedad por parte del Gobierno a medidas como el cierre de escuelas y al ASPO (Aislamiento Social y Preventivo Obligatorio) en épocas muy tempranas.

El SARS-CoV-2 es la primera pandemia en la era de las nuevas tecnologías de comunicación. Pensemos que sólo hace pocos años las redes sociales no eran tan masivas. En el año 2012 con el brote del MERS existían las redes actuales, pero sin la masividad y el uso de hoy. Años anteriores habían ocurrido otros eventos como el brote de SARS en el año 2003 (no existía Facebook) y la Gripe A en 2009 (no existían WhatsApp ni Instagram y el iPhone tenía dos años y era caro).

Las imágenes y comentarios que llegaban fundamentalmente de Europa generaron mucha angustia y esto se reflejó en las redes sociales y encuestas de opinión. Nunca habíamos convivido con tantas redes sociales consolidadas como fenómenos mundiales y como métodos de transmisión de información y de noticias falsas, incertidumbres y angustias.

El Gobierno realizó una lectura constante de la opinión de la gente y actuó políticamente. Hizo un seguimiento muy cercano del comportamiento de las redes a través de Big Data con informes diarios. Evidentemente estas redes influyeron en la toma de decisiones.

La decisión de cerrar las escuelas y luego de entrar al ASPO en una fase tan temprana, así como la posterior apertura y relajamiento en pleno pico de contagios y muertes estuvieron determinadas no por razones epidemiológicas o de racionalidad sanitaria, sino simplemente por cuestiones políticas. En definitiva, 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.

Se planteó una falsa dicotomía entre salud y economía. Finalmente, el año que pasó nos dejó, producto de las acciones tomadas, la peor crisis económica desde el 2001 y más de 40 mil fallecidos por Covid-19, siendo considerados como uno de los países que peor manejó la pandemia. Resta todavía hacer el balance del impacto en la carga de morbilidad por otras enfermedades descuidadas.

El impacto del miedo colectivo y de las medidas adoptadas llevó al absurdo de que cuando más se necesitaba de un sistema de salud fortalecido, éste menos

trabajó. Las consultas, cirugías e internaciones cayeron a menos de un 30% de lo habitual al inicio de la pandemia y no llegó al 70% de lo que habitualmente se trabaja hacia fines del año. En vez de cuidar a la población, se "cuidó" al sistema. Es como si en un incendio no se permitiera participar a los bomberos por temor a que les pase algo.

Los servicios de salud privados sufrieron el impacto económico de estas medidas. La realidad es que muchos de ellos no podrían estar aún funcionando sin el aporte del Estado con el pago de un porcentaje de los sueldos (ATP). Cuando este subsidio finalice, muchos servicios pueden llegar a quebrar. La seguridad social también necesitó de los subsidios para subsistir. Para ella también resultará dificultoso volver a cierta normalidad sin subsidios, lo cual se trasladará probablemente a una disminución en cantidad y calidad de los servicios prestados.

Una cuarentena tan prolongada no sirvió tampoco para mejorar el sector público. El primer nivel de atención brilló por su ausencia. Nunca se desarrolló una estrategia que contemple la red del primer nivel aún cuando más del 80% de los casos de Covid-19 son ambulatorios y se descuidaron además otras enfermedades y programas preventivos, producto de lo cual se verificó una disminución de los porcentajes de vacunación y control de embarazadas y niños sanos. Los hospitales sólo incrementaron camas de UCI y respiradores, pero no se fortalecieron en otros aspectos.

La rectoría del Ministerio de Salud de la Nación fue extremadamente débil. Esto se reflejó en un deficiente manejo de la información, un inexistente accionar en las fronteras y en las estrategias diferentes adoptadas entre la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense entre otros aspectos. El sistema de salud en definitiva terminó el año muy deteriorado y golpeado. Por otra parte, no se observan intenciones de reformarlo o fortalecerlo en un futuro. En definitiva, el balance del año es totalmente deficitario.

Un sistema de salud que profundizó su crisis estructural, en un contexto económico desastroso, con destrucción del empleo, con un incremento muy fuerte de la pobreza (44%) e indigencia (10%), especialmente en la niñez en donde 2 de cada 3 niños son pobres, con aumento de la inseguridad alimentaria en niños, con escuelas cerradas y lo más preocupante, sin perspectivas de mejoras en el corto o mediano plazo.

La dicotomía nunca se debió plantear entre salud y economía. Como hemos dicho y escrito al principio de la pandemia, esta es una falsa opción. La economía es un determinante principal de la salud. Así se debió haber entendido y accionado en consecuencia. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



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



El futuro del Fondo Solidario de Redistribución ¿Garantía o hipoteca?



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

Ya nos hemos expresado en números anteriores de esta Revista acerca de los destinos que las leyes 23.660 y 23.661 le imponen al Fondo Solidario de Redistribución. Nos hemos referido también acerca de las previsiones del decreto 908/2016 (Decreto de Necesidad y Urgencia) relacionado a los llamados "excedentes" del Fondo Solidario de Redistribución y cuáles fueron los destinos establecidos en esa norma.

La pandemia tuvo consecuencias mayores sobre el Sistema Nacional del Seguro de Salud, ya sea desde el aspecto prestacional como desde el económico financiero. En este último, el FSR sufrió una de las mayores secuelas.

Como era de preverse, el nivel de cumplimiento de los empleadores con las cargas sociales fue acorde con la caída de algunas actividades. En el cuadro que sigue, puede verse cuáles fueron -en un mes testigo- las obras sociales que tuvieron mayor caída de la recaudación.⁽¹⁾

Esas caídas fueron cubiertas mediante aportes del Fondo Solidario de Redistribución. En efecto, mediante sendas resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud se otorgaron apoyos financieros de excepción, con el objetivo de garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios de salud durante la vigencia de la pandemia de Covid-19, así como el pago en tiempo y forma a los prestadores, indispensables

para la continuidad de la atención de los beneficiarios. Esas decisiones administrativas fueron el resultado de la instrucción emanada del Ministerio de Salud de la Nación⁽²⁾, que tuvieron en mira mantener la cadena de pagos del sector salud en momentos en los que este sector resultó (y resulta) clave para minimizar los impactos de la pandemia.

A tales efectos (caída de la recaudación) se utilizó una parte de los "excedentes" del FSR a que nos referimos al citar al decreto 908/2016: el FONDO DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA. Conforme surge de esa norma y tal como dice textualmente el primer acápite del anexo II del decreto, la creación de ese Fondo de Asistencia y Emergencia tuvo en mira la asistencia financiera a obras sociales ante situaciones de Epidemias y/o Emergencias en el ámbito del territorio nacional.

Es decir que mientras los recursos

del FSR se vieron reducidos por la pandemia, la misma pandemia dio motivo para la utilización -más que correcta en nuestra opinión- de los "excedentes".

Siguiendo con este derrotero de malas noticias, no escapará al conocimiento del lector que por la pandemia y la consecuente reducción de la economía se achicó la tasa de empleo (aumentó el desempleo) en un país que tiene una alta rotación de trabajo "en negro". Ya desde hace varios años que los asalariados en relación de dependencia (titulares, en la jerga) vienen en franca disminución, aumentando el número de aquellos independientes (cuentapropistas, llamados fiscalmente monotributistas). Esta realidad ha generado, desde hace tiempo, una reducción considerable de los recursos del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Para poner un ejemplo, un monotributista que gana treinta mil pesos mensuales aporta al Sistema de salud \$ 1.041, mientras que un trabajador en relación de dependencia asalariado con el mismo importe aporta a su obra social el 3% de ese salario (\$ 900) y el empleador contribuye con el 6% de ese salario (\$ 1.800), lo que hace un total de pesos dos mil setecientos (\$ 2.700). El desfase es notorio.

Mientras tanto, los inferiores recursos del Fondo Solidario de Redistribución siguieron teniendo los destinos que habitualmente tenían. En el cuadro que sigue, puede verse claramente cuáles han sido ellos y describimos allí las mermas en la recaudación.

Para no aburrir al lector con datos técnicos demasiado minuciosos, los destinos habituales del FSR siguen siendo los subsidios automáticos (SUMA, SUMARTE, SUMA 65 y SANO), el mecanismo Integración (discapacidad), SUR (sistema único de Reintegros) y los gastos operativos de la Superintendencia de Servicios de Salud. En los últimos tiempos se le sumó una compensación adicional para los monotributistas.⁽³⁾

