

Mé[•]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

1998 - 2021

ANIVERSARIO



Debate
**Reflexiones sobre el jinete
del caballo desbocado**

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete



Opinión
**Internación Domiciliaria
Contexto COVID**

Por la Lic. Adriana Figueras



Columna
**A cinco años del
"Mecanismo de Integración"**

Por el Dr. Carlos Felice

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 **GALENO**

ESTAMOS

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

Desde hace 48 años juntos.

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



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✓

IONet

www.sifeme.com

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



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

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

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

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

GRAGEAS	6
ACTUALIDAD	8
Acudir abrió una nueva Base Operativa en Zona Norte	
OPINIÓN	10
El ocaso y la aurora...	
Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión	
COLUMNA	12
Internación Domiciliaria - Contexto COVID	
Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID	
DEBATE	14
¿Derrotaremos al Covid-19?	
Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud	
OPINIÓN	16
Para ganarle al Covid-19 la Argentina necesita un programa macroeconómico	
Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES	
COLUMNA	18
Una permanente apuesta a la capacitación	
Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA	
OPINIÓN	20
A cinco años del "Mecanismo de Integración"	
Por el Dr. Carlos Felice - Abogado. Especialista en Sistemas de Salud	
COLUMNA	22
No te relajes que ahora viene lo peor	
Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico. Máster of Health Professions Education	
VOCES	24
Los cincuenta años de las obras sociales nacionales	
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	
OPINIÓN	26
Lean Healthcare hospitalario, solución ante momentos difíciles	
Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Médico especialista en Terapia Intensiva	
COLUMNA	30
Salud pública y Gobernanza para revertir la indefensión sanitaria	
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA	
COLUMNA	32
La gestión de la segunda ola	
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública	
DEBATE	34
Reflexiones sobre el jinete del caballo desbocado	
Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD	
INFORME ESPECIAL	36
Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO durante el período COVID (marzo-setiembre 2020)	
Por el Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán y el Lic. Nicolás Striglio.	
VOCES	42
Las instituciones democráticas condicionadas por la emergencia permanente	
Por la Lic. Myriam Felperin - Especialista en Relaciones Internacionales y el Prof. Carlos Vassallo Sella - Director del Instituto de Economía del Bienestar	
COLUMNA	46
El riesgo aceptable por el paciente	
Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut	
COLUMNA	48
"Somos esenciales y nunca bajamos los brazos"	
Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales	
OPINIÓN	50
Sí, pero no...	
Por Antonio Ángel Camerano - Magíster en Administración de Servicios y Sistemas de Salud - UBA - FSG	

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

GRUPO SANCOR SALUD RECONOCIDO POR ONU MUJERES

El Grupo SanCor Salud fue destacado por su adhesión al Programa Ganar – Ganar: La igualdad de género es un buen negocio. Su presentación del Plan de Acción, distinguida por su trabajo responsable con los derechos humanos, la diversidad y equidad de género.



Comprometidos en su Política de Respeto por los Derechos Humanos, Grupo SanCor Salud firmó su adhesión a los WEPS y presentó su Plan de Acción dentro del Programa Ganar - Ganar, promovido por ONU Mujeres. Esta acción corporativa fue reconocida en el evento virtual que se llevó a cabo el 14 de abril, donde la compañía recibió un certificado que reconoce su Plan de Igualdad de Género, una guía de acciones prioritarias que busca identificar, promover y mejorar de forma continua las oportunidades de igualdad de género dentro y fuera de la organización.

Con el foco puesto en contribuir al logro de una sociedad más inclusiva, igualitaria y sostenible, SanCor Salud delineó y activó a todos los niveles de la empresa, políticas transversales que fortalecen el liderazgo de las mujeres, promoviendo su

participación en la fuerza de trabajo, garantizando su acceso, seguridad y respeto, así como también apoyando su autonomía y empoderamiento financiero.

Su responsabilidad con los derechos de las personas es amplia; asumiendo sus patrocinios, el Grupo SanCor Salud a través de su Fundación reafirmó su compromiso con la salud y educación de la infancia y adolescencia. Con el propósito de resguardar el bienestar y adecuándose al contexto de pandemia mundial, la compañía acompañó a más de 350 niños y niñas de escuelas rurales del país. Entrega de kits con elementos para el cuidado de la salud, material didáctico sobre medidas de higiene y seguridad, como así herramientas para el mantenimiento de los establecimientos educativos, fueron algunas de las acciones realizadas. ■

LORICE SCALISE ES DESIGNADA NUEVA GERENTE GENERAL DE ROCHE PHARMA ARGENTINA

Roche, empresa internacional pionera en la investigación y el desarrollo de medicamentos y productos de diagnóstico para hacer avanzar la ciencia y mejorar la vida de las personas, designó a Lorice Scalise como Gerente General de Roche Pharma Argentina.

Lorice se desempeñaba como Country Manager de Roche Diagnóstica Argentina desde 2017 y tomará la posición que dejó Osvaldo de la Fuente al concluir su carrera profesional luego de 31 años en la compañía.

La ejecutiva cuenta con 21 años de experiencia en Roche Diagnóstica en Suiza y afiliadas como Brasil y Argentina, liderando equipos multiculturales con una visión integral que ha resultado en mayor acceso a la salud para pacientes en diversos países.

“Roche se caracteriza por su compromiso con la innovación, pasión y espíritu emprendedor; nos guía un propósito inspirador para generar soluciones con impacto real y poder brindar resultados para más pacientes, y más rápido. Confío en la responsabilidad y en la fuerza de las alianzas que podemos crear junto con otros actores del sistema de salud para remover barreras, y que las personas puedan tener más acceso a la innovación que necesitan”, afirmó la ejecutiva.

Lorice es Lic. en Ciencias Farmacéuticas de la Universidade Estadual Paulista Júlio de Mendonça Filho, y cuenta con un Master en Negocios, Management y Marketing de Fia Fundação Instituto de Administração. Es brasileña y tiene 3 hijos. ■



OSPe, CALIDAD MÉDICA Y TECNOLOGÍA PARA CUIDAR TU SALUD



Con 44 delegaciones en todo el país, la Obra Social de Petroleros trabaja con la prioridad máxima de ofrecer una cobertura completa que responda a las necesidades de sus más de 400 mil afiliados.

Día a día continúa creciendo gracias a su compromiso basado en la calidad de las prestaciones, el cumplimiento, la atención personalizada y el cuidado permanente, unido al reconocimiento y recomendación de sus afiliados que encuentran en la obra social la confiabilidad y seriedad que buscan.

Su alcance es federal, con prestadores del más alto nivel en todo el territorio nacional, atención de urgencias y emergencias las 24 hs., consultas médicas de todas las especialidades.

Impulsada por sus valores: fidelidad al origen, empatía y superación constante, comprometida con la mejora continua y mirando hacia el futuro, OSPe pone a disposición de sus afiliados la gestión de trámites online.

Desde su web o descargando su **App OSPe Mobile**, los afiliados pueden gestionar autorizaciones, reintegros, su credencial virtual, entre otros trámites, de manera no presencial sin moverse de su hogar. Visítá su sitio web **ospesalud.com.ar** y enterate todo lo que OSPe tiene para ofrecerte.

OSPe, desde 1996 dedicados a cuidarte. ■

GALENO

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

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

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

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

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



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

Acudir abrió una nueva Base Operativa en Zona Norte

Con la apertura de Base Martínez, la empresa de urgencias y emergencias médicas continúa extendiendo su radio de cobertura. Además, certificó nuevamente la calidad de sus servicios sumando procesos operativos a su sistema de gestión de calidad, de acuerdo con los requerimientos de la Norma Internacional ISO 9001.



Base Operativa Martínez: Av. Santa Fe 2557 - Buenos Aires

En un año clave para la salud en todo el mundo y respondiendo a la alta demanda de servicios en la zona Norte del Gran Buenos Aires, **Acudir** continúa su proceso de expansión con la inauguración de Base Operativa Martínez.

La apertura de esta nueva Base, ubicada en Av. Santa Fe 2557 (Martínez), permite mejorar los tiempos de respuesta y arribo en forma segura a los partidos de Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre. "Esta ubicación nos proporciona una llegada más directa al Norte del GBA para brindar mayor cobertura de servicios a nuestros clientes", explica el Dr. Agustín Apesteguía, Director Médico de **Acudir**.

En cuanto a su infraestructura edilicia, la flamante Base Martínez cuenta con estacionamiento privado para Unidades de Terapia Intensiva Móviles y Unidades de Traslado, además de dormitorios, cocina, salón comedor y otras comodidades para las guardias médicas que prestan servicio las 24 horas, los 365 días del año.

*"Es para destacar el enorme esfuerzo que ha realizado **Acudir Emergencias Médicas** con el fin de mantener el cumplimiento de los altos*

estándares de calidad que nos caracterizan y continuar ofreciendo un servicio profesional de excelencia", resalta Pablo Rossetto –Gerente General de la compañía– quien, además, anticipa que en breve se abrirá otra Base Operativa, ubicada en Pacheco, también en el Norte de GBA.

Con estas aperturas, **Acudir** suma 23 Bases Operativas y se consolida como la empresa de urgencias y emergencias médicas con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

NUEVA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD



Desde el año 2015, **Acudir Emergencias Médicas** ha certificado ininterrumpidamente sus procesos bajo la Norma Internacional ISO 9001. Recientemente, tras una auditoría externa a cargo de TÜV Rheinland -organismo de certificación e inspección especializado en todo tipo de servicios referidos a la calidad, la seguridad técnica y la protección en el sector Salud-, la compañía logró la **recertificación de la Norma ISO 9001:2015** en todos los

procesos operativos de los servicios de atención de emergencias y urgencias médicas, consultas médicas domiciliarias y traslados sanitarios en ambulancias y unidades de asistencia médica prehospitalaria de alta, mediana y baja complejidad para pacientes adultos, pediátricos y neonatos.

La recertificación incluye por primera vez la Video Consulta Médica (VCM), un servicio que **Acudir** incorporó en junio de 2020. Al respecto, el Dr. Apesteguía explica que *"la inclusión de la VCM representó un gran desafío de planificación, implementación y evaluación para toda la compañía, que entendió este servicio como un complemento fundamental de la asistencia médica en los tiempos que corren, brindando acceso inmediato del paciente al Sistema de Salud. De esta manera, se acortan los tiempos de espera y se ofrecen, en muchos casos, soluciones y, primordialmente, contención"*.

