

Mé^{di}cos **Medicina Global**

La revista de salud y calidad de vida



VACUNAS VIP

Después del escándalo que provocó la renuncia de Ginés González García y la asunción de Carla Vizzotti, al frente de la cartera de salud, el Gobierno busca mejorar la gestión del plan de vacunación y acelerar los tiempos para llegar al invierno con todos los grupos de riesgo inmunizados de cara a la temida segunda ola. Sin embargo, al cierre de esta edición, según el Monitor Público de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación se distribuyeron en el país hasta el momento: 2.975.410 dosis. En cuanto a la cantidad de vacunas aplicadas, recibieron la primera dosis 1.424.984 personas y 349.454 la segunda.



La naturaleza del vacunatorio vip

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella



Cartografía de la nueva normalidad

Por la Dra. Liliana Chertkoff



Medicina, conflictos de interés y pandemia

Por el Dr. Javier O. Vilosio



LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 **GALENO**

ESTAMOS

Atendimos más de **102.000 llamadas por riesgo de vida** y enviamos más de **183.000 ambulancias** durante la pandemia.



Desde hace
48 años juntos.





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 

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

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

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

GRAGEAS	6
OPINIÓN <i>Medicina, conflictos de interés y pandemia</i> Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico. Master en Economía y Cs. Políticas	8
VOCES <i>Algunas propuestas para mejorar el sistema de salud</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	10
OPINIÓN <i>El sistema de salud necesita una urgente reforma de los reformadores</i> Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone - Rector Universidad Católica Argentina	12
DEBATE <i>Reflexiones y preguntas</i> Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Profesor Emérito de la Universidad ISALUD - Miembro del Grupo PAÍS	14
OPINIÓN <i>Solidaridad y economía en salud en el 2021</i> Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES - Asociación de Economía de la Salud	16
COLUMNAS <i>FEFARA y su rumbo institucional</i> Por el Färm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA	18
OPINIÓN <i>El que parte y reparte...</i> Por el Prof. Lic. Rubén Revello - Director del Instituto de Bioética - Facultad de Cs. Médicas - UCA	20
OPINIÓN <i>¿Cómo formar profesionales de la salud en una pandemia que se hace eterna?</i> Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico. Máster of Health Professions Education	22
DEBATE <i>La agenda del desarrollo... o la excusa para la incapacidad</i> Por el Dr. Rubén Torres - Rector de la Universidad ISALUD	24
COLUMNAS <i>Prudencia y audacia para una estrategia reformista que restituya la Salud Pública</i> Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA	26
COLUMNAS <i>Cartografía de la nueva normalidad</i> Por la Dra. Lilita Chertkoff - Médica sanitarista	28
DEBATE <i>¿Qué nos dejará la pandemia como enseñanza?</i> Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD	30
COLUMNAS <i>La naturaleza del vacunatorio vip</i> Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Director del Instituto de Economía del Bienestar	32
OPINIÓN <i>Evitar la construcción de un relato sobre los Sistemas de Salud integrados</i> Por el Prof. Dr. Carlos Alberto Díaz - Médico. Especialista en Terapia Intensiva. Nefrología y Medio interno. Salud Pública	34
COLUMNAS <i>Gobernanza en salud. El Plan Estratégico para la vacunación contra el Covid-19 en la Argentina</i> Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública	36
OPINIÓN <i>Pasada la urgencia, es tiempo de telemedicina profesional</i> Por Santiago Troncar - @stroncar	38
ADECRA + CEDIM <i>Índice de costos para la atención médica IV trimestre 2020</i> Investigaciones Económicas - Adecra+Cedim	40
INFORME ESPECIAL <i>Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) - julio de 2020</i> Por los Dres. Ernesto van der Kooy, Rubén Torres, Héctor Pezzella, Adolfo Carril y el Cdr. Rubén Ricardo Roldán	42
COLUMNAS <i>IVE, ILE y seguro de mala praxis médica</i> Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut	48
COLUMNAS <i>Covid-19: seguimos siendo esenciales ¿Cuidan al que cuida?</i> Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales	50

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



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

GRAGEAS



OSPAT INAUGURÓ NUEVAS OFICINAS

La obra social OSPAT estrenó **nuevas oficinas en la Ciudad de Santa Fe** en zona céntrica, con instalaciones súper renovadas para sus afiliados. Con condiciones de confort mejoradas y un estilo de gestión más moderno, también **incorporó al servicio local una nueva línea gratuita 0800**. La obra social que conduce Carlos Felice, presidente de la entidad, se ha propuesto no sólo ofrecer a sus afiliados de todo el país un servicio de salud eficiente, sino también adaptado al proceso transformador que trae aparejada la urgente digitalización de los servicios de salud. ■

HOMENAJE AL PROF. DR. HÉCTOR ANTONIO TIBAUDIN (1930-2020)

El pasado 15 de octubre, falleció a los 90 años, el Prof. Dr. Héctor Antonio Tibaudin. Destacado cirujano de nuestro país y una excelente y honesta persona, con gran vocación no sólo por la cirugía, sino también por la enseñanza y la formación de médicos.

Entre sus principales logros y roles, se distinguen:

- Jefe del Departamento de Cirugía del Centro Gallego de Buenos Aires.
- Subdirector Quirúrgico del Centro Gallego durante más de 25 años.
- Jefe de Cirugía de OSPIA.
- Director Médico de la Obra Social de la Alimentación hasta su jubilación.
- Profesor Titular de la Universidad del Museo Social Argentino
- Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de la UBA.
- Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía.
- Fellow del AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS.
- Fellow del International COLLEGE OF SURGEONS.
- Autor de más de 100 trabajos científicos de su especialidad.
- Autor y coautor de 3 libros sobre Eventraciones y Paredes Abdominales.
- Coautor del libro sobre Gastroenterología Geriátrica junto al Dr. Marcos Meeroff y colaboradores.
- Dictó números cursos de cirugía para graduados y residentes de cirugía general.
- Participó en los principales congresos nacionales e internacionales de su especialidad como disertante y conferencista.

Desde *Revista Médicos* queremos brindarle este humilde homenaje a quien fue un MAESTRO de la CIRUGÍA y de la vocación y honestidad. Q.D.E.P.



Laboratorios Richmond producirá la vacuna rusa en la Argentina

Con la finalidad de posibilitar en el corto plazo la fabricación de una vacuna contra el Covid-19 en la República Argentina, Laboratorios Richmond suscribió el día 25 de febrero en la ciudad de Moscú, un memorándum de entendimiento junto a Management Company of Russian Direct Investment Fund (RDIF), quien representa al Instituto Gamaleya.

El acuerdo firmado por Tagir Sitdekov, en representación del RDIF, y por Marcelo Figueiras, presidente de Richmond, tiene como objetivo que el laboratorio de capitales argentinos desarrolle una nueva planta de vacunas en nuestro país, que contemple -entre otras- la vacuna de Covid-19.

"A partir de la firma de este memorándum de entendimiento, comenzaremos a trabajar de forma inmediata e invertiremos una suma superior a los 60 millones de dólares, para alcanzar el objetivo de que en el plazo de un año se estén produciendo las vacunas en la Argentina", afirmó Marcelo Figueiras, presidente del laboratorio.

Este desarrollo se realizará en cooperación con el fondo soberano ruso mencionado y con la participación de Hetero Labs, laboratorio de amplia trayectoria internacional instalado en la República de la India, quien es socio estratégico de Richmond desde hace más de 25 años. La incorporación del mismo resulta vital para adelantar trabajo ya desarrollado por ellos, siendo ésta una forma de ganar tiempo frente a la pandemia que el mundo viene atravesando.

Cabe destacar que los últimos estudios validados por la comunidad médica internacional han reportado una efectividad de la vacuna rusa cercana al 100% y es por ello que Laboratorios Richmond ha decidido encarar este desafío para alcanzar un grado de producción local que permita que todo el país pueda acceder a dichos tratamientos. ■

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 Caucción



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

Medicina, conflictos de interés y pandemia



Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

En este último año tanto los profesionales del equipo de salud como la población en general hemos estado recibiendo enorme cantidad de información y datos referidos a la pandemia, en sus múltiples aspectos, incluyendo cuestiones técnicas y, mayormente, de gran relevancia, impacto social y potenciales consecuencias sobre la salud pública.

Buena parte de esa información nos llega cotidianamente mediada por expertos (o, al menos anunciados como tales en los medios y las redes sociales, lo cual no es un tema menor) y organizaciones de carácter profesional o académico, supuestamente ajenas a cualquier otra consideración que no sea la del bien común (que no es, como es clásico aclarar, la suma de lo que es *bueno* para cada uno).

También, claro, nos llegan informaciones y análisis a través de fuentes políticas, tales como el Gobierno o los representantes de diversas facciones u organizaciones -no todas de indole partidaria- alineadas en concepciones ideológicas explícitas. Respecto de éstas, y sobre todo en un país profundamente dividido por la política partidaria, en general estamos todos más advertidos, y es, para muchos, una elección explícita creer o rebatir a unos u otros. En la Argentina, todo es "militable".

Pero hoy me quiero referir a los *expertos* y a las organizaciones que, casi siempre invocando a la *ciencia*, promueven análisis, conclusiones o recomendaciones que calan muy hondo en una sociedad golpeada y sensibilizada por las múltiples consecuencias de la pandemia; las actuales y las previsibles.

Y es respecto de ellos que no hemos escuchado sobre los *conflictos de interés*.

Los conflictos de interés son un problema serio en la medicina, y absolutamente ignorado en la difusión pública de información sobre la pandemia.

Un dato de color: una búsqueda rápida en Pubmed ("*conflict of interest*") arroja hoy 685.367 resultados (el primero, de 1962). De ellos, 190.967 corresponden a publicaciones de 2020, y 30.273 a los dos primeros meses de este año.

Es llamativo que, en el contexto de un mercado multi-billionario de equipamientos, insumos y particularmente vacunas, y la repercusión política y social mundial y doméstica de la pandemia no reparamos en los juegos de intereses mediados tanto por funcionarios "capturados" (en términos de la economía política) por aquellos a quienes deben controlar, y el papel de los expertos, muchos de los cuales son los denominados por la industria farmacéutica "líderes de opinión" (o KOL: *key opinion leaders*).

Los KOL ocupan un lugar importantísimo en las estrategias de comercialización de la industria farmacéutica. La Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico explica en su página web que las funciones más importantes de los KOL son "*Diseminar información brindada para la compañía. Influir sobre la opinión de sus pares. Mejorar la percepción de las ventajas de los medicamentos. Obtener y transmitir feedback valioso sobre las opiniones y conductas de sus colegas. Influir sobre la conducta de sus pares incrementando de la prescripción de un fármaco*".⁽¹⁾

De manera que convendría no asumir que muchos de los pronunciamientos, recomendaciones o sugerencias que se difunden provienen de la mirada aséptica de profesionales y organizaciones que habitualmente mantienen vínculos con empresas o grupos de interés en muchos casos muy comprometidos con la economía o la política del mundo en pandemia.

Justamente, la definición de *conflicto de interés* hace referencia a la posible confrontación entre el interés (beneficio) público y el interés (beneficio) personal. Es por lo menos ingenuo ignorar esta tensión. En términos de la Ley de Ética pública, aplicable a los funcionarios del Estado, para que exista conflicto de interés no importan las intenciones de la persona, ni si finalmente ha obtenido o ha podido obtener algún beneficio concreto. El conflicto de interés debe ser gestionado apartándose de aquellos temas en los cuales tenga o haya tenido intereses personales en el último tiempo.

En la medicina, lo indicado es explicitar el posible conflicto. Lo que en la práctica significa informar al auditorio si el experto ha recibido o recibe algún tipo de remuneración, honorario o beneficio, económico o no, de algún grupo interesado en el tema en el cual ha desarrollado su *expertise*.

Este criterio podría ampliarse a organizaciones profesionales o académicas que también reciben financiamiento o colaboración material de, por ejemplo, la industria farmacéutica. No es malo mantener vínculos comerciales con grupos económicos dispuestos a promover o apoyar actividades de investigación o mejoramiento de capacidades institucionales. De hecho, es muy bueno, y en muchas ocasiones imprescindible. El problema es no explicitar esos vínculos.

Como decía mi abuela, *ser y parecer*. □

1) <http://www.samf.com.ar/node/54#:~:text=Los%20%C3%ADderes%20de%20opini%C3%B3n%20o,la%20conducta%20de%20sus%20colegas.>

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



No dejes
para mañana

**lo que
podés
consultar
hoy.**

Lanzamos el nuevo servicio de
videoconsulta programada.

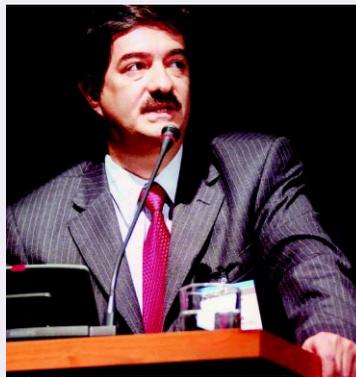
Este nuevo servicio está diseñado para que puedas atender por video llamada, desde tu casa o donde quieras.

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

Algunas propuestas para mejorar el sistema de salud



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

Desde hace aproximadamente dos meses se instaló tanto en la sociedad, como específicamente en el sector, la discusión acerca de la necesidad de reformar el sistema de salud.

Hace más de dos décadas que nosotros consideramos que son necesarias modificaciones en la actividad. En este sentido, recordemos que en dos administraciones de signo político distinto se presentaron programas que tenían esta pretensión: 1°) el Plan Federal de Salud 2004-2007 del ministro Ginés González García comenzado a elaborar en la Presidencia de Eduardo Duhalde y finalizado en la de Néstor Kirchner; y 2°) el Plan Nacional de Salud del ministro Jorge Lemus, en la Presidencia de Mauricio Macri.

Por su parte, desde el mes de marzo de 2020 hasta el día de la fecha, cada uno de los tres subsectores -público, seguridad social y privado-, bajo la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, armonizaron y coordinaron acciones que se vieron reflejadas en una adecuada atención de la población durante la pandemia y que el sistema de salud no se desbordara.

En este artículo, señalamos la importancia que, a nuestro criterio, tienen la adecuada implementación de tres instrumentos, para una mejora en el sistema de salud argentino.

1°) Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Al momento en que los lectores de la revista estén leyendo esta nota, la Superintendencia de Servicios de Salud ya habrá aprobado un procedimiento para el recupero de las prestaciones brindadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud mediante plataforma On-line, cuyo objetivo es permitir la modernización e interacción en forma automática entre las obras sociales, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y la Superintendencia de Servicios de Salud. Resulta de suma importancia el rol del Hospital Públi-

co de Gestión Descentralizada, al garantizar la cobertura universal en las prestaciones de salud a toda la población, incluyendo a los beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, con una oferta prestacional integral en todos los niveles de atención. Por ello, se había tornado necesario actualizar el procedimiento para incorporar la tecnificación y automatización de sus diversas etapas, lo que a su vez permitirá transparentar y abreviar los tiempos en que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada perciben los pagos por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las obras sociales. De este modo, cada uno de los actores del Sistema Nacional de Seguro de Salud puede cumplir su rol y garantizar la continuidad de las prestaciones en beneficio de los propios afiliados y de la sostenibilidad del sistema.

2°) Cobertura universal. Por otra parte, estamos convencidos que debemos adoptar todas las medidas necesarias como para que la subdivisión del sistema de salud no constituya un óbice para el acceso de la población a una cobertura universal e igualitaria. En otras palabras, no puede ser que una persona reciba mejor o peor calidad de atención médica según sea su actividad laboral. Por ejemplo, un empleado metalúrgico tiene derecho a un acceso distinto al empleado público de una provincia.

El concepto de salud universal *"consiste en garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras. La salud universal no solo se trata de garantizar que todos estén cubiertos, sino a que todos tengan acceso a la atención cuando la necesitan, donde la necesiten. Requiere la participación de todos los sectores de la sociedad para combatir la pobreza, la injusticia social, las brechas educativas y las malas condiciones de vida, entre otros factores que influyen en la salud de las personas. Cubre toda la gama de servicios de salud, incluida la promoción de la salud,*

la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, los cuales deben ser de calidad suficiente, completos, seguros, efectivos y asequibles para todos" (conf. <https://www.paho.org/es/salud-universal>).

Así, consideramos oportuno recordar uno de los puntos contenidos en la famosa Declaración de Alma-Ata –ciudad de Kazajistán, en aquel entonces integrante de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas-, en el año 1978: *"La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países"*.

Con respecto a este tema aparecen reparos constitucionales pues, al no haber sido la "salud" un tema que hubiera sido delegado por las provincias en el gobierno federal al sancionarse la Constitución Nacional, existen límites en la aplicación de políticas sanitarias nacionales.

No obstante ello, insistimos, no nos parece que ello pueda constituir una barrera para que toda la población de nuestro país pueda acceder a una cobertura universal de salud. Sobre si la salud es un tema provincial o nacional recomendamos un muy interesante artículo disruptivo publicado por el Dr. Enrique Hidalgo en: <https://enriquehidalgo.wordpress.com/2020/05/04/facultades-de-la-nacion-y-las-provincias-ante-emergencia-sanitaria/>.

En síntesis, creemos que el Ministerio de Salud de la Nación debe ejercer una gobernanza suficiente como para asegurar a las personas sus derechos de salud básicos.

3°) Compras conjuntas: el día 29 de septiembre de 2020, la Superintendencia de Servicios de Salud creó, por vía de la resolución N° 1202/2020, la Comisión Técnica de Compra de Medicamentos, Insumos y Dispositivos, cuyas algunas de sus funciones son las de analizar y evaluar la oportunidad, mérito y conveniencia de dar inicio a los procesos de adquisición de medicamentos, insumos y dispositivos conjuntos y la de generar un espacio de articulación con las obras sociales, en el marco del proceso de adquisición de medicamentos, insumos y dispositivos. Existen experiencias exitosas que demuestran que poder proceder a compras conjuntas abaratan los precios de adquisición, hacen más eficiente el gasto de los financiadores y aseguran una oportuna provisión de medicamentos, insumos o dispositivos a aquellos beneficiarios que lo necesiten. Por ello, sugerimos promover esta práctica de contratación.

En estas líneas pretendimos realizar un pequeño aporte para mejorar nuestro sistema de salud. □



**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 sistema de salud necesita una urgente reforma de los reformadores

Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone
Rector Universidad Católica Argentina



El sistema de salud, como el económico o el educativo, son sistemas artificiales creados por el hombre y por ende tan imperfectos como su propio creador. **No hay ningún sistema de salud perfecto**, aunque nos “vendan” y “compremos” un “modelo” ideal en el que todos son felices. Pero el hombre que reconoce su imperfección busca permanentemente superarse a sí mismo y al medio que lo rodea.

En nuestro país todo especialista en *Salud Pública* coincide en que nuestro sistema de salud está **segmentado y fragmentado** y que esta condición genera ineficiencia, falta de calidad y fundamentalmente inequidad. Este discurso utilizado por todo funcionario que llega al poder no tiene su correlato en acciones concretas para modificarlo. El sistema se mantiene inalterable, **perpetuando y garantizando esa ineficiencia e inequidad**.

Siguiendo a Sarmiento cuando expreso “maestros a la escuela” para iniciar el proceso de reforma educativa, considero que para emprender la reforma del sistema de salud hay que hacer una reingeniería o reconversión de los reformadores. **Múltiples han sido las excusas** para justificar el no haber contribuido a mejorar estas debilidades persistentes del sistema: “con el poco tiempo que duro mi gestión”, “con los escasos recursos que me asignaron”, “con las presiones con que trabajé”.

Con recursos, tiempo y sin presiones hasta el tío Oscar lo hubiera modificado. El secreto está en impulsar el cambio en el contexto de estas adversidades, con una preparación previa antes de asumir el cargo, y fundamentalmente dispuestos a **hacer el bien, haciendo las cosas bien**.

Algunos proponen comenzar por el famoso diagnóstico de situación elaborado por alguna consultora internacional para decirnos lo que todos nosotros ya conocíamos previamente, proceso que dilata la implementación de la reforma y vacía los recursos presupuestarios.