RNOS	NOMBRE OBRA SOCIAL	Variaciones	29-may	30-mar	Diferencia
1	400800 OS EJEC. Y PERS. DIREC. EMPRESAS	4%	\$ 3.080.568.766	\$ 2.967.947.450	\$ 112.621.316
2	126205 OS EMPL. COMERCIO Y ACT. CIVILES	2%	\$ 2.370.120.427	\$ 2.322.587.361	\$ 47.533.066
3	125707 OS PERSONAL CIVIL DE LA NACION	2%	\$ 1.097.320.829	\$ 1.074.694.546	\$ 22.626.283
4	400909 OS ACCION SOC. DE EMPRESARIOS	-2%	\$ 1.039.152.475	\$ 1.056.441.929	\$ -17.289.454
5	113809 OS COMISARIOS NAVALES	-5%	\$ 936.734.390	\$ 983.145.546	\$ -46.411.156
6	100304 OS TECNICOS DE VUELO LIN AER.	-11%	\$ 662.571.265	\$ 741.441.407	\$ -78.870.142
7	115300 OS PETROLEROS DEL ESTADO	-2%	\$ 713.600.378	\$ 725.950.005	\$ -12.349.627
8	406 OS PERSONAL ORGANISMO CTRL. EXT.	-3%	\$ 699.019.250	\$ 718.291.297	\$ -19.272.047
9	105408 OS PERS. CONSTRUCCION	-18%	\$ 531.161.719	\$ 645.069.397	\$ -113.907.678
10	119302 OS PERS. RURAL Y ESTIBADORES	18%	\$ 721.956.916	\$ 614.384.175	\$ 107.572.741
11	3009 OS PER. ASOC. A ASOC. MUT. SANCOR	3%	\$ 536.900.863	\$ 519.338.712	\$ 17.562.151
12	119500 OS PERSONAL SANIDAD	7%	\$ 454.249.157	\$ 426.114.507	\$ 28.134.650
13	127208 OSMEDT OS MANOS MEDIOS TELE	-2%	\$ 408.689.925	\$ 418.708.574	\$ -10.018.649
14	114505 OS PATR. CABOTAJE RIOS Y PUERTOS	-6%	\$ 389.256.234	\$ 414.717.240	\$ -25.461.006
15	108803 OS PERS. ACT. GASTRONOMICA	-41%	\$ 234.534.902	\$ 399.649.906	\$ -165.115.004
16	3207 OS TRABAJ. SOCIOS DE LA ASOC. MU	2%	\$ 384.737.661	\$ 378.637.291	\$ 6.100.370
17	106609 OS ELECTRICISTAS NAVALES	-6%	\$ 305.361.572	\$ 326.255.753	\$ -20.894.181
18	401704 OS EMPRESARIOS, PROF. Y MONOTRIB.	0%	\$ 323.096.908	\$ 322.698.136	\$ 398.772
19	106302 OS DOCENTES PARTICULARES	3%	\$ 322.523.507	\$ 313.046.918	\$ 9.476.589
20	126908 OS DE LOS MEDICOS CIUDAD BA	4%	\$ 318.117.694	\$ 306.860.903	\$ 11.256.791
21	112303 OS PERS. IND. METALURGICA	-10%	\$ 273.314.065	\$ 304.187.708	\$ -30.873.643
22	116105 OS CAPATAYES Y ESTIBADORES PORT.	-4%	\$ 287.584.263	\$ 299.337.217	\$ -11.752.954
23	3108 OS DE LOS INMIGRANTES ESPAÑOLES	-1%	\$ 290.543.649	\$ 294.105.196	\$ -3.561.547
24	101604 OS PERS. AUTOMOVIL CLUB ARG.	-4%	\$ 272.031.550	\$ 284.061.635	\$ -12.030.085
25	119906 OS SERENOS DE BUQUES	-4%	\$ 259.484.928	\$ 268.972.646	\$ -9.487.718
26	106005 OS ENTID. DEPORTIVAS Y CIVILES	-12%	\$ 232.554.520	\$ 264.927.482	\$ -32.372.962
27	105804 OS CHOFERES DE CAMIONES	10%	\$ 287.985.810	\$ 260.733.685	\$ 27.252.125
Sub-total 27 OOS			\$ 17.433.173.623	\$ 17.652.306.622	\$ -219.132.999
% / Total distribuido			61,60%	61,60%	

Mes / Año	Ingresos por aportes y contribuciones Totales	Integración - DISCAPACIDAD	SUBSIDIOS - Distribución automática	SUR	COMPENSACIÓN SUMARTE	DIFERENCIA
ene-20	\$ 6.556.254.756,41	\$ 2.709.762.153	\$ 1.830.453.036,16	\$ 1.143.839.756,66		\$ 872.199.810,44
feb-20	\$ 7.114.908.704,47	\$ 2.985.166.812	\$ 2.631.120.868,29	\$ 1.943.912.802,52		-\$ 445.291.778,24
mar-20	\$ 5.276.894.171,48		\$ 2.026.689.785,51	\$ 4.434.426.856,00		-\$ 1.184.222.470,03
abr-20	\$ 5.801.255.366,78	\$ 2.370.653.697	\$ 2.096.882.798,00	\$ 133.326.958,00	\$ 706.370.487	\$ 494.021.428,21
may-20	\$ 4.832.221.592,91	\$ 1.943.086.756	\$ 2.030.231.264,35	\$ 6.461.280.633,61	\$ 162.106.879	-\$ 5.764.483.939,91
jun-20	\$ 5.254.000.176,02	\$ 2.186.784.603	\$ 1.985.138.279,50	\$ 2.514.009.605,02	\$ 123.424.824	-\$ 1.555.357.135,80
jul-20	\$ 6.679.796.056,70	\$ 2.550.588.844	\$ 2.077.982.357,49	\$ 1.438.501.696,28	\$ 142.067.559	\$ 470.655.600,38
ago-20	\$ 6.232.471.896,63	\$ 2.653.296.361	\$ 2.799.589.157,23	\$ 1.420.077.700,25	\$ 152.886.761	-\$ 793.378.082,81
TOTALES	\$ 47.747.802.721,40	\$ 17.399.339.226	\$ 17.478.087.546,53	\$ 19.489.376.008,34	\$ 1.286.856.509	-\$ 7.905.856.567,76

Como puede verse en el cuadro que antecede, los números en rojo reflejan el déficit en curso. Se recauda menos de lo que se gasta, y (otra vez) la diferencia es solventada por el Fondo de Asistencia y Emergencia o por otros recursos que no son recaudación genuina.⁽⁴⁾

Podemos agregar a esta descripción dos factores que inciden en el desfinanciamiento:

a) La judicialización, ya que se ha hecho costumbre en los últimos tiempos que las condenas judiciales o las cautelares por prestaciones costosas y, en la mayoría de los casos, no incluidas en el Programa Médico Obligatorio deban ser financiadas también por el FSR, extendiendo las condenas hacia la SSSalud.

b) Las nuevas tecnologías, en la mayoría de los casos sin evidencia científica comprobada y con costos muy elevados.

¿A qué nos lleva toda esta descripción?

Que se acaban las joyas de la abuela. Que ya no hay más en la lata.

Que al nivel de gasto del FSR (o de inversión, como se lo quiera ver) los fondos sufrirán una merma considerable que hará que ya no tenga el efecto para el que fue creado. Esa "garantía" contra la que el sistema ha funcionado de manera consistente desde el dictado de las leyes 23.660 y 23.661 está en vías de extinguirse.

En la perspectiva próxima (año 2021 y probablemente el 2022 si se mantienen estas condiciones) las re-

servas existentes y, fundamentalmente, el criterio filosófico que creó ese fondo dejará de existir.

En el número 99 de esta *Revista*, en el mes de julio de 2017, y a raíz de algunas de los nuevos tratamientos propusimos una discusión sobre el financiamiento de la seguridad social. En esta pandemia, y como quedó descrito en este artículo, los menores recursos de las obras sociales fueron financiados por el FSR y no por el tesoro nacional.

Por eso el título: el Fondo Solidario de Redistribución a futuro: ¿será una garantía o una hipoteca? □

REFERENCIAS

1) El cuadro corresponde a la comparación de la recaudación del mes de marzo 2020 (última antes de la pandemia) con la de mayo de ese mismo año. Como puede verse también, hubo algunas obras sociales que vieron incrementada su recaudación.

2) Resoluciones N° 941/20, N° 1086/20 y N° 1284/20, el MINISTERIO DE SALUD instruyó luego, por resolución N° 1397/20, el otorgamiento de un apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud, con carácter excepcional y extraordinario, a fin de compensar la caída en la recaudación de aportes y contribuciones.

3) Decreto 251/2019.

4) Bonar 2020 y sus rentas, recursos provenientes de colocaciones bancarias, etc.



www.sanidad.org.ar

Acerca de la regulación sobre el uso medicinal de cannabis



Por el Farm. Damían C. Sudano - Presidente de FEFARA (*)

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Recientemente se reglamentó en el país la Ley 27.350 de "Investigación Médica y Científica de uso medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados", a través de la publicación del decreto 883/2020.

Esta normativa establece las bases para la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados, a la vez que crea el "Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis" en el ámbito del Ministerio de Salud.

Los objetivos del Programa son:

- Promover acciones orientadas a garantizar el derecho a la salud.
- Promover medidas de concientización para la población en general.
- Establecer guías de asistencia, tratamiento y accesibilidad.
- Garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados del cannabis a los pacientes que se inscriban en el Programa.
- Desarrollar alternativas terapéuticas a problemas de salud que no tratan los tratamientos médicos convencionales.
- Investigar los fines terapéuticos y científicos de la planta de cannabis y sus derivados.
- Conocer los efectos secundarios del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados y establecer las limitaciones para su uso.
- Fomentar la participación de pacientes y sus familiares para que aporten su experiencia, vivencias y métodos usados.
- Brindar asesoramiento, cobertura y seguimiento del tratamiento a los pacientes que participen del programa.
- Contribuir a la capacitación continua de profesionales de la salud en el uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados.

El Programa funcionará en el ámbito de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, constituyéndose el Ministerio de Salud en la autoridad de aplicación.

El Ministerio de Salud podrá firmar convenios y articular acciones con instituciones académico-científicas, organismos públicos, privados y organizaciones de la sociedad civil que tratan la temática para promover programas de extensión universitaria vinculados al cannabis medicinal.

La Autoridad de Aplicación creará las condiciones necesarias para garantizar el aprovisionamiento de los insumos necesarios y facilitar la investigación médica y científica de la planta de cannabis y sus derivados.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) permitirá la importación de aceite de cannabis y sus derivados para pacientes que cuenten con indicación médica. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al programa.

Los pacientes que tienen indicación médica para el uso de la planta de cannabis y sus derivados podrán adquirir especialidades medicinales elaboradas en el país, importar especialidades medicinales o adquirir formulaciones magistrales elaboradas por farmacias autorizadas.

EN NUESTRA OPINIÓN...

El momento resulta propicio para que desde FEFARA hagamos algunas consideraciones al respecto, teniendo en cuenta nuestro compromiso social como institución ligada a la salud de los habitantes de la República Argentina.

La primera y principal, es que celebramos la continuidad de las acciones para lograr instituir de manera segura, eficaz y accesible el uso de cannabis medicinal, respondiendo a los estándares de calidad y seguridad sanitarios, garantizados por la presencia del profesional farmacéutico en las etapas de estudio, investigación, elaboración, producción y dispensación del mismo.

Destacamos especialmente lo establecido en cuanto a que, aquellos pacientes que tuvieren indicación médica podrán adquirir especialidades medicinales elaboradas en el país; importar aquellas debidamente registradas por la autoridad sanitaria; o adquirir formulaciones magistrales producidas por farmacias autorizadas u otras presentaciones que en el futuro se establezcan.