"Contar con la aprobación de una mirada externa objetiva que evalúe la eficacia de todo el sistema de gestión de calidad de la compañía, tal como venimos desarrollando desde la primera certificación en 2015, nos motiva e impulsa a mantener la calidad de nuestros servicios y a seguir en la búsqueda de la mejora continua, con el objetivo de asegurar la satisfacción de nuestros clientes, superar sus expectativas y cumplir nuestra misión de salvar vidas, mejorando la salud de los pacientes y reduciendo la angustia de las personas involucradas en una situación de salud grave o imprevista", asegura Pablo Rossetto.

De esta forma, **Acudir** reafirma su compromiso con la salud y apuesta al crecimiento, brindando servicios de emergencias, urgencias, traslados, asistencia médica domiciliar, video consulta, área protegida y cursos de capacitación, en un gran radio de cobertura, con el aval de certificaciones internacionales. □



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

El ocaso y la aurora...

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

mklajman@satsaid.com.ar



La República Argentina tuvo varias revoluciones según algunos historiadores, la de Mayo, la de la Organización Nacional de 1853, la de la Ley Sáenz Peña del voto universal, obligatorio y secreto -que sin embargo excluía a las mujeres-, la del Trabajo con Perón, que además hizo justicia con la sanción del voto femenino y la del retorno a la democracia de 1983.

Sin embargo, la de mayo fue una revolución inconclusa. Mariano Moreno es el símbolo perenne del fuego revolucionario.

Moreno quería todo. La revolución democrática, la independencia, la soberanía del pueblo, la organización, la difusión de la cultura, la demolición de los resabios coloniales, la secularización de la sociedad, la victoria militar contra la potencia colonial, la unidad del Virreinato y la de la "Patria Grande".

Para él la revolución no debía renunciar a nada.

Moreno fue un adelantado del proyecto colectivo de los argentinos. ⁽¹⁾

Cuántas veces nos acercamos al ocaso de esas ideas. Sin embargo, siempre, los argentinos luchamos por las ideas de mayo. De a poco fuimos alcanzando ideales Morenistas.

Fue y es un camino muy difícil, tuvieron voceros y fuerzas que conspiraron contra nuestra independencia y nuestro desarrollo como Nación.

Pero también siempre a esos criterios limitados **les llegó su ocaso** y avanzamos hacia el futuro con más equidad, de a poco, pero continuamente.

Hoy nos enfrentamos a la pandemia.

No sabemos cuándo será el final de este drama mundial.

Nuestro sistema de salud responde con la valentía, sapiencia y el coraje de aquellos que se unen para enfrentar, **lo que, sin el apoyo decidido del Estado,** sería una catástrofe aún peor.

Un Estado que recuperó al Ministerio de Salud rebajado a secretaría durante el Gobierno anterior.

La desinversión era fenomenal no sólo en salud, también en educación y en todo el espectro social. Aunque muestren números y estadísticas que, como ciencia ficción, digan lo contrario.

Los argentinos no somos tontos.

Cualquiera se da cuenta que la infraestructura era deficitaria. Que hubo incluso centros hospitalarios terminados que no se inauguraban.

Como en el origen de las ideas morenistas, **los argentinos renacemos ante una nueva aurora...**

El Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino comienza a discutirse, en un debate amplio, esperanzador, con un reverdecir de la Energía de las Ideas Utópicas. ⁽²⁾

El debate de la salud por fin está instalado.

La salud como un derecho universal, una conquista social e histórica de la comunidad y una responsabilidad indelegable del Estado ⁽³⁾ es no sólo un fin, es la continuidad de la flecha del tiempo del pensamiento Morenista, es mayo en el siglo XXI.

Este pensamiento originado en Montesquieu, con los jóvenes estudiantes de Chuquisaca, que abrevaron en los escritos del sur de Italia, parte de Aragón en ese momento.

Esas energías utópicas reverdecen y son parte de cada uno de los jóvenes que desafiaron al *Status Quo*, en las comunas de París del siglo XIX o en la Imaginación al Poder del '68.

El SNISA es no sólo propuesta, es respuesta al mercado, ávido de considerar a la salud como negocio en lugar de como bien social.

La idea de la salud como resultado de políticas públicas que colocan al ser humano, individual y colectivamente, en el centro

de su preocupación coincide fuertemente con la esencia misma de una fuerza política que se para frente a la posibilidad de modificar los factores determinantes, como empleo digno, redistribución del ingreso, cuidado del medio ambiente, protección social y canales fluidos de participación popular entre otros.

La universalización de la educación y de los servicios de salud con calidad y gratuidad, califican hoy en el mundo un proyecto de gobierno, como se pone de manifiesto en los países centrales en donde fuerzas en el extremo del espectro político forcejean sobre estos dos componentes, en ocasiones conceptualizados como derecho o como mercancía. ⁽⁴⁾

Fuerte apoyo a las políticas de integración de los subsectores, hoy más fragmentados que nunca, tratando de obtener lobby para acrecentar las ganancias sobre la enfermedad, en vez de propender a políticas de promoción y prevención, más productivas sobre la salud de la gente a mediano y largo plazo.

Una Estrategia Nacional de Medicamentos, considerados bienes sociales y por lo tanto el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces en la cantidad y oportunidad adecuadas es un derecho. ⁽⁵⁾

Gran inversión en producción estatal y articulación de todos los laboratorios, nacionales y provinciales entre sí y con el Sistema Científico – Tecnológico. ⁽⁶⁾

Necesitamos condiciones laborales dignas para el personal de salud a través de una carrera sanitaria. Eliminando el pluriempleo, que no sólo permita igualdad económica, sino que deje el tiempo necesario para la formación continua, en un mundo cambiante y pleno de avances científicos.

Calidad sanitaria equitativa en todos los rincones de la Patria. Currículas universitarias modernas y que eviten estar comprometidas con intereses sectarios.

Estrategias que eliminen la medicalización de la sociedad. Políticas federales que eviten la concentración de los recursos alrededor del AMBA y de las grandes ciudades.

Regulación general del sistema y de los subsectores en el mediano plazo.

Propender a la normatización consensuada en las distintas patologías según protocolos nacionales e internacionales debidamente comprobados.

Hay mucho por pensar... Pongamos manos a la obra...

El Sistema de Salud fragmentado argentino es el ocaso...

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

Es hora de la integración y de pensar en un modelo nuevo, más solidario, en una sociedad más solidaria...

El Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino es la aurora...

... Es la aurora del pensamiento de mayo. □

Referencias:

(1) Mayo, la Revolución inconclusa/Alejandro Poli Gonzalvo/ Edic. Corregidor.

(2) Las Energías utópicas/Jürgen Habermas/Instituto de Frankfurt/Alemania.

(3) (4) (5) (6) Ejes centrales para un Programa de Salud 2020/2024 /Fundación Soberanía Sanitaria/Buenos Aires/2020.

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión



Calidad médica en todo el país.

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

Gestiones online
www.ospesalud.com.ar

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias

0800 444 6773
Atención al Beneficiario

OSPe Mobile
Disponible en Google Play

Internación Domiciliaria Contexto COVID

"En una coyuntura de emergencia todos debemos enfocar los esfuerzos en un objetivo común".

Por la Lic. Adriana Figueras

Presidente de CADEID (*)



El andamiaje del sistema de salud está crujiendo. La amenaza tan temida de que falten camas e infraestructura hospitalaria para responder a una demanda creciente de infectados se acerca a gran velocidad. Es necesario desacelerar esa tendencia, pero también mirar el sistema de manera integral y trabajar en la articulación de diferentes niveles de asistencia que ayuden en este momento tan crítico, a incrementar la disponibilidad de la capacidad hospitalaria.

Desde hace años el segmento que representamos trabaja para alcanzar una interacción adecuada con clínicas y sanatorios, que permita al paciente completar su recuperación en el domicilio, y a la institución dar altas oportunas, que disminuyan los riesgos de la hospitalización prolongada. Este proceso que se viene desarrollando de manera creciente en los últimos años, como una complementación virtuosa en la asistencia de diferentes patologías, logra cierto nivel de integración entre los actores de un sistema de salud completamente fragmentado como el nuestro, que sin embargo no ha podido implementarse con los pacientes Covid-positivo.

El año pasado se ha trabajado sobre el uso de herramientas importantísimas como la teleasistencia y la receta digital pero no se logró la consideración de la atención domiciliaria como un estadio de control médico adecuado para el marco de aislamiento que esta patología requiere en su fase de estabilidad clínica. De hecho, las experiencias implementadas por el sector público y privado, de seguimiento telefónico de pacientes asintomáticos o con síntomas leves, han resultado exitosas.

También lo fueron la atención domiciliaria de pacientes leves y moderados que no requirieron internación, pero recibieron seguimiento médico y de enfermería domiciliaria con controles respiratorios frecuentes y registros adecuados de sus parámetros clínicos para una pronta alerta de cualquier modificación; o la asistencia de pacientes que requirieron hospitalización y alcanzaron externaciones tempranas para completar sus controles en su domicilio hasta el alta definitiva. Estas experiencias alcanzadas en el primer año de la pandemia por algunos financiadores que habilitaron la atención domiciliaria como una herramienta apropiada para llevar a cabo los controles que el Covid-19 leve requiere, deberían capitalizarse para todo el sistema como una manera inmediata de descomprimir nuestra exigida red hospitalaria.

Otro aporte significativo del segmento es su capacidad de mantener en casa a pacientes con otras patologías como mecanismo para regular la institucionalización, mantener el control clínico de los pacientes sin que abandonen sus tratamientos y contener a las familias.

La internación domiciliaria (ID) que lleva casi cuarenta años de desarrollo en la Argentina, es una actividad que se presta en todas las provincias del país. Tiene mayor incidencia en las localidades con alta concentración de población y sus zonas aledañas, pero llega a casi todos los parajes. Las limitaciones para brindar el servicio no están vinculadas a la distancia sino a la falta de infraestructura ambiental necesaria como energía eléctrica o agua potable y caminos o accesos aptos para mantener una articulación

adecuada con centros hospitalarios, provisión de oxígeno u otros soportes de servicio necesarios para una atención domiciliaria compleja.

La capacidad sectorial para colaborar en esta emergencia está garantizada. Las empresas de nuestro sector están comprometidas y en condiciones operativas de participar en la coyuntura asegurando la atención de pacientes en domicilio y controlar reinternaciones sanatorias; también para atender pacientes Covid-positivo leves y moderados, que hayan requerido internación o no, y completen su recuperación en domicilio. El año pasado estos servicios no sólo fueron requeridos por los financiadores habituales sino también por las aseguradoras de riesgo de trabajo que se vieron en la necesidad de asistir a los trabajadores esenciales una vez que el Covid-19 fue declarado enfermedad profesional.