Soslayada esta etapa diagnóstica, todo proceso de reforma requiere definir si la misma será **por evolución o por revolución**. La Argentina tiene amplia experiencia en procesos revolucionarios durante sus últimos años, procesos dolorosos que solo se mantienen mientras que el revolucionario conserva el poder.

Las reformas por evolución son más lentas, requieren alcanzar consensos, pero finalmente todos se apropian de ellas y le dan continuidad en el tiempo. En este contexto la propuesta es avanzar en mejorar la eficiencia, calidad y equidad dentro de cada uno de los tres subsectores del sistema para luego crear vasos comunicantes que los integren.

El lector, conocedor del sistema, sabe perfectamente cuanto se puede hacer dentro del subsector público o el de

la seguridad social y también en el subsector privado. Comencemos por allí, claro con una imagen objetivo clara, sabiendo hacia dónde vamos y tratando de dejar un terreno fértil para el que continuará con el proceso. Esta pandemia nos recordó la fragilidad del hombre, la finitud de la vida, pero también la fuerza que le da la ciencia y la fe para proyectarnos a través de las nuevas generaciones.

En 2019 el “gasto” en salud de la Argentina representó el 9,4% del PBI. Cuando ese gasto se discrimina vemos que el 2,7% corresponde al “Gasto Público” (GP); el 3,9% al “Gasto de la Seguridad Social” (Obras sociales incluyendo PAMI) y el 2,8% al “Gasto Privado” (prepagas y pago directo de bolsillo).

El PBI para ese año fue de 402.273 millones de Euros y el PBI per cápita de 9.142 Euros, por lo que el GP en salud per cápita alcanzo los 243 Euros.

Para 2021 el presupuesto del Estado Nacional prevé que un 5% del mismo será destinado a salud (\$ 383.000 millones, con una paridad proyectada de \$ 130 equivaldrá a 2.946 millones de Euros). El aporte del Estado Nacional para salud será entonces de 67 euros per cápita. ¿Quién aportará la diferencia entre los 243 euros del 2019 y estos lánguidos 67 euros? ¿Serán los estados provinciales? **¿Aumentará el pago directo del bolsillo de la población? ¿O se va a expoliar de recursos al sector de la seguridad social o de la medicina privada?**

En un mundo en que el gasto en salud se incrementa año tras año por la mayor esperanza de vida, por la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y por la irrupción de nuevas tecnologías esta diferencia es preocupante. El deterioro actual de los equilibrios fiscales y las pobres perspectivas de crecimiento predicen restricciones presupuestarias en el futuro, por lo que es muy probable que esta diferencia se incremente y conduzca a un mayor gasto de bolsillo (pago de bonos moderadores, copagos, pago directo en mostrador de farmacias, prescripciones no cubiertas).

El gasto de bolsillo es la peor forma de gasto privado en salud, representa una de las mayores barreras para acceder al sistema y se manifiesta cuando la persona enferma demanda atención médica. El “out of pocket” visibiliza las inequidades de los grupos poblacionales con menor capacidad de pago para tratamientos de alto costo.

¿Será esta amenaza la que impulso en los últimos días al Gobierno Nacional a promover una reforma del sector salud? ¿O será una sana intención de ordenar el sistema? El tiempo nos dará respuesta a estos interrogantes, así como la amnesia colectiva, las fake news o la historia que se reescribe, nos llevarán a caer en los mismos errores de siempre. □



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs



Descargá
la App



DISPONIBLE EN
Google play



DISPONIBLE EN EL
App Store

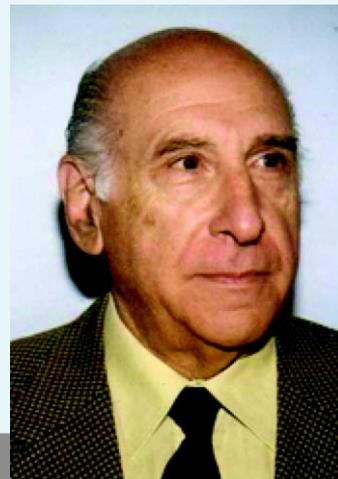
#SigamosCuidándonos

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

OSPAT

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Reflexiones y preguntas



Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

La pandemia ha tenido la virtud de colocar la salud en el centro de interés social y político, haciendo evidente los problemas del sistema de atención médica, que hace años vienen diagnosticando los expertos y los protagonistas del sector.

El sistema entró en una crisis, al igual que en otros países, profundizada por los suministros sanitarios demorados y los RR.HH. exigidos al máximo de su capacidad.

Sin embargo, logró una respuesta satisfactoria en la atención de los pacientes afectados por el Covid-19, con el hospital público ubicado en el centro de la escena e integrado al sistema como prestador de servicios de la población, cualquiera fuese su cobertura, con o sin convenios formales.

No obstante, la atención de los casos afectados por otras patologías se vio obstaculizada por la escasa accesibilidad a los profesionales y servicios médicos, a causa de la prolongada cuarentena.

Cabe preguntarse si esta situación benefició el presupuesto económico del subsector de O.S.N. que es el centro de las mayores críticas, al dar una respuesta insuficiente para la solución de este problema. Al mismo tiempo se afectaron los ingresos de profesionales y sanatorios que además soportaban el incremento de sus costos en medicamentos y material sanitario.

Este escenario y las preocupaciones con las medidas de control, los informes de afectados y fallecidos, cantidad de testeos, comienza a ser reemplazado por la incertidumbre en la provisión de vacunas y por la gravedad de la situación económica. Es en esta oportunidad cuando irrumpe la vicepresidenta, Cristina Fernández de Kirchner, formulando la necesidad de una reforma del sistema de salud.

Ello sorprende, porque durante décadas los gobiernos no manifestaron tal necesidad, respecto de un modelo que surgió y se desarrolló como subproducto de otras políticas. Pero ocurrieron cambios que suponen que existió una reforma orientada al mercado, que sucedió de manera solapada y silenciosa, que se consolida con la creación de la SSSalud y la desregulación de las Obras Sociales cuyos gremios fueron asumiendo el rol de empresarios prestadores.

Entre la intención y la acción hay un trecho a transitar. ¿Se trata de una propuesta oportunista haciéndose eco de las manifestaciones del sector? ¿Es un elemento de contención ante otros reclamos? ¿Se quiere avanzar sobre el control político marcando diferencias con el Ministerio de Salud de la Nación? ¿Es una manera de disciplinar a los gremios que los obligue a consensos y acuerdos? ¿Es un puente al control de los fondos?

Tanto en el Gobierno, como en los dirigentes, funcionarios y expertos, se pueden apreciar dos posiciones. Una es ir hacia un "Sistema Integrado de Salud" o a una reforma del Sector Público de alguna manera expuestos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Más allá de llevar a cabo una reforma de estas características, cabe preguntarse, a quién va dirigido el mensaje, ya que como propuesta puede llevarla a cabo en su jurisdicción.

La otra posición vería posible producir cambios con la permanencia de los subsectores, utilizando los instrumentos existentes en procura de mejorar los resultados a través de un proceso de integración o de articulación de las organizaciones involucradas, alternativa en la que se inscribirían los ejes estratégicos presentados por el Ministerio de Salud.

Estos mecanismos presentan algunas diferencias. La articulación es una alternativa que permite potenciar el desempeño de las organizaciones con responsabilidad en la atención de la salud. Conformarían una suerte de redes de organizaciones cuyo centro de interés se sitúa en cómo resolver problemas. Sin embargo, no pueden esperarse cambios relevantes, aunque se introduzcan elementos tecnológicos.

En cambio, la integración que es lo opuesto a la fragmentación, consiste en incorporar partes para construir un todo, lo que incluye al PAMI y a todos los componentes del "Sistema de Atención Médica" cualquiera fuese su dependencia y propiedad.

Cualquiera fuese el rumbo que se tome no hay que dejar pasar la oportunidad, hay que entrar en la acción. Es obvio que cambios y reformas requieren acuerdos y estrategias que demandarán un extenso proceso en etapas de transición, donde lo importante es no desviar el rumbo.

También es de considerar tomar algún atajo como serían aquellos problemas cuyas soluciones son de interés común en los que el trabajo de colaboración no tiene mayores dificultades en alcanzarse: el precio de los medicamentos; la formación de los RR.HH.; la creación de un Fondo Nacional de Garantía para la tecnología de alto precio; el reconocimiento del Hospital Público como una empresa de salud que requiere cierta autonomía para ejercer su responsabilidad. □

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



Solidaridad y economía en salud en el 2021



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

La solidaridad es uno de los principios indiscutibles en la formulación de políticas públicas en salud. Es incluida como valor central en la Estrategia de APS, y adoptada en la Estrategia de Salud Universal promovida actualmente por la OMS/OPS. Como tal, constituye “el esfuerzo intencionado de la sociedad para que las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad mejoren su situación a través de la redistribución de la riqueza desde los más favorecidos”.⁽¹⁾

Para que un sistema de salud pueda ser solidario, debe ser solventado en mayor proporción por aquellos que tienen mayores ingresos. Si bien ningún país del mundo tiene un sistema absolutamente solidario, ya que siempre existen coaseguros o alguna diferenciación económica, hay países con mayor nivel de solidaridad en la redistribución económica en el sistema de salud. Para ello, la disminución del gasto de bolsillo es clave, evitando la dependencia de la capacidad individual de pago. Por lo tanto, los sistemas más solidarios son aquellos que brindan mayor cobertura financiados desde los impuestos generales y, dado el contexto actual, en menor medida, aquellos financiados por cargas sociales mientras que los sistemas menos solidarios son aquellos que dependen de la capacidad individual de pago.

Antes de continuar el razonamiento, vale recordar que otro concepto central muy relacionado que es la equidad. Este concepto se complementa con solidaridad, y se relaciona directamente con la respuesta que da el sistema, que debería ser en función de la necesidad y no la capacidad de pago. Es decir, debemos lograr solidaridad en el financiamiento y equidad en la prestación.

En definitiva, el análisis de solidaridad de un sistema se realiza por el gasto de bolsillo y su impacto. Según lo estimado por la OMS el 51% del gasto sanitario de un país está a cargo de los gobiernos, a la vez que el 35% del gasto en salud se sustenta de pagos directos. Consecuentemente cada año 100 millones de personas caen en la pobreza extrema para pagar los gastos de salud. Los sistemas más solidarios, no superan el 15% del gasto de bolsillo, además de tener mayor impacto sobre las clases más pudientes.

EL GASTO DE BOLSILLO EN LA ARGENTINA

No hay una medición actualizada para medir el gasto de bolsillo en la Argentina siendo que, según lo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, el gasto privado en la Argentina ronda en el 30% del gasto total en salud. El mismo incluye el gasto destinado al pago de seguros privados y el gasto directo de los hogares. De todos modos, algunos indicadores sobre el gasto en hogares muestran indicios sobre el gasto de bolsillo y quienes soportan más las cargas.

Este gasto en salud representó el 6,4% del gasto de consumo de hogares en el total del país, según surge de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018. Desglosado este gasto según el nivel educativo (directamente relacionados con los ingresos en los hogares) en los hogares con clima educativo alto y muy alto, el gasto en salud estuvo principalmente determinado por las prepagas mientras que en los hogares con clima educativo bajo y

muy bajo, el gasto en salud estuvo principalmente determinado por la compra de medicamentos. Por otro lado, de la misma encuesta se confirma que en los hogares unipersonales conformados por adultos de 65 años y más, se observó una mayor proporción del gasto en salud. Mientras que los hogares sin adultos mayores destinaron el 5,1% de su gasto de consumo a salud, los hogares con un adulto mayor asignaron el 9,5% de su presupuesto y los hogares con dos y más adultos mayores emplearon el 14,0% de su presupuesto en gastos de salud.

Cabe destacar el impacto del uso de medicamentos, siendo que las prepagas y las obras sociales cubren entre el 40% y 70% para medicamentos ambulatorios (aunque algunos casos especiales contemplan el 100%) mientras que los personas sin afiliación no tienen descuentos formales. Esto impacta directamente en que los hogares con menos recursos deban incurrir en un mayor gasto de bolsillo. Cabe destacar que el aumento de precios de los medicamentos en los últimos años acompañó o superó la inflación mientras que los subsidios familiares y los asalariados informales han perdido capacidad de compra, siendo un impacto aún mayor.

En resumen, si bien la Argentina está por debajo de la media mundial en cuanto al gasto de bolsillo, sigue siendo muy alto comparativamente con los países con los sistemas más solidarios. Como se puede apreciar, además de ser un gasto importante, afecta más a aquellos que menos tienen.

LA NO SOLIDARIDAD

Como bien exprese al comienzo, el gasto en salud financiado por rentas generales y cargas sociales hacen a la solidaridad del sistema. Sin embargo, hay un punto más en el análisis del verdadero efecto redistributivo. Aunque excede las decisiones del sistema de salud, la redistribución, y consecuentemente la solidaridad del sistema, dependerá de la progresividad o regresividad de los impuestos. En otras palabras, cuanto recarga el sistema impositivo a aquellos que menos tienen y cuanto aportan los que más ganan.

Los impuestos al consumo son aquellos más regresivos, ya que proporcionalmente afectan más a quienes menos ingresos tienen, ya que destinarán todo su ingreso al consumo, mientras que los de mayores ingresos una parte de estos lo destinarán a la inversión y el ahorro. En la Argentina los impuestos al consumo representan el mayor ingreso en la renta nacional, representando un 44% aproximadamente de la recaudación. El sistema impositivo argentino es muy regresivo, siendo necesaria una profunda reforma.

Como conclusión, el sistema de salud debe repensar su financiamiento, especialmente el gasto de bolsillo, y a la vez, si queremos lograr una verdadera solidaridad en el sistema de salud, debemos aportar argumentos para lograr la mencionada reforma impositiva. □

1) OPS/OMS. VALORES Y PRINCIPIOS DE LA SALUD UNIVERSAL. Consultado en https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?post_type=post_t_es&p=286&lang=es

(*) Asociación de Economía de la Salud.



andar

Su salud, nuestro compromiso.

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810-345-0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

FEFARA y su rumbo institucional



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

El nuevo escenario del mercado de los medicamentos nos obliga como institución farmacéutica a profundizar ciertas transformaciones que venimos llevando adelante y, a la vez, a replantearnos estrategias políticas y comerciales que garanticen nuestra posición en el mercado y, en la medida de lo posible, un crecimiento cuantitativo y cualitativo.

La crisis económica que comenzó en abril de 2018 con una fuerte inestabilidad en el mercado cambiario; luego trasladada a un proceso inflacionario creciente, de alto impacto en el ámbito de los medicamentos; a un continuo desfinanciamiento del Estado y finalmente, a una alarmante pauperización de gran parte de la población, nos situó en un escenario complicado pero propicio para demostrar nuestra capacidad de gestión.

Hoy, lejos de haberse acabado aquello, debemos sumarle la crisis sanitaria y económica mundial producto de la aparición del Covid-19, que refuerza aún más la necesidad de actuar para enfrentar nuevos desafíos y tomar las oportunidades que pudiera ofrecernos el mercado.

Nuestra idea central es diseñar y trabajar en las distintas acciones políticas, operativas y comerciales entendiendo que, si no emprendemos una vinculación productiva agregando valor a la prestación farmacéutica, no estaremos en condiciones de garantizar la subsistencia de la institución y sus representados.

Producto de todo lo trabajado hasta hoy, tenemos una posición en el mercado que nos permite proyectarnos como una institución con potencial competitivo y estar a la vanguardia en materia de tecnología aplicada a la salud.

Para mejor ilustrar todo lo antes dicho, hagamos un sintético repaso sobre lo que actualmente tenemos disponible desde la institución, en favor de los financiadores, sus pacientes, nuestras farmacias y el Estado:

FINANCIADORES

Las Obras Sociales necesitan imperiosamente adaptarse a los cambios que se presentan, entre los cuales se destacan la puesta en operación de los nuevos sistemas y desarrollos digitales de prescripción, dispensación, tratamiento, control y archivo de recetas.

Su implementación constituye en sí misma una gran oportunidad para transparentar el mercado y mejorar su control y peso frente a la oferta. En ese sentido, desde nuestro espacio podemos garantizarle la satisfacción de sus necesidades más urgentes: la adaptación a las nuevas herramientas tecnológicas y digitales, y la posibilidad que su funcionamiento aporte a la sustentabilidad económica y financiera de quien las adopte.

FARMACIAS

Las pequeñas y medianas farmacias, que son la gran mayoría de las farmacias del país y aquellas cuyos intereses defendemos especialmente, son las primeras beneficiarias de nuestras políticas.

Todas las herramientas informáticas y de gestión que hemos desarrollado y trabajado en los últimos años han estado dirigidas a consolidar el posicionamiento de las farmacias en un mercado que, aún más en estos tiempos de

nuevas tecnologías de comunicación e información, tiende a expulsarlas.

Es nuestro objetivo para este año, lograr que ya no se atiendan en farmacias recetas manuales, sino que todo sea en formato digital. En este sentido hemos diseñado un plan de trabajo transitorio en el que convivirán el sistema manual y electrónico, siempre intentando promover la forma digital.

PACIENTES

Hemos desarrollado una aplicación que permite a los pacientes la gestión de sus recetas y otros tratamientos médicos. La utilidad de la misma radica en su fácil acceso y seguridad de información sobre el tratamiento; alternativas terapéuticas; marcas; consejos sanitarios y demás mensajes que su obra social o agente de salud le quiera comunicar.

Para los casos de cronicidad, proponemos implementar un sistema de "consumo programado" de medicamentos. El sistema es parte de la estrategia integral con obra social, farmacia, distribución y droguería, ya que necesita de todos los eslabones; pero su objetivo final es que los pacientes crónicos puedan contar con una herramienta de gestión e información que cada mes le gestiona el pedido, envío y provisión de sus medicamentos.

ESTADO

Desde siempre, en nuestra Federación hemos estado impulsando ideas que permitan la gestión de proyectos en conjunto con el sector público. Afortunadamente no son pocas las ocasiones en las cuales hemos llegado a concretar convenios de colaboración con el sector, tanto a nivel nacional, provincial o municipal.

Hoy, en esta especial situación generada por la pandemia, vemos con agrado que la sociedad ha logrado revalorizar la función social del farmacéutico, haciendo evidente su importante función y el carácter de servicio público indispensable que reviste su actuación en cada rincón del territorio nacional.

En tales circunstancias, y sumando a todos los aportes ya realizados, nos encontramos trabajando en forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Nación. Nos impulsan aquí dos inquietudes de real significación: gestionar un plan de vacunación para los integrantes de nuestra red y acordar el alcance y la extensión del aporte que realizarán nuestras farmacias, para hacer frente a la enorme tarea de lograr la aplicación de las vacunas a la población del país.

A manera de síntesis: en este nuevo año nuestro objetivo estratégico principal será continuar trabajando de manera asociativa, en procura de un mejor acceso al medicamento a toda la población; colaborando con los financiadores para una mejor utilización de recursos cada vez más escasos; persiguiendo la sustentabilidad de nuestra red de farmacias y acompañando al Estado en todas las acciones que tiendan al logro de estos objetivos.

Trabajar de manera proactiva, aportando a la construcción de una mejor realidad del sector, sigue siendo nuestro norte... y hacia allá seguimos. □

(*) Federación Farmacéutica de la República Argentina.



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

El que parte y reparte...



Por el Prof. Lic. Rubén Revello (*)

Los chinos expresan el concepto de crisis como "oportunidad", ya que la persona debe optar entre lo bueno y lo malo, de modo que se encuentra ante la **oportunidad** de mejorar su situación. Para ello sólo debe optar del modo correcto, es decir siguiendo la verdad y el bien.

Éste es, precisamente el ámbito de la bioética: tomar decisiones objetivas, científicamente ciertas y éticamente correctas -inspiradas por el tradicional principio de "hacer el bien y evitar el mal" que trasciende toda cultura, tiempo o religión. Así las cosas, la pandemia de Covid-19, se presenta como una crisis (*oportunidad* para los chinos) que nos exige opciones correctas frente a una población expuesta a este flagelo.