Como así también que la dispensación del producto elaborado en laboratorios de producción pública, nucleados en la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), se realice a través de farmacias autorizadas. Esto deja en claro el rol irremplazable y fundamental que cumplimos los profesionales farmacéuticos, en este caso concretamente, en las oficinas de farmacias de la Argentina.

Ahora bien, por el rol que nos compete debemos puntualizar también aquello que nos genera inquietud. En tal sentido, mencionamos la posibilidad para los pacientes de obtener autorización de cultivo para sí, a través de un familiar, tercera persona o una organización civil autorizada por la Autoridad de Aplicación, con el objetivo de romper las barreras del acceso oportuno del cannabis.

Entendemos cabalmente la lucha de quienes se pronuncian a favor del auto cultivo. Respetamos su postura, habida cuenta de que lo que se persigue es aliviar el dolor de muchos pacientes que ven en el aceite de cannabis la única alternativa para afrontar una patología. **Pero veríamos con agrado que, de manera progresiva, se deje únicamente en manos de la ciencia ir consolidado el uso del producto, para que de esa manera se garantice la seguridad y eficacia de lo elaborado.**

Como sociedad debemos recorrer juntos el camino del acceso oportuno, seguro, inclusivo y protector de esta herramienta, creando bases sólidas para obtener la mejor evidencia para cada indicación terapéutica. Todo lo cual, según creemos en FEFARA, sólo se logrará a través de la investigación clínica que aporte datos de calidad. □

(*) Federación Farmacéutica de la República Argentina.



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

SARS-Cov-2, el bien salud y la tragedia de los comunes

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



La pandemia no parece ceder y la segunda ola que viene atravesando Europa y Estados Unidos con su aumento de virulencia, admisiones hospitalarias y nuevas muertes parece anticipar ya para los epidemiólogos la amenaza de una tercera. El director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. ha hecho sonar las alarmas advirtiendo que los meses de invierno en el hemisferio norte serán “los más difíciles en la historia de la salud pública”. Y mientras el mundo entero sigue en riesgo y la incertidumbre parece no despejarse con las noticias sobre las vacunas, los países evidencian un cada vez más pronunciado agotamiento de los sistemas sanitarios y también de sus economías y del comportamiento de las sociedades.

El SARS-Cov-2 ha puesto en juego a la salud, la de cada uno de quienes vivimos en este planeta, que no puede ser considerada un bien privado o cuestión individual. Posee todas las características de un bien común. Y más aún, de un bien común global. Como tal, no es posible excluir a nadie de disfrutarlo. Pero puede consumirse con el tiempo mientras la calidad de nuestra vida depende cada vez más de tal bien, porque es particularmente frágil.

Las relaciones entre el bien salud, la prevención y los individuos pueden entenderse a partir de una parábola de William Foster Lloyd que el biólogo Garret Hardin populariza en 1968 a través de su artículo “La tragedia de los comunes”, en el que expuso una paradoja implícita en la gestión de este tipo de bienes. Utilizó el ejemplo de un terreno común, donde un grupo de ganaderos debía decidir el pastoreo de sus vacas. Cada uno tenía su propio interés en llevar diariamente el mayor número de ellas para maximizar el beneficio. Desde el punto de vista individual, los beneficios resultaban altos y los costos bajos, sabiendo que éstos (propios del consumo del pasto) se asumían entre todos. Por ende, se socializaban. Pero cuando este comportamiento fue llevado a la práctica por todos los ganaderos (el bien es no - exclusivo) se originó una sobreexplotación del bien. La suma del deterioro causado por las vacas añadidas, que individualmente era imperceptible, agotó el alimento y liquidó la capacidad de recuperación del suelo. El desenlace, claro, fue que tanto los animales como los pastores murieron de

hambre al no tomarse en cuenta el efecto que tendría sobre los otros individuos que compartían tal recurso. Todos se vieron afectados. La esencia de la tragedia para Hardin residió en “el despiadado funcionamiento de las cosas (...), en la inevitabilidad del destino y en la futilidad de cualquier tentativo de escapar de ella”.

La raíz de la paradoja que emerge de la lógica de los bienes comunes como la salud se basa en el conflicto de interés entre las conductas racionales individuales y el origen de las externalidades que afectan negativamente a terceros, lo cual refiere a un problema ético de falta de responsabilidad social. Dar racionalidad a la salud individual resulta un asunto social. Pero

perseguir racionalmente sólo el interés individual en desmedro de lo colectivo lleva al peor resultado. Si alguien está contagiado por el Covid-19 (lo sepa o no) y su conducta individual lo lleva a participar de una reunión social masiva sin tomar precauciones, se está comportando como los ganaderos egoístas de Hardin. Está intentando obtener el máximo beneficio individual, haciendo recaer su costo sobre todos los demás. Sin darse cuenta de que entre “los demás” también está él mismo. De ahí la necesidad de tutelar el bien de salud pública.

Aplicar medidas de distanciamiento social individual para aplanar la curva de contagios evita superar el umbral crítico de disponibilidad de camas de cuidados intensivos. El dilema es que el acceso a las estructuras sanitarias, al uso de respiradores y a ciertas terapias farmacológicas así como -en forma heterogénea- a las vacunas no está garantizado para todos de la misma manera. El virus no es para nada democrático como se lo ha tratado de describir. Los costos de la pandemia no se han repartido de manera igualitaria entre jóvenes y adultos mayores y entre pobres y ricos, y el impacto futuro será más intenso para los más frágiles y vulnerables, se trate de personas o países.

Aquí reside el nudo del problema generado por el Covid-19. En este mundo global e interconectado, los países y sociedades que mostraron mayores responsabilidades de sus ciudadanos respecto del bien salud y su cuidado, manteniendo mejores niveles de protección, igual quedaron y quedarán expuestos al riesgo y a la incertidumbre de nuevas oleadas. No tanto por supuestos debilitamientos de la protección de sus ciudadanos, sino por lo que ocurra en

En una pandemia sin adecuados controles, nada es automático. Cuando un individuo se ha expuesto en forma poco racional al coronavirus porque relajó las precauciones y aumentó sus contactos fuera de todo control, los efectos de ese cambio tardarán un mes o más en registrar un aumento notable.

los países menos protegidos. La efectividad de cualquier protección sanitaria global se define por la calidad con que la misma se garantiza a los más débiles. La *"tragedia de los comunes"* nos revela la realidad de los hechos que ocurren cuando se debilitan las medidas de protección individual, aparecen conductas irresponsables y el fenómeno se colectiviza afectando el bien común. Entonces distancia y tapabocas no resulta suficiente si las desventuras de las oleadas pandémicas no sirven para repensar las condiciones que hacen a nuestra vida en común, a nuestras diferencias sociales y a la dificultad de comportarnos como una sociedad madura y responsable. Así como individualmente con su conducta los ganaderos terminan afectando a todos, el virus desnuda la forma en que también nuestro comportamiento egoísta individual genera una similar externalidad negativa.

Si aún resulta complejo hacerlo en el presente en medio de olas que vienen y van, la pandemia nos podría ayudar a razonar a futuro antes que suban otras mareas. Porque de lo contrario volveremos a quedar expuestos a nuevos riesgos y nuevas incertidumbres cuando -no en forma casual- aparezca otra enfermedad quizás más virulenta y letal que el SARS-Cov-2. Tal vez hoy impensable pero posible. Hardin argumentó en contra de confiar sólo en la conciencia como un medio para vigilar los bienes comunes.

A medida que en América del Sur se reabren bares, restaurantes y tiendas ante el fin del 2020 y el verano de 2021 y las personas individualmente -comprensiblemente- ansiosas por poder salir y reanudar algunas de sus actividades habituales -aumentan el contacto entre sí, se enfrentan a otra cantidad de personas infectadas con el coronavirus que persiste todavía elevado en muchas áreas. Con lo cual la transmisión del virus se reaviva fácilmente. Especialmente cuando se dan afluencias masivas mal manejadas y con contactos estrechos. El problema es que un aumento significativo en el número de casos de Covid-19 o en las hospitalizaciones no se ve claramente una semana o incluso dos después de estos fenómenos sociales, sino que lleva mucho más tiempo -quizás entre seis a ocho semanas- que los efectos de un cambio de comportamiento generalizado se hagan visibles en los datos observables a nivel de la población.

En una pandemia sin adecuados controles, nada es automático. Cuando un individuo se ha expuesto en forma poco racional al coronavirus porque relajó las precauciones y aumentó sus contactos fuera de todo control, los efectos de ese cambio tardarán un mes o más en registrar un aumento notable. Pueden transcurrir más de dos semanas hasta que se tengan síntomas suficientes como para ir al médico y ser testeado. Incluso ser asintomático. Y esto dificulta y hasta retrasa sumar el caso dentro de los datos globales para encender las alarmas. Si se piensa que el Covid-19 desaparecerá mágicamente en el verano como ocurre con las gripes estacionales y los resfríos, el aumento sustancial ocurrido durante los meses de verano en EE. UU. deja en claro que esto no es lo habitual. Como tampoco hará magia la introducción de ninguna vacuna.

La salud no escapa a la tragedia de los comunes. Perdidas las conductas racionales, los individuos pueden ser causales de la propia devastación comunitaria. Estamos a tiempo. La vacuna será sólo un instrumento. El escudo protector sigue estando en la prevención inespecífica y en cada uno. Y como dice mi amigo Filio, en la buena voluntad. □

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



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

Incertidumbre, epidemiología, Covid-19 y después...

Por la Dra. Liliana Chertkoff

Médica sanitarista



¿Qué hay oculto en los pliegues de la realidad? Más allá de nuestros viejos criterios, observaciones, discusiones por zoom, y horas de lectura, percibimos que hay algo más. Es un tiempo desafiante, que nos trae complejos interrogantes, con posibles respuestas de proyecciones apasionantes.

¿Dónde estamos parados en este diciembre del 2020?