La ID también ha contribuido a evitar contagios tanto de los pacientes como del personal de salud, dotando al personal y al domicilio de los elementos de protección personal que establecen los protocolos y propiciando el aislamiento, para lo que se han desarrollado módulos asistenciales específicos adaptando guías y protocolos de cuidado y prevención elaborados por los ministerios de Salud de diferentes jurisdicciones y sociedades científicas.

Pero la ID también comparte algunas limitaciones con el resto del sistema. En este momento, la escasez de oxígeno está complicando la operatoria habitual y la de los pacientes Covid-positivo. Se trabaja institucionalmente para concientizar sobre una problemática tan extrema, impulsando el apoyo de la autoridad de aplicación y la concientización por parte de profesionales, pacientes y familias sobre el buen uso de un recurso de alta demanda.

Entre las dificultades, no podemos dejar de citar los aumentos en los precios del equipamiento médico y de ortopedia, de materiales descartables, de medicamentos, y la imposibilidad de trasladar estos incrementos a los aranceles de servicios. Todos estos, argumentos largamente planteados este año, por el sector de prestadores de salud.

Otro de los obstáculos ha sido la incertidumbre generada por el desconocimiento del Covid-19: temor de los pacientes a ser contagiados, que llevó a que muchas familias desistieran de la atención en una primera etapa, aunque la situación se fue revirtiendo con el transcurso de los meses; aprensión de los profesionales por el riesgo de contagio que aportaba el pluriempleo; y en un principio la falta de protocolos específicos, que luego se fueron describiendo y generalizando en su aplicación.

A pesar del esfuerzo, gran parte de los objetivos se han ido cumpliendo y demostramos que con el cumplimiento de normas de bioseguridad y la capacitación específica nuestros recursos profesionales, la plasticidad de nuestra actividad representa un instrumento adecuado para interactuar con otros niveles de asistencia y convertirse en el desahogo que nuestro sistema sanitario demanda. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs



**Descargá
la App**



#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

¿Derrotaremos al Covid-19?

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



El mundo enfrenta un cambio radical de la normalidad y ha puesto al desnudo las debilidades de las economías y de los sistemas de salud como fenómeno global. Estábamos acostumbrados a ver las mismas enfermedades en diferentes regiones, pero no habíamos sufrido una que exigiera que todos y cada uno de los países adopten similares precauciones para enfrentar la enfermedad.

La respuesta al Covid-19, aunque sea improbable que se erradique, también debe ser global.

La crisis ha puesto a prueba la solidaridad global y las capacidades de los "Organismos Multilaterales" en mejorar el acceso a las vacunas, a los test diagnósticos, al material sanitario y a los medicamentos, a un costo adecuado a sus posibilidades.

Quizás falta comprender que nadie estará a salvo hasta que todos estén vacunados, porque la única forma de derrotar al virus es atacarlo globalmente.

En su defecto el mundo se dividirá en dos: países y regiones donde se podrá transitar libremente y con seguridad y otros acantonados en sus fronteras.

El panorama se ensombrece por la crisis económica que viene profundizando las desigualdades y la pobreza, como así el déficit educativo, que constituyen prioridades centrales que no todos están en condiciones de recuperar sin ayuda.

Sólo la ciencia reaccionó de manera global con los estudios internacionales de nuevas formas de vacuna. Conocimientos que pertenecen a la humanidad como ya lo dijera Luis Pasteur.

Pero nos enfrentamos con obstáculos de gran magnitud por la actitud de los países de economías desarrolladas, por razones geopolíticas, por el tratamiento comercial de los laboratorios y por las regulaciones proteccionistas del comercio internacional y el flujo de capitales.

Las vacunas y los medicamentos no constituyen un bien público pues se consumen, se gastan. Por tal razón se los ubica como un bien semipúblico y social, que los laboratorios tratan como un bien comercial.

Los debates de los derechos de propiedad y las patentes son largos y siempre terminan en soluciones a medias, como otro fracaso de los Organismos Multilaterales. Los acuerdos de licencia de transferencia de tecnología o la implementación de licencias obligatorias pueden acercar algún resultado positivo.

El impacto geopolítico hace visible las diferencias en un escenario complejo de mayor rivalidad entre las potencias, en donde China y Rusia tienen oportunidad en ganar influencia y prestigio al poner a disposición de muchos países las vacunas que pueden comprar a fiado o en cuotas.

Cada país se acomoda a la puja geopolítica en forma individual, sin haber intentado una integración regional para compras en conjunto.

La desigualdad en la compra y los problemas de distribución, o sea compras que no se distribuyeron, determina que 18 países hayan concentrado el 88% de las dosis distribuidas, en tanto que sólo el 11,6% de la población mundial pudo adquirir el 50% de la producción.

Por otra parte las compras de los países de ingresos altos han dejado poca disponibilidad para el mecanismo COVAX que necesita dos mil millones de dosis para distribuir en el 2021 entre los países pobres.

Este panorama afecta en gran medida a la Argentina, que tras una extensa cuarentena con sus consecuencias económicas y educativas no sólo padece estos inconvenientes en la disponibilidad de elementos diagnósticos, sanitarios y fundamentalmente de vacunas, que se agravan por una gestión y logística inadecuada.

Por ello debiera encarar políticas para la integración regional y la reducción de la dependencia de suministros esenciales, así como, la regulación de los precios de los medicamentos.

Es posible que el mundo después del Covid-19 no sea el mismo.

El multilateralismo y el diálogo deberán avanzar para enfrentar los desafíos de esta u otras pandemias. Por tal razón la OMS y la Unión Europea han pedido a los países un enfoque colectivo que haría al mundo más resistente a los problemas globales.

Crear un tratado contra las pandemias tendría el propósito de construir una arquitectura sanitaria internacional para proteger a las generaciones futuras, garantizando el acceso universal ante nuevas pandemias que ningún país podrá enfrentar por sí solo. □

"La crisis ha puesto a prueba la solidaridad global y las capacidades de los "Organismos Multilaterales" en mejorar el acceso a las vacunas, a los test diagnósticos, al material sanitario y a los medicamentos, a un costo adecuado a sus posibilidades".

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



Cada vez más
especialidades.

Cada vez más
comodidad.

Cada vez mejor.

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

Para acceder a Cam Doctor, descargá la app móvil o ingresá desde nuestra web.

El servicio está disponible los 365 días del año, de 8 a 24 hs.

Medifé
está conmigo

con el respaldo de  **SANATORIO
FINOCHIETTO**

Para ganarle al Covid-19 la Argentina necesita un programa macroeconómico

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



Un programa macroeconómico consta de política monetaria, fiscal y cambiaria, que debe apuntar a metas de corto, mediano y largo plazo. Si tomamos los datos de la economía en la Argentina, hace 12 años que no crece, tiene varias décadas de déficit fiscal, ha devaluado constantemente la moneda y sufre de inflación crónica.

Es decir, los ciclos económicos (períodos de expansión seguidos de períodos de recesión), fenómeno común de todas las economías de mercado, en la Argentina son de alta frecuencia y profundidad generando una gran volatilidad económica resultando en constantes crisis. El impacto social, de cada una de estas crisis, se ve reflejado en el incremento constante de la pobreza estructural y el nivel de desempleo.

Coyunturalmente, se debe sumar el impacto negativo de las medidas de la lucha contra el Covid-19 y la deuda con los organismos internacionales de crédito. En el 2020, se sufrió una fuerte caída, con una reducción de 9,9% del PBI e incremento de la tasa de desempleo interanual del 2,7% afectando a más de 2 millones de personas. Paralelamente se debe tener en consideración que se mantienen las restricciones cambiarias y el tipo de cambio está estable sin expectativas de cambio en el corto plazo.

LA NEGOCIACIÓN DE LA DEUDA COMO PUNTO DE PARTIDA

Las negociaciones no son fáciles de llevar. Claro está que a ninguno le conviene el default, pero nadie quiere perder nada. Ambas partes saben que la deuda es impagable en este contexto. Es por eso que se debe negociar un plazo que le permita crecer al país para poder afrontar los futuros pagos. Pero esto no será posible sin un programa macroeconómico que permita modificar las condiciones estructurales. Este debe ser el punto de partida para lograr políticas estatales de largo plazo con una visión compartida entre los distintos signos políticos.

En este mismo sentido, a mediados de abril, entre las negociaciones para refinanciar la deuda con el FMI, el ministro Guzmán se reunió con sus pares de Alemania, Francia, Italia y España buscando apoyos. Incluso se reunió con el Papa Francisco quien brindó el apoyo a un acuerdo sano que no condene a situaciones de vulnerabilidad y pobreza a la población. Estos apoyos son importantes, pero de nada valen si no logramos acuerdos y apoyos internos. Debemos recordar que gran parte de la economía depende de las expectativas.

Otro punto fundamental será que el programa presentado sea realista, con disminución del déficit fiscal y metas de inflación graduales. Todos los actores saben que será imposible un programa que baje abruptamente el déficit fiscal a cero de un año a otro, así como tampoco será posible eliminar la inflación en el corto plazo. Sin embargo, las presiones para realizar ajustes hacia el cumplimiento de metas serán muy importantes y demandarán un esfuerzo extra para el país.

Si las negociaciones no son sensatas, en el corto o mediano plazo, el plan fracasará y nuevamente viviremos una crisis. De todos modos, dentro del programa no hay que olvidarse de la gente, que no puede esperar 5 o 10 años para

que la economía florezca. Los niveles de pobreza e indigencia son insostenibles y el plan deberá contar con fuerte ayuda social en el corto plazo, de lo contrario también será destinado al fracaso.

En resumen, el programa macroeconómico que se acuerde deberá tener un equilibrio entre los ajustes fiscales y los gastos sociales dentro de un marco de políticas estatales y no sólo de políticas partidarias.

LA BATALLA CONTRA EL COVID-19

La negociación de la deuda se lleva a cabo en plena segunda ola contra el virus SARS-CoV-2. Al momento de la nota, se registran casi todos los días récords de contagiados y ocupación de camas, especialmente en AMBA. Se hace necesario la intervención del Estado para aplicar medidas sanitarias de índole restrictivas a la circulación de las personas.