Las crisis dejan ver, por su misma naturaleza, los grandes aciertos...y las grandes fallas de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de decidir. El efecto se agiganta en este caso, porque la consecuencia no se deja sentir sólo sobre la persona en cuestión, sino en la salud pública de una ciudad, provincia, Estado Nacional o región.

Fueron desfilando delante de todos los yerros y aciertos de diversos problemas que el Covid-19 nos trajo: la asignación de la última cama, el burnout del personal sanitario, la inversión en salud pública de cada país, la xenofobia sanitaria, la utilidad de las cuarentenas prolongadas y los pasaportes sanitarios. La falsedad de los datos epidemiológicos para ocultar problemas políticos. El cuestionamiento de la ética de los procesos de investigación de la vacuna, el origen de las células con las cuales se hace la investigación y la técnica en la cual basa sus principios, los métodos alternativos como el dióxido de cloro y tantos otros recursos... en fin, la lista parece interminable.

A todo esto, se sumó en los últimos días, el tema de la ética en la asignación de las vacunas: ¿A quién vacunar? ¿Con qué urgencia y prelación? ¿Quiénes se consideran "personal estratégico" para darles las primeras dosis disponibles? La necesidad de transparentar el proceso de vacunación, etc.

La realidad nos muestra que, si bien la mayoría de la población respondió de modo altruista, (tantos en los cuidados para evitar contagios, como en la conciencia de dar prioridad a los grupos de riesgo); algunos pocos han dejado al descubierto su lado más miserable y egoísta. En varios países, políticos de 3^{er} o 4^{to} nivel -burócratas totalmente prescindibles para el funcionamiento de una nación- militares y hasta eclesiásticos, han transgredido el necesariamente estricto orden de prioridades, para protegerse ellos mismos. Se trata de otro tipo de virus

oportunista, el virus del egoísmo desmedido y la falta de empatía con sus iguales, que deshumaniza a quien lleva adelante este tipo de acciones.

Como ustedes comprenderán, NINGUNA ESCUELA BIOÉTICA PUEDE APROBAR ESTE TIPO DE ACTOS CORRUPITOS. Por el lado del **Principialismo**, se transgrede **el principio de justicia** que se entiende como dar a cada uno lo que le corresponde. Nunca puede ser justo, vacunar a alguien de bajísimo riesgo de contagio desprotegiendo así a personal de salud que está en la primera línea de contagio o a ancianos con enfermedades concurrentes, donde la enfermedad se vuelve en muchos casos, mortal.

En caso del análisis desde la bioética **Personalista**, el juicio negativo de este tipo de acciones es más notorio aún, porque presenta un principio exclusivo que se llama **principio de sociabilidad y subsidiaridad**, por el cual se rescata la relación de mutuo cuidado entre el individuo y la sociedad. La segunda parte del principio, **la subsidiaridad**, establece responsabilidades y obligaciones en cada uno de los niveles en los que se organiza la salud pública y es en este punto donde se evidencia con mayor crudeza la responsabilidad de los agentes de salud, -desde ministros a enfermeros- de distribuir equitativamente los recursos, del modo más eficiente, despojado de toda cuestión social, económica, política y por supuesto de toda corruptela y amiguismo.

La bioética, sea la escuela que fuere, no puede sino señalar la mala opción que supone un vacunatorio para unos pocos, en tiempo de pandemia y escasez de vacunas. Este es el tipo de acciones que la sociedad condena. En el documento específico para estos tiempos de pandemia del Papa Francisco, se nos recuerda "*El "querer el bien" del Samaritano, que se hace prójimo del hombre herido no con palabras ni con la lengua, sino con los hechos y en la verdad, toma la forma de cuidado, con el ejemplo de Cristo que pasó haciendo el bien y sanando a todos*" **Samaritanus Bonus**, conclusión. 14-julio-2020.

Esta pandemia muestra la profunda interrelación de los seres humanos, de allí que todos somos necesarios y cada uno de nosotros cuenta para la solución. La correcta coordinación de esas pequeñas acciones en favor de la amistad social, son imprescindibles y le corresponde al Estado llevarlas adelante con transparencia y justicia. □

(*) Director del Instituto de Bioética - Facultad de Cs. Médicas - UCA

Tenemos un nuevo canal de comunicación para afiliados.



WhatsApp Scienza

+5411 6399 9506

Seguimos trabajando para hacer todo más simple.



SCIENZA



SCIENZA MÓVIL



Scienza Argentina

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

www.scienza.com.ar

Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)
Tel. (+598 2) 1988-9000

www.scienza.com.uy

¿Cómo formar profesionales de la salud en una pandemia que se hace eterna?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Enfrentamos una paradoja, por un lado, la pandemia ha puesto de relieve que debemos formar profesionales de salud pues los déficits han quedado más que expuestos. Por otro lado, la razonabilidad de cuidar a nuestros estudiantes ha limitado el acceso a las prácticas en un sistema de salud que también desnudó crudamente sus falencias.

En el 2020 los estudiantes nos dieron una lección de compromiso. Se sumaron a todas las tareas que las universidades les propusieron. Fueron voluntarios para hacer primera atención en sistemas telefónicos, acompañaron adultos mayores y personas aisladas, y muchas otras tareas.

Cada universidad se puso en marcha en conjunto con los sistemas de apoyo a la salud local, logrando una complementariedad que debería potenciarse a la salida de la pandemia. Fue clara su voluntad de colaborar tanto desde la investigación como desde la extensión.

Con sus iniciativas de investigación coronaron soluciones útiles, pero también aportaron racionalidad a la hora de, a través de ensayos bien diseñados, demostrar que otras iniciativas no tenían sustento científico.

Las universidades buscaron adaptarse y descubrieron que la incorporación previa de tecnología era insuficiente para soportar la demanda que generó el pase forzado a la educación remota.

No obstante, fue enorme el esfuerzo por buscar incorporar tecnología que permita conectar docentes y estudiantes, y mantener formación pese a las restricciones. Estos esfuerzos estuvieron tanto en el desarrollo creativo como en la asistencia a los estudiantes tratando de garantizar equidad en el acceso.

Para formar profesionales de salud (como muchos otros) hace falta desarrollar competencias que sólo pueden adquirirse a partir de la práctica en el trabajo. Para esto es necesario que los estudiantes accedan a los espacios asistenciales.

A partir de comprender que la duración de la presencia del virus entre nosotros no será corta, y que por el momento la disponibilidad de vacunas para todos nuestros

estudiantes está lejos de ser una realidad próxima, debemos diseñar nuevas estrategias.

Por un lado, medidas de vigilancia por medio de testeos, y una progresiva vuelta a una presencialidad controlada con medidas de seguridad para pacientes y profesionales, son el camino que comenzaron a poner en marcha para disponer nuevamente de espacios de práctica. Así, luego del desarrollo de los respectivos protocolos, primero los más cercanos a graduarse y poco el resto, se está incorporando a espacios de práctica.

La necesidad de una supervisión estricta mejoró el contacto entre docentes y estudiantes y redujo la proporción de estudiantes por docente. Simultáneamente la necesidad de distribución de estudiantes en números reducidos llevó a un menor número de horas y oportunidades de práctica. A esto se suma el cambio de patrón asistencial, producto de la retracción de consulta, en particular en enfermedades crónicas.

Un párrafo aparte merece la telemedicina, una modalidad olvidada en la formación que ha tomado una centralidad que obliga a considerarla en las competencias de cualquier graduado y a generar prácticas para su adquisición. De seguro éste y muchos otros aspectos derivados de la atención de la pandemia, deberán tener su impronta en revisiones curriculares. Desde una comprensión de la epidemiología más acabada a los aspectos que hacen a la seguridad de pacientes y profesionales.

En síntesis, la pandemia ha estrechado los lazos entre docentes y estudiantes, ha obligado a seleccionar muy bien las prácticas a las que se los expone, y definitivamente ha condicionado la necesidad de revisar las competencias que un profesional al graduarse necesita en este nuevo contexto. □

(*) Médico. Master 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.



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



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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

25%

SEGURO DE HOGAR

20%

INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)

15%

SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envianos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



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

Nº de inscripción en SSN
0002

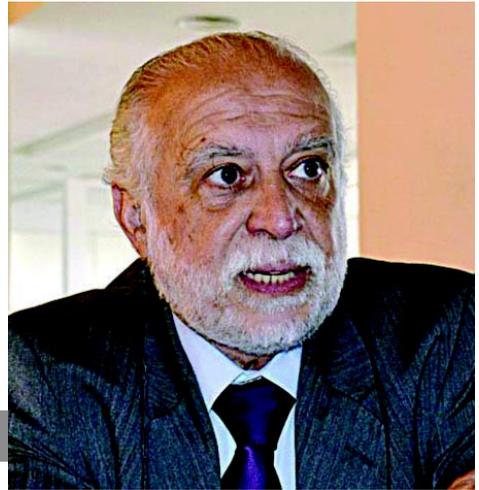
Atención al asegurado
0800-666-8400

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



La agenda del desarrollo... o la excusa para la incapacidad

Por el Dr. Rubén Torres
Rector de la Universidad ISALUD



2021 será un año complejo, en el marco de la pandemia y una elección de medio término vamos a enfrentar desafíos importantes, algunos vinculados a la pandemia y otros resultados de una larga herencia, e incluyen al mismo sistema de salud, la economía, seguridad, educación y debilidad institucional.

Las zozobras existenciales que venimos padeciendo hace largo tiempo dieron lugar a desempleo, caída del poder adquisitivo, inseguridad, falta de educación, dificultades de adaptación al aislamiento y el distanciamiento social, con una clase dirigente con una agenda que no contempla las necesidades de los argentinos.

Esa disociación entre dirigentes y dirigidos indigna al ciudadano de a pie, que desde hace tiempo ve funcionarios de los tres poderes del Estado, con un nivel de vida muy superior al que sus ingresos declarados permitirían, y cambios de bando político que desdicen valores antes defendidos como si el pasado no existiera.

Somos un país empobrecido y desigual a consecuencia de los desaciertos de quienes nos dirigieron. La pobreza es clara demostración del fracaso del modelo de país que fuimos y el triunfo del que no deberíamos ser. Pobreza no es solo falta de medios básicos para subsistir, ser pobre importa exclusión de una vida normal, genera sentimientos y enconos sociales, y los deja presos del asistencialismo del Estado como única forma posible de supervivencia. Al pobre no le queda más remedio que seguir al que lo asiste.

Desde la recuperación de la democracia han pasado muchos gobiernos, pero hubo una sola constante: cada año hemos tenido más pobres y desplazados hacia la periferia social. El fracaso es la única constante que se repite, y la gravedad terminal de los problemas que enfrentamos no resiste ambigüedades: se gobierna para ganar una elección o para tener un país mejor.

La degradación de las promesas electorales son el fuego que consume los restos morales de lo que una vez fue una Argentina rica y próspera. Si se pone primero el interés de la Nación y la superación de la crisis, hay esperanzas de encontrar un camino con luz al final del

túnel. Pero, si lo que predomina es ganar las elecciones, y sostener un proyecto político, esa luz luce casi inalcanzable. No son tiempos de equivocarse el rumbo nuevamente.

La crisis mundial por la expansión del Covid-19, su agravamiento con la segunda ola, y la mutación de las cepas, son hechos lo suficientemente relevantes como para poner un freno a los discursos salvajes de la política. Esta dicotomía, debe ser superada en una Nación empobrecida con 50% de la población colgada del Estado, no para vivir dignamente, sino solo para subsistir.

Nuestra clase dirigente tiene el desafío de ganarse la credibilidad, y la obligación de ser más morales y éticos que el resto de la sociedad. El modelo de dirigente político vigente hasta hoy ya no es viable, sólo puede mostrar como su logro más perdurable la acumulación de pobres, que nos fue convirtiendo en un país más pobre año tras año como consecuencia del fracaso de las políticas de Estado, y la degradación moral.

Se intentó hacernos creer que se iba a contener a los sectores sociales más postergados, sin comprender que la aplicación de un capitalismo temeroso y sin

planificación de largo plazo se transforma en una fábrica de subsidios y gastos, con caídas abruptas de la producción e inversión, y que la asistencia estatal significa reconocer que se fracasó en proporcionarles un trabajo digno y colocarlos en una posición mejor.

Mucho peor fue el pretendido remedio de mantener las mismas variables, financiadas sólo con créditos externos. La mayoría de los

argentinos incorporamos con éxito la aceptación cultural y jurídica de nuevos derechos, como la igualdad de género y la cuestión ambiental, que forman parte de la nueva agenda mundial. Pero mientras no seamos capaces de ordenar la comprensión de un nuevo modelo productivo en un nuevo Estado, con más educación, trabajo, crecimiento y calidad de vida, estos derechos carecerán de plena operatividad.

A los argentinos nos cuesta comprender; que, una vez concluida la lucha por la restauración democrática, no generamos un conjunto de ideas y esperanzas que en clave de futuro movilizarán a toda la sociedad para unificar un cambio histórico.

“Las zozobras existenciales que venimos padeciendo hace largo tiempo dieron lugar a desempleo, caída del poder adquisitivo, inseguridad, falta de educación, dificultades de adaptación al aislamiento y el distanciamiento social, con una clase dirigente con una agenda que no contempla las necesidades de los argentinos”.

En más de treinta años no pudimos desarrollar una nueva utopía que movilizara a toda la sociedad en el nuevo siglo. Y tal vez deberíamos adaptar el concepto de aporofobia ⁽¹⁾, como el rechazo a los pobres entendido en su falta de inclusión en un nivel de vida digno, ni darles los medios necesarios para obtener un empleo digno en lugar de la dádiva estatal, que sirve a la vez como elemento servil del clientelismo político.

Hay que resolver prioritariamente el problema de la pobreza y la exclusión social que la realidad nos impide disimular, y quizá valga la pena en tiempos de tanto desasosiego y de un pesimismo muchas veces bien fundado, intentar un inventario de ese país que se resiste a su propia decadencia y en la hora del dolor individual y colectivo emerge a través de la solidaridad, pese al deterioro moral y material que ha sufrido el tejido social.

En él, debemos colocar a un sistema de salud que no obstante evidentes fragilidades, ofrece respuesta y contención. Más que un sistema, mujeres y hombres que, aun exhaustos, sin la retribución que merecen ni todas las herramientas que necesitan, actúan con solvencia, entrega, sensibilidad y compromiso. Ello permite construir una certeza que tranquiliza: deteriorado, sobreexigido y desafiado por una emergencia para la que no estábamos preparados, el sistema público y privado de salud conserva grandes reservas de profesionalismo y calidad humana, y aunque la profesión médica se haya

“A los argentinos nos cuesta comprender; que, una vez concluida la lucha por la restauración democrática, no generamos un conjunto de ideas y esperanzas que en clave de futuro movilizarán a toda la sociedad para unificar un cambio histórico”.

desjerarquizado, como tantas otras, y que corra de un lado a otro, casi sin tiempo de cultivar el vínculo personal con los pacientes, el humanismo médico no está extinguido, aunque pueda estar menguado.

Lo mismo cabe para enfermeros, técnicos y administrativos. Si bien se han

perdido códigos de convivencia en la hora del dolor confirmamos que todavía hay una sociedad que valora la honradez, destaca trayectorias y distingue el coraje, la dignidad, la nobleza, y se resiste a juntar la Biblia con el calefón.

Hay que mirar lo que queda de la mejor Argentina, sin ignorar lo mucho que debemos reconstruir. A ese personal de salud le otorgó un bono especial de 5.000 pesos, el mismo Estado que decide pagarle a una expresidenta más de un millón de pesos libres de impuestos. La gran pregunta es si la clase política, que disputa por ejercer el poder del Estado, estará dispuesta a indagar el origen de los fracasos condición necesaria para poder resolver los problemas y diseñar la Agenda del Desarrollo, ¿o la pandemia se convertirá en la excusa de la incapacidad? □

1) Aporofobia: rechazo al pobre, término acuñado por la filósofa española Adela Cortina Orts, para referirse al odio y rechazo hacia la pobreza y las personas pobres, especialmente los migrantes a países europeos.

Proteger nuestra
salud
es fundamental
en tiempos
de pandemia



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

CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

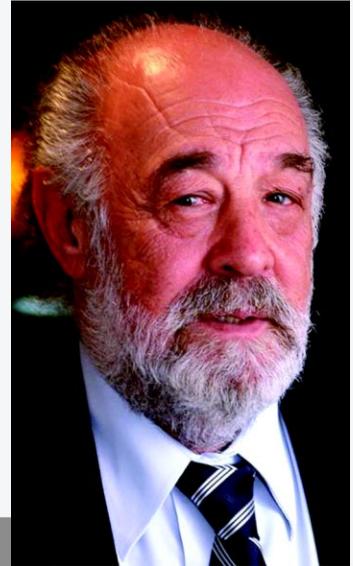
Tel: 4308-4532
info@cidpen.com.ar
www.cidpen.com.ar

Prudencia y audacia para una estrategia reformista que restituya la Salud Pública

“La sinrazón empieza a funcionar cuando la razón abdica a su favor”.

Hannah Arendt

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



La propuesta de reforma sanitaria que lanzaron voces del Gobierno hace menos de dos meses parece ya haber caído en el olvido. Lo cierto es que se han hecho oír más quienes la rechazan que quienes la promueven, mezclando ataques al Gobierno con preceptos anti-estadistas un tanto demodé. Resulta indispensable que se retome la iniciativa y que sea abordada de manera consistente e inteligente, con prudencia y audacia.

Como sostengo desde hace décadas, la reforma sanitaria que necesitamos implica un arduo **acuerdo** político con participación ciudadana y, desde luego, todos los actores sanitarios, para alcanzar una **negociación** gradual (y no un mágico e instantáneo consenso). Pero la cuestión no debe limitarse a un enfrentamiento corporativo centrado en los recursos (o, en términos llanos, el dinero). Por supuesto que los intereses particulares, económicos y políticos, son parte del problema y deben ser parte de la negociación. Pero el eje de la cuestión, lamentamos tener que recordarlo, debería ser **la salud**. Para ser más precisos, el acceso eficiente, oportuno y equitativo a la atención de salud de nuestro pueblo, y cómo modificar algunas cuestiones de nuestra particular estructura sanitaria, con sus vicios y virtudes.

Claro que no se trata de modificarlo todo ni de imponer nada de la noche a la mañana. Una reforma posible supone la permanencia de los tres subsistemas (público, privado y obras sociales) pero con una mayor **articulación**, lo que implica un avance en la **coordinación y regulación** (que de manera muy parcial y defectuosa ya existe), con el objetivo de potenciar sus recursos. La idea general es un beneficio mutuo, y no una competencia de “suma cero”. Para dar un simple ejemplo: si un sector tiene un tomógrafo subutilizado y otro sector cuenta con el profesional capacitado para usarlo, ambos se verían beneficiados en su complementación. Pero sobre todo, y esto es lo más importante, se beneficiarían los pacientes.

Por supuesto que el cambio puede implicar la

modificación de ciertas prerrogativas, pero el objetivo final siempre debe ser la atención sanitaria del paciente, y no los beneficios (válidos) de ganancia de una empresa, la representatividad política de un sindicato, o incluso las condiciones laborales de los médicos y demás profesionales de la salud. Todo esto es parte, y debe ser tenido en cuenta. Pero la finalidad es la salud, no entendida como un difuso objetivo final loable, sino como el *complejo proceso de producción de salud*, que debe incorporarse de manera permanente en el diseño de la reforma buscada y las consiguientes políticas públicas. La atención primaria, la prevención, la rehabilitación, la medicación, las intervenciones quirúrgicas, la internación, las especialidades médicas, y un largo etcétera, donde muchas veces la cuestión no pasa por la ausencia de recursos, sino por el correcto uso eficiente de los recursos que ya tenemos, pero desperdigados en una dupla de *carencia y derroche*.

Para ser claros, podríamos extremar el argumento: sin mover un solo peso de su lugar actual, podrían realizarse muchos cambios en la gestión, logística, control, monitoreo y demás que redunden en una mayor eficiencia. O dicho al revés: si simplemente se redistribuyeran recursos (e incluso si se acrecentaran) sin modificar la estructura sanitaria, la estrategia de gestión y la cultura laboral, los mismos problemas se reproducirían (y hasta se agravarían).