Vivimos “la incertidumbre” como un modo cotidiano de paréntesis vital. **Es una vivencia inédita en la vida del planeta y en la nuestra...**

Transitamos la realidad Covid-19, que nos atraviesa, y exige aceptar nuestra vulnerabilidad, y la de los otros, instalando una nueva normalidad.

Aquello que nos molesta y angustia, también trae la posibilidad de ampliar una cartografía en otros territorios que podríamos transitar.

Pero... ¿Cómo construimos nuestras miradas y el modo de accionar?

Es en base a lo que recibimos durante el curso vital, incluidas las memorias emotivas, las búsquedas, aspiraciones, necesidades, formaciones académicas, intercambios profesionales, a lo que nos llega de “los medios de comunicación y redes sociales” y a nuestra capacidad de metabolizar lo verdadero y **desechar lo falso**.

La epidemiología, ciencia que estudia los procesos de salud-enfermedad en una población determinada, en un tiempo y espacio geográfico, se constituye hoy como una herramienta indispensable.

Es hoy la protagonista de las determinaciones no sólo de salud, sino de las políticas estratégicas, económicas, sociales, etc.

La toma de decisiones para proyectar los recursos necesita de las herramientas metodológicas de la epidemiología.

Un proyecto de telemedicina, la compra de insumos de un sanatorio, el médico frente a un paciente, un equipo de salud de una terapia intensiva, un servicio de pediatría, un programa institucional del Estado, una obra social o una empresa de medicina prepaga, un equipo de docencia académica.

Es hora de incorporar la transdisciplina, la interdisciplina, la complementariedad, la sinergia.

Y esto lo podemos hacer aquí y ahora, convocando a profesionales de esas áreas, o estudiando nosotros mismos. Hay una infinita oportunidad de estrategias a mano, accesibles.

Ya no tenemos tiempo de soberbias, ni de odios y

resentimientos, estamos todos en este suceder Covid-19, y hemos llegado aquí con nuestros haberes y deficiencias.

En 1927 Werner Heisenberg publica su teoría del **“Principio de Incertidumbre”**. En ese momento, ni el mismo llegaba a sospechar la envergadura de su descubrimiento, que dio nacimiento a una nueva concepción de ciencia y de filosofía, donde ya no era una “revolución científica” que daba por tierra todo lo anterior, como fue la de Copérnico, Galileo, Kepler o Newton.

Lo qué significaba que abría las compuertas de nuevas comprensiones, **sumando y ampliando**.

Apuntalando la concepción de un todo, donde el lapso de una vida no alcanzaría a abarcar. **“Heisenberg no introdujo la incertidumbre en la ciencia. Lo que cambio y de forma profunda, fue su propia naturaleza y significado”**.

Su aporte nos dice que, a nivel subatómico, dos partículas a la vez pueden producir un mismo fenómeno, o dos fenómenos diferentes simultáneos, y que además al observar esto modificamos el resultado, **este principio es uno de pilares de la mecánica cuántica**.

“El principio de incertidumbre” se está utilizando desde hace décadas atravesando los estudios de constelaciones de científicos, físicos, matemáticos, sociólogos, politólogos, médicos, para nombrar solo algunos...

La idea de este artículo es aportar elementos para pensar y pensarnos, como protagonistas de un tiempo, donde ya están sucediendo transformaciones increíbles a nuestros razonamientos.

La medicina asistencial, los programas de salud, los cambios socioculturales, los teléfonos digitales, las pantallas de hologramas, los algoritmos de las redes sociales... etc. etc., son también productos de la física cuántica... y vienen ahora muchos más.

Es antiguo ya hablar de “Salud Pública”... o de la salud de pobres o de ricos...

Es la **“Salud de todos”**, que está atravesada por fenómenos ambientales de contaminación de todo orden, por pandemias como la del Covid-19 ahora, pero seguirán otras, resultado del avance del humano, sobre territorios que sólo pertenecían a la naturaleza y sus ecosistemas interactuantes, donde todos somos integrantes activos.

Nadie se salva solo, ni aislado... y además es imprescindible pensar, con nuevos conocimientos.

Todos estos espacios están atravesados por eventos que impactan en esas determinaciones. Donde los profesionales necesitamos herramientas metodológicas claras

de acción y proyección, en territorios que cambian exponencialmente, y arrastran las deficiencias que ya conocemos, pero que **podrían ser también potencialidades**.

Entonces, estamos aquí... con conocimientos que pueden dar lugar a nuevas y más enriquecedoras intervenciones, la física cuántica, la epidemiología, las matemáticas, son herramientas que podemos ya mismo incorporar trabajando desde la **interdisciplina y la transdisciplina**, indispensables en esta época de pandemia.

El conocimiento como fuerza emancipadora... se constituye en una necesidad básica, para encontrar juntos respuestas útiles, dinámicas y accesibles.

No es ciencia ficción, ni un territorio inalcanzable a nuestras mentes. Hoy, es una posibilidad real, que puede ayudarnos a plantear los problemas, (*eje de todo abordaje*), para dar respuestas a un espectro de preguntas, desde todos los sectores del arco de protagonistas que trabajan en la salud.

De hecho, ya en varios espacios, están trabajando aquí y ahora, con estas herramientas.

Las universidades deberán actualizar sus contenidos curriculares, compartiendo en los pregrados de cada facultad, la formación en epidemiología, tanto en el ámbito de la salud, en economía, sociología, matemáticas, ciencias sociales y otras.

Es imposible pensarse como una corporación única, un país, o un individuo.

No es sólo un tema filosófico, como plantea el sociólogo, Marshall McLuhan: **"No hay pasajeros en la nave espacial Tierra. Todos somos tripulantes"**.

Es una necesidad esencial de supervivencia, la idea de un todo interactuante.

Vuelvo sobre los términos como **interdisciplina**,

transdisciplina, complementariedad, sinergia, son imprescindibles en toda propuesta laboral y son accesibles de aplicar en estrategias prácticas, reales, con resultados interesantes a nuestra **ávida apetencia de logros inmediatos**.

Desde luego que necesitamos acceder a la comprensión que todo esto demanda, un desarrollo de trabajo donde, el otro no puede ser mi enemigo, ni con quien debo competir... **porque estaríamos pensando antiguo**.

La vida no es un negocio, sería impensable hablar de pobreza, desocupación, educación equitativa... como cargas de otros.

Todos aquí y ahora tenemos la oportunidad de un cambio de paradigma, que nos ayude a transitar este tiempo nuevo, más aliviados y mejor predispuestos a la flexibilidad del cambio. □

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ervin Laszlo "El Cambio Cuántico" - Editorial Kairós.
- 2.- Howard Gardner "Inteligencias Múltiples" - La teoría en la práctica - Ediciones Paidós.
- 3.- Ilya Prigogine "El nacimiento del Tiempo" - Editorial Tusquets.
- 4.- Centro de Investigaciones en Epidemiología y Salud Pública - <https://ciesp.conicet.gov.ar>
- 5.- David Lindley "Incertidumbre" - Editorial Ariel.
- 6.- Thomas Piketty "El capital en el Siglo XXI" - Fondo de Cultura Económica.
- 7.- Gilles Deleuze "En medio de Spinoza".
- 8.- José Ignacio Latorre "Cuántica" - Editorial Ariel.
- 9.- Arne Naess "Ecología, Comunidad, Estilo de Vida" - Editorial Prometeo.
- 10.- Conversaciones con el Dr. Mauricio Klajman.
- 11.- Michio Kaku, físico (48) - Versión Completa. Cómo Einstein me ayudó a convertirme en científico - <https://www.youtube.com/watch?v=kpvwqwcMrU8>
- 12.- CERN - Organización Europea de Investigación Nuclear - <https://home.cern/>



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

Aportes para una agenda de reconstrucción

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)
info@ideblatam.org



La OMS puede ser criticada por muchas acciones y declaraciones fuera de tiempo o incorrectas que dificultaron mantener el ritmo de evolución que exigía la pandemia desde sus inicios. Pero es necesario también merituar que durante el año 2019 en el informe denominado “Un Mundo en peligro”⁽¹⁾ se realizaba una advertencia clara: “Nos enfrentamos a la amenaza muy real de una pandemia fulminante, sumamente mortífera, provocada por un patógeno respiratorio que podría matar de 50 a 80 millones de personas y liquidar casi el 5% de la economía mundial. Una pandemia mundial de esa escala sería una catástrofe y desencadenaría caos, inestabilidad e inseguridad generalizada. El mundo no está preparado”.

A esta altura la pandemia se ha cobrado 1.600.000 víctimas y más de 71.000.000 de personas contagiadas por lo que podríamos decir sin ignorar el impacto sanitario de las muertes ocurridas que estamos lejos de los 50/80 millones que planteaba el informe.

Era muy difícil imaginar la capacidad de reacción de una amplia red globalizada de investigación en el campo de la ciencia y la tecnología farmacéutica que velozmente comenzó a partir de la difusión de China de los componentes genómicos del virus a trabajar para que en tiempo récord tengamos por lo menos 4 o 5 vacunas a punto de iniciar el proceso de inmunización masiva. Es un proceso que tendrá ahora el desafío logístico de organizar vacunaciones en todo el mundo y poder alcanzar en un plazo de por lo menos un año la inmunidad de rebaño que la patología exige para que se vuelva predecible.

Sin embargo, la segunda parte donde se refiere a liquidar el 5% de la economía mundial no se quedó muy lejos de lo que está sucediendo en este año 2020.

A raíz de las graves distorsiones a la oferta y la demanda internas, el comercio y las finanzas, se prevé que la actividad económica de las economías avanzadas se contraerá un 7% en 2020. Se espera que los mercados emergentes y las economías en desarrollo (MEED) se contraigan un 2,5% este año que será su primera contracción como grupo en al menos 60 años. La disminución prevista en los ingresos per cápita, de un 3,6%, empujará a millones de personas a la pobreza extrema este año.⁽²⁾

Para América latina y el Caribe las perturbaciones de la pandemia generarán un desplome económico de por lo menos 7,2% de su economía durante este año.