La evidencia mundial muestra que para aplanar las olas del Covid-19 debemos disminuir la circulación lo máximo posible por un período corto. Esto no controlará el virus, eso se hace con vacunas, testeos y aislamientos, pero nos permitirá disminuir la cantidad de muertos e internados, evitando el colapso total del sistema sanitario.

Sin embargo, estas medidas se ven limitadas en su profundidad por cuestiones sociopolíticas y económicas. Las primeras están muy relacionadas con el humor social, la voluntad de respetar las medidas y el poder de control que ejerce el Estado. Más allá de las medidas concretas que se han adoptado, la politización de éstas va en contra de todos los ciudadanos, que casi nos vemos obligados a tomar posición sobre asuntos que no tenemos mucha información ni certezas.

Por otro lado, las cuestiones económicas que limitan la posibilidad de aplicar medidas están básicamente ligadas a las cuestiones macroeconómicas explicadas. Cada una de estas restricciones generan que los comercios pierdan dinero o directamente cierren, por ende, se genera mayor desempleo y la economía consecuentemente se contrae, llevando a una menor recaudación y mayor déficit. Es decir, se produce un círculo vicioso.

Durante el 2020, el Estado ha realizado un gran esfuerzo a través de ayuda a empresas y ayuda social, aunque como observamos no alcanzó. Para el 2021, el esfuerzo que puede hacer el Estado es aún menor, ya que debe mostrar credibilidad y alcanzar las metas propuestas en el presupuesto.

En conclusión, para aplicar medidas sanitarias efectivas se deben acompañar con medidas económicas. Cuanto mayor sea el poder económico del Estado, mayor profundidad y mejor impacto en la lucha contra el Covid-19. Es por eso que la Argentina necesita inmediatamente armar un programa macroeconómico serio que le permita llevar a buen puerto las negociaciones, que le permita crecer en forma sostenida y fundamentalmente que ayude a los argentinos. En definitiva, un rol fundamental del Estado es garantizar la calidad de vida de sus habitantes. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



andar

*Su salud, **nuestro compromiso.***

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



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

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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

Una permanente apuesta a la capacitación



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

Convencidos de la necesidad de brindar más y mejores oportunidades a los integrantes de la red para enfrentar con posibilidades de éxito el cambiante entorno en el cual desarrollan sus actividades, en FEFARA seguimos teniendo iniciativas en procura de involucrar a nuestros profesionales en un proceso de capacitación constante.

Así, desde la Comisión de Actualización Farmacéutica se han puesto a disposición de nuestros profesionales una nutrida agenda anual de instancias de capacitación, las que han contado siempre con gran aceptación.

A título ilustrativo digamos que en la reciente conferencia **Vacunas para COVID: "Cómo compatibilizar los esquemas con otras vacunas"**, dictada por la Dra. Andrea Uboldi (Médica pediatra, infectóloga) asistieron más de 1.100 colegas de manera sincrónica y a la fecha cuenta con más de 2.800 visualizaciones en redes sociales, lo que refrenda tanto el interés que el tema despierta como el involucramiento de nuestros profesionales.

En igual sentido, al momento de redactar estas líneas estábamos próximos a la iniciación de un curso multidisciplinario denominado **"Cannabis Medicinal. Actualización Integral"**, abarcando aspectos tales como farmacobotánica, farmacología, farmacocinética, elaboraciones magistrales, legislación vigente y actualidad en el marco del "Programa Nacional para el estudio e investigación del uso medicinal de cannabis" del Ministerio de Salud de la Nación. Estando a una semana de su inicio, el curso ya cuenta con una matrícula que supera los 700 profesionales inscriptos.

Por otra parte, es bueno recordar que, desde su constitución a principios de 2012, han estado capacitándose en nuestro *Instituto de Formación en Gestión* más de 300 profesionales farmacéuticos en un curso de tres niveles, con la finalidad de hacer central énfasis en las disciplinas no estudiadas en la currícula y no ofrecidas por las instituciones.

El programa del curso fue elaborado siguiendo el sentido del sector de la salud; mundo del medicamento; problemas de los farmacéuticos en su ejercicio comercial. También se orientó a explicar las razones de las decisiones del sector; de la industria; de la regulación; con el foco puesto en el farmacéutico como protagonista, a partir de las herramientas que utiliza, sumándole otras diferentes y novedosas.

Ha sido un enfoque generoso, intentando ayudar al profesional y a la profesión. Al final del curso, los participantes han logrado entender las claves principales de los distintos procesos dentro del ejercicio de la profesión que existen en el ámbito de la salud; profundizado y comprendido mucho mejor los distintos puntos de vista que tienen los protagonistas de la salud en nuestro sector y, en definitiva, sumar capacidades para afrontar con mayores posibilidades los diversos conflictos que a diario surjan en su área de responsabilidad.

TENEMOS NOVEDADES: DIPLOMATURA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD

La novedad del presente es que, en un proyecto conjunto con la **Escuela Argentina de Negocios (EAN)**, desde el 30 de abril comenzó el dictado de clases de esta Diplomatura, involucrando a otros profesionales de la salud tal como puede apreciarse en la síntesis de la misma que seguidamente se detalla:

a) Fundamentación

La complejidad y exigencias que actualmente se presentan

para la diaria gestión, necesariamente deben ser enfrentadas utilizando como herramienta principal la capacitación y actualización de conocimientos. Específicamente en el rubro de la salud, es sencillo notar que se ha reconfigurado su cadena de valor y entorno gracias a la innovación, competencia, internacionalización y multiplicidad de agentes intervinientes.

Estos nuevos modelos de negocio requieren de un mayor conocimiento del contexto y normativa, así como de la administración, comercialización y desarrollo de la actividad en sus distintos eslabones que operan en torno a la salud.

Adicionalmente, las nuevas tendencias respecto de la valoración que el consumidor hace sobre la ética y la responsabilidad social en los negocios añaden sin dudas un elemento más de complejidad que debe ser estudiado y analizado.

En este marco, la presente diplomatura se propone brindar a los estudiantes las herramientas necesarias para crear, desarrollar y administrar negocios relacionados con la salud en el nuevo contexto complejo, dinámico y más exigente a través de clases teórico-prácticas, simulaciones de escenarios, debates y ejercicios.

b) Destinatarios

Profesionales del área de la salud (farmacéuticos, bioquímicos, ortopedistas, ópticos, enfermeros, odontólogos, nutricionistas, técnicos en laboratorio, etc.) y agentes del sector de la salud que deseen gestionar negocios y servicios destinados al rubro de la salud.

c) Objetivos

- ❑ Generar un espacio para el estudio, análisis y evaluación de los procesos necesarios para el diseño de proyectos de gestión de los negocios vinculados a los agentes de la salud.
- ❑ Promover el desarrollo de estrategias y herramientas de innovación para la gestión.
- ❑ Brindar herramientas y buenas prácticas para la administración.
- ❑ Favorecer el desarrollo de habilidades comunicacionales y tecnológicas para la gestión de recursos humanos.
- ❑ Propiciar espacios de reflexión referidos a la ética y la responsabilidad social.
- ❑ Brindar un espacio de interacción e intercambio de experiencias que generen oportunidades para el enriquecimiento de los proyectos.

d) Perfil. Competencias Profesionales

Al finalizar la Diplomatura se espera que el estudiante sea capaz de demostrar:

- ❑ Capacidad para integrar los saberes adquiridos y transferirlos en el diseño de proyectos de negocios destinados al área de la salud.
- ❑ Capacidad para gestionar y administrar negocios, con actitud ética y responsabilidad social.
- ❑ Habilidad para implementar estrategias y herramientas de innovación en el diseño de políticas destinadas a la gestión.
- ❑ Capacidad para trabajar en equipos interdisciplinarios.

Diplomatura en Gestión de Servicios de la Salud, otro aporte de FEFARA para hacer frente a los desafíos que la realidad presenta a los actores del sector salud en la Argentina. □

(*) 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

A cinco años del “Mecanismo de Integración”

Por el Dr. Carlos Felice (*)



En el año 2016 en la Argentina ocurrió un hito en el sistema prestacional relacionado a las prestaciones médico-asistenciales que las obras sociales brindan a las personas con discapacidad: la creación del “Mecanismo de Integración” a través del decreto PEN 904/2016.

ACIERTOS Y DIFICULTADES

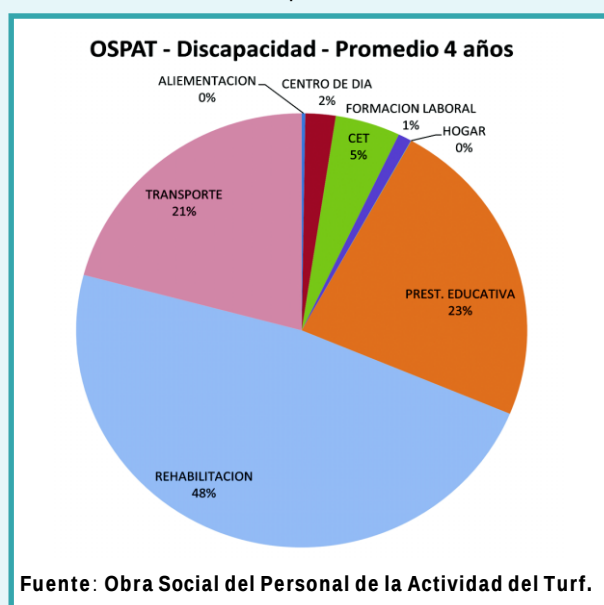
El **Mecanismo de Integración** innovó sobre cuestiones nunca aplicadas.

Ofreció mayor transparencia en la gestión y se convirtió en el primer mecanismo que toma recursos económicos de manera directa del Fondo Solidario de Redistribución, sin tope, dando así pleno cumplimiento a la ley 24.901.

Una vez incorporado, el Mecanismo comenzó a incrementar la proporción de los subsidios solicitados y otorgados, lo que llevó a que desde 2017 el FSR pasara de ser un Fondo habitualmente subejecutado, a encontrarse en crisis y limitado para el financiamiento del resto de las patologías de alto costo.

Si miramos los números de OSPAT correspondientes a los últimos 4 años podemos observar cómo se distribuyen los fondos relativos a discapacidad.

Como se ve en el cuadro siguiente, hoy alrededor del 50% del gasto de discapacidad de la Obra Social OSPAT está orientado a los rubros TRANSPORTE y ESCOLARIDAD. También los datos a nivel país confirman esta tendencia.