Debería resultar llamativo que tanto la dirigencia sindical de las obras sociales como los empresarios del sector privado salgan a la defensiva, junto a voceros mediáticos, a reclamar dinero y a defender su manejo de la pandemia, y a criticar un supuesto estatismo, mezclando críticas al Gobierno con el papel insustituible del Estado en las naciones modernas. Y todo esto mientras se reconoce lo que nadie niega: que el presente sanitario es ineficiente y desigual. Hablemos de **Salud Pública**, entonces, y no sólo de economía y política.

“La propuesta de reforma sanitaria que lanzaron voces del Gobierno hace menos de dos meses parece ya haber caído en el olvido. Lo cierto es que se han hecho oír más quienes la rechazan que quienes la promueven, mezclando ataques al Gobierno con preceptos anti-estadistas un tanto demodé”.

Se advierte sobre la supuesta monopolización estatal, pero no se menciona la cartelización corporativa. Se contraponen Estado y Mercado, como si no supiéramos que el mercado libre solo existe en el marco de un orden jurídico creado y garantizado por el Estado, para citar nada menos que al liberal Karl Popper. Se teme una supuesta "usurpación gubernamental", cuando debería alentarse una *restitución del Estado para evitar la expropiación de vidas que significa indefensión sanitaria* que vivimos desde hace años. Se cae en "la grieta" política, cuando el problema de fondo es el abismo que fragmenta nuestra sociedad desde hace décadas.

La división tripartita del área sanitaria, de hecho, a su modo refleja la división en tercios socioeconómicos del país: un sector de ingresos medios y altos, otro con cierta estabilidad de un empleo formal, y otro con trabajos precarios hasta la miseria. Suponer que los problemas de unos pueden aislarse de la realidad de los otros, no resulta ya sólo ingenuo, sino cínico. Por supuesto que el subsector público adolece de déficits varios, pero no es limitándose a la refundación de hospitales y creación de salas de atención primaria, que se alcanzará una mejora global de salud de la población. Es necesario una reconceptualización de abordaje comprehensivo sobre **dos pilares: Salud Pública y Gobernanza Sanitaria**, con políticas públicas estratégicas que aborden desde el corto hasta el largo plazo.

Tal como enseñan otros intentos de reforma como el finalmente truncado (o "trumpeado") intento de la administración Obama, la partida no se define en el ábaco político sino en el sentido común. Una ley se modifica fácilmente tras un nuevo equilibrio político. El objetivo de mejorar el acceso a la atención de salud de la población en su conjunto se logra construyendo una fuerza social que lo apoye y lo promueva, que no se limite a los acuerdos políticos, ni a los acuerdos médicos, que evidentemente deben incluirlos. Se necesita el acompañamiento ciudadano y el sentir popular de una *nueva conquista democrática*.

Para ello hay que buscar *el sendero* entre la razón y la racionalidad, entre la intransigencia de ciertos principios y la negociación de determinados intereses. Entre el horizonte y el barro, o como decía Thomas S. Eliot: "entre la idea y la realidad, entre la propuesta y la acción, cae la sombra". Hay que actuar en varios frentes, con iniciativa, pero con prudencia. Encuentros ciudadanos donde escuchar temores honestos, reconocer fallas, lograr apoyos. Evitar las trampas del anti-gobierno, el falso dilema entre moral y finanzas, las falacias de oportunidad y tantas otras. Hay que transparentar la ineficiencia, irracionalidad e inequidad, no sólo con números y estadísticas, sino con historias de carne y hueso, de esfuerzo y dolor. Y así reafirmar lo dicho por Albert Camus: "*no es gran cosa lamentar una injusticia. Lo que hay que hacer es repararla*".

En definitiva, hay que librar una estrategia que no sólo busque enfrentar a los intereses particulares, sino incorporar aliados institucionales. Más que una puja política, debería ser una gesta cívica.

La salud de todos los que habitamos el suelo argentino está en juego. □

(*) Doctor en Medicina por la UBA. *Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud"*; *Universidad Nacional del Centro - UNICEN*; *Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza*; *Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020)*. *Autor de "La Salud que no tenemos" (2019)*; *"Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (2018)*; *"Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" EUDEBA - 2012* *"En búsqueda de la salud perdida" (2009)*; *"La Fórmula Sanitaria" (2003)*.



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Cartografía de la nueva normalidad

Por la Dra. Liliana Chertkoff

Médica Sanitarista - Epidemióloga
dralchertkoff@gmail.com



La cartografía es la ciencia y el arte de trazar mapas geográficos. Pensarnos y pensar en términos cartográficos puede ser una interesante estrategia. Cuando necesitamos resolver problemas en nuestro trayecto vital y en el tiempo que nos toca atravesar -tiempo y espacio que compartimos con la totalidad de la humanidad- más allá de las **inaceptables inequidades**... somos todos habitantes de este planeta, nos guste o no.

En cada acción que realizamos, imprimimos un cambio en el contexto.

Este concepto no es un pensamiento lírico, pertenece a las matrices conceptuales de la física, la ecología profunda, las matemáticas, la psicología, la genética, la medicina, la química... por nombrar solo algunas de las ciencias que sostienen este principio.

De hecho... una formación transdisciplinaria, podría ayudarnos al utilizar simultáneamente, información y conocimientos de estas vertientes...

No es necesario ser un erudito, solo acceder a la oportunidad de abreviar en diversas disciplinas y trabajar interdisciplinariamente.

Esto significa que un problema se puede tratar *simultáneamente* con profesionales de otras formaciones, para encontrar como abordarlo.

¿POR QUÉ ESTOS CONCEPTOS?

La realidad actual nos guste o no, es desafiante.

Si tenemos vida, y contamos con un aparato psicofísico con ciertos parámetros de equilibrio inestable, tenemos la posibilidad de servir a nuestras aspiraciones, deseos, y necesidades, que **deben estar en sintonía con el pulso de la Humanidad**...

Es imprescindible correr los velos de la ignorancia... para **descubrir** "Un Horizonte de oportunidades que nos conecte con nuestra **Dimensión Humana**".

En esta tarea no podemos soslayar las experiencias, las vivencias y memorias emotivas, las nuestras y las que traemos como herencia genética, porque son también el resultado y la objetivación de nuestras acciones.

En la **"toma de decisiones"** siempre está presente una memoria emotiva, que proyecta su potencia en el color y la forma que damos al modo de resolver un problema personal o un problema institucional...

¿En qué medida lo que pensamos, sentimos o miramos este teñido por los sentimientos, animoverciones, padecimientos de nuestros ancestros y sus contextos?

¿Cuándo rechazamos o aceptamos una línea de conducta... ¿en qué medida es una determinación nuestra... o responde a un trabajo propio de elaboración...?

¿Es tan solo una proyección automática de un ancestro?

... Quizás es hora de mirar que, para resolver un problema, es indispensable saber plantearlo, porque podríamos estar equivocados y antiguos.

Si tomamos un camino que se bifurca y no estamos atentos a los carteles, podríamos estar llegando a territorios que no queremos transitar.

¿Cuántas veces en la vida nos encontramos en situaciones donde no sabemos cómo llegamos hasta allí?

EL PLANETA CAMBIÓ...

... Todos estamos navegando en las aguas "**Pandémicas**" de la realidad... Una realidad que trae transformaciones inéditas para nuestras mentes.

En el **"Aquí y Ahora"** -que ya no existe-aparece el... **Sálvese quien pueda**...

Nadie se salvará solo, si todos no se pueden salvar... Tengan o no vacunas.

No somos dueños de la verdad más allá de nuestras enfáticas afirmaciones.

Hemos llegado hasta aquí, gracias a la lucha y al sacrificio de miles de seres humanos que vivieron, padecieron, trabajaron... y murieron por su ideales y búsquedas.

Hay mucho más allá, y las explicaciones **cartográficas** de este suceder individual y colectivo, escapan a la estructura del espacio de este artículo.

Sin embargo, es posible esbozar también **los conceptos de la epidemiología** (ciencia que estudia los procesos de Salud /Enfermedad en una población, en un territorio y en un tiempo determinado) donde podríamos encontrar un hilo para comprender la realidad y trabajar con otros "codo a codo" para encontrar respuestas.

Es increíble **observarme y observar a otros**, con conceptos antiguos, con modos arcaicos que no ayudan en este acontecer planetario.

Es imposible abstraernos a la situación Eco-Ambiental, a los cambios climáticos, en un mundo que se desvanece ante nuestros ojos...

No es posible ignorar todo esto... y tomar la postura del "avestruz".

EL CONOCIMIENTO ES UNA FUERZA EMANCIPADORA...

El conocimiento no es una información intelectual, no es una disección de la vida, ni una explicación epistemológica.

El conocimiento se construye como una trama, nos ilumina, es un faro que nos ayuda a encontrar nuestra ruta.

El conocimiento se construye con otros, nos libera de los miedos y amplía el altruismo, es un sentimiento que nos protege y nos trae vitalidad.

Es posible ser creativos, innovadores, tener buen humor, a la hora de enfrentarnos a estos "Tsunamis" del día a día.

La nueva normalidad nos exige aceptar la distancia física, el barbijo, el lavado de manos, las innumerables molestias cotidianas.

Aceptar que nos guste o no, todo va a cambiar, **que las estructuras sociales e instituciones académicas**, deberán revisar sus contenidos, principios y prácticas, y ofrecer servicios que respondan a **las necesidades reales de la gente, y no al utilitarismo de algunos sectores económicos.**

La evidencia del acontecer diario nos trae a la orilla la oportunidad de trabajar hacia un **Sistema integra-**

do de Salud, espacio posible e indispensable. Idea que tiene un largo trabajo de años y de seres que brindaron lo mejor de sí... **para el bien común.**

Un **Sistema integrado de Salud**, significa sumar voluntades, complementar capacidades, desarrollar sinergias.

Esta pandemia actual, no es la única, vienen otras.

Para hacer frente a los exponenciales desafíos, necesitamos integrarnos, encontrar juntos un camino para transitar.

Alejar las sombras del temor, con la luz del conocimiento... □

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Rupert Sheldrake - Una nueva Ciencia de la Vida: la hipótesis de la causación formativa.
- 2.- Ernests Shackleton - Sur - Editorial Sud Pol.
- 3.- Anne Ancelin Schützenberger ¡Ay, mis ancestros! Editorial Omeba.
- 4.- Jon Elster - Uvas Amargas - Editorial Península/Ideas.
- 5.- Georges Balandier - El desorden - Editorial Gedisa.
- 6.- Bulent Atalay - La matemática y la Mona Lisa - Editorial Almuzara.
- 7.- Ilya Prigogine - Las leyes del Caos - Editorial Crítica.
- 8.- David Lindley - Incertidumbre - Editorial Ariel.
- 9.- Jaques Le Goff - Hombres y mujeres de la edad media - Edit. Fondo de Cultura Económica.
- 10.- Gilles Deleuze - En medio de Spinoza - Editorial Cactus.
- 11.- José Ignacio Latorre - Cuántica - Editorial Ariel.
- 12.- Arne Naess - Ecología, Comunidad, Estilo de Vida - Editorial Prometeo.
- 13.- Galilei Galileo Kepler Johannes - La Gaceta Sideral - Conversación con el mensajero sideral - Edit. Alianza Editorial.
- 14.- Susana Milderman - Enseñanzas Flavia Cena - Clases / Seminarios.



FEFARA

DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS | FEFARA PROYECTA | IFG INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL | RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN | IECIS INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CIENTÍFICA Y AVANZA FEFARA AVANZA

► Además contamos con nuestros Sistemas Informáticos de Gestión y nuestra Biblioteca Virtual.

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

Hipólito Yrigoyen 900 3º Piso (1086) Capital Federal | 011 43429473 | fefara@fefara.org.ar | www.fefara.org | @fefaraoficial

¿Qué nos dejará la pandemia como enseñanza?

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



Calificar la pandemia de Covid-19 como la mayor catástrofe de los últimos 100 años de la historia sanitaria mundial dista de ser sólo una expresión cuasi apocalíptica. Pocas veces las diferentes sociedades y sus sistemas de salud han debido enfrentar a un enemigo poco conocido, pero no menos contagioso y letal, y hacerlo desnudando la fragilidad de sus tradicionales esquemas asistenciales. A lo que se sumó un enorme desconocimiento respecto de terapéuticas y necesidad de recursos. No había suficiente componente humano especializado para enfrentar tremenda demanda, y el intento de resolverlo comprando toneladas de equipamiento médico demostró su endeblez. No muy alejada en el tiempo la última gran causa de muerte en el mundo, ocurrida entre 1957 y 1958 y producto de un brote de influenza A H2N2 también originado en China y con estimaciones de alrededor de 1 – 4 millones de personas fallecidas, se abandonó a la memoria sanitaria tan rápidamente como el evento fue superado. Y el mundo no se puso en alerta respecto de la posible aparición de una nueva crisis de este tipo. Como resultado, la mortalidad actual por irrupción del Covid-19 -aún lejos de su control- ha llegado a los 2.5 millones. Y nadie puede aún prever con seguridad cuál será su número final.

Ya se habla de una nueva Enfermedad X, mientras sucesivas oleadas del Covid-19 siguen asolando Europa y Estados Unidos, cada una con mayor incidencia y letalidad. Mientras América Latina acompaña este derrotero con cierta dosis de retrasos favorable respecto de su aparición, pero no sin menores tasas de gravedad. En este escenario complejo, los medios de comunicación y las redes sociales han resultado claves en la percepción de la magnitud del problema. Pero también en generar confusión respecto de un tema muchas veces tratado de manera inadecuada, superficial y hasta sensacionalista. Con el agravante que éste no depende sólo de su particular naturaleza, sino también del tipo de manejo informativo y del grado de politización y sectarismo que debió enfrentar. Cuestión asociada a que la modelización de su comportamiento epidemiológico ha venido fallando en las predicciones de las autoridades sanitarias, acompañado de errores de comportamiento estratégico por parte de los líderes políticos. En ese contexto, las medidas preventivas se fueron justificando más por incertidumbre que por conocimiento preciso, y a veces hasta relativizando ciertos efectos adversos inevitables.

Inicialmente, la consigna del dar valor a la salud por sobre el impacto económico se transformó en una falsa premisa, producto de errores e improvisaciones que derivaron en falsas promesas. La contención y el confinamiento bajo distintos esquemas de abordaje, respuesta imperante en la fase inicial de la primera ola -si bien contribuyó a reducir la propagación del daño y la mortalidad- tuvo un

efecto devastador sobre muchas economías que quedaron paralizadas. La pandemia demostró que no incorporar en forma rutinaria principios de buen gobierno en todos los niveles jurisdiccionales lleva a tensiones institucionales y sanitarias de tal magnitud que terminan condicionando la calidad y efectividad de la actuación sanitaria. De allí que el dinamismo de los conocimientos y prácticas de la salud pública futura vaya a demandar profesionales con adaptabilidad, independientemente de que haya especializaciones, particularmente en las áreas investigadoras y académicas, que deban establecer una guía científico-técnica.

El conocimiento actual respecto de la ecología microbológica y la tendencia bajo la cual va evolucionando naturalmente la humanidad y su medio ambiente indican que inevitablemente ocurrirán nuevas pandemias de naturaleza impredecible de su evolución. Más allá del reconocimiento que la mejor manera de detener la explosión demográfica de un patógeno es el corte abrupto de su cadena de transmisión, en un mundo globalizado y altamente interconectado sumado al alto y continuo flujo de tránsito interpaíses de personas y mercancías, hacerlo efectivo se torna un gesto difícil y complejo. A lo que se suma que no hay estrategias supranacionales claras, conjuntas y de diseño correcto en ese sentido. Como tampoco parece haber colaboración estrecha entre servicios veterinarios y médicos, frente a lo que en forma cada vez más frecuente resulta un fenómeno disruptivo derivado de la interacción estrecha del ser humano con alguna de las especies animales con las que convive. Esto obliga a pensar en forma perentoria a disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica "on time" a nivel mundial respecto de cuestiones como son la interacción con la fauna silvestre, el uso y manipulación cada vez más frecuente de agentes biológicos en laboratorios de investigación tanto civiles como militares, y el control y asilamiento inmediato de toda población donde se refiera la aparición de un brote de etiología desconocida. Y también en relación con la manera de conformar reservas estratégicas de equipos de protección individual y mascarillas, coordinando su compra y la de las vacunas necesarias y explotando al máximo las economías de escala que el poder de monoposonio confiere a países enlazados como socios estratégicos. El mayor inconveniente para lograrlo no sólo son las diferentes respuestas de salud pública ante un agente emergente, sino los prejuicios respecto de la capacidad real de los países para contenerlo o de su asociación con cuestiones altamente ideologizadas o politizadas.

La experiencia marcada por el titubeo inicial para enfrentar esta pandemia muestra lo farragoso de las formas de disponer y distribuir equitativamente y sin argucias políticas las escasas pruebas de detección a su inicio, de la utilización política de las cifras de infectados y muertos, de cierta y poco disimulada incompreensión res-

pecto de utilizar para estériles batallas políticas errores de gestión, de la limitada disponibilidad de equipos de protección del personal, de la falacia sobre falta de evidencia para ciertas medidas sociales (el uso de mascarillas por ejemplo) y de la distancia entre ética y derechos cuando hubo que tomar decisiones profesionales sobre los pacientes. Las altas cifras de fallecidos fueron exhibiendo crudamente como las residencias y centros socio sanitarios para adultos mayores carecían de respuestas adecuadas para puntos críticos como los que caracterizaron al target etéreo del Covid-19, y no estaban preparadas ni integradas para una situación de tensión como la que supuso el tránsito del virus. Pero también la misma experiencia puede resultar valiosa para ciertas cuestiones futuras, aun presentes. En primer lugar, que las medidas de distanciamiento social deben mantenerse durante un tiempo prolongado sin mensajes confusos ni difusión de opiniones múltiples que apunten a relajaciones, para que efectivamente se contenga la transmisión del virus y baje su mortalidad. Segundo, que el éxito pasa por combinar varias intervenciones, y no privilegiar una sola. Tercero, que no puede asegurarse que una medida no farmacológica ni inmunizadora destinada a "aplanar la curva" pueda tener influencia suficiente -en una u otra forma- respecto de no perjudicar severamente cuestiones estratégicas como la actividad económica. Y que se torna indispensable anticipar la ecuación costo-beneficio de diversas estrategias y escenarios de intervención. Por ejemplo, el cese abrupto de una parte importante del entramado productivo especialmente con altos niveles de informalidad más el confinamiento domiciliario, impidieron modular el impacto que llevó a la economía a la destrucción de varias actividades medio y pequeño empresariales y al desequilibrio simultáneo de los recursos fiscales.

El Covid-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de nuestro sistema de salud para enfrentar similares desafíos sanitarios que tarde o temprano deberán volver a ser resueltos. Pero hemos aprendido la imperiosa necesidad de tener un esquema no de poder, sino de gobernanza efectivo. Copiar lo importante de la estrategia de los mejores y aprender a trabajar sin mezquindades en soluciones propias y locales. Disponer de sistemas de información (tanto epidemiológicos como clínicos) capaces de monitorear en forma anticipada y precisa la evolución de la transmisión a nivel local, para decidir sin dilaciones ni jugadas políticas entre continuar el desconfinamiento o volver atrás. Evitar por parte de voceros en los medios el uso de seudofuentes científicas y cierto sensacionalismo, interpretando conceptos equivocados y privilegiando la fascinación por "la actualidad" y el "minuto a minuto".