En tanto el Fondo Monetario Internacional (FMI) prevé que la economía mundial caerá 4,4% en 2020 y repuntará 5,2% en 2021 sin embargo el “**el empleo sigue estando muy por debajo de los niveles pre-pandémicos**” y el mercado laboral se ha polarizado más y los trabajadores de bajos ingresos, los jóvenes y las mujeres son los más afectados”.

También durante 2019 (octubre) se difundió el Índice Seguridad de Salud Global que es la primera evaluación y referencia exhaustiva de la seguridad sanitaria y las capacidades conexas en los 195 países que integran los Estados

Parte en el Reglamento Sanitario Internacional. Este proyecto es producto de una colaboración conjunta de la Iniciativa contra la Amenaza Nuclear (NTI) y el Centro Johns Hopkins para la Seguridad Sanitaria (JHU) y fue desarrollado con The Economist Intelligence Unit (EIU).

Del informe surge que ningún país estaba plenamente preparado para una emergencia sanitaria importante, **pero no se preveía una respuesta inadecuada a la pandemia por parte de los países con una puntuación elevada, como, por ejemplo, Estados Unidos** que estaba en el tope de la medición.

Sin embargo, luego la pandemia en febrero 2020 y se confrontó directamente con el nivel de preparación que los países tenían en materia de seguridad sanitaria. Quedó en evidencia que para algunos países se había sobrestimado la capacidad de respuesta. Es por lo que los autores del índice de Seguridad de Salud Global (GHS) publican un artículo⁽³⁾ en la Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA) donde exponen sobre la respuesta inadecuada de los Estados Unidos a la pandemia de Covid-19 en el contexto de haber tenido la posición más alta en el Índice GHS.

Este artículo puede ser interesante para hacer una lectura propia del manejo de la pandemia y es por lo que me permito abundar sobre sus contenidos.

Los autores sostienen que la respuesta deficiente que tuvo Estados Unidos (USA) puede deberse a ciertos factores claves que obtuvieron bajas puntuaciones, a pesar de las altas puntuaciones en la mayoría de las otras categorías.

El primer lugar en el índice se debe a la alta calidad de sus laboratorios y personal científico, la Reserva Estratégica Nacional y los planes de distribución y comunicación de emergencia. Otros países altamente calificados, como Corea del Sur y Tailandia, con capacidades similares, pudieron aprovecharlas mucho más eficazmente para responder al Covid-19.

En Estados Unidos se vaciló en factores claves que pueden explicar la defeción de este país para responder a la pandemia. A diciembre 2020 es el país más afectado con 16,2 millones de contagios y casi 300.000 muertes. En lo que constituye un subíndice clave recibieron la puntuación más baja posible: la confianza del público en el Gobierno. La falta de confianza pública puede socavar todos los esfuerzos de salud pública y control de enfermedades.

También recibió bajas puntuaciones en los indicadores relacionados con la fortaleza del sistema de atención médica y la capacidad de los ciudadanos para acceder libremente. Deficiencias demostradas en el bajo número de médicos y camas de hospital per cápita. Esto no resulta una novedad teniendo en cuenta la historia del país en materia de la fallida construcción de un sistema de salud universal que el Partido Demócrata ha puesto en agenda y que Trump hizo retroceder durante su Gobierno. Estados Unidos tiene hoy 30 millones de personas sin ningún tipo de cobertura asistencial (10% de la población) a pesar de destinar casi 17% de su PBI.

Esta nueva lectura de la realidad permitirá un perfeccionamiento de las mediciones donde se incluirán las capaci-

dades adicionales que han emergido de éxitos y fracasos de la lucha contra la pandemia:

1. Estrategias nacionales de pruebas.
2. Las cadenas de suministro médico.
3. Las formas de evaluar el liderazgo nacional y el papel que desempeña en una respuesta eficaz a la pandemia.

Para todos aquellos que creemos en la necesidad de contar con un sistema de salud universal la lectura pos-pandemia nos brindará algunos elementos claves para mostrar los límites y la profunda inequidad estructural de sistemas como el de Estados Unidos o la Argentina.

No tengo expectativas que la gente perciba que en este sistema sanitario cuando uno pierde el empleo también pierde su cobertura médica. El desempleo y el trabajo informal que en el caso argentino alcanza a más del 40% constituyen serias limitaciones para seguir manteniendo un sistema sostenido por aportes y contribuciones que cargan sobre el empleo formal el sostenimiento de la informalidad, monotributistas y tercera edad.

En un país que tiene que crear empleo la solución más creativa que se le ha ocurrido a las autoridades es aumentar las cargas patronales y las contribuciones laborales del 9 al 11%, con lo cual seguimos condenando a las pequeñas y medianas empresas que deberían generar empleos a buscar diferentes formas de eludir la contratación formal y apelando a esquemas de informalidad.⁽⁴⁾

Arrastramos varias recesiones económicas, la pandemia y la rigidez laboral incrementarán el desempleo y la salida de población activa del mercado de trabajo (fuerte destrucción de puestos en el área de servicios como venta minorista, hotelería, mantenimiento de edificios, y transporte). Su reingreso será difícil considerando los cambios que se están planteando en las formas de trabajo y la necesidad que se plantea a futuro que la población activa desde un punto de vista laboral tenga conocimientos tecnológicos para los nuevos trabajos que podrían generarse.

En tiempos de incertidumbre y depresión económica es necesario contar con un rumbo, con una dirección que para generar confianza y seguridad jurídica debe ser consensuada convirtiéndose en una agenda de la sociedad antes que en una agenda de gobierno.

Es importante que el Gobierno colabore con la construcción de estos grandes lineamientos convocando a expertos en distintas materias que nos permitan avizorar el futuro y no vivir el día a día como un hecho inexorable.

Con un espíritu constructivo me atrevo a sugerir en este artículo algunas líneas de trabajo para buscar ese consenso social básico que permita pensar en la reconstrucción económica y social del país.

LINEAMIENTOS:

- 1) **Definir una agenda de digitalización e innovación** que incluya entre sus postulados: informatización de la administración pública, completar las redes nacionales de fibra óptica e intervenciones para desarrollar la red de 5G.
- 2) **Revolución verde y transición ecológica:** atacar la contaminación en los grandes centros urbanos, iniciar un proceso de descarbonización de los transportes, mejo-

ra de la eficiencia energética de los edificios públicos, la gestión integrada del ciclo de las aguas, las inversiones en la economía circular (bioeconomía).

- 3) **Infraestructura para la movilidad sustentable.**
- 4) **Investigación y desarrollo,** innovación y fuerte impulso a la promoción aplicada a la producción exportable.
- 5) **Educación, formación e investigación:** digitalización de la educación, lucha contra el abandono de la escuela, políticas orientadas a aumentar el número de egresados universitarios, incentivos a la distribución de estos en el territorio nacional.
- 6) **Equidad e inclusión social y territorial:** políticas activas para promover el trabajo (reforma laboral) aumentando la flexibilidad. Es hora de explorar la flexiguridad, amplios programas de recalcificación laboral y poner a disposición de toda la población económicamente activa cursos para el dominio de sofisticadas herramientas digitales.
- 7) **Salud, prevención y tratamiento:** integración de la oferta y la demanda de servicios; más informática en la salud a partir de la introducción de la historia clínica electrónica universal. Asistencia a domicilio, mayor coordinación de la oferta integrada; fortalecimiento del financiamiento público de salud disminuyendo las cargas laborales y cambios organizativos que brinden mayor autonomía y eficiencia en la gestión de los centros de salud; fortalecimiento de la atención primaria, y desarrollo de la salud pública con capacidad de prevención y anticipación; evaluación de tecnologías, desinversión y priorización. Establecimiento de niveles esenciales de asistencia sanitaria para toda la población con independencia de su cobertura; protección del personal sanitario y de los pacientes; invertir y coordinar con los países de América latina una política que permita contar con materia primas activas indispensables para la producción de algunos medicamentos estratégicos como los antibióticos, antirretrovirales, anticancerosos, anestésicos, anticoagulantes, inmunoglobulinas y hasta las materias primas activas indispensables para los tratamientos de emergencia.⁽⁵⁾ □

1) Primer informe anual sobre la preparación emergencias sanitarias (Junta de vigilancia mundial de la preparación de una cumbre de Naciones Unidas, septiembre 2019).

2) <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>

3) "Respuesta subóptima de EE.UU. a COVID-19 a pesar de sus sólidas capacidades", fue publicado a principios de septiembre 2020 en JAMA.

4) En Estados Unidos se perdieron al inicio de la pandemia 22 millones de empleos, en cuanto comenzaron a movilizarse las fuerzas productivas ya se recuperaron 12 millones y están en vías de recuperar el resto a un ritmo más lento. <https://www.larepublica.co/globoeconomia/la-economia-de-ee-uu-agrego-245000-empleos-en-noviembre-3098009>

5) 90 % de la penicilina y 60 % del paracetamol se producen en China, la India y otros países asiáticos.

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



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

www.cempra.org.ar

administracion@cempra.org.ar

LIMA 355 4J CABA (5411) 15 4472 3423

Salud y economía en el 2021



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

Diciembre es el momento del año que repasamos y pensamos que hicimos y que queremos hacer en el año entrante. Más allá del nivel individual, debemos hacer este ejercicio a nivel sociedad, especialmente este año que dejó muchas lecciones que debemos aprender y aprehender.

En las 30° Jornadas de Economía de la Salud, organizadas por la Asociación de Economía de la Salud, han participado destacados representantes sanitarios nacionales e internacionales que nos invitaron a reflexionar al respecto. Me permito tomar algunas reflexiones que pueden interesar.

Un tema recurrente, que atravesó a los expositores, fue el cambio. El aumento en la velocidad del cambio, pasando de la linealidad a la exponencialidad, nos debe alertar que las pandemias serán cada más frecuentes. Hace unos pocos años fuimos alertados sobre esta pandemia en particular y casi nadie tomó en cuenta esas palabras.

El Dr. Vicente Ortún Rubio, ex decano de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, expuso sobre los peligros de próximas pandemias de origen zoonóticas, y resaltó que el mayor problema que el mundo enfrentará será el cambio climático, ya que la destrucción de la biodiversidad es uno de los causantes de la mayor cantidad de zoonosis.