Es verdad, la “salud” debe ser comprendida como el equilibrio biopsicosocial, y no solamente como “ausencia de enfermedad”. En ese sentido, definitivamente educación y transporte conforman esa totalidad que significa el estado de salud de una persona.

Sin embargo, coincido con quienes desde el ente regulador cuestionan que sean rubros que únicamente deba financiar el sistema de salud (y, por consiguiente, la seguridad social).

LA MIRADA DE OSPAT

- Proponemos que, mancomunadamente, diferentes sectores del Estado aporten para brindar los apoyos necesarios a fin de garantizar la inclusión, teniendo en cuenta que no son sólo de índole médica.
- También reorientar esfuerzos del Estado para la protección de las personas con discapacidad hoy dispersos, con una mirada totalizadora y también multisectorial.
- Teniendo en cuenta que los recursos son escasos, poner foco y reforzar auditorías administrativas y prestacionales de discapacidad, desde nuestras instituciones financiadoras y desde la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Profundizar el trabajo de los equipos interdisciplinarios de las obras sociales de manera que puedan facilitar la comprensión sobre qué es lo que realmente necesita cada beneficiario con discapacidad.
- Para ello, en OSPAT nos encontramos iniciando un proceso de exploración de realidades y percepciones de nuestros beneficiarios con discapacidad respecto a las prestaciones que reciben.

Injustamente criticado desde algunos sectores, entiendo que el subsistema de la seguridad social es el más eficiente y así lo demuestran los datos -y los hechos-, incluso en este contexto terrible que estamos viviendo de pandemia.

Ponemos a disposición nuestra capacidad, nuestra información y nuestra vocación de construcción para pensar juntos el sistema de salud del futuro. □

(*) Abogado. Especialista en Sistemas de Salud. Presidente de Obra Social del Personal de la Actividad del Turf (OSPAT) y Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines (UTTA).

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



No te relajes que ahora viene lo peor

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



No es necesario debatir ni el sentido, ni la intención de las palabras del Presidente. Son una anécdota más que denota dos aspectos. Por un lado, que las autoridades sólo entienden el sistema de salud superficial y parcialmente. Por otro que no sienten que son parte de las causas, y mucho menos de las posibles soluciones.

La mirada expuesta sobre el subsector privado pareciera desconocer que en realidad se sostiene de los recursos de asistir a la masa asalariada, que de una u otra forma aporta a la seguridad social. Subsector que, con una proporción muy variable a lo largo y lo ancho del país, puede alcanzar la cobertura de la mitad de la población en los centros urbanos más grandes.

Desconoce que, en la atención de Covid-19, en algunos distritos, este subsector asistió a más del 40% de los pacientes.

Desconoce que, la seguridad social, el PAMI y los institutos provinciales han sido los grandes ausentes en responsabilizarse de los costos de atención de sus pacientes, en la forma que requiere su compleja asistencia.

Desconoce el atraso que tienen los honorarios desde larga data y a lo largo de varios gobiernos respecto de la inflación, en particular en las especialidades más golpeadas por la asistencia directa de pacientes Covid: la medicina general y/o familiar, la clínica médica y los intensivistas.

Estas especialidades, tradicionalmente relegadas en sus ingresos en la Argentina como en muchos lugares del mundo, no pueden menos que sentirse golpeadas, no por las palabras en sí, sino por la falta de comprensión.

Las referencias asistenciales de los dichos presidenciales, además, denotan un desconocimiento de datos e información científica que ha señalado sostenidamente la preocupación por como la pandemia, y la cuarentena prolongada particularmente, han relegado el control de problemas crónicos, ha agregado nuevas situaciones de la salud mental, y ha retrasado la resolución de problemas de salud previos a 2020.

¿Tiene el Presidente derecho a cuestionar la necesidad

de alguien con, por ejemplo, dolor articular que llevaba más de un año de espera haya conseguido que le practiquen una cirugía ortopédica que reduzca su padecimiento?

En un sistema sin planificación, con atomización de financiadores y con la pérdida de confianza en los que toman decisiones no es justo criticar a quien elige resolver lo que percibe como más doloroso.

Los profesionales del subsistema público no están mejor. Varias semanas de protesta en Neuquén muestran al país cómo las ofertas de incremento están lejos de una inflación que parece ser una enfermedad económica que no requiere tratamiento por el momento.

Lejos está la salud en manos del Estado de ser el faro de atracción de profesionales. Su mayor atractivo sigue siendo la estabilidad laboral.

La vacunación recién ahora está tomando algún ritmo, y con el gran retraso en la segunda dosis la anhelada inmunidad de rebaño parece lejana. En ese contexto complejo, con equipos de salud agotados, enfrentaremos una segunda ola más compleja. La urgencia nos pone a solucionar la asistencia de estos pacientes, a resolver sobre falta de camas.

Poco se puede hacer hoy para incrementar el capital humano. Sería necesario que el Gobierno priorice cuidar sus ingresos y mostrar empatía a través de promover mejoras estructurales en el sistema. Para lograr credibilidad esto debería ser producto de una concertación amplia de sectores, y con la inclusión de las múltiples voces dispuestas a acercar propuestas e ideas.

En estos días, numerosos expertos han expresado sus opiniones en diferentes medios. Todos seguramente dispuestos a responder a una convocatoria sincera y sin prejuicios por parte de las autoridades.

El peor error en una crisis es creer que uno es el dueño de las únicas soluciones válidas. □

(*) 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.

INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD
Creado para cuidar la salud de las personas

Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

☎ (+5411) 4812-7815 ✉ info@iarsalud.com.ar 🌐 www.iarsalud.com

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**

Los cincuenta años de las obras sociales nacionales



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

Pasó desapercibido el año pasado el cincuentenario del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Probablemente la pandemia y las situaciones de crisis de ella derivadas hayan hecho que tal hito en la historia de la salud en la seguridad social en la Argentina no tuviera su merecido reconocimiento.

En la segunda mitad del Siglo XX se creó el Ministerio de Salud y se estructuró un sistema público de atención de la salud, que convivió con los hospitales de comunidad como organizaciones intermedias y constituidas a través de cooperativas o mutuales. Es claro que nuestro país no ha seguido el camino de la seguridad social única y universal. No lo hizo en el campo previsional y tampoco en el de la salud.

En el año 1970, más precisamente en el mes de marzo de ese año, se dictó la ley 18.610 que fue la primera norma creadora del sistema de obras sociales tal como lo conocemos hoy. La aparición de las obras sociales sindicales, como patrimonio de los trabajadores que la componen y con la administración de sus propios interesados a través de las organizaciones sindicales que las representan, es un modelo que se ha mantenido en el tiempo. Los sindicatos tenían experiencia en la atención de la salud de sus afiliados, pero la ley representa la primera norma que organiza, sistematiza y permite mecanismos de control, sobre la atención médico asistencial de los trabajadores organiza-

dos. El dictado de la ley supuso también la creación del INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (INOS).

En 1980, más precisamente el 15 de agosto, se dictó la ley 22.269 que derogó a la primitiva ley 18.610 y que -entre sus principales características- estableció la prohibición que las organizaciones sindicales pudieran tener y administrar obras sociales propias, así como la creación de los "entes de obra social" que sustituirían a las obras sociales en todo el país, en un lapso de tres años.

Ya durante el gobierno democrático, en diciembre de 1988, se sancionaron las leyes 23.660 y 23.661, que reorganizaron el régimen de las obras sociales y crearon el Sistema Nacional del Seguro de Salud, respectivamente. Esas normas, con pocos cambios, son las que hoy sostienen el andamiaje jurídico de la salud en la seguridad social nacional.

Es el sistema que sostiene la salud de más de veinte millones (20.000.000) de argentinos, el más numeroso de los subsistemas de salud. Como ya lo dijimos, nuestro sistema Federal fundamenta -con poca crítica y mucha debilidad asistencial y financiera- la coexistencia de entidades que brindan servicios de salud en un esquema de fragmentación y segmentación que se ha mantenido durante todo este tiempo.

En estos cincuenta años, hay algunos hitos que deben ser mencionados especialmente:

- La adaptación de las reglamentaciones sobre obras sociales al modelo sindical argentino.
- El establecimiento de financiamiento directo, a través de los aportes y contribuciones sobre el salario de los trabajadores.
- La creación de la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo de fiscalización y control del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Sus antecesores fueron el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).
- La creación de los registros, tanto de obras sociales, como de prestadores. Luego, a partir de 2011 y con la competencia dispuesta por la ley de medicina prepaga, se incorporó también el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga.
- La sindicalización de los Institutos de Obra Social en la década del 90. A través de diferentes normas se fue abandonando la idea de la participación estatal en las organizaciones de salud, para pasar a ser de naturaleza estrictamente sindical.
- La opción de cambio de obra social, conocida vulgarmente como la "desregulación". Con sus defensores y detractores, desde 1998 ha sido un derecho de los usuarios del sistema que no tienen otros afiliados de los restantes subsistemas, que se encuentran cautivos en su obra social.
- La incorporación de otras tipolo-

gías de obras sociales, como han sido las de personal de dirección, las de convenio o empresa, las de participación estatal.

- La incorporación de los pequeños contribuyentes (monotributistas), los monotributistas sociales y el personal doméstico. Con este tipo poblacional, el sistema salió de la lógica de la relación de dependencia como motor de la pertenencia.
- El establecimiento de una canasta básica (Programa Médico Obligatorio).
- El establecimiento de los regímenes de subsidio o reintegro a través de la Anssal, de la Administración de Programas Especiales o de la propia Superintendencia de Servicios de Salud.

Es importante destacar que ya no hay dudas sobre la consolidación de este sistema de seguridad social, único en el mundo. Dentro de sus fortalezas, podemos señalar no sólo la cantidad de personas cubiertas, sino también la existencia de una canasta básica de prestaciones (Programa Médico Obligatorio) y un

mecanismo de autofinanciamiento que garantizó el otorgamiento de las prestaciones durante muchos años. Cuando decimos "autofinanciamiento", nos referimos a que toda la seguridad social nacional se sostiene con aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores.

Desde la primera ley, desde 1970, existió el hoy llamado Fondo Solidario de Redistribución que ha mantenido la solidaridad del sistema desde la cobertura financiera; en sus comienzos a través de subsidios y actualmente como reintegros (para determinadas prestaciones) y también como subsidios (los denominados SUMA, SUMARTE, SUMA 65 y SANO).