La próxima pandemia está -eufemísticamente- "a la vuelta de la esquina". No se podrá mejorar la salud de las personas si vivimos en un mundo enfermo. Alcanzar el derecho a la salud y al bienestar pasa a ser un desafío global cuando la crisis desatada por esta pandemia actual exponga en el corto plazo una cara conocida: la de la pobreza y la desigualdad. Con cada vez más dificultades no sólo de acceder equitativamente a "nuevas tecnologías" sino simplemente a una vacuna, en medio de condiciones globales de ley "selváticas" para su disponibilidad con la mayor celeridad. Las patentes no pueden ser la condición para que el sector privado relativice su contribución a la investigación, fabricación y distribución masiva sin mezquindades, y con todo su potencial. Los argentinos estamos sufriendo en carne propia estas situaciones no deseadas. En política sanitaria, sólo la unión hace la fuerza. Las grietas animizan la energía social necesaria para hacer frente a desafíos donde está de por medio la salud y la vida de miles de compatriotas. Volvamos a ser inteligentes como sociedad, y que lo vuelvan a ser quienes nos conducen. □

(*) 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

La naturaleza del vacunatorio vip



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

Hemos hablado muchas veces en estas columnas sobre la fragmentación del sistema, pero no nos hemos referido y cuestionado de la misma manera sobre las consecuencias que trae la segmentación del sistema, generando profundas desigualdades en la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Existe una gran variabilidad en la calidad y el acceso a los servicios de salud según el segmento donde uno esté ubicado (entrada al sistema).

El affaire del vacunatorio vip ha mostrado ante amplios sectores sociales de clase media y altos ingresos la indignación que se debería sentir cuando uno es marginado y excluido por no estar en un determinado segmento y esto no se puede comprar. En este caso la política y su sistema endógeno de amiguismo generó un mecanismo de discrecionalidad en la distribución de las vacunas que no se puede sortear con dinero sino con relaciones. Un sistema sanitario en una democracia implica que el acceso y la calidad de los servicios públicos debería intentar ser igual para todos con independencia de su estatus económico y social.

El sistema sanitario carece de una mirada sistémica que estuvo ausente del debate político y discutiéndose como compartimentos estancos (público, privado y seguridad social) durante toda la década del 90 y ya iniciado el año 2000 con esa misma tónica. Los intentos de reforma que vinieron apoyados por el Banco Mundial estuvieron fragmentados en recursos para el sector público, para la seguridad social y para el PAMI de manera compartimentalizada y sin buscar mecanismos de articulación que podrían ser más eficientes y eficaces para ganar capacidad de gobernanza que resulta una carencia importante del Ministerio de Salud de la Nación.

El ministro de Salud en la realidad está sentado en un trono vacío solo conduce una fracción del sistema y no tiene injerencia sobre la seguridad social (2% PBI) y menos sobre el PAMI (1% PBI).

El Ministerio hace como que conduce el sistema con un 0,5% del PBI, en tanto que las provincias y municipios manejan un 2,2 % del PBI. Como se puede dirigir y gobernar un sistema sin tener poder de decisión y control sobre los subsectores que lo integran. El peronismo tiene dentro de sí mismo esas contradicciones que juegan a favor de la fragmentación en primer lugar con las obras sociales nacionales que se han negado históricamente a ser controladas, supervisadas y dirigidas por las políticas nacionales de salud y en segundo lugar el PAMI que es una institución que la política en general trata como una gran caja separada del sistema sanitario custodiada y cerrada a integraciones más amplias horizontales y verticales con salud.

Seguimos siendo todavía una democracia imperfecta que tiene mucho por aprender y una sociedad civil que debe crecer y debe poner límites a los avances de la política sobre el Estado exigiendo transparencia y rendición de cuentas. Nos enfrentamos diariamente a la confusión de algunos políticos que entienden el Estado como el ámbito donde hacer negocios y ganar privilegios. Hasta que la sociedad civil no comprenda

que debe poner límites a la utilización del Estado por parte de la política no tendremos solución. Es cierto que la política en Latinoamérica utiliza la pobreza y la marginación para restar ciudadanía plena. Una persona que mendiga para comer o sobrevivir no puede ser un ciudadano empoderado.

Respecto de la política pública para enfrentar la pandemia que aplicó el Gobierno, para analizarla debemos apartarnos un momento de las categorías absolutas no todo es negro, pero tampoco todo es blanco. Debemos tener la capacidad de analizar la tonalidad de gris que tiene la política y si se acerca más a algunos de los extremos grises más claros u oscuros.

Las políticas partidarias tienden a poner las cuestiones en términos de contradicción porque necesitan movilizar y lograr identificaciones fuertes de sus bases con determinados postulados. Poco importa si coinciden con la racionalidad o el sentido común. Se trata de una confrontación por un lado los que defienden las propuestas gubernamentales de manera ciega y por el otro lado el rechazo ante todo lo que diga y haga el Gobierno, sólo porque se está en la oposición.

En primer lugar, debemos decir que la pandemia fue una gran oportunidad de convocar a las fuerzas políticas nacionales a una verdadera cruzada, al estilo de lo que sucede en las guerras donde es necesaria la unidad para enfrentar un enemigo común. El Gobierno de Alberto Fernández no lo hizo porque no está en su ADN convencido que el que gana las elecciones tiene que imponer las políticas y el resto apoyar u oponerse, no hay márgenes para la construcción conjunta ni siquiera en tiempos de tanta incertidumbre y vacío de poder como el que se vive.

Hace unos días el periodista Ignacio Zuleta escribía que "Las instituciones no se cambian por mayoría más uno", y me permito agregar que se requiere capacidad de articular amplios y trabajados consensos sino las reformas tienen corta vida. Gobernar sobre el filo de la mayoría produce una democracia de patas cortas. Las votaciones de las leyes jubilatoria, despenalización del aborto, recorte de fondos a CABA, impuesto a la riqueza e incluso el mismo presupuesto son aprobaciones "jugando sobre el fleje". Se podría pensar en otro método que estuviera por encima de victorias legislativas a lo pirro y que le diera mayor solidez y fortaleza a las reformas tan necesarias en la realidad política, económica y social argentina. Me atrevería a decir sin minimizar la importancia del sistema sanitario que hay tres líneas que tienen clara prioridad desde hace muchos años: la cuestión previsional (se lleva el 50% del presupuesto nacional), la reforma fiscal y la laboral.

Tampoco estuvo en el ADN del Gobierno de Macri que dejó pasar importantes oportunidades para construir grandes consensos. Y repito las reformas en la Argentina requieren mayorías importantes y consensos amplios para luego poder avanzar en un camino cimentado hacia la construcción de un círculo virtuoso de crecimiento con equidad.

La política en mundo basado en la información requiere de una comunicación democrática, abierta y transparente. Los ciudadanos ya no soportan que la política juegue a las escondidas diciendo algo y callando otras o utilizando los privilegios de información para familiares y amigos.

Esto puede ser posible en algunas de las provincias feudales argentinas donde el poder omnimodo de los gobernadores y el entorno hacen y deshacen a su antojo sin tener ningún tipo de límites y controles. Sólo cuando suceden tragedias y abusos de poder flagrantes (como fue el caso María Soledad en Catamarca para dar un solo ejemplo) pueden producirse ciertos efectos políticos saludables como es la alternancia del poder.

Sin embargo, en algunos casos se corre el riesgo que un feudalismo reemplace a otro como terminó sucediendo en Santiago del Estero que la salida de un peronista permitió que un radical se encumbrara y terminara actuando de la misma manera. No tengo que mencionar la perversidad de regimenes como Santa Cruz o Formosa donde el poder absoluto controla todas las variables que pueden llegar a amenazar su supervivencia.

La principal fortaleza del feudalismo político argentino es el escaso desarrollo productivo capitalista que permitiría la aparición de un sujeto político nuevo que es el asalariado privado que es más consciente de la importancia de lo que requiere la economía para poder funcionar correctamente. Ese sujeto político se hace ciudadano y deja de ser llevado de las narices por el puesto de trabajo y sometido en sus íntimas convicciones por necesidad.

Los gobernadores y algunos presidentes argentinos arrastran un comportamiento patrimonialista. El patrimonialismo es la condición del ejercicio del poder que le hace suponer a su detentador la propiedad de los bienes, servicios y personas asignadas a su cargo. ^(*)

La suposición de propiedad de lo público está tan presente en los regimenes democráticos, como lo estuvo o lo está en los despóticos. Quien ocupa una posición por efecto de las urnas, los concursos o las designaciones, meritorias o no, puede suponer que tiene tanto derecho a la apropiación o al beneficio, como lo tuvo un señor feudal, un encomendero o un califa. El problema no fue y no es de tiempo ni de rango. Es de cultura. Del modo generalizado en que se entiende el ejercicio del poder y se asumen sus beneficios.

Desde la aparición del Covid-19 hemos aprendido muchas cosas. Lo que está pasando con las vacunas, los acomodos y privilegios son comunes en otras áreas como la educación, la salud o la seguridad. Ahora se ha dado sobre un bien escaso que es demandado por la población y donde los recursos individuales o familiares no son suficientes para poder comprarlos. Pero también con una política económica y social que no acompaña las especiales circunstancias que vive el país y el mundo.

Los días venideros nos dirán si el cambio de ministro y las declaraciones de mayor transparencia, seguimiento y control apuntan a cambiar el funcionamiento de la política de asignación, a reorganizar el sistema de distribución de vacunas y mejorar la eficiencia en el gasto sanitario o si en cambio constituyen una declamación buscando un posicionamiento político interno diferente e intentando cambiar los ejes de la problemática diaria tan apabullantes para el ciudadano (inflación, manejo de la pandemia, seguridad, instituciones judiciales y caída del empleo).

Los márgenes se han hecho más estrechos y no hay espacio para las mezquindades e improvisaciones. Aquí se juega realmente la capacidad política de establecer reglas de juego claras y transparentes que despierten la adhesión ciudadana o se terminen de hundir las últimas esperanzas de construir una democracia republicana. □

REFERENCIA:

1) José Ramón Cossio Díaz Miembro de la Corte Suprema de Justicia de México. https://elpais.com/internacional/2015/10/06/actualidad/1444158961_579846.html

(*) Economista sanitario. Postgrado en Economía y Gestión de la Salud. Profesor Universitario. Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) www.ideblatam.org



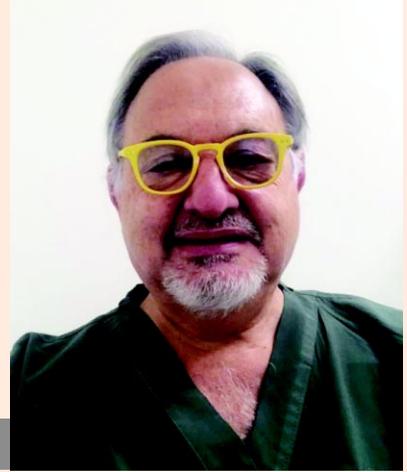
chk
consultores

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

Evitar la construcción de un relato sobre los Sistemas de Salud integrados

Por el Prof. Dr. Carlos Alberto Díaz (*)



En los últimos años, **los sistemas de cuidado integrado de salud** se han vuelto un tópico dominante en la gestión clínica y en el diseño de los sistemas de salud. Por ello un amplio rango de iniciativas y modelos se están implementando en el mundo, que llevaron a una transición de todos los sistemas de salud, buscando las mejoras observadas por mejor cuidado integrado, integral, nominalizado, georreferenciado, asequible, de calidad, universal, y que, de respuestas a las nuevas exigencias de la sociedad y las transiciones políticas, económicas, demográficas, epidemiológicas, sociales, y tecnológicas. El cambio significativo en la demografía mundial que ha visto las enfermedades crónicas relacionadas con la edad, que están reemplazando la enfermedad transmisible como el desafío más significativo al que se enfrentan todos los sistemas de salud y atención. **Este cambio significa que la carga económica de las enfermedades crónicas representa ahora hasta el 80% del gasto en salud (Nolte y McKee 2018)**. Este crecimiento se asocia significativamente con el envejecimiento de la población. Por ejemplo, se ha estimado que en 2034 más del 5% de todas las personas de Europa occidental tendrán más de 85 años y más de una quinta parte de ellas vivirán con cinco o más comorbilidades (necesidades físicas y de salud mental simultáneas). La atención integrada representa un cambio de paradigma fundamental en la forma en que deben prestarse y financiarse los servicios de salud y atención.

La integración debe ser el corazón de un sistema de salud, en su modelo de financiamiento, atención y de prestación. Pero existen **aspectos "genéticos" y de "invariabilidad"** dentro de nuestro sistema que lo impiden, hasta ahora, que no están en la superficie, que subyacen, pero que paralizan el progreso de las iniciativas para disminuir la fragmentación y la segmentación, que se han propuesto en la actual gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud, pero los sectores que habitan ese caos de 743 prepagos, 302 obras sociales nacionales, 24 obras sociales Provinciales, 27 obras sociales de derechos especiales, no adhieren a ninguna iniciativa de integración, fusión, agrupamiento, inclusión, o de mayor competencia por la equidad, solo quieren mayor cantidad de fondos, no piensan en mejorar la calidad, ni la eficiencia.

En primer lugar, **la atención integrada es una respuesta necesaria para superar las fragmentaciones en la prestación de atención cuando esto repercute negativamente en la capacidad de coordinar la atención eficazmente en torno a las necesidades de las personas** y, por lo tanto, conduce a resultados subóptimos en términos de experiencias y resultados de atención de las personas.

En segundo lugar, **la atención integrada representa un enfoque para mejorar la calidad y la costo-efectividad de la atención al garantizar que los servicios estén bien coordinados en torno a las necesidades de las personas**. Por lo tanto, la atención integrada se centra tanto en personas como en "orientada a la población".

En tercer lugar, **es este enfoque centrado en las personas el que se convierte en el principio organizador de la atención integrada como innovación de servicios, ya sea relacionado con pacientes individuales, el cuidador/familia, o la comunidad en general a la que pertenecen**.

Sin embargo, nuestra comprensión de la atención integrada, sus complejidades, sus componentes y las formas de implementarla siguen siendo una disciplina científica emergente. Existe un importante y procedente cuerpo de conocimiento que nos ayuda a comprender y apreciar los pilares que deben establecerse para el **desarrollo eficaz de la atención integrada en la política sanitaria y la práctica asistencial**.

Hacia fin del año 2020, en un acto político, para presionar cambios en el gabinete y reformas judiciales-constitucionales, en el discurso de la principal dirigente se deslizó una iniciativa esbozada como **"Cambios profundos en el Sistema de salud"**, **sorpresivamente, dirigida hacia la mancomunidad de fondos destinados a la atención**, para controlar y disciplinar políticamente a las entidades intermedios (obras sociales, prepagos, grupos económicos y corporativos), distribuyendo y regulando fondos. Expresiones a los que se puede adherir "mancomunar fondos", pero falta escribir el objetivo real. Un sistema solo con integración de fondos **carecerá del brazo eferente ejecutor** que es la transformación del **modelo de atención y prestacional** y ello no está en la discusión, ni en el dogma de los impulsores de la idea. Esta integración exige cambios en la ingeniería contractual, las formas de pago y financiamiento, para desarrollar incentivos para el cuidado longitudinal de los pacientes.

Estas vicisitudes me llevan a formular que **no es una preocupación política sincera la atención integrada**. Lo que quiere es el manejo de los fondos y el disciplinamiento que esto puede generar en su distribución discrecional, para que se pueda controlar a sindicalistas, legisladores, medios de comunicación.

Los cuidados integrados exigen una transformación del sistema prestador, de las formas de financiamiento, de pago, de prestaciones a saber: desarrollar programas de gestión de la enfermedad crónica, de un programa para pacientes con polipatología y multimorbilidad, desarrollar, reconocer y fortalecer las figuras de los case manager, incrementar la dotación, provisión y acceso a los sensores móviles, desarrollar la teleasistencia, fortalecimiento real de los equipos de atención primaria, un modelo centrado en la persona, sistemas de transición en los cuidados entre los diferentes niveles, integrando salud mental, cuidados de media estancia, rehabilitación, domiciliarios y prehospitales. Que se pueden financiar con la eficiencia que estos mismos generan y el ahorro en los costos de prestación.

Debería exigirse que todos los sistemas de salud registren y nominalicen que equipo de salud o médico de cabecera atiende a tal persona, se responsabiliza por sus cuidados, por la solicitud de estudios necesarios para la realización de prevención adecuada. No puede haber nadie que no tenga un equipo de salud de referencia. Correlacionando también con una inversión y pago dignos, porque además estos equipos de alta resolución generarán una alta tasa de retorno en la inversión, por la prescripción racional de medicamentos, la disminución de las internaciones innecesarias y las prácticas que no agregan valor y que se les piden a los pacientes. Este sistema es importante también para los niños con patología de retraso madurativo, parálisis cerebrales, distrofias musculares, etc., para la implementación del cuidado paliativo y al final de la vida.

Mejorar el acceso a través de sistemas de telemedicina. De las enfermedades raras y huérfanas a su tratamiento y contención social.

Las iniciativas más interesantes para hacer Benchmarking en el desarrollo de Sistemas integrados de atención en salud están en Quebec, Alemania, Nueva Zelandia, Suiza, Escozia, Holanda, Israel y el país vasco.

La integración con el sistema de atención de la discapacidad es beneficiosa y se debe consolidar, lo que resulta un peso en la sostenibilidad de un sistema financiado con salarios diferidos, esto implica, **hacerse cargo de prestaciones que no son del sistema de salud sino el social, (transporte y escuelas privadas)** estos recursos sería más justo que provinieran del sistema de bienestar social y no que sustraigan fondos de la prevención, y atención.

Los enfoques basados en enfermedades tienden a fomentar la duplicación y el uso ineficiente de los recursos y producen lagunas en la atención de pacientes con morbilidad múltiple. En términos más generales, la noción de atención integrada ha ido más allá de las fronteras de los sistemas de salud y atención social para pensar más estratégicamente sobre cómo adoptar los determinantes sociales de la mala salud mediante la unión de una gama más amplia de activos comunitarios para promover la salud pública, prevenir la mala salud y asegurar el bienestar a las poblaciones. Se debe incorporar acciones para evitar la injuria, o la predisposición al daño, que generan los determinantes sociales de la salud. El más complejo, e impactante es la desigualdad económica y el aumento de la pobreza. La falta de empleo formal, el abandono de la escuela, los problemas de acceso a una alimentación variada, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la violencia, la precariedad de la vivienda y el hacinamiento.

La atención integrada de la salud es un camino estratégico para lograr la triple meta de los sistemas de salud, que propone Berwick: mejores experiencias de atención, mejores resultados y menor costo. Consiste en introducir un conjunto de características y diseño de los sistemas de salud, empezando por un nivel individual, familiar,

comunitario, social y poblacional. Que exige algo impensado en la actualidad, y que consiste en: apoyo político, inversiones, aspectos regulatorios, negociaciones, nuevas formas de pago por desempeño, transformaciones organizativas tendientes a formas neoinstitucionales más orgánicas y en red, cambios organizativos y profesionales, liderazgo y compromiso social. Debe comenzar en dos dimensiones a nivel de agencia equipo de salud paciente y en sistemas locales de salud, luego desde allí ir creciendo y reproduciendo experiencias exitosas de nominalización, referenciación e integralidad. Es imperioso desarrollar sistemas de atención que desarrollen soluciones a necesidades cada vez más complejas de los pacientes más afectados, que consisten en lograr el mejor equilibrio posible en su homeostasis, en una prestación customizada, para el individuo, su entorno, las respuestas terapéuticas y los recursos. Usando todas las herramientas, sistemas con descentralización selectiva, centralizando las intervenciones y procedimientos complejos para mejorar resultados y disminuir la morbilidad, los costos, y lograr una recuperación más rápida, para cuidar los recursos, intensificar la formación continua profesional, desarrollar la historia clínica electrónica, y medidas de prevención secundaria y terciaria sobre determinados colectivos.

CONCLUSIÓN:

La integración de fondos, redes, concentrador de financiadores y un modelo atención-prestador son indispensables, con la concurrencia de nominalización, referenciación e historia clínica electrónica, fortalecimiento de la atención primaria, política nacional de medicamentos con precios de referencia y contratos de riesgo compartido, incentivos para la generación de otras formas de pago por desempeño, el interrogante ¿en manos de quién?, exige decisión, confianza, prestigio y poder. No son cualidades imperantes. □

(*) Médico Especialista en Terapia Intensiva. Nefrología y Medio interno. Salud Pública.



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

Gobernanza en salud

El Plan Estratégico para la vacunación contra el Covid-19 en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



La palabra gobernanza en salud tiene diferentes acepciones. Nos referiremos en el presente artículo a la definida por Martín Sabignoso (<https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>) cuando se pregunta: “¿A qué nos referimos cuando hablamos de gobernanza de los sistemas de salud? El consenso sobre su definición apunta a un conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad”.