Sin embargo, el cambio climático no sólo impulsará nuevas pandemias sino también será una pandemia por sí sola en el mediano plazo. Según presentó en los próximos 50 años, entre 1.000 y 3.000 millones de personas perderán su hábitat por el calentamiento climático.

Otro punto destacado, fueron las diferencias en los resultados entre países y regiones. Se puede resumir en una de las conclusiones del Dr. Ortún Rubio "No importa tanto saber qué pandemia tiene una sociedad, sino saber qué sociedad tiene una pandemia". Todos los países saben que políticas sanitarias son las adecuadas, pero no todos pueden aplicarlas.

Un gran resumen hizo el Mg. Jairo Restrepo, presidente de la AES para Latinoamérica y el Caribe, explicando las diferencias económicas en el punto de partida en cuanto a tasa de crecimiento del PBI, desocupación, índice de inflación, gasto público e índice de GINI; como así también las diferencias en los objetivos de salud alcanzados, la calidad sanitaria y protección financiera. Las diferencias culturales, económicas y sanitarias entre los países han sido en gran parte responsable de los resultados alcanzados.

Directamente relacionado, y mencionado tanto por los expositores nacionales como internacionales, es el rol de la gobernanza y la importancia de la Salud Pública. El Dr. Martín Sabignoso, subsecretario de Equidad en Salud, expresó que "sin acceso universal nadie está protegido" y destacó la importancia de la capacidad de articular acciones y recursos.

Por su parte, la Mg. Sonia Tarragona, subsecretaria de medicamentos e información estratégica del Ministerio de Salud de la Nación, expuso en el mismo sentido sobre la importancia del trabajo interministerial que se realizó. Será imprescindible trabajar en el fortalecimiento de la gobernanza y el poder rector del Ministerio de Salud de la Nación.

En un país con un sistema de salud federalizado y fragmentado en subsectores e incluso dentro de cada uno, es menester repensar las funciones y responsabilidad de sus actores como así también la necesidad de un Plan Federal para los próximos años ampliamente consensuado.

Desde el punto de vista de la economía, se destacó la caída del PBI a nivel mundial y la consecuente caída del empleo. Es la mayor crisis económica desde hace más de un siglo. Sin embargo, cabe mencionar las diferencias en la recuperación esperada. La gran mayoría de los países del mundo han generado déficit durante este año y probablemente lo mantengan en los próximos. Para cubrir estos déficits fiscales han recurrido al endeudamiento externo e interno.

Desde la experiencia internacional, se sabe que esta práctica debe ser controlada y no debe mantenerse en el tiempo, ya que termina siempre con una gran crisis. Grecia, España o Portugal la han vivido hace una década y desde allí llegan las advertencias. Latinoamérica también conoce sobre las mismas, especialmente la Argentina, donde desde 1960, se han logrado apenas un puñado de años con superávit, y hemos vivido en constantes crisis que estallaron cada diez o doce años aproximadamente. Sobre este punto es ineludible destacar la necesidad de revertir lo antes posible las consecuencias coyunturales sobre la pobreza y desempleo. A medida que pasa el tiempo, estos vaivenes coyunturales se convierten en estructurales.

El empeoramiento en el déficit estructural, más allá de la tragedia individual, es una gran carga para las próximas generaciones. Cada gran crisis en nuestro país ha aumentado el piso de pobreza, que no será reversible con políticas de corto plazo sino con un plan de mediano y largo plazo que cambie cuestiones estructurales de nuestra economía, como el sistema impositivo y financiero.

En resumen, debemos aprender sobre la pandemia al menos estas cuatro lecciones para el futuro. Prepararnos para enfrentar cambios constantes en nuestras formas de vidas, especialmente tecnológicos, pero sabiendo que entre estos cambios habrá que afrontar cada vez más frecuentemente nuevas pandemias; trabajar sobre la sociedad, el respeto sobre la ley y el respeto sobre los demás; fortalecer el poder de gobernanza y el poder rector del Ministerio de Salud, así como fortalecer la salud pública; definir políticas económicas urgentes para revertir los efectos coyunturales sobre la pobreza y el desempleo, y a la vez de trabajar sobre aspectos estructurales de la economía.

Más allá de las lecciones, para el 2021 nos esperan muchos más desafíos. La vacunación, la accesibilidad y el precio de los medicamentos, el impacto de la pandemia en salud mental, la segunda ola del coronavirus, las negociaciones con el FMI, la inflación, la falta de divisas, etc. En definitiva, tal vez lo más importante que debimos aprender que economía y salud no puede elegirse una sobre otra, son indivisibles. En 2021 debemos generar políticas de economía y de salud. □

(*) Asociación de Economía de la 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

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



¿Cómo se está gestionando el acceso a vacunas Covid-19?

Seguramente este artículo estará desactualizado cuando se publique. Pero es interesante observar la "foto" del proceso decisorio al 11 de diciembre (en que fue enviado a la Editorial), para comprender la tendencia a abordar problemas de naturaleza científica, usando la lógica corriente de la política doméstica.

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



Por alguna razón difícil de interpretar, las autoridades argentinas tienen un comportamiento inadecuado ante decisiones de carácter científico, que pueden afectar en el futuro a toda la población. El objetivo de llevar a cabo una inmunización masiva contra cierta enfermedad es necesariamente de naturaleza político-sanitaria, sustentada en criterios epidemiológicos. La selección del producto a adquirir, la evaluación sobre su eficacia y seguridad, así como la planificación del proceso de adquisición, distribución e inoculación de la población prioritaria, son decisiones de carácter administrativo, basadas en requisitos científico-técnicos. En cada etapa deben actuar funcionarios diferentes, o los mismos decisores utilizarán distintos procedimientos, adecuados a la función que deben cumplir.

El presidente Alberto Fernández, que tiene la responsabilidad de dar ejemplos de disciplina, para que los ciudadanos cumplan los cuidados recomendados, se exhibe reiteradamente en abrazos sin barbijo, no respeta el distanciamiento social, acompañó a Evo Morales a La Quiaca el pasado 8 de noviembre, le ofreció una cena con parte de su gabinete, y luego tuvo que estar aislado por el contagio de uno de los participantes. Como gesto de audacia, al principio afirmó que iba a desistir de sus privilegios y sería el último en vacunarse; el 10 de diciembre en cambio, prometió que sería el primero para mostrar su confianza en la inminente vacuna rusa. Por el contrario, la salud del presidente es un problema de Estado, no de impulsos heroicos. En ese acto, acompañado por el ministro Ginés González García, anunció que había firmado un acuerdo con Rusia, para recibir 600.000 dosis de esa vacuna antes del 31 de diciembre, y 20 millones más hasta fines de febrero. El ministro comentó allí que, la única vacuna aprobada de emergencia por el Reino Unido era la de Oxford-AstraZeneca. Unos días antes había admitido que el país debería adquirir la que estuviera disponible. El mismo día 10, la *Food and Drug Administration* (FDA) informó la aprobación del producto de Pfizer-BioNTech por el más calificado grupo de expertos. También ese día la provincia de Corrientes informó que había adquirido 100.000 dosis de la vacuna rusa.

Un mes antes, el gobernador Axel Kicillof y el ministro Daniel Gollán de la Provincia de Buenos Aires, habían anunciado que se anticiparían a comprar un millón de dosis de la vacuna rusa, cuando la propia agencia de ese país (Centro Gamaleya) todavía no había dado por concluida la fase de prueba y tenía que responder a pedidos de al menos otros 25 países. La viceministra nacional Carla Vizzotti, acompañada por la esposa de Gollán, viajaron a Moscú, sin que se informaran en ese momento los objetivos. Presuntamente el sistema funciona mediante aportes de riesgo al Fondo de Inversión Directa de Rusia (RDIF, en inglés), dado que las autoridades rusas manifestaron que, para el mercado global, la vacuna sería producida por los socios internacionales del RDIF, en India, Brasil, China, Corea del Sur y otros. Todos los expertos consultados,

expresaron sus reparos respecto a la vacuna rusa, por la falta de publicaciones y de evaluaciones internacionales por pares. ¿Alguno creerá que la inmunidad provista por la órbita socialista es más progresista que la proveniente de países capitalistas?

La Dra. Vizzotti primero dijo que la vacuna sería obligatoria y luego que sería voluntaria. El Dr. Gollán, que suele expresar posiciones extremas, dijo que sería "absolutamente" voluntaria, incluso firmando "consentimiento informado". Los "consentimientos" se firman en situaciones experimentales, no para campañas de vacunación. Desde el Protomedicato del Virreinato, las vacunas son virtualmente obligatorias y forman parte de un *calendario oficial*. Naturalmente, no llevan a nadie a vacunarse por la fuerza, pero —definido el grupo de riesgo— es de alta prioridad para sus integrantes, sin firmar *consentimiento*, sólo emitiendo un *certificado*. Antes que se concrete la compra, deberá preverse la logística para la distribución: cadena de frío, centros de vacunación, población de riesgo y plazos de revacunación. El almacenamiento es fundamental: una heladera común tiene +4°C, un freezer hogareño -18°C; otras temperaturas van en contenedores de nieve carbónica o de nitrógeno líquido (inferiores a -70).

También habrá que definir la participación de los servicios públicos y privados. Quién se hará cargo del financiamiento: si lo hará solo el Estado, si tendrán participación las obras sociales y la medicina prepaga, o requerirá gastos de bolsillo; si se vacunará sólo en servicios públicos, o también privados; qué supervisión tendrán los organismos internacionales (OPS, OMS). Cómo se registrará la proporción de inmunizados y qué segmentos de la población deberán vacunarse sucesivamente. Como se sabe, la participación del sector privado en el sistema de salud es mayor que la del público, de modo que difícilmente pueda prescindirse de esos efectores en una campaña masiva. Deberían programarse estudios de seroprevalencia para evaluar la protección alcanzada (hasta el momento sólo efectuó uno el Gobierno de CABA), y un programa estadístico de población a vacunar y grado de cumplimiento. Tampoco se sabe si se podrán utilizar distintas vacunas, ya que tienen procesos de producción diferentes. ¿Inducirán respuestas orgánicas complementarias? ¿Qué plazo de protección brindarán?