Pero debemos también señalar cuáles son sus debilidades. Desde sus orígenes, se ha cuestionado la transparencia del sistema, especialmente en lo referente a los manejos económicos y financieros. Sin perjuicio de ello, son pocas las obras sociales que se han liquidado o dado de baja en estos años.

Si bien hoy padecemos una situación muy particular producto de la pandemia, es también necesario

recaltar que el mundo del trabajo, en lo que hace a su desarrollo y sus beneficios -entre los cuales se encuentra el servicio de salud- viene digiriendo cambios notorios tanto en las formas como en las costumbres. Y ello ha significado un cambio de prioridades en lo que hace a los postulados de la protección social. Hoy nos encontramos con una "inflación médica" que va por encima de la existente en el país, el notorio avance de la ciencia que significa también el incremento excesivo de los costos y mecanismos de financiamiento (aportes y contribuciones) que van perdiendo virtualidad a la par de los cambios en el mercado del trabajo.

Es de esperar que el sistema subsista otros cincuenta años más, como mínimo, para poder lograr que la solidaridad que ha inspirado a los creadores del sistema encuentre un desarrollo con más equidad e igualdad entre los beneficiarios. □

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

Lean Healthcare hospitalario, solución ante momentos difíciles

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)

Profesor Titular de Gestión Estratégica - Universidad ISALUD



Los gestores hospitalarios nos enfrentamos a momentos difíciles, desafíos que son inéditos, con escasos antecedentes e incremento de la demanda más rápido que la capacidad de adaptación de las personas, de los equipos, de los procesos, de las instalaciones, para responder al desafío de calidad, seguridad, eficiencia, universalidad, y equidad. A estar donde pasan las cosas. A visibilizar como se relacionan los procesos clínicos, de cuidado, técnicos administrativos, de provisión, de apoyo y de gestión entre sí.

La calidad debe ser pensada desde las lógicas técnicas, percepción del usuario, eficiencia, atención centrada en la persona, pertinencia, y accesibilidad.

Esta era de la medicina de precisión, personalizada, genómica, poblacional, exige a las organizaciones productivas competir ofreciendo soluciones innovadoras, para mejorar la prestación de servicios de salud.

“Cada defecto es un tesoro, si la compañía puede descubrir su causa y trabajar para prevenirlo en toda la corporación”. Kiichiro Toyoda, Founder of Toyota.

ANTECEDENTES

El Lean Management nació en Toyota en la década del 50 y 60 y llegó a la salud en el año 2000 cuando los primeros hospitales de los EE. UU., Europa, Australia, la introdujeron, demostrando una mejora en el desempeño.

En el año 2007 se realizó el Global Lean Healthcare, en el Reino Unido, generando desde ese hito un recorrido de acumulación de experiencias, de sostener su aplicación frente a las corrientes conservadoras de la gestión, con la difícil misión de explicar que no es un conjunto de herramientas, sino una cultura, y que también se pueden aplicar por separado y secuencialmente.

DESARROLLO

El Lean Healthcare es una filosofía de gestión empresarial de producción de bienes o servicios, procesos y trabajo, conformado por pensar en términos de calidad con mejora continua, gestión por procesos, orientación al valor prestacional, hacia las personas que se atienden y al talento humano, que forman los colectivos intervinientes, con orientación de las actividades, estabilizar procedimientos, guías clínicas, generar una cadena de valor interna en la gestión clínica, cliente-proveedor, una logística, justo a tiempo y de flux tendu, una prestación de

servicios en pull, un pensamiento de mediano plazo, estabilizar tiempos de ejecución de tareas para normalizar los flujos de proceso y el tiempo total de ocupación, para liberar los medios de producción asistencial, asegurar una preparación en pull ante las necesidades identificadas de los usuarios, sostenido desde la mejora continua, de generar el cambio para mejor, la gestión visual, la eliminación de desperdicios, de generar alertas visuales, procedimientos a prueba de errores para que no lleguen a constituirse como complicaciones, el desempeño de las líneas de atención, organizando la oferta. Hay que lograr que la estructura sea segura, mantenga su funcionalidad, que, ante la aparición de defectos o fallas, se desarrollen acciones inherentes a la determinación de las causas y tener respuestas adecuadas, ordenar las tareas despejando las áreas, dejando a la vista lo que se necesita para que no se reiteren los fallos. Ordenar las tareas despejando las áreas, dejando a la vista lo necesario, los elementos indispensables, ordenando la presión asistencial, sostener las actividades, uniformar las competencias, y sostener desde la cultura y los paradigmas de complejidad, con una forma de hacer las cosas y enseñar en la organización la forma humanizada de atender.

PRINCIPIOS LEAN

- 1. Especifica valor-desde el punto de vista del cliente final (el paciente). Identifica la secuencia de valores:** todos los pasos del proceso a través de los límites departamentales (la secuencia de valores), eliminando los pasos que no crean valor. Es la orientación hacia donde se genera el valor. La atención integrada y el triple objetivo de Berwick.
- 2. Hace que el flujo de valor sea en secuencia continua:** eliminando las causas del retraso, como lotes y problemas de calidad. El flujo debe tener otro principio ser equilibrado, de modo tal que cualquier proceso debe efectuarse del mismo modo. El ritmo debe ser lo más adecuado posible a la demanda, el takt time. El flujo de proceso debe ser regular y constante. Se deben evitar los cuellos de botella entre los procesos.
- 3. Permite que los clientes obtengan y extraigan el valor:** eviten insertar el trabajo en el siguiente proceso o departamento; dejar que el trabajo y los suministros traccionen según sea necesario.
- 4. Pull:** Los procesos asistenciales deben entregar el producto, la atención que se ajuste a la necesidad. Una

actividad asistencial debe operar por lo que pide la siguiente y no por lo que recibía de la anterior. Se debe acomodar la capacidad de los procesos a la demanda es una de las grandes asignaturas pendientes en muchos hospitales.

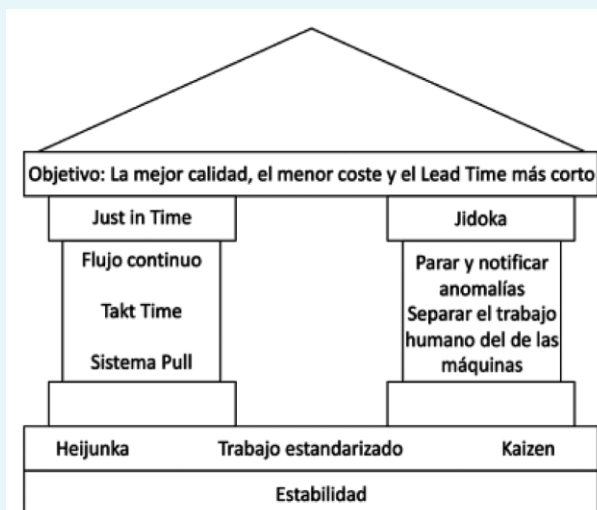
5. **Persigue la perfección**-a través de la mejora continua.
6. **Flexibilidad:** Los recursos técnicos y humanos deben estar dotados de la necesaria flexibilidad, para ello debe generarse liderazgo de equipos, motivación, incentivos, reconocimiento, instalación de competencias y versatilidad. La flexibilidad es necesaria para responder a las fluctuaciones de la demanda. Las personas, enfermeros, médicos deben tener una formación polivalente, los equipos tienen que adaptarse de manera fácil.
7. **Mejora continua:** puesto que nunca se alcanzan todos los objetivos de forma total, ya que no pueden eliminarse todos los desperdicios por completo, será necesario que todos y cada uno de los aspectos que lo componen mejoren permanentemente.

El Lean considera a **los proveedores como socios estratégicos** en función del cumplimiento de las entregas, calidad estable, continuidad, respeto de precios, asesorar sobre innovaciones y mejoras en los costos.

Otro de sus fundamentos son el empleo adecuado de la tecnología evitar la sobre utilización.

DESPERDICIOS DE LOS PROCESOS

Los desperdicios son el transporte innecesario de cosas o materiales o movimiento inadecuado de personas



La Casa Toyota de un Hospital Modificado de Soock 2003

pacientes y profesionales, sobre procesamiento en realización de estudios innecesarios o burocracia, empleo inadecuado de los recursos de internación y de las consultas. Tiempos de espera innecesarios, que no agregan valor, stock e inventarios excesivos, por generar colas de espera, no trabajar en equipo, con la dotación necesaria y competencias adecuadas, no escuchar los aportes de las personas que están en el núcleo operativo, asegurar una calidad adecuada desde el comienzo, es frecuente que haya también despilfarros para corregir procesos inadecuadamente desarrollados, que, por error, se deben repetir.


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

Detectar anomalías o defectos de los procesos, sus causas, para corregirlas.

Hay que asegurar que los equipos de diagnóstico, de asistencia respiratoria y monitoreo, no tengan paradas.

Trabajar por procesos, con economías de escala. No producir en lotes, sino cuando el paciente lo necesita.

Romper en los hospitales con la creación de silos o compartimientos estancos, generando en cada uno leyes o formas de trabajo diferentes, sin que sean prioridad su relación con los otros servicios, con los procesos de abastecimiento, de los servicios de apoyo.

Desarrollar capacidades e instalar las competencias, implementar nuevos sistemas de gestión.

El enfoque de gestión Lean persigue entre otros objetivos realizar prestaciones libres de errores, con mayor énfasis en la calidad asistencial, así como en los profesionales sanitarios, mejorando las condiciones de trabajo y la calidad en el desempeño, y todo ello con un enfoque principal hacia el paciente.

¿QUÉ NO ES LEAN HEALTHCARE?

Despedir empleados por la mejora de los procesos. Sólo se aplica a las empresas manufactureras. Un programa de reducción de costos. Entregar menos asistencia o trabajar más duro. Sólo un conjunto de "herramientas" como 5S, eventos kaizen, etc. Automatización o implementación de un sistema de TI. Otras de las "actividades extracurriculares". Más por menos.