En el artículo mencionado Sabignoso hace mención al documento que Josep Figueras, director del Observatorio Europeo de Salud, presentó como marco conceptual para evaluar y fortalecer la calidad de la gobernanza de los sistemas de salud en base a 5 atributos clave a saber:

1. Transparencia

Se refiere a cómo y cuánto los organismos públicos informan las decisiones, fundamentos y resultados obtenidos a quienes están fuera de la organización. La transparencia legitima las decisiones públicas, contrarresta la presión de los grupos de interés y ayuda a crear confianza en la ciudadanía.

2. Participación

Significa que existen espacios en los que las personas interesadas pueden plantear sus preocupaciones, compartir puntos de vista y participar de manera auténtica.

3. Rendición de Cuentas

Establece una relación en la que una institución debe informar y explicar a otros actores las decisiones adoptadas y puede, inclusive, ser sancionada según el caso.

4. Integridad

Representa las dimensiones éticas del sistema de salud como la prevalencia de las normas y la lucha contra la corrupción, un problema presente en mayor o menor medida en todos los países.

5. Capacidad política

Es la capacidad de los órganos de gobierno de transformar las ideas en políticas viables y bien diseñadas que estén coherentemente alineadas con los objetivos y recursos disponibles.

EL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN LA ARGENTINA

Desde el punto de vista de Gobernanza, bajo el marco conceptual descripto vemos que no se cumplió con ninguno de esos cinco atributos. La escandalosa y vergonzosa salida del Ministro de Salud no sólo confirma esto, sino que también marca un manejo deficiente de todo lo que ha sido la pandemia en nuestro país.

En diferentes artículos en esta misma revista he venido marcado varias diferencias con el manejo de la pandemia. Desde el Grupo PAIS hemos elevado también inquietudes y propuestas. Pero la gran oportunidad que daba el tener la vacuna en tiempo récord traía una expectativa e ilusión a toda la ciudadanía que fue totalmente desaprovechada. Podría haber significado un inicio mejor del 2021.

Hoy reina el descrédito, la desconfianza y una gran incertidumbre en momentos críticos en donde debiera haber reinado la transparencia, la honestidad y el sentido común. Otro tiro en el pie que nos damos desde el propio sistema de salud, desde supuestos grandes sanitaristas que venían a poner la salud en marcha y a mejorar la equidad. Sin embargo, en una acción concreta y crítica como lo es el plan de vacunación, la inequidad, la falta de transparencia, la falta de sentido común aumentó descaradamente.

Ya desde el inicio de la pandemia se observaron innumerables hechos que mostraban la baja gobernanza medida en los atributos propuestos por Josep Figueras y descriptos más arriba. Desde la elección y compra de los Kits diagnósticos (por que los de Abbott sí y no los Neo Kits o por qué no los dos, por ejemplo) hasta el manejo de la información epidemiológica.

La información sobre cantidad de casos positivos es desastrosa. No sólo de la cantidad de casos sino también de muertos, nunca se cargó en tiempo real, por el contrario, se hizo con enormes desfases de tiempo generando errores garrafales. Tanto es así que Our World in Data, una página en tiempo real sobre los

números de la pandemia, con base en la Universidad de Oxford, informó que la Argentina dejó de formar parte de su mapa de datos porque las cifras oficiales agregadas por el Gobierno no reúnen la calidad suficiente para reflejar el alcance de las pruebas.

EL CASO DE LAS VACUNAS

La falta de gobernanza con respecto al plan de vacunación comenzó a mostrarse ya desde la elección de la vacuna a aplicar. Hoy en día no queda claro el por qué se decidió por la Sputnik V y no la de Pfizer cuando éramos uno de los países prioritarios para esa empresa por haberse desarrollado aquí uno de los ensayos clínicos que más aportó al estudio mundial.

Más allá que luego se publicaron datos en revistas científicas, lo cierto es que se compraron vacunas Sputnik V y se aplicaron antes de estos informes. Tampoco queda clara la eficiencia del sistema de transporte elegido. No hubo transparencia, integridad, rendición de cuentas ni capacidad política tampoco en estos casos, atributos esenciales de la gobernanza.

Finalmente, el caso que termina eyectando del gobierno al Ministro de Salud, es la frutilla de todo este desmanejo y falta de gobernanza. No fue sólo la gravedad de un vacunatorio en el Ministerio para personas consideradas VIP. Fue una acción masiva en todo el país. Se permitió la vacunación de personas a quienes no les correspondía, dejando postergadas a las personas esenciales en un marco de extrema escases de vacunas.

La información que seguramente procesaban en el Ministerio mostraba quienes se vacunaban, grupos etarios, grupos de riesgo, etc. No se ejerció ninguna acción

correctiva en la medida que se fueron observando esos datos. Por el contrario, se llegó al extremo de hacer estas excepciones a la norma. Se politizó la vacunación con puestos callejeros montados por agrupaciones políticas claramente identificadas para la inscripción para la vacunación.

GENERAR GOBERNANZA EN SALUD ES IMPERATIVO

La gobernanza en salud es un requisito imprescindible para el funcionamiento de cualquier sistema independientemente de su modelo. Cualquier reforma que se quiera realizar debe empezar por generar gobernanza antes que plantear el modelo a seguir.

De nada servirá intentar modificar el modelo de atención de la salud si no se generan los aspectos descriptos como gobernanza.

Una buena gobernanza es imprescindible para generar un sistema de salud serio y más equitativo. La credibilidad en el sistema ha quedado muy dañada. Recuperarla es la principal tarea ahora. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



www.sanidad.org.ar

Pasada la urgencia, es tiempo de telemedicina profesional

Por Santiago Troncar - @stroncar



Ninguna novedad es que la telemedicina ya está instalada entre nosotros, y fue adoptada de una u otra forma por todos los jugadores del sector salud. Tampoco es novedad que su implementación ha sido en muchos casos improvisada, con escaso tiempo para planificar y organizar una ejecución profesional que garantice seguridad, trazabilidad y legalidad para los médicos y sus pacientes. Tanto las instituciones, los profesionales médicos y los financiadores han sido “forzados” a implementar, en tiempo récord, soluciones que pudieran brindar una respuesta mínima razonable frente a sus pacientes en el medio de la pandemia. Pero está claro que el torniquete que aplicaron muchos con WhatsApp y Zoom durante el inesperado escenario del 2020 no es sostenible como práctica profesional en el tiempo.

Es así como nos parece un buen tiempo para planear el siguiente paso, y pensar cuáles son los desafíos y obstáculos que deberán ser superados para lograr la implementación profesional y sostenible de una práctica médica no presencial, que complementemente adecuadamente a la presencial, cuyo foco principal sea la seguridad del paciente, la cobertura legal de los profesionales médicos y sus instituciones, y su sustentabilidad en el tiempo para todos sus protagonistas.

En tal sentido creemos que los desafíos que hoy enfrenta el sector para dar su siguiente paso en busca de mayor profesionalismo son:

1. Legalidad y cumplimiento del marco regulatorio

- El Estado y los privados vienen practicando telemedicina desde hace años (incluso el Ministerio de Salud ha publicado ya sus recomendaciones de Telesalud en 2019), y definitivamente la resolución 282/2020 formalizó la recomendación de “implementar y fomentar el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial”.
- El Congreso aprobó la ley 27.553 de Receta Electrónica y Digital en 2020, y ya dio media sanción al proyecto de ley de Telemedicina, dos pasos muy significativos.
- Queda pendiente una discusión clave y difícil: el alcance territorial de las matrículas médicas, tema que resultaba imposible siquiera de plantear cuando la telemedicina era fuertemente resistida por Colegios Médicos y organizaciones que los nuclean. Pasado el 2020, los profesionales médicos y sus organizaciones colegiadas des-

cubrieron que la Telemedicina no sólo es una herramienta válida para continuar trabajando y atendiendo pacientes en tiempos de movilidad limitada, sino también una verdadera herramienta de “protección física” para los médicos frente a la pandemia que, lejos de perjudicar o limitar la relación médico-paciente, pueden ser utilizadas con gran eficacia y eficiencia en aquellas situaciones que no demandan el encuentro presencial con el paciente.

2. Remuneración de los profesionales médicos

- El 2020 ha sido un año intenso en término de discusiones sobre el derecho de los médicos de percibir un honorario razonable por la atención remota de pacientes. Financiadores públicos y privados han mantenido discusiones con sus prestadores sobre las prácticas médicas pasibles de remuneración, la tabulación de sus honorarios y las “condiciones operativas” para que esto ocurra.
- Muchos financiadores han aplicado procedimientos de reserva de turnos, autorizaciones, rendición y pagos heterogéneos y “a su medida” para los prestadores, agregándole un nivel más de complejidad a la modalidad de atención.
- Está claro que cada parte debe defender su mejor interés: los médicos su justo reclamo de ser remunerados, y los financiadores imponer los medios y procesos que les garanticen la veracidad y trazabilidad de los actos médicos no presenciales.
- Resulta obvio que una solución win-win sólo será posible si ambas partes logran un consenso respecto de la utilización de procesos razonables de autorizaciones, control y auditorías de consultas, indicaciones y prescripciones médicas, apuntados claramente a prevenir el fraude y controlar el gasto médico.
- Entendemos que la tecnología podría tener un rol clave en garantizarle a ambas partes lo que buscan: atender pacientes de manera satisfactoria, remunerada, en un marco de seguridad y confiabilidad, que aporte simpleza y transparencia para todos los involucrados.
- Está claro también que es insostenible la pretensión de no reconocer la obligación de remunerar la telemedicina en el año 2021, siendo ésta una demanda masiva por parte de los pacientes afiliados y practicada diariamente por los profesionales de todo el mundo. Como escribía el Dr. Roberto Borrone meses atrás en una columna en el diario LA NACIÓN, “los aplausos no alcanzan”.

3. Acceso a la tecnología necesaria

- Acceder a computadoras, plataformas de telemedicina y a una buena conectividad se ha vuelto una necesidad de primer nivel para los médicos y sus instituciones.
- Si bien celebramos las iniciativas como la del PAMI, poniendo a disposición de sus médicos una plataforma de telemedicina, y la del Estado otorgando créditos para renovación de computadoras, creemos que estas iniciativas deben ser rápidamente extendidas, para así quitarle el peso económico a los médicos, que muchas veces financian de manera personal y privada su acceso a tecnología y conectividad.
- A nivel privado, afloran diariamente nuevas tecnologías y plataformas, debiendo éstas ofrecer modelos de contratación acordes a la realidad económica de sus médicos y pacientes usuarios.
- El WhatsApp o el Zoom, excelentes herramientas de comunicación, nos han resultado sumamente útiles para salir de la emergencia, pero sabemos que no son herramientas acordes para una práctica médica profesional legal y sustentable.

4. Educación digital, desarrollo progresivo de Guidelines y Buenas Prácticas

- Una tendencia que se viene dando en todo el mundo, y que se aceleró también en la Argentina, es el creciente desarrollo de programas educativos, Guidelines, recomendaciones y capacitación relacionada con la medicina digital.
- Universidades, laboratorios farmacéuticos, empresas de software, instituciones y sociedades médicas están haciendo un interesante esfuerzo en promover y financiar programas educativos en salud digital y telemedicina para profesionales médicos.
- Por el lado clínico, la OMS ya en 2019 había publicado sus primeras Guidelines para "Intervenciones Digitales", y progresivamente muchas sociedades médicas y asociaciones de telemedicina han avanzado en ese sentido, publicando sus guías o recomendaciones.
- La AMA, la ATA y la FDA americanas, la ASD española son sólo algunos ejemplos globales.
- En nuestra región, los organismos estatales han avanzado en ese sentido: ejemplos como el CENETEC mexicano, el CENS chileno o el propio Grupo Asesor del Ministerio de Salud argentino son ejemplos de ello (ver breve selección de guías y recomendaciones desde www.consultoriomovil.net/LearningCenter/).
- Algunas sociedades médicas líderes, como en nuestro país el CAO o la SAR, han invertido esfuerzos en dictar

webinars y comenzar a aterrizar sus mejores prácticas y recomendaciones para el uso de telesalud, comenzando a incentivar a los especialistas a compartir su creciente know how en estas nuevas prácticas médicas.

- Algunas otras sociedades y colegios médicos aún se demoran discutiendo acaloradamente la falsa dicotomía de ver la consulta digital como un atentado ético/clínico a la relación médico-paciente, no aceptando aún que la telemedicina es una mera "herramienta" en manos del criterio profesional, y que ésta que se ha vuelto imprescindible y demandada tanto por los médicos como por sus pacientes.
- También son dignos de mención los esfuerzos de instituciones médicas y académicas que patrocinan publicaciones, cursos y diplomaturas, las cuales pretenden especializar a profesionales en la adopción de la telemedicina. Ejemplos de esto son la reciente publicación del ebook "Telemedicina (Métodos)" del HIBA, su curso Pacientes Digitales, o el Posgrado de Salud Digital del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA, junto con numerosas otras iniciativas públicas y privadas de educación y tecnología como el HUA y su FCB de la Universidad Austral, ISALUD, UDESA, la UBA, entre muchas otras.
- Creemos que la capacitación en telemedicina y medicina digital, para todo el abanico de los profesionales de la salud, resultará un factor clave para convertir a sus alumnos en verdaderos agentes de cambio y transformación para todo el sector salud.

5. Educación de los pacientes para esta nueva modalidad de atención

- Por último, y no por ello menos importante, resulta clave la educación de los pacientes en las nuevas "reglas de etiqueta" que demanda esta nueva modalidad de atención médica. La comunicación clara con ellos, la aceptación de un "Consentimiento Informado de Telemedicina", el uso de herramientas tecnológicas "profesionales para brindar servicios médicos" son sólo algunos de los elementos que permitirán la jerarquización y profesionalización de la consulta digital, siendo imprescindible poner reglas simples y claras en esta nueva modalidad de relacionamiento Médico-Paciente a través de medios digitales.

Si Shakespeare hubiera sido nuestro contemporáneo en 2020, no hay dudas que hubiera agregado una palabra adicional a su reconocida frase: "To be or not to be digital, that is the question". □

***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.



Índice de costos para la atención médica IV trimestre 2020

El Índice de Costos para la Atención Médica que elabora Adecra+Cedim mide la variación de los precios de los principales insumos que las instituciones privadas de salud utilizan para producir atención médica. De esta forma se monitorea la dinámica de los costos en salud en la medicina privada. En el último trimestre del 2020, el incremento del índice fue del 2,8% con respecto al período anterior.

RECOMPOSICIÓN SALARIAL Y COSTOS LABORALES

Dentro de la estructura de costos de los prestadores de salud, los costos laborales representan el 74%. Es por ello que el devenir de las paritarias de los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) del sector define gran parte del comportamiento del índice.

Las negociaciones salariales del sector privado de la salud llevadas a cabo en agosto de 2020 a nivel nacional (CCT 122/75 y el CCT 108/75 de FATSAs) acordaron un aumento anual (de julio 2020 a marzo 2021) de 21,4%. Las partes acordaron establecer el pago de sumas no remunerativas de \$ 4.000 en julio, \$ 4.500 en agosto y septiembre, \$ 6.000 en octubre y noviembre y \$ 7.000 en diciembre. La suma de \$ 7.000 de diciembre fue absorbida en el salario básico en los meses de enero (\$ 2.000), como también se integrarán en los de febrero (\$ 2.500) y marzo (\$ 2.500). Estas absorciones tienen en cuenta el peso de la apertura de la escala sobre la categoría más baja, para evitar el achatamiento de la misma.

Asimismo, se acordó pagar un bono no remunerativo por el Día de la Sanidad de \$ 2.500, y, revisar las escalas salariales vigentes en el mes de marzo de 2021.

El CCT 619/11 firmado con AMAP, para profesionales médicos de Ciudad de Buenos Ai-

res, establece un aumento de paritarias del orden de 21,41% en tres tramos en los meses enero, febrero y marzo de 2021. El bono de diciembre fue absorbido en su totalidad en enero de 2021.

En el último trimestre de 2020, los costos laborales registraron un incremento promedio de 1,1%, convirtiéndose en el segmento de menor aumento con respecto al trimestre anterior. Para el período en análisis el aumento de salarios de convenio (básico de enfermería) fue de 0% si no se tienen en cuenta las sumas no remunerativas, y de 5% si se tienen en cuenta los bonos tanto de septiembre (\$ 4.500) como de diciembre (\$ 7.000). Asimismo, debe tenerse en cuenta que la diferencia entre el aumento del costo laboral del índice y el aumento de lo acordado en la paritaria radica en:

1- La caída del valor de las contribuciones patronales pagadas por los prestadores, que fue de 17%. Mediante el decreto 688/19, se estableció que los empleadores pertenecientes a los servicios e instituciones relacionadas con la salud aplicasen la deducción de \$ 17.509 al 100% de las contribuciones devengadas a partir del 1 de agosto de 2019 y hasta el día 31 de diciembre de 2021.

2- Suspensiones de empleados a mes completo o en forma parcial, como consecuencia de la crisis sanitaria. En estos casos, el sueldo fue abonado en un concepto llamado Prestación no Remunerativa Covid-19 (artículo 223 bis de Ley de Contrato de Trabajo). Este concepto no incluye contribuciones a la Seguridad Social, aunque sí a la Obra Social.

3- Mediante el decreto 953/20 se establece una nueva prórroga hasta el 31 de diciembre de 2020, con el objeto de mantener la reducción de 95% de la alícuota que se destine al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), establecido por el decreto 300/20. ⁽¹⁾

4- La no contributividad de los aumentos por paritarias tanto del año 2019 como 2020 (CCT 122/75 y el CCT 108/75 de FATSAs).

5- Beneficio del Programa ATP salud para las instituciones con internación, vigente hasta el 31-12-2020. Este programa tuvo una incidencia de 29% en los costos laborales, tomando como referencia el sueldo básico de enfermería. ⁽²⁾

Por último, los salarios fuera de convenio registraron un aumento del 10%.

INSUMOS MÉDICOS

Para el cuarto trimestre del año los insumos médicos tuvieron un aumento de 6,5%. Dentro de este rubro, las imágenes tuvieron un aumento de 10,3%, los reactivos de laboratorio 6,7% y los medicamentos y descartables 6,2%.

En muchas instituciones se han llevado a cabo negociaciones con los proveedores para garantizar mejores precios y/o descuentos por cantidad. Gracias a ello algunos prestadores han percibido aumentos menos pronunciados que los esperados.

Cuadro 1. Índice Adecra+Cedim Variación porcentual

IV Trim 2020*	
Costos laborales	1.1%
Insumos médicos	6.5%
Insumos no médicos	10.6%
Servicios públicos	2.8%
Inversiones	10.1%
Total	2.8%

*Datos provisorios

Fuente: elaboración propia

De todas formas, es importante resaltar que el cálculo de este índice no contempla a los medicamentos utilizados en terapia intensiva. Algunas instituciones asociadas a Adecra+Cedim han llegado a denunciar aumentos de hasta el 300% promedio, de anestésicos y miorelajantes como el midazolam, el atracurium, el propofol y otros.

INSUMOS NO MÉDICOS

Los insumos no médicos tuvieron un incremento de 10,6%, valor apenas por debajo de la inflación del período (11,4%). En el caso del servicio de alimentación los aumentos promediaron el 12,3%, los residuos patogénicos 9,9%, servicio de provisión de oxígeno 9,3% y servicio de lavandería 8,9%.

El servicio de recolección de residuos patogénicos fue menor a la inflación, debido a la baja de excedentes gracias a la caída en la ocupación de pacientes COVID.

INVERSIONES

Las inversiones en equipamiento presentaron un aumento promedio de 10,1% durante el cuarto trimestre del año. Este incremento se relaciona con el comportamiento de monedas extranjeras como el dólar y el euro.

SERVICIOS PÚBLICOS

Los servicios públicos son la categoría del índice con menor peso dentro de la estructura de costos de los prestadores. En el último trimestre, registraron un aumento de 2,8% con respecto al período anterior. Este leve incremento se debe al

congelamiento de tarifas de servicios públicos establecido en agosto de 2019 y prorrogado hasta hoy.