Los países europeos, que están sufriendo una grave oleada de contagios, han declarado aislamientos, toques de queda y signos de verdadera alarma sanitaria. Sin embargo, han mantenido las actividades educativas en todos los niveles, incluyendo el inicial. En la Argentina, en cambio, el dirigente Roberto Baradel asumiendo una responsabilidad que no tiene, afirmó que "no habrá clases hasta que esté la vacuna", sin que ningún juez haya iniciado un procesamiento de oficio. ¿Suponen que podremos prescindir del próximo ciclo lectivo? □

(*) Médico sanitarista. Miembro del Grupo PAIS. Autor de "Un sistema de salud de más calidad" (Prometeo, 2020).

El 2020 aumentó la deuda en capital humano en salud



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

El año que dejamos atrás, como pocos, puso el foco en el personal de salud. No es justo hacer un balance sin considerar los aspectos positivos. En este sentido, más allá de las acciones de los gobiernos y la movilización de organizaciones de todo orden buscando estrategias para sumar, la primera respuesta y el mayor esfuerzo vino de los profesionales del sector sanitario. Tanto los que están en la atención directa, como quienes investigan en la búsqueda de soluciones, tuvieron una respuesta muy por encima de lo esperable, teniendo en cuenta la crisis crónica que arrastra el sector.

El compromiso demostrado fue directamente proporcional al riesgo que asumieron.

Los trabajadores sanitarios y sus convivientes fueron un grupo especialmente golpeado contribuyendo significativamente al número de internados con Covid-19, en especial los que les tocó estar en la "puerta de entrada" cuyo riesgo se duplicaba respecto del resto del personal. Reportes de otros países señalan que constituyeron hasta un sexto de las internaciones.⁽¹⁾

La pandemia desnudó los déficits que el capital humano arrastraba de larga data, producto de múltiples factores. Puso en evidencia los déficits de distribución geográfica como así las áreas que resultaban críticas por la falta de especialistas. La excesiva fragmentación, la dificultad para sostener una gobernanza nacional efectiva, los bajos salarios, y el multiempleo, son todos aspectos que conspiran con la búsqueda de soluciones efectivas. Los múltiples actores en juego y la escasa visualización de un liderazgo capaz de llevar a cabo cambios drásticos del sistema, hacen que cualquier intento de solución debe ser progresivo. Deben abordarse aspectos que hacen al sistema en general, a la planificación, como así a la formación.

En términos sistémicos resulta imperioso tomar acciones que promuevan un modelo de atención centrado en el primer nivel que resulte aceptado por la población, por lo que debe acompañarse de las medidas necesarias para fortalecerlo. Parte de este paquete debe contemplar una política de incentivos, para conseguir el número necesario de profesio-

nales formados para este tipo de atención. El énfasis en el primer nivel de atención debe llevarse a cabo no sólo en el subsector público, sino también en el de la seguridad social.

En términos de formación, debe acompañarse de un avance progresivo de la residencia como tránsito de posgrado mandatorio para los graduados. La planificación de vacantes debe basarse en las necesidades y no en la oferta. Para ello hace falta sostener el examen único de ingreso y una fuerte gobernanza en los órganos de enlace entre las provincias con un rol activo del ministerio nacional.

En la organización del trabajo, las cargas horarias reducidas promueven el multiempleo por lo que debería avanzarse progresivamente a modelos de cargas horarias completas con remuneraciones acordes. Asimismo, deberían revisarse todas las formas de remuneración generando estímulos para todas aquellas áreas que son priorizadas por déficit de personal.

Sin dudas todas estas propuestas requieren apertura para analizar aspectos que van desde principios como la autonomía universitaria, el rol de las provincias y la visión gremial, pero es claro que los resultados a los que hemos llegado no son beneficiosos ni para los profesionales ni para la población. □

REFERENCIAS

1) Shah ASV, Wood R, Gribben C, Caldwell D, Bishop J, Weir A, Kennedy S, Reid M, Smith-Palmer A, Goldberg D, McMenamin J, Fischbacher C, Robertson C, Hutchinson S, McKeigue P, Colhoun H, McAllister DA. Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*. 2020 Oct 28;371:m3582. doi: 10.1136/bmj.m3582.

(*) 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.

**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.



Covid-19 y los juicios por mala praxis ¿Llegarán?

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



En el campo de la atención del cuidado de la salud, la prestación tanto por parte de los médicos cuanto, del resto de los miembros del equipo de salud, está cambiando a medida que continúa la pandemia de Covid-19, lo que crea presiones adicionales para mantener la seguridad del paciente. En mi visión, ella pasa por las conductas y el conocimiento médico. Dicha presión puede dar forma a nuevos riesgos de responsabilidad profesional médica tanto para las instituciones prestadoras, como para los miembros del equipo de salud.

Lo que hoy está ocurriendo, y tal vez pase inadvertido para los aseguradores y asegurados del riesgo de RC Médica, sea en lo inmediato, el nuevo repertorio de temas para promover reclamos económicos. Comprender cómo se están desarrollando estos nuevos riesgos y cómo se podrían evaluar los eventos adversos en el campo judicial (peritos y jueces) que también está y estará, bajo presión, ya sea en el ámbito del Derecho Civil cuanto, en el Derecho de Consumo, es el primer paso para hablar de medidas de protección, tanto de los asegurados como de los aseguradores del riesgo de praxis médica.

¿Qué tipo de demandas se podría esperar vinculadas a la pandemia?

Circunstancias extraordinarias y un flujo constante de directivas (y revisiones de las mismas) de los Gobiernos nacionales, provinciales y municipales podrían haber puesto a los prestadores institucionales públicos y privados, y a los médicos y resto del equipo de salud en ambos escenarios, para que practiquen la medicina como nunca antes lo habían hecho, o para no practicarla, cuando ciertas formas programadas de atención hubieran sido suspendidas por acción del Gobierno o decisión del proveedor o del financiador, a menudo para conservar el EPP (equipo de protección personal) y otros recursos, y abaratar costos.

A pesar de los esfuerzos razonables en condiciones difíciles, es probable que algunos eventos adversos se remontan a esos momentos, y no se hayan advertido, o no se hayan evaluado convenientemente, o quizás hasta se hayan subestimado o subestimen. Es importante señalar que "programado" en este contexto no significa que la suspensión se haya efectuado por entenderlo innecesario u opcional. Incluye procedimientos importantes de detección, no sólo del Covid-19, sino también de diagnósticos como colonoscopias, algunas cirugías cardíacas y de cáncer y la mayoría de los procedimientos dentales. La "pérdida de chance de curación", de "sobrevivencia en mejores condiciones" o de

"oportunidades", pueden estar agazapados, camuflados y esperando en la "gatera" del reclamo.

La demora de los procedimientos programados puede ser una fuente de mayor litigio: muchas biopsias de cáncer, por ejemplo, se han retrasado últimamente, y si la "demora en el diagnóstico" o el "sin diagnóstico", o el "error de diagnóstico" ya era una de las áreas de litigio de difícil defensa y alto costo del acuerdo extrajudicial o de la sentencia antes del Covid-19, con mayor razón lo será por la circunstancia actual. Otros retrasos en la atención pueden estar relacionados con problemas de acceso al cuidado de la salud, en patologías "no Covid-19", y hasta en el agotamiento de las áreas administrativas, que deberían y deben ser rápidamente advertidos y corregidos.

La "Telemedicina" ha sido un salvavidas para muchos proveedores durante esta crisis, pero algunos pacientes vulnerables, o consumidores de "vulnerabilidad agravada", pudieron no haber tenido acceso a ella. Es que la infraestructura informática de la población también puede representar una barrera para la atención, ya que algunos no tienen suficiente ancho de banda de internet para las consultas por video. Además, las circunstancias han obligado a los médicos a utilizar esta herramienta de acuerdo con formas en las que normalmente no lo hacen.

La telemedicina es ideal y complementaria a la atención en persona y, por lo tanto, no es la mejor opción para una primera visita con un nuevo paciente, pero durante el pico de riesgo de infección, se hicieron excepciones, y quizás algunas instrucciones y limitaciones de la "Buena Práctica" establecida por asociaciones médicas y hasta por aseguradores del riesgo, no hayan sido oídas. Entre las nada frecuentes reclamaciones en la Argentina ni siquiera antes del Covid-19, el diagnóstico erróneo puede ser la principal alegación, y no puedo imaginar que el riesgo de un diagnóstico erróneo haya disminuido, dado el aumento en el uso en condiciones no óptimas.

En este sentido, para los aseguradores del riesgo de praxis puede vislumbrarse otro reclamo originado por el propio asegurado, médico, que bien puede no estar enterado de la inclusión o exclusión de la cobertura de ese tipo de prestación, y mucho menos en caso de que el consultante hubiera sido residente en jurisdicción diferente a la del domicilio del profesional, y este último transformarse en un "consumidor de vulnerabilidad agravada" por defectos de información del asegurador, alentado a reclamarle a su asegurador por la vía del derecho del consumo.

Además, anticipo que algunos casos relacionados con reclamos por Covid-19 podrían estar fundados en la escasez de EPP; esas reclamaciones pueden provenir

CUESTIONARIO DE AYUDA

- 1.- En estos tiempos de Covid-19, ¿ha notado usted alguna demora no habitual en la realización de algún procedimiento médico programado por la situación de pandemia?
- 2.- Durante la pandemia, ¿el cuerpo directivo o el equipo al cuidado de la salud sintió presiones adicionales?
- 3.- Durante el mismo período, ¿existieron necesidades adicionales para mantener la seguridad de los pacientes de esta patología?
- 4.- ¿Se pudo advertir la presencia de nuevos riesgos que pudieran comprometer la responsabilidad médica en las prácticas del equipo de salud?
- 5.- ¿El equipo de salud se sintió sobreexigido para dar cumplimiento con las directivas gubernamentales (Nación, Provincia, Municipalidad, protocolos y otros)?
- 6.- ¿El equipo de salud siempre estuvo dispuesto al cumplimiento de la totalidad de las directivas?
- 7.- ¿El equipo de salud pudo estar tan sobreexigido como para no practicar la medicina por las formas electivas de atención para conservar el EPP y otros recursos (Electivos)?
- 8.- ¿Recuerda qué eventos adversos han ocurrido durante todo este tiempo?
- 9.- ¿Los registró?
- 10.- ¿Los denunció a su asegurador de mala praxis?

tanto de pacientes como de empleados o profesionales no necesariamente bajo relación de dependencia, y en los ámbitos público y privado.