BARRERAS PARA LA IMPLANTACIÓN LEAN HEALTHCARE EN SANIDAD

El sistema de gestión Lean para implementarse se deben vencer seis obstáculos habituales en las organizaciones:

1. El **primero es los prejuicios de los profesionales (percepción de sector único y diferente)** médicos, kinesiólogos, enfermeros, etc., habitualmente reaccionan porque a pesar de las quejas constantes, no quieren que nada cambie, mantener su hegemonía, entender que esta metodología es necesaria, indispensable, está vinculado también con las conveniencias y disponibilidad de la oferta, la detección de las dificultades.
2. La **segunda barrera es la escasa formación en la gestión de los estamentos directivos y de los jefes de servicio**. La dificultad formativa de los profesionales de manejar los recursos a sus cargos, insumos, asignación, el riesgo de contratos, las transferencias de riesgo. Formador y formadores alejados de la realidad del sector sanitario y la organización hospitalaria.
3. La **tercera barrera es la falta de focalización** hacia las necesidades de los pacientes, que es el principio básico de Lean.
4. La cuarta barrera es la propia **estructura organizativa** de los hospitales.
5. La quinta es que **las iniciativas top down** son vistas como imposiciones de la gerencia, por lo tanto, la participación, el involucramiento y el reconocimiento son impulsores de que las iniciativas sean impulsadas. Al ser un cambio cultural las mejoras en los procesos deben sostenerse por ser más confiables, facilitar el trabajo, porque tiene mayor efectividad y el paciente una accesibilidad adecuada.

El valor para el cliente puede no ser claro y los médicos tienden a no entender el fin teleológico de lo que hacen que es mejorar la calidad de vida de las personas.

6. La sexta barrera es porque funcionan las **estructuras y los servicios como islas y con ello con reglas feudales**, entender que cada proyecto es distinto.

Que los sistemas de información estén interconectados y suministren la información necesaria. Que las instalaciones faciliten los flujos de trabajo. Que los profesionales incorporen la mentalidad de la mejora continua, y desarrollar la capacidad también en los equipos.

Tratar de entender que la asistencia son cadenas de valor cliente proveedor, tener un sistema estratégico que apoye las acciones, la forma de organización efectiva para facilitar la fluidez en el desarrollo de los diferentes servicios.

En un paper reciente muy interesante de Shortell S et al 2021 del Journal de Joint Commission se identificó la aplicación en diferentes hospitales de EE. UU. mediante la caracterización de las experiencias de los pacientes durante y después de la realización de un servicio. Los resultados mostraron que, la adopción hospitalaria de Lean se asoció con una mayor evaluación hospitalaria de los proveedores y sistemas de atención médica **puntuaciones de experiencia del paciente** ($b = 3.35$, $p < 0.0001$) en una escala de 100-300.

El grado de implementación Lean medido por el número de unidades en todo el hospital usando Lean **se asoció con un menor gasto hospitalario ajustado por admisión** ($b = -38.67$; $p < 0.001$), **menor tasa de readmisión no planificada de 30 días** ($b = -0.01$, $p < 0.007$), **una puntuación por encima de la media nacional sobre el uso adecuado de imágenes, una medida de la atención de bajo valor** (relación de probabilidades = 1,04, $p < 0,042$) y puntuaciones más altas de experiencia del paciente de HCAHPS ($b = 0,12$, $p < 0,012$). Concluyeron que el sistema Lean es una organización abarcativa en todo el sistema sociotécnico de mejora del rendimiento. Como tal, el grado real de aplicación en toda la organización en lugar de la mera adopción es, sobre la base de los resultados actuales, más probable que se asocie con un desempeño hospitalario positivo. Nuevamente las evidencias parecen decirnos que la aplicación de esta forma de gestionar debe hacerse en forma integral. No quiere decir que la implementación de experiencias separadas en urgencias, quirófanos, organización de la cirugía programada, de la implementación de abastecimiento no produzcan mejoras inmediatamente, sino que éstas pueden ser neutralizadas por las ineficiencias de otros sectores.

CONCLUSIÓN:

El enfoque Lean es el desarrollo de una cultura de mejora continua que empodera a la fuerza de trabajo de primera línea con las herramientas y procesos de resolución de problemas para proporcionar la mejor atención de valor para los pacientes. Crear esa cultura sobre una base sostenible y difundirla por todo el sistema de atención de la salud es un desafío importante que probablemente influirá en el éxito de los esfuerzos en curso de reforma de la atención médica. □

(*) Médico especialista en Terapia Intensiva - Medio interno, Salud pública - diazca@fibertel.com.ar. Blog saludbydiaz.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.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



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

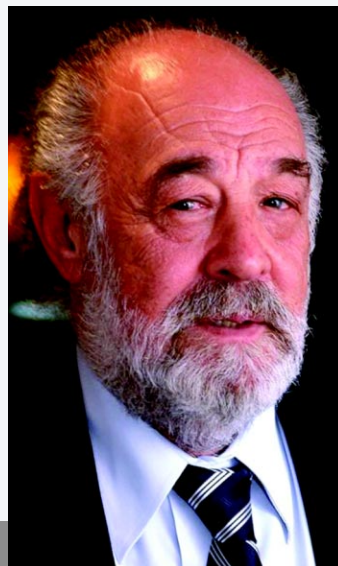


Salud pública y Gobernanza para revertir la indefensión sanitaria

Advertencia:

"La memoria de la humanidad en cuanto a los padecimientos tolerados, es asombrosamente corta. Su capacidad de imaginación para los padecimientos futuros es casi menor aun".
Bertold Brecht

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



Tras las nuevas restricciones impuestas por el Gobierno Nacional al AMBA como respuesta al gran incremento de casos, y pasados trece meses de los primeros confinamientos del año pasado, el balance inevitable es la falta de una genuina Gobernanza Sanitaria que, con una sólida base científica y técnica en **Salud Pública y Epidemiología**, imponga directrices y rinda cuentas de gestión y, en definitiva, de gobierno.

Se trata de un delicado equilibrio entre **gestión sanitaria y gobierno político**, que no debe rendirse a polos burocráticos ni tecnicistas ni demagógicos, al tiempo que debe equilibrar la responsabilidad nacional con la diversidad federal. Tal como lo señalan Roberto Nuño-Solinís y José Manuel Freire Campo desde España, "Gobernanza implica, entre otras cosas, anticipación y proactividad; decisiones informadas por el mejor conocimiento y evidencia; liderazgo distributivo; participación y corresponsabilidad" ⁽¹⁾, evitando la dispersión jurisdiccional, como también el "mando único" cuasi militar.

Entre los ingredientes fundamentales de la gobernanza están la transparencia, la rendición de cuentas, la participación, la integralidad y la capacidad. Poco de ello hemos visto en este largo año. Primó más bien, en el inicio, un "coro de asesores" con desconocimiento e irresponsabilidad de las consecuencias que por acción u omisión podían desencadenar. Recordemos el "**efecto mariposa**": un acontecimiento pequeño puede desencadenar un efecto devastador. Vale a este respecto la distinción de Max Weber entre *ética de la responsabilidad* y *ética de los principios*. Esto quiere decir que, en política, no se trata sólo de la intención y de los fines nobles, sino de las consecuencias y de los medios correctos.

Para la reconfiguración de la gobernanza sanitaria precisamos un *organismo* que por su fortaleza y control priorice las políticas públicas, superando así estructuras ministeriales en las que habitualmente prevalecen conductas administrativas sin capacidad de gestión. Debe erigirse sobre pilares científicos y rigor tecnológico, que obren con pericia en la coordinación interjurisdiccional que posibilite *articular un real federalismo* que contenga la complejidad multifocal existente, con suficiencia resolutiva. Para ello, hemos propuesto la creación de un **Gabinete Estratégico de Gestión Operacional** multidisciplinar y federal, que actúe de manera permanente

a través de un **tablero de comando** que tenga a su cargo la *planificación estratégica*.

TRANSPARENCIA, COMUNICACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

En esta oportunidad, me quiero detener en tres aspectos clave de esta necesaria reingeniería. Por un lado, una **Nueva Gerencia Pública**, con *agenda por etapas y gestión por resultados*, que permitiría el monitoreo transparente de las partidas presupuestarias, lo cual evitaría manejos arbitrarios y espurios. Toda compra de insumos y su distribución correspondería a verdaderas *empresas públicas de servicio* que deben responder a criterios de eficiencia y equidad.

Por otro lado, el manejo de la *información y la comunicación* debe centralizarse en una **Oficina de Comunicación Oficial**, que más allá de información pormenorizada para los especialistas, debe presentar en forma clara y concisa para el conjunto de la población las cuestiones elementales. De esta manera se infunde seguridad y se genera confianza, y, fundamentalmente, se evita el "caos comunicacional" que se genera entre la proliferación de expertos, políticos, periodistas y demás "opinólogos" que, aunque sea sin intención, terminan por generar más miedo, incertidumbre y angustia que otra cosa.

En tercer lugar, **la Formación Médica** no puede ser soslayada. La fortaleza del sistema médico para contener un brote epidémico es la que condiciona la estrategia a seguir. La solvencia de conocimientos epidemiológicos es la que evita caer en la *confusión e improvisación* por incapacidad de reconocer la complejidad y actuar en consecuencia, tal como lo enseñara René Thom cuando explicó que la modelización de estos sistemas complejos no se hace a través de sus variables de estado (imposibles de captar) sino estudiando las variables de control, de manera tal de monitorear su dinámica.

Los modelos válidos de reforma deberán ser administrados por funcionarios capaces, y en ese caso la prioridad sin excusas es la preparación en **Salud Pública y Epidemiología**. Si algo debería dejar en claro la pandemia es la necesidad de formar a los médicos que sí tenemos en las especialidades que faltan (o que urgen) y en su distribución geográfica adecuada. Por no hablar del reducido número de personal de enfermería (siguiendo *cánones de especialidad*) que contamos en nuestro

país. Para ello, resulta indispensable la articulación entre los Ministerios de Educación, de Salud y las Universidades. Se requiere de formación profesional que conjugue *saber* (formación académica) con *saber hacer*, es decir, la práctica clínica (las residencias). El médico requiere *precisión* y *destreza* en los *procedimientos* y no un listado de protocolos *normativos*.

DE LA PANDEMIA A LA SINDEMIA: SALUD Y EQUIDAD

La conceptualización de *sindemia* advierte sobre la inseparabilidad de la amenaza viral con las condiciones sociales, ambientales, económicas, como así también las estructuras del sistema de salud y el contexto cultural. Componentes multicausales que obligan a implantar una estrategia amplia y diversa, con un enfoque que ponga a la *equidad* como valor significativo. Máxime teniendo en cuenta que la actual cobertura de salud, históricamente fragmentada y crecientemente desigual, deja más desamparados a los desamparados (y tampoco brinda lo que supone a los sectores más pudientes).

No está de más señalar cuatro factores de la indefensión sanitaria en América latina, que con apenas un 8% de la población mundial, cuenta con un tercio de los fallecidos por Covid-19 a nivel mundial.