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE ADECRA+CEDIM EN 2020

Al observar el comportamiento del Índice Adecra+Cedim a lo largo del 2020, el aumento total fue de 30,9% en el año. Los mayores incrementos se produjeron en insumos médicos (76,3%) e inversiones (39,9%). Los insumos médicos -principalmente los insumos descartables como guantes, jeringas y alcohol- aumentaron como consecuencia de la crisis sanitaria en el primer semestre del año. El incremento de este segmento fue considerablemente mayor a la inflación anual (36,1%), aun cuando muchas instituciones cambiaron de proveedores para garantizar menores costos. Las inversiones, por su parte, se explican principalmente por la suba del precio del dólar, que fue de 38% interanual.

El incremento de los costos laborales (24%) fue menor al aumento de salarios estipulado por convenio (38%) o al costo laboral total, si se tienen en cuenta las contribuciones patronales (44%). Esta diferencia se debe a: la caída del valor de las contribuciones pagadas por los prestadores (dto 688/19) desde principio del año; las suspensiones de empleados como consecuencia de la crisis sanitaria (art. 223 bis), la deducción del 95% del SIPA (dto. 300) y el beneficio del programa ATP, a partir del segundo trimestre; y, finalmente, la no contributividad de los aumentos por paritarias 2020 a partir del tercero.

Los insumos no médicos aumen-

taron 29,7%, apenas por debajo de la inflación del período, y, los servicios fueron el segmento que menos aumentos registró, debido al congelamiento de tarifas.

Al analizar trimestre a trimestre el comportamiento del Índice, el segundo fue el que registró el mayor aumento (9,6%), siendo el período en el cual se dispararon los precios de los insumos médicos producto de la pandemia por Covid-19.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PRESTADOR DE LA SALUD

El INSSJP terminó de integrar la pauta del 2019 en el primer trimestre 2020, tal como fue informado a fines del año pasado. Durante el año 2020, no recompuso sus aranceles. Recién en el año 2021, dispusieron aumentos para los meses de enero (12%), abril (6%), junio (6%) y octubre (5%).

La Medicina Prepaga trasladó un 3% promedio en marzo 2020 de la última resolución que le otorgara el 12% en diciembre-19 (res 2824-19). En noviembre 2020, el Ministerio de Salud les autorizó mediante la resolución 1787/2020 un aumento general, complementario y acumulativo de hasta un 10% a partir del 1 de diciembre de 2020 y de 3,5% para marzo 2021 (resolución 531/2021). Se espera que este último aumento sea trasladado en igual porcentaje y período al sector prestador.

En cuanto a las Obras Sociales Nacionales, el traslado de aumentos ha sido heterogéneo, en etapas y con diferentes porcentuales y momentos, aunque puede promediarse en un 15% anual.

Finalmente, en cuanto a las obras sociales provinciales, IOMA otorgó un aumento del 7% en marzo 2020, otro 10% en noviembre (que fue facturado entre noviembre 20 y enero 21) y, por último, se confirmó otorgar otro 10% en enero (a ser facturado con las prestaciones de febrero). □

REFERENCIAS

1) En diciembre 2020, mediante el decreto 34/2021 se resolvió eximir las contribuciones patronales destinadas al SIPA por 90 días.

2) A la fecha de publicación de este informe, está vigente el Programa de Recuperación Productiva II Salud (REPRO II SALUD), que consiste en el pago de una suma mensual a los trabajadores del sector salud de \$ 18.000.

Cuadro 2. Índice Adecra+Cedim Variación porcentual. Año 2020

	I 2020	II 2020	III 2020	IV 2020*	Variación Interanual
Costos laborales	8.0%	6.0%	7.1%	1.1%	24.0%
Insumos médicos	17.3%	34.8%	4.7%	6.5%	76.3%
Insumos no médicos	7.8%	1.0%	7.8%	10.6%	29.7%
Servicios	0.6%	2.1%	3.0%	2.8%	8.8%
Inversiones	6.3%	10.4%	8.3%	10.1%	39.9%
Total	8.9%	9.6%	6.7%	2.8%	30.9%

*Datos provisorios

Fuente: elaboración propia

Investigaciones Económicas - Adecra+Cedim

Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) – julio de 2020

Por los Dres. Ernesto van der Kooy, Rubén Torres, Héctor Pezzella, Adolfo Carril y el Cdor. Rubén Ricardo Roldán.

PROSANITY CONSULTING y la UNIVERSIDAD ISALUD realizaron el trabajo de actualización anual destinado a estimar el gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO). La investigación se ha encontrado sesgada desde el mes de marzo por la pandemia de Covid-19, por lo que muchas de las prácticas han sufrido en el período modificaciones importantes en sus frecuencias de uso, y por lo tanto no reflejan la habitualidad de utilización en el PMO. Por esta razón, se decidió modificar la metodología con que se realiza dicha estimación y considerar como tasas de uso las mismas usadas en la investigación del 2019. Solo se actualizaron los precios de cada uno de los diferentes renglones que conforman la grilla.

Es de destacar que cada vez que se efectúa este trabajo, se analizan las diferentes prestaciones, sobre todo las más relevantes, y en base a informes recibidos de los financiadores y de los cambios epidemiológicos observados se realizan las modificaciones que corresponden. No lo hemos hecho en esta actualización por la desviación detectada respecto al Covid-19 y cuyo sesgo entendemos va a ser transitorio. La investigación tiene un segundo objetivo: determinar a finales de julio 2020 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y compararlo con los años anteriores.

Este estudio se ha elaborado en un año en donde el Gobierno electo a nivel

nacional, ha restituido el rango al Ministerio de Salud. Los desórdenes económicos se han mantenido y potenciado, la inflación sigue siendo muy alta y desde julio del 2019 a la fecha del presente estudio, se ha producido una gran devaluación de la moneda. La pandemia ha agudizado la problemática económica previa. Sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado. También, dada la gran dispersión de precios en algunos rubros, se dificulta la determinación de un valor que represente al universo, lo cual puede provocar algún grado de desvío en el costeo del PMO.

Todo el sistema sanitario, financiador y prestador, se encuentra en una crisis de gran magnitud, a lo

que se suman los altísimos indicadores de pobreza e indigencia, que influyen posiblemente, como ningún otro factor, en el estado de salud de la población. No se conocen aún los impactos indirectos en morbilidad que generará la pandemia, como resultado de la falta de atención o ausencia de consulta de pacientes con patología previa o por nuevos eventos como los IAM, oncología, enfermedades mentales, etc. La situación epidemiológica ha modificado el formato de acceso a determinadas prestaciones como ha sido el uso de las consultas por telemedicina en varios sectores de nuestro sistema y la receta electrónica.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una

mayor dificultad para cubrir las prestaciones a las que están obligadas, dependiendo de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, que han seguido perdiendo valor con relación a la inflación existente. Se visualiza a futuro un camino de profundización de la caída de la base de los ingresos, un aumento de costos y un mercado laboral con cambios en sus formatos cuyo impacto en el subsistema es muy difícil de evaluar. Todo eso hace imprescindible analizar si el Sistema de los Seguros Sociales Obligatorios son pasibles de ser financiados a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones como en la actualidad. El FSR, con sus ingresos actuales, no se encuentra en condiciones de asegurar que todos los Agentes de Salud del Sistema Social Obligatorio regu-

PMO
PROGRAMA
MÉDICO
OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO DE 2020

DR. ERNESTO VAN DER KOOY
DR. RUBÉN TORRES
DR. HÉCTOR PEZZELLA
DR. ADOLFO CARRIL
DR. RUBÉN RICARDO ROLDÁN

ESTIMACIÓN
DEL GASTO NECESARIO
PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA

prosanity consulting | UNIVERSIDAD ISALUD

lado, tengan acceso a la canasta de prestaciones a los que están obligados.

METODOLOGÍA

No se modificó la metodología utilizada; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado. Como en todos los trabajos anteriores no se incluyen los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos.

El costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres. Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de Obras Sociales Sindicales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado considerados corresponden a grandes poblaciones urbanas. La inflación de julio 2019 a julio 2020 fue, según INDEC, del 43%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 69%.

CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE ESTA ACTUALIZACIÓN

Se decidió analizar, en otro estudio a posteriori, lo ocurrido en lo que denominamos PERÍODO COVID, considerando el mismo desde marzo a septiembre 2020 inclusive,

más allá que aún persista la pandemia luego de este mes. En ese período considerado se han modificado sustancialmente algunas tasas de uso y se ha incorporado como un elemento adicional la cobertura de pacientes Covid, en sus diferentes modalidades, ambulatorias y en internación y dentro de ellas las diferentes formas de cobertura. Esa grilla Covid será motivo de una presentación posterior a esta, una vez que estén recibidos y analizados los datos y valorizados.

Habiendo trabajado esencialmente con los valores de mercado, es necesario remarcar que existe una gran dispersión de los mismos. Casos paradigmáticos se muestran, por ejemplo, en los valores del día cama clínico según el establecimiento del que se trate, donde hay valores que triplican precios respecto a otros para estructuras similares.

De los resultados obtenidos llama la atención, que, por primera vez en varios años, la actualización del valor del PMO ha dado un incremento de valores por debajo de la inflación informada por el INDEC para igual período. Abocados a la atención de enfermos Covid-19, no ha habido por parte de los prestadores y/o financiadores esa carrera de actualización de valores propia de los momentos inflacionarios y que han sido la regla los últimos años. No ha habido prácticamente negociación de nuevos valores desde febrero 2020 a la fecha. Los precios de mercado considerados han sido actualizados a fines de julio de 2020.

Si en lugar de esta forma de

análisis del PMO que hacemos, usamos una fórmula polinómica que considera inflación y dólar, el valor del PMO sin coseguros al 31 de julio del 2020 resultó en un valor de \$ 2.742,74, es decir un 8% más que con la metodología habitual. Esa diferencia de valores responde entre otras causas a los resultados de la pandemia.

Sin embargo, existen algunos rubros de alto impacto en el costo de un PMO que han superado el promedio de aumento de este y aún el de la inflación. El paradigmático (ocurre también en las últimas actualizaciones), resulta el rubro medicamentos, ya sean los ambulatorios habituales o los medicamentos de alto costo, estén o no incluidos en el subsidio SUR. El aumento promedio en el año observado (julio 2019 a julio 2020) ha llegado al 53,07%, aun considerando la disminución de valores que ocurrió entre diciembre 2019 y marzo 2020. El aumento varía mucho según el tipo de medicamentos. Algunos de ellos sobre todo de alto costo, han superado ampliamente estos valores promedio. La población estudiada tiene la distribución informada por la SSSalud para el 2016 sobre la base de 15.383.113 beneficiarios.

RESULTADOS

Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2019 un valor de \$ 1.833,81. Con esta ac-

ESTIMACIÓN DEL GASTO POR TIPO DE PRESTACIÓN

Concepto	Cápita Mensual	Coseguro al 100%	Coseguro al 50%
Programas Preventivos	\$ 226,95	-	-
Prestaciones Ambulatorias	\$ 963,84	\$ 315,31	\$ 239,72
Prestaciones c/Internación	\$ 608,43	-	-
Prestaciones Especiales	\$ 742,31	\$ 12,58	\$ 7,00
TOTAL	\$ 2.541,53	\$ 327,89	\$ 246,72
TOTAL (100% COSEG A/C BENEF)		\$ 2.869,42	
TOTAL (50% COSEG A/C BENEF)			\$ 2.788,25

tualización de julio de 2020 el valor resultante ha sido de \$ **2.541,53**, significando un incremento interanual del **38,6%**. Si, por otra parte, también sin considerar gastos administrativos, examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2020 fue estimado en \$ 2.869,42 con coseguros al 100% y de \$ 2.788,25 con coseguros al 50%.

Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando año a año como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40% y en 2019 llegó al 65,8%. Este año nuestros cálculos la estiman en un 38,6%. Sin embargo, en este período (julio 2019 a julio 2020) el costo del PMO por primera vez en los últimos años, es inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual.

Si observamos la evolución de la participación porcentual de los diferentes grupos de prácticas financiadas por los Agentes de Salud, según la clasificación usada desde el inicio, se nota en esta actualización un incremento de las Prestaciones Especiales, de los Programas Preventivos, y en menor medida de las Prestaciones Ambulatorias por sobre el promedio de incremento del PMO. Esto es el resultado de la importante caída en la participación porcentual de las prestaciones con internación, sobre todo en internación de pacientes agudos en establecimientos y en algunas prestaciones cardiovasculares.

En el rubro Prestaciones Especiales, que analizamos específicamente en los últimos años por su constante incremento, los renglones más significativos por su crecimiento han sido los medicamentos especiales, las prótesis ligadas al valor dólar y las urgencias, emergencias y traslados. Las prestaciones del SU para discapacidad, con valores regulados, aumentaron por

ESTRUCTURA RELATIVA DEL GASTO POR TIPO DE PRESTACIÓN

Concepto	Cápita Mensual	Coseguro al 100%	Coseguro al 50%
Programas Preventivos	8,2%		
Prestaciones Ambulatorias	37,3%		
Prestaciones con Internación	26,4%		
Prestaciones Especiales	28,1%		
TOTAL	100,0%		
TOTAL (100% COSEG A/C BENE)		12,9%	
TOTAL (50% COSEG A/C BENE)			9,7%

debajo del valor del PMO durante este período.

Cuando analizamos cada renglón del PMO por separado, es decir no agrupados en las cuatro aperturas principales de comparación, se nota que existen algunos tipos de prestaciones que son aquellas con mayor impacto en cada capítulo del programa.

- ❖ **PROGRAMAS PREVENTIVOS:** PLAN MATERNO INFANTIL (SIGNIFICA EL 76%).
- ❖ **PRESTACIONES AMBULATORIAS:** CONSULTAS EN GENERAL, IMÁGENES, LABORATORIO, MPA Y ODONTOLOGÍA (SIGNIFICAN EL 83%). SÓLO MPA (ES UN 28%).
- ❖ **PRESTACIONES CON INTERNACIÓN:** AGUDOS EN ESTABLECIMIENTOS (93%).
- ❖ **PRESTACIONES ESPECIALES:** MEDICAMENTOS ESPECIALES, DISCAPACITADOS, AMBULANCIAS, TRASLADOS Y EMERGENCIAS, FERTILIZACIÓN, PRÓTESIS-ÓRTESIS E IMPLANTES (SUMAN EL 89%). SÓLO ME (ES UN 50%).

En el curso de estos diez años y once actualizaciones se puede sintetizar la diferente evolución de los valores del PMO en el cuadro que sigue a continuación (Evolución del gasto - Años 2010-2020).

COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN

En este apartado cumplimos el segundo objetivo de estos trabajos de actualización. El mismo consiste en comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso a julio de 2020 (\$ 2.541,53) correspondiente en promedio a cada beneficiario del sistema, con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSSalud sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanza los \$ 2.008 tomando un promedio de los últimos seis meses, debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente y que si

EVOLUCIÓN DEL GASTO AÑOS 2010 - 2020 POR TIPO DE PRESTACIÓN

Descripción	2010	2020
Programas Preventivos	\$ 6,40	\$ 226,95
Prestaciones Ambulatorias	\$ 40,20	\$ 963,84
Prestaciones con Internación	\$ 30,30	\$ 608,43
Prestaciones Especiales	\$ 11,36	\$ 742,31
Financiado x Seg. Soc.	\$ 88,26	\$ 2.541,53
Gasto de Bolsillo (con coseguro al 50% a/c benef.)	\$ 13,11	\$ 246,72
Costo Total PMO	\$ 101,37	\$ 2.788,25

bien se han reducido durante la pandemia, la SSSalud ha compensado los faltantes a todas las OOSS sobre la base de los ingresos de marzo 2020 (correspondientes al período febrero 2020), a partir de recursos provenientes del Fondo de Asistencia y Emergencia.

Respecto a los fondos aportados a las OOSS por el FSR en concepto de subsidios y reintegros, este año también han tenido un sesgo importante, al haberse aportado desde marzo a las diferentes Obras Sociales fondos por reintegros SUR adicionales a cuenta de expedientes potenciales. Por lo tanto la comparación con los años anteriores tiene ese sesgo de origen.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 25,5% de dichas instituciones (74 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 74,5% restante (216 OSN) no alcanza el valor del PMO.

Durante el 2020 por la pande-

mia el costo del PMO aumentó por debajo de la inflación y la SSSalud aportó fondos extraordinarios al sistema. Ambos elementos han hecho que 28 obras sociales más hayan podido cubrir el PMO respecto al 2019. Debemos entender que este es un hecho excepcional, y que, aun así, menos de la mitad de los agentes puede afrontar el costo de las prestaciones. Queremos remarcar que a pesar de ello el 49% de la OOSS (45% de los beneficiarios) no pueden cubrir el costo de un PMO sin gastos de administración, lo que marca la gravedad de la situación del subsistema.

CONSIDERACIONES FINALES

Entendemos que conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es esencial. Si no se tiene referencia, ¿cómo puede una Obra Social estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar, para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que

está obligada? y ¿cómo puede compararlo con los ingresos que recibe?

Los ingresos de las diferentes Obras Sociales difieren sustancialmente entre ellas, tal cual puede visualizarse en esta investigación y más allá de los mecanismos de compensación existentes, muchas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir la canasta.

Los Seguros Sociales Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año con relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación.

Durante el período de pandemia la SSSalud, con fondos propios, les aseguró a las OOSS sostener las entradas por aportes y contribuciones con relación a lo ingresado en marzo 2020 (correspondiente al período febrero 2020) y además destinó un aporte importante a cuenta de prestaciones SUR. Sin embargo, a futuro, apenas se vuelvan a generar prestaciones por la demanda conte-

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.

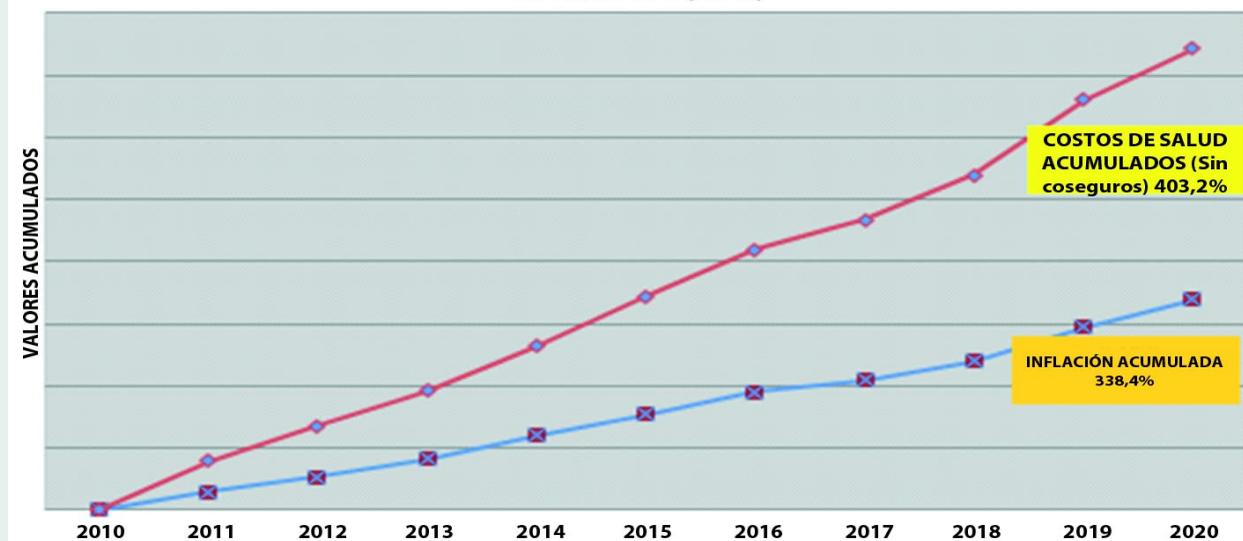
Nuestras publicaciones



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



EVOLUCIÓN DE LA INFLACIÓN ACUMULADA (IPC) Y DE LOS COSTOS ACUMULADOS DEL PMO FINANCIADOS POR LOS AGENTES DE SALUD 2010 AL 2020 (EN %)



Fuente: elaboración propia

nida, y se aclare la situación real de las empresas, la situación de las Obras Sociales estará aún peor que antes de esta pandemia.