Los proveedores brindan atención de manera diferente durante el Covid-19. ¿Podrán disminuir o aumentar los riesgos por estos cambios?

En el agitado mundo de la gestión de una crisis de salud pública, muchos establecimientos médicos, públicos y privados, han tenido que tomar medidas temporales que afectan la seguridad del paciente. Algunas de estas medidas mitigan ciertos riesgos, pero pudieron amplificar otros. Los proveedores de atención médica en las zonas afectadas por los contactos manuales están trabajando más horas, a veces con un equipo de protección personal insuficiente, a veces en especies de grandes tiendas de campaña instaladas en estacionamientos u otros lugares desbordados.

En lugares físicos destinados a la atención de la emergencia, el personal de otros departamentos puede estar atendiendo en el departamento de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos; esto podría aumentar el riesgo de brechas en las comunicaciones. Todas estas medidas de **ampliación de recursos**, tomadas en conjunto, pueden sumarse a un perfil de riesgo que es más que la suma de sus partes,

Mientras se responde a las directivas de salud gubernamentales de cualquier nivel, así como a las recomendaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y otras fuentes confiables, como explicara el Ministerio de Salud, el establecimiento médico y las prácticas continuarán experimentando retrasos inevitables en el tratamiento de todos los pacientes. Los retrasos en las pruebas no ayudan. Además, debido a las preferencias de los pacientes, se han retrasado

muchos controles y pruebas de rutina. Los eventos adversos relacionados con estos retrasos podrían afectar la responsabilidad del médico.

¿Qué puede hacer el médico o el establecimiento para protegerse?

La documentación concienzuda una vez más se convierte en el más experto testigo para el médico en un juicio o en las negociaciones afiebradas para resolver un entuerto en un proceso de mediación prejudicial. En la era de Covid-19, las prácticas pueden beneficiarse de documentar no solo las interacciones con los pacientes individuales, sino también, cómo la práctica sigue las pautas de control de infecciones y las recomendaciones de las autoridades de salud gubernamentales y de las sociedades médicas, en momentos específicos. Esto podría ser tan simple como escribir una nota diaria en un calendario electrónico.

¿Cómo los cambios en un proceso de mediación durante la pandemia desafían a los equipos de defensa?

En un reclamo prejudicial reciente por negligencia médica, un médico asegurado en una aseguradora de praxis, con la asistencia de un abogado y un médico, obtuvo un acuerdo rápido a pesar de muchos cambios en el entorno de un reclamo que podría haber planteado problemas mayores si no hubiera estado respaldado por una sólida documentación.

Hemos visto recientemente cómo los abogados que realizan una "audiencia" de mediación prejudicial durante el Covid-19 necesitan un equipo médico que esté preparado para los cambios en los análisis del caso, que esté bien dispuesto para respaldar tratativas rápidas. Hoy día estas reuniones de mediación se pueden completar por video, con múltiples pantallas para los abogados, las partes y las pruebas.

Estoy convencido que en este campo - el de la liquidación del siniestro de praxis médica - tiene que haber grandes cambios, y rápido. Un juicio de mala praxis no puede "tardar" 15 años en resolverse.

El estrés de los litigios supone una carga para los médicos en cualquier momento. ¿En qué se diferencia esto durante la pandemia?

Los juicios propiamente dichos contra médicos individuales y establecimientos médicos están tomando cada vez más tiempo de duración, lo que agrava la situación patrimonial de todos, incluido el asegurador del riesgo, pues el largo plazo convierte en insuficientes las sumas aseguradas para todos los involucrados, más allá de que el tiempo procesal mantiene al médico en una incógnita casi inconsciente de ello.

Con un solo juicio abierto, los médicos pasan más del 10% de sus carreras viviendo bajo la sombra de una reclamación abierta por negligencia, que no es bueno para su salud mental. La situación de la pandemia en nada lo ha cambiado, por ello es deseable no llevarse ningún reclamo en la mochila de este año, y mucho menos un evento potencialmente compensable no detectado que pueda llegar en el futuro inmediato. □

(*) Asesor externo de TPC Compañía de Seguros S.A. Fundador y CEO de RiskOut.

“Un día dejamos de ser esenciales”

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



El 3 de diciembre los profesionales de la salud, dijimos basta y más de 4.000 médicos y médicas municipales marchamos a la sede de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para reclamar por un salario digno. La masiva movilización coincidió con el día del médico y la consigna central fue: “Somos esenciales, que nos paguen como esenciales”.

Fue una mezcla de sensaciones porque durante la movilización tuvimos que lamentar a muerte del doctor Alejandro Hakim, jefe de Obstetricia del Hospital Ramos Mejía, que fue parte de la defensa de la salud pública hasta el final y a quien le debemos continuar con nuestro reclamo. No hubo diferencias, estuvimos todos y entre todos expresamos nuestra disconformidad con la paritaria salarial de 2020.

Este ha sido un año muy especial y en la pandemia no solo fallecieron médicos que han entregado su vida en el ejercicio de la profesión, hay muchísimos colegas infectados. Realmente la paritaria es insuficiente, incluso lejos de las pautas inflacionarias. Creemos que es absolutamente necesario que el salario médico sea digno y acorde a todo lo hecho durante este año. Por eso los colegas de la AMM seguimos en alerta sin descartar nuevas medidas a seguir.

El 31 de diciembre termina uno de los años más duros por lo que tuvo que atravesar el mundo en general y el país en particular. El Coronavirus nos puso en alerta y sumó una nueva demanda a los trabajadores de la salud, esta vez ante un enemigo desconocido capaz de hacer estragos en las diferentes capas sociales.

Desde la AMM nos pusimos en guardia desde el día uno, asistiendo a nuestros colegas con equipamiento para mejorar la seguridad, fuimos incorporando equipamientos, elementos, asistencia social y psicológica para todo el equipo, hemos conseguido que se incorpore más recurso humano, le hemos pedido a los equipos de salud y a las autoridades que lentamente y dentro de las posibilidades comience a funcionar la vida normal en los hospitales para atender al resto de la gente.



Hemos solicitado armar equipos de trabajo y generar burbujas para que el personal de salud tuviera el descanso necesario ante tanta demanda y para descomprimir la situación en caso de haber un caso positivo. Las autoridades siempre supieron y estuvieron al tanto de nuestros reclamos, pero nunca bajamos los brazos, por el contrario, seguimos en plena crisis y cuando las camas de los hospitales sufrían una gran demanda. La tarea del equipo de salud que fue reconocida en los primeros días de repente empezó a tener una mirada lejana.

Somos conscientes que una sociedad tiene que volver a funcionar, estamos de acuerdo con las aperturas, pero esto trajo aparejado que empezamos a mirar para adelante sin tener en cuenta que la pandemia aún está presente. El 1 de enero el panorama será el mismo, el Covid-19 seguirá entre nosotros, habrá peligro de rebrote mientras llega la vacuna en cualquiera de sus versiones, sin dejar de sumar otras enfermedades estacionales como, por ejemplo, el también peligroso Dengue que todos los años nos sacude como sociedad y como país demostrándonos que lejos estamos de lo que consideramos primer mundo.

En estos escenarios siempre está el equipo de salud. Hoy los carriles exclusivos de las autopistas son un recuerdo lejano, lo dicen los carteles indicadores, el motivo lo desconocemos, pero los que pasan por el peaje deben no sólo hacer la cola sino abonar, como antes de la pandemia, cuando aún seguimos en pandemia. Contradictorio.

Los aplausos quedaron atrás y parece que los mismos que el primer día nos discriminaban en algunos edificios con carteles invitándonos a mudarnos por peligro de contagio ya se olvidaron de nosotros. Nunca los pedimos, a los aplausos, y sí denunciamos los escraches.

Hoy se habla de los médicos como el grupo que recibirá la primera dosis de la vacuna, y parece que es lo único que nos coloca como esenciales, porque desde el punto de vista salarial quedamos muy atrás y desfasados.

Médicos Municipales se caracteriza por no parar por parar, al contrario, fuimos los primeros en salir a la calle a denunciar las agresiones sufridas por el personal de salud en los hospitales y fuimos los primeros en hablar de condiciones de seguridad en el ámbito laboral. La sociedad nos entiende, nos apoya en el reclamo, durante la marcha y el acto frente a la Jefatura de Gobierno tuvimos innumerables muestras de apoyo.

En este reclamo estamos todos defendiendo nuestra causa y exigiendo mejoras en las condiciones de trabajo, el reconocimiento a la importancia de la tarea desarrollada y la necesidad de contar con un salario acorde al riesgo al que se enfrentan día a día. Por eso gritamos “si somos esenciales, que lo somos, que nos paguen como esenciales”.

En esta pelea le agradezco a todas las filiales de la AMM dispuestas siempre a hacer gremialismo médico por encima de cualquier idea partidaria, por encima de cualquier sectarismo. A todos aquellos que han hecho grande a esta Institución, en nombre del Comité Ejecutivo nuestro reconocimiento. □



COMPROMETIDOS CON LA SALUD,
COMPROMETIDOS CON LAS PERSONAS.

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

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

Porque si hay violencia, no existe salud ni futuro.

OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE



SCIENZA MÓVIL



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



Scienza Argentina

Av. Juan de Garay 437
Buenos Aires (C1153ABC)
Tel. (+54 11) 5554-7890

www.scienza.com.ar



SCIENZA



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

Gracias a todos los equipos médicos
que siguen reafirmando su vocación,
cuidando la salud de todos.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar



LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.