Es necesario tomar acciones de fondo, algunas ya referidas reiteradamente, para hacer viable al sector que es la columna vertebral del Sistema de Salud Argentino.

En el gráfico se observa claramente la evolución de los costos de las prestaciones y de la inflación, (considerando únicamente el impacto de los costos sobre los Agentes de Salud).

Este gráfico ha sido realizado consolidando todos los informes plasmados desde el 2010, en forma acumulada, tomando el año 2010 como base cero, en el caso del costo de las prestaciones y la inflación acumulada basada en los informes de consultoras y el Congreso de la Nación hasta 2016 y luego del IPC oficial.

Desde el 2010 y hasta el 2020, para una inflación acumulada del 338,4% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 403,2%. Es una diferencia en 10 años del 64,8%, lo que han aumentado los gastos de salud por encima de la inflación.

Volver a referir los motivos de los aumentos de los costos en salud como fenómeno universal pasaría a ser una redundancia. Solo quere-

mos agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social Obligatorio siguen perdiendo relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes instituciones.

El rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés. Según nuestro análisis (2019), contribuyen como mínimo en un 36% del valor total del PMO.

Dada la alta inflación existente, se realizó, como en años anteriores, una simulación tendiente a determinar cuál sería el valor actual del PMO (a fines de octubre de 2020) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2020 en esta investigación. Se tomaron en cuenta el IPC de CABA y el valor del dólar oficial, utilizando una fórmula ponderada (que hemos ya marcado que no representa con la fidelidad de nuestros análisis los incrementos), se estima que para el 31 de octubre de 2020 el valor actualizado sería de \$ 2.744,66 o sea, un incremento del 8% respecto a los valores surgidos de este estudio.

Nuestro Sistema de Servicios de Salud por fragmentado, inequitativo y poco solidario necesita de muchas acciones a implementar, muchas de ellas simultáneas a fin de

perfeccionar la integración de los diferentes subsectores y hacer un sistema más equitativo y eficiente para toda la población en lo que hace a la accesibilidad, oportunidad, calidad, etc.

Dentro de las muchas acciones a implementar existen algunas que, abordadas como un todo, en forma unificada, pueden impactar en todos los subsectores al ser una problemática transversal a los mismos y aplicar, sin dudas y de forma muy importante, en el costo efectividad, la calidad y la equidad del sistema.

Para concretarlas se deben generar los espacios de consenso y coordinación y asegurar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones. De ahí la trascendencia de la Rectoría y Gobernanza de las Autoridades Sanitarias para llevar a cabo estos consensos. Entre ellas marcamos la explicitación de la cobertura médica del PMO y redefinir su alcance, la tan postergada Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y el Abordaje del Gasto Catastrófico (GCS).

La pandemia, habiendo reubicado a la salud en el centro de las agendas, constituye una oportunidad para encarar los desafíos, cuya solución definitiva, se encuentra largamente postergada. □

***NUEVO SERVICIO DE
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
TOMOGRAFÍA COMPUTADA
RESONANCIA MAGNÉTICA***

L a V: 8 a 20 hs - SÁB: 8 a 13 hs

Laboratorio Dra. Maggi

L a V: 7 a 14 hs - SÁB: 7 a 13 hs

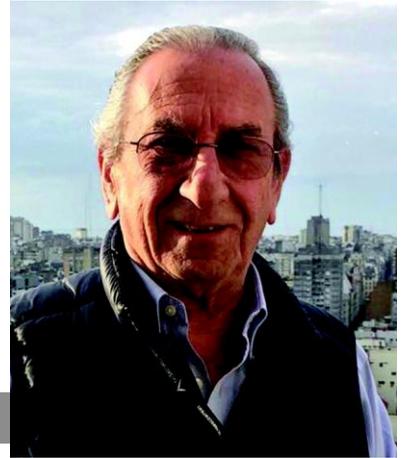


K41- Av. Gaona 11024, PB, Colectora Sur Acceso Oeste,
B1744 La Reja, Provincia de Buenos Aires

TURNOS: 4011-8740 / portaltornos.cdrossi.com

IVE, ILE y seguro de mala praxis médica

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



Es de amplio conocimiento que, sobre la temática de la Interrupción Voluntaria del Embarazo e Interrupción Legal del Embarazo, desde el año 2015, tanto en el ámbito nacional, cuanto en el de la PBA, y varias otras más, entre ellas CABA, existen protocolos activos para la "Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y la Interrupción Legal del Embarazo".

Sancionada y promulgada la ley Nacional N° 27.610 en 2020/2021, y cuando aún falta su reglamentación, las guías clínicas que surgen de los mencionados protocolos relacionadas con las prestaciones y conductas médicas, casi seguramente no habrán de variar sustancialmente como para que se pueda esperar alguna sorpresa, cuando se publique la reglamentación de la ley, en relación con el tema en general y respecto tanto de la actuación de médicos que se desempeñen en instituciones públicas o privadas de nuestro país, como de las instituciones médicas mono o polivalentes existentes a lo largo y a lo ancho de nuestra Argentina.

Sin embargo, del análisis fino de la Ley, el riesgo médico legal y el juzgamiento de la responsabilidad profesional tendrán algunos cambios, y los aseguradores del riesgo harán casi seguramente ajustes. Habrá que estar atentos y preguntar a la hora de contratar o renovar sus pólizas.

Como es sabido, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) puede ser solicitada por la persona gestante hasta la semana 14 inclusive de gestación, y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) a partir de la semana 15 de gestación.

Las obligaciones de los médicos y de las instituciones, prescriptas a través de la ley 27.610, en nada difieren de las obligaciones y derechos que hoy están asumiendo para las mismas circunstancias y actos médicos en la especialidad de la obstetricia y ginecología a través de los mencionados "**Protocolos y Guías**" en particular, y así también en otras especialidades a través de la legislación general. Si aparecen otros matices dignos de atención, para la visión que una aseguradora del riesgo de RC profesional médica ha de tener, y es que la ley 27.610 pone aún más de resalto aquellas razones por las que podrían considerarse dentro de la "praxis", los futuros y probables motivos de reclamo, más allá de las cuestiones estrictamente médicas, en el marco de la constitucionalización del Derecho Civil, (art. 75 inc.22 y 23), el Código Civil y Comercial de la Nación, la ley 24.240 (Derechos del Consumidor) y su modificación, la ley 26.485 (Protección integral de la mujer - 2009), la ley 26.529 (Derechos de los Pacientes, Historia Clínica, Consentimiento Informado

y Voluntades Anticipadas - 2009), la ley 26.743 (Identidad de Género - 2000), la ley 25.326 (Protección de Datos Personales o Habeas Data -2000), y la ley 25.929 (Parto humanizado), entre otras.

Mi propósito al referenciar éste *legislative assortment*, es como siempre instalar mi connotación personal con la mención de esos antecedentes legislativos: y me permitiría *in animus jocandi* manifestar que "a partir de su publicación las leyes se presumen conocidas por todos, *menos por los médicos*".

Ahora y a partir de la sanción y promulgación de la ley 27.610 más vale que la comunidad médica tome nota de esta *andanada* legal ya que de no hacer las cosas bien, puede venirse en un mismo reclamo un *tsunami* querulante.

Una cuestión central a tener en cuenta en materia de riesgo por el asegurador y los asegurados, entendido como "todo acontecimiento temido que reduce la expectativa de beneficio y/o de eficiencia en una actividad humana", es que la ley 27.610 establece el derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar, de requerir y recibir atención post aborto (APA) y ella supondrá una serie de actos médicos donde una correcta anamnesis y su reflejo en la historia clínica institucional o de consultorio debe considerarse como básica, así como el seguimiento de la paciente por la posible aparición de signos de alarma.

La ley 27.610 también establece los procedimientos médicos y quirúrgicos para la realización de la interrupción del embarazo y post aborto. Lo que llama "Procedimientos Médicos", (en algunos protocolos dice medicamentosos) son los que tienen que ver con el uso del "Misoprostol" y las formas de su administración. En relación con este método me permito comentar que el uso de esta droga en Argentina y en la especialidad ya es común desde hace más de veinte años.

Habrà que tener presente entonces que más allá que siempre fue un medicamento "off label" (fuera de la etiqueta) para el uso hoy comentado, su habitual uso en obstetricia es también para favorecer la dilatación del cuello cervical, y ello produjo casos de nacimientos con su consiguiente reclamo judicial posterior que nos ha tocado defender, por roturas de úteros, daños en el recién nacido o muertes maternas intra y posparto, con lo cual el uso del medicamento mencionado es riesgoso en todos los estados del embarazo, y no debería ser de venta libre, o al menos no en menores de entre 13 y 16 años, y asimismo, producir los médicos que intervendrán en el IVE o el ILE, un correcto proceso de asesoramiento y de información para dar cumplimiento con su obligación médica de informar, el derecho de la paciente, la prevención del riesgo y su seguridad.

De tal forma que, desde la visión del riesgo del asegurador, debería tenerse presente que podría ocurrir que quisiera justificarse desde el área médica, un ILE, el que probablemente estará originado en un error en el control del tiempo de implantación en la mucosa uterina y el uso de la droga, y al hacerse una denuncia incompleta al asegurador de un reclamo, éste habrá de analizar muy bien la edad gestacional y la documental médica, antes de aceptar el reclamo. No olvidemos que, al ser el medicamento de venta libre, podría ocurrir también que la implantación fuera hecha por la misma paciente o algún colaborador insuficientemente capacitado para ello.

Para el procedimiento quirúrgico (Legrado evacuador o Aspiración de vacío), se requiere capacitación y experiencia. El asegurador del riesgo seguramente colaborará con los servicios de guardia y los jefes de los servicios de obstetricia para diseñar algún método que permita evaluar las capacidades y poner barreras para evitar la producción de errores, y por encima de todo, que los médicos aprendan a identificar las situaciones de riesgo. Deberán graficar un adecuado algoritmo tal cual hoy se utiliza para otras situaciones de riesgo médico en la guardia de emergencias.

Probablemente podría generar la ley 27.610 algunas **"Exclusiones de cobertura de póliza"** hoy inexistentes por lo novedoso, y casi seguramente para el caso de que el reclamo tuviera el origen constatable (la prueba está a cargo del asegurador), del uso indebido del Misoprostol, ya que en este caso la modificación del Código Penal no sería de aplicación para la conducta médica, y ello sólo produciría la exclusión por dolo hoy inserta en la póliza.

Otra cuestión derivada de la ley 27.610 tiene que ver con las situaciones específicas de niñas, adolescentes y personas con discapacidad, y su correlato con el Código Civil y Comercial de la Nación (personas de más 16 años, personas entre 13 y 16, y menores de 13) en la cuestión del proceso de obtención del consentimiento informado, tema sobre el que tal vez cabría para el asegurador la posibilidad de hacer alguna modificación a la carga convencional o legal inserta en el texto de la póliza en lo relacionado con el consentimiento informado – según el asegurador – para estos casos, que hoy en día no está contemplado en todos los textos existentes en el mercado. Podría ser evaluado por los aseguradores, no como exclusión, pero sí al menos como recomendación verificable al azar.

Respecto de la **"Objeción de Conciencia"**, puede interpretarse que debería ser otro aspecto a considerar por el asegurador en el texto de la póliza, ya que siendo una ZONA GRIS muy riesgosa, pueda considerarse al menos como exclusión de cobertura, la conducta de *"Obstaculizar, dilatar o negar la interrupción del embarazo requerido, el provocar la interrupción con o sin consentimiento de la persona gestante fuera del marco normativo vigente y el incumplimiento de los requisitos y reglas para ejercer la objeción de conciencia"*, y obviamente la defensa de los asegurados ante la aplicación de sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles y todo tipo de multas y/o sanciones pecuniarias por ellas. Como hoy ocurre con los daños punitivos, excluidos de cobertura por el asegurador.

No podemos dejar de imaginar también aquellas situaciones de personas que se presenten en la guardia del sanatorio o de un hospital con un aborto en curso, momento en el cual los profesionales frente a esta situación de emergencia no habrán de tener tiempo en su objeción de conciencia y pondrán manos a la obra.

"Primum non nocere", decía Hipócrates y los médicos lo suscriben. Y más allá de este hecho puntual, el denominado aborto en curso o incompleto trae consigo patologías concomitantes, como infección y sangrado que ya ingresarían dentro de los límites del tratamiento médico post aborto, sin tener en cuenta que el objetivo inicial de la paciente fue el interrumpir el embarazo.

En cuanto al modelo de consentimiento informado para la Interrupción Voluntaria /Legal del Embarazo, los mismos protocolos existentes ya poseen un modelo sugerido que unifica por un lado la solicitud de la persona gestante que manifiesta su voluntad, y el texto que resume la información y explicación médica acerca de los riesgos, beneficios y alternativas, y se estima que la reglamentación no lo modificará, de manera que el modelo tipo recomendado por los ministerios de Salud, serán seguramente circulados por las aseguradoras como apoyo para sus asegurados, así como el de la declaración jurada para los casos de las víctimas de violación.

Respecto de la obligatoriedad de la denuncia del médico o del establecimiento de denunciar la razón expuesta por la interesada de que se le brinde la prestación médica de una interrupción legal del embarazo por haber sido violada, más allá de que los médicos solo tienen la obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio conforme a la normativa ética, el galeno "no puede ni debe denunciar los delitos de instancia privada, contemplados en los arts. 71 y 72" del Código Penal. "Se trata de los delitos de *violación*, estupro, rapto y abuso deshonesto cuando no resultare la muerte, o lesiones gravísimas de la persona ofendida; y a las lesiones leves, dolosas o culposas, salvo que mediaren razones de seguridad o interés público".

De allí que, el deber de denunciar a cargo de los médicos e instituciones queda circunscrito, por de pronto, a los delitos que siendo de acción pública, tutelen como bien jurídico la vida y la integridad física de las personas y siempre que hayan llegado a su conocimiento con motivo de la práctica profesional, que no es el caso planteado ahora por la ley 27.610. El criterio utilizado por la nueva normativa sólo contempla en la causal de violación para interrumpir el embarazo, que se encuentre en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

En este estado del pensamiento podría caber preguntarse si en la semana veinte del embarazo es descubierta en el feto una malformación cardíaca letal, y se solicita la interrupción del embarazo, *invocando el peligro en la salud mental* de la persona gestante, cómo debería proceder el médico no-objector de conciencia.

Respecto de la institución médica, la conducta o la política del establecimiento médico será vital en el análisis de la cobertura por el asegurador, ya que en primer lugar no puede haber negativa infundada, se debe cumplir en un plazo estricto con la solicitud y la concreción del aborto, y en caso de que en determinada Institución no pueda practicarse, el establecimiento médico tiene la obligación de derivar y hacerse cargo del costo de dicha derivación.

Al momento de renovar o contratar una nueva póliza, será beneficioso para médicos e instituciones médicas, aclarar con el asegurador o el productor de seguros, todos los aspectos mencionados, antes de cerrar la contratación. Será de buena práctica. □

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

Covid-19: seguimos siendo esenciales ¿Cuidan al que cuida?



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

La pandemia transitó el primer año en el mundo y la cuarentena un año en la Argentina. De cara al 2021 y con el reporte delante nuestro, los números marcaron que los contagios nunca cayeron de manera estrepitosa y se mantuvieron altos.

No hace falta ver la foto de Europa, donde nos muestra un invierno con controles y fronteras cerradas, con cepas nuevas que aparecen y con las vacunas que lentamente van comenzando a diseminarse por el mundo.

Desde la Asociación de Médicos Municipales hemos redoblado nuestro reclamo para tener un trato de esenciales; desde lo salarial hasta lo relacionado con la seguridad de los profesionales de la salud y ahora le exigimos a las autoridades que se cumpla con la palabra y que los médicos que están en la primera línea sean los primeros en vacunarse, con cualquiera de las vacunas que llegan al país: somos esenciales debemos ser los primeros vacunados y no observar cómo algunos que no forman parte de nuestro mundo o de los adultos mayores reciben la vacuna. Sería muy triste; así solicitamos que se aumenten la cantidad de dosis y que lleguen a los hospitales.

Nos espera una segunda ola y esperemos que las autoridades tomen conciencia de ello, como ejemplo podemos decir que antes de cumplir un año Médicos Municipales tuvo más de 1.400 colegas positivos y varios fallecidos. El estrés es elevado y sabemos que lo que viene será más duro.

En el 2020 el sistema de salud soportó, pero con un costo extremo, médicos contagiados, equipos de trabajo en la primera línea las 24 horas del día y un lento abandono por parte de quienes nos pusieron arriba del altar desde el día uno. Seguimos siendo esenciales, aunque no nos traten como tales. Seguimos sin claudicar esperando el rebrote, aunque escuchemos proyectos de reforma del sistema de salud que suenan como música para los oídos, pero lejano en la práctica.

Desde la AMM seguimos trabajando en el aquí y también de cara al futuro. Haciendo una mirada a lo que pasó podemos recordar que hemos reconocido a nuestros colegas con subsidios, además de pedir a las autoridades porteñas un reconocimiento económico acorde al trabajo realizado: es un tema que desgasta y que también preocupa a los que asisten.

Seguimos brindándoles equipamientos de seguridad, asistencia telefónica las 24 horas del día para ellos y su familia para asistirlos ante situaciones de estrés.

Con todo, también sabemos que este año es de optimismo ya que la llegada de las vacunas supone un paso adelante.

Cabe señalar que es primordial comenzar a pensar en lo que viene, en cómo vamos a reforzar el sistema de salud,

que modelo vamos a tener de cara al futuro teniendo en cuenta que los hospitales deben seguir funcionando como tales y atendiendo las demás patologías y, lamentablemente, las nuevas cepas que vayan apareciendo.

Desde la AMM podemos decir con orgullo que nuestros jubilados también podrán ser vacunados en la "Casa del Jubilado" que tiene la aprobación sanitaria y que cuenta con todos los protocolos; nuestros jubilados ahora podrán hacerlo en este lugar o ir al hospital donde trabajaban.

Necesitamos recuperar el trato esencial que supimos tener en los primeros días.

Tenemos que creer que estamos pensando en un sistema que tenga presente la mejora en las estructuras edilicias de los hospitales para la demanda que se vendrá en el futuro; que se adopte una logística que permita el descanso de los trabajadores de la salud, que se sientan reconocidos y no necesiten trabajar las 24 horas para tener un sueldo digno, además le pedimos que se agilicen los nombramientos para que haya más personal que afronte este nuevo tramo de pandemia mientras esperamos que las vacunas vayan haciendo el efecto que las autoridades y todos deseamos, aunque sabemos que esto lleva su tiempo hasta que las mismas puedan inocular a la mayoría de la población.

Somos médicos pero entendemos las necesidades de las autoridades de no cerrar las actividades para no generar más problemas económicos en sectores que han sido castigados en los últimos años, pero al mismo tiempo le pedimos a las autoridades que multipliquen las medidas de seguridad en la vía pública, nos sorprenden los amontonamientos de gente en espacios públicos y cerrados e incluso en el transporte público, muchos colegas nos cuentan de manera asombrosa como aumentó el flujo de gente en los transportes públicos convirtiendo esos lugares en focos potenciales de contagio. Pero también tenemos familia que nos reclama, hijos que comenzarán las clases y como familia deberemos activar un proceso de organización familiar que también provoca un estrés adicional.

La lucha es tarea de todos y cada uno debe hacer lo que le toque, pero nosotros como médicos necesitamos saber cómo vamos a estar en el próximo invierno, quién nos cuidará, cómo vamos a trabajar y qué descanso vamos a tener.

Las autoridades deberían tomar cartas en el asunto y cuidarnos a todos, pero al personal de salud en particular.

Tenemos por delante un año muy difícil, pero con la esperanza de que la situación vaya mejorando, aunque no debemos claudicar en nuestros reclamos y tampoco dejar de puntualizar cuáles son los elementos que permitan a los profesionales de la salud trabajar tranquilos, seguros mientras miramos hacia adelante y comenzamos a preparar al sistema para los desafíos que se vienen. □

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 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

 **acudir**
emergencias médicas

LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.