- ❑ El hacinamiento (con escaso o nulo acceso a agua potable y cloacas).
- ❑ La pobreza (estructural y creciente) que implica desnutrición y la consecuente inmunodepresión.
- ❑ El trabajo informal (de aceptación habitual, como los cartoneros), pero que además de usuales bajos ingresos, implica una inseguridad social ante eventualidades como la enfermedad.
- ❑ La regresión del sistema de salud, que reclama encarar su reforma.

Siguiendo lo expresado por André-Marie-Ampère **“un problema convenientemente planteado es posible de ser bien resuelto”**.

Nuestro País hace rato que no puede jactarse de mantenerse por encima de estos guarismos regionales: la pobreza alcanza a más del 40% de la población y la informalidad laboral está completamente naturalizada. Efectivamente, hoy más que nunca queda demostrado que la heterogeneidad del área sanitaria no es más que un eufemismo por *desigualdad*. La realidad de millones de argentinos que viven en situaciones de gran precariedad como las llamadas “villas” (que hacen imposible una cuarentena estricta) no es una cuestión económica o social separada de la sanitaria: **son dos caras de la misma moneda**. ❑

1) Roberto Nuño-Solinís “La desigualdad en salud y la transformación del Sistema Sanitario Vasco”. Dialnet. José Manuel Freire Campo “Sistema de Salud Vasco”.

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (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



La gestión de la segunda ola



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

La Argentina no parece saber aprovechar la ventaja de observar las experiencias de otros países que sufrieron en primera instancia la pandemia y luego las diferentes olas. Pasó en el comienzo de la enfermedad en donde pasamos de una subestimación increíble a medidas totalmente exageradas y extemporáneas. Está ocurriendo nuevamente en esta segunda ola, en donde nos encontramos sin una organización adecuada ni una claridad conceptual sobre lo que hay que hacer y con el agravante de un sistema de salud totalmente fatigado. No hemos aprendido de experiencias propias ni ajenas.

Debemos ser claros. La gestión de esta segunda ola está totalmente condicionada por lo que fue la gestión de la primera. Los graves errores cometidos antes se pagan ahora. La subestimación inicial de la pandemia, la imposición de un ASPO total (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) en tiempos muy tempranos, la prolongación del mismo por siete meses lo cual provocó una debacle económica monumental, la falta de fortalecimiento del sector salud (sólo se incrementaron camas de terapia y respiradores pero no se fortaleció ni preparó recurso humano ni se privilegiaron otros sectores como la atención primaria) la falta de una estrategia de anticipación (testeos masivos con aislamientos preventivos), la postergación en la atención de otras patologías por tiempos extremadamente prolongados lo cual provocó no sólo una acumulación de patologías que hoy están impactando en la salud de la población y en la utilización de camas, sino que también impactó en el financiamiento del sector privado de servicios dejándolos al borde del quebranto económico y una gestión increíblemente deficiente y muy poco transparente de la vacunación, son las causas entre otras que hicieron que el Gobierno se haya quedado con muy pocas herramientas para poder manejarse ante esta segunda ola.

LOS ANUNCIOS DE MEDIDAS RESTRICTIVAS

Ante el incremento sostenido de casos y una inminente saturación de los servicios de salud el Presidente de la Nación anunció el 14 de abril una serie de medidas restrictivas para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en principio por 15 días. Entre ellas el cierre de toda actividad comercial a partir de las 19 hs. y hasta las 9 hs. del día siguiente, la restricción de la circulación desde las 20 hs. y hasta las 6 hs. del día siguiente, el cierre de escuelas para el dictado de clases presenciales, y la prohibición de actividades recreativas, sociales, culturales, deportivas y religiosas en lugares cerrados. Las medidas anunciadas merecen algunas consideraciones.

En principio estas medidas aparecen como de dudosa efectividad para mitigar la situación en un porcentaje importante y aliviar los servicios de salud. Salvo la de prohibir actividades en lugares cerrados el resto, imple-

mentadas de esta manera, no parecen ser costo efectivas.

Las medidas adoptadas para el cierre de actividades comerciales en cuanto a las restricciones horarias generan muchas dudas. ¿Por qué cerrar a determinada hora específica y aglomerar gente en los medios de transporte a las 20 hs. siendo que el resto del día la actividad comercial y por ende la movilidad no se restringe?

Por otra parte, existe mucha controversia en el cierre de escuelas como medida costo efectiva. En momentos de gran circulación y en el marco de medidas de aislamiento total puede justificarse un cierre temporal. Pero como medida aislada sin una restricción total de la circulación no parece ser la mejor decisión. Sobre todo, si venimos de un año sin clases presenciales y estudios recientes informan que uno de cada cuatro chicos de barrios humildes dejó sus estudios por estos cierres.

El Gobierno enfrenta un dilema en el cual cayó por cuenta propia. La situación sanitaria quizá requiera avanzar hacia mayores restricciones con un ASPO total por 15 días, lo cual generará un descontento y hartazgo aún mayor de la población. Por otro lado, de no hacerlo corre el riesgo que la situación de la ocupación de camas se vuelva aún más crítica y comencemos a ver situaciones más horribles que las actuales.

LA PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD COMO DETONANTE DEL DILEMA

A este dilema que se enfrenta el Gobierno se llega por varias causas. En primer lugar, analizábamos en la edición anterior una crisis de gobernanza, esto es falta de transparencia, rendición de cuentas y buenas prácticas de gobierno. Esta falta de gobernanza se observó tanto en el manejo de la información (Our World Data sacó a la Argentina de su base de datos por la pésima calidad de su información), como en la gestión de la política de testeos y especialmente en la implementación del plan estratégico de vacunación.

Un segundo aspecto está relacionado con el manejo del ASPO tan prolongado del año pasado. Se anunciaban restricciones cada 15 días dejando entrever que al finalizar ese período se saldría de ellas. Sin embargo, se prolongaron por siete meses lo que detonó la paciencia y salud mental de la población que ya no quiere saber más nada con medidas totalmente restrictivas. Malgastamos la bala de plata, o sea la única medida realmente eficaz en momentos de colapso del sistema.

Un tercer aspecto tiene que ver con el manejo escandaloso del Plan Estratégico de Vacunación y la salida eyectada del Ministro de Salud. La vacunación fue anunciada como la solución y final de la pandemia. Se generaron enormes expectativas en la población. Se hicieron anuncios rimbombantes de fabricación local de vacunas, de aplicación de millones de dosis en épocas tempranas de este año y sin embargo nada de eso ocurrió. Fallaron todas las

apuestas. Nuevamente un manejo turbio y poco transparente en cuanto a las adquisiciones de las vacunas (ya había pasado con los test) hasta el salteo de los grupos de riesgo para vacunar militantes políticos jóvenes mostraron la peor cara de la administración de esta pandemia.

Toda esta impericia y falta de transparencia del Gobierno hizo que el liderazgo y la unidad de mando mostrados el año pasado se perdieran totalmente. El anuncio de las medidas de estas nuevas restricciones encontró al Presidente en una soledad preocupante. Muchos gobernadores (incluso afines) no acompañaron estas medidas. El conflicto institucional con la Ciudad de Buenos Aires desatado agrava aún más la situación. Tampoco se escuchan ya las voces de los especialistas más afines al Gobierno.

Retomar la confianza perdida es clave en los manejos de crisis. Parece difícil si no se da un cambio brusco de timón.

REDEFINIR LA ESTRATEGIA GLOBAL

Llegados a estas instancias es necesario una redefinición de la estrategia global. Se debe retomar cierto nivel de confianza en la población para la implementación de nuevas medidas. El Gobierno debe abrirse a otras opiniones de forma sincera, convocar y escuchar a diferentes grupos de especialistas y de la política. Debe redefinirse la estrategia de comunicación que ha fallado desde el inicio de la pandemia, con eje en la transparencia y en la rendición de cuentas. Se debe mejorar la gestión de la información, acelerando la carga de datos y de causas de fallecimientos.

Más allá de las estrategias de mitigación que se implementen, es obvio decir que lo único que nos sacará de esta pandemia es la vacunación masiva. El Gobierno debe dejar de lado prejuicios ideológicos y debe realizar los máximos esfuerzos en pos de conseguir más vacunas

retomando negociaciones con todos los países y todas las empresas proveedoras. No solo es importante contar ya con más vacunas, sino que a esta altura debemos ir posicionándonos para que una posible tercera ola no nos tome nuevamente fuera del circuito comercial.

Por otra parte, resulta urgente que el Gobierno retome lo establecido en el Plan Estratégico de Vacunación, complete la vacunación de cada grupo de riesgo en forma escalonada y establezca una distribución de vacunas por criterios de población en riesgo y no por indicadores poblacionales generales. Así mismo se debe cumplir con los esquemas completos para cada vacuna según lo establecido por los ensayos clínicos y lo publicado en revistas científicas y tal cual fuera aprobado por los organismos reguladores. Al mismo tiempo se debe desarrollar una estrategia de búsqueda proactiva de casos incrementando los testeos e implementando los aislamientos en forma efectiva.

Del monitoreo de la ocupación de camas de cuidados intensivos y otros indicadores deben surgir las estrategias de restricciones mayores a la movilización de la población por períodos de 15 días en las zonas geográficas y grupos poblacionales que lo requieran. Por otra parte se deben convocar a los comités de ética hospitalarios para activar, de ser necesario, el protocolo para la utilización de las camas de cuidado intensivo.

Finalmente se debe generar un espacio de intercambio amplio entre los responsables del ejecutivo nacional y los representantes de las sociedades científicas, organizaciones civiles, universidades, así como otros representantes del quehacer nacional para enriquecer las miradas y generar políticas públicas que gocen del necesario consenso social para ser implementadas y cumplidas. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

 FEFARA PROYECTA

 IFG

 INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

 SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL

 RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

 IECS INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SENTENCIA

 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

Reflexiones sobre el jinete del caballo desbocado

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



Lenta, pero ominosa como la larga sombra que va dejando a su paso el Covid-19 entre las personas y sus comunidades, comienza a perseguirnos la idea consciente de que ya no vamos a vivir como siempre habíamos aprendido a hacerlo. Enfrentamos una segunda ola, quizás no la última. El extraño virus muta. Cambia su carga genética, aumenta su agresividad y también lo hace con nuestras vidas y hasta con la propia muerte. Ambas se deciden en el frío espacio de una cama y un respirador. Desnudan un sistema sanitario que, descontrolado por la dramática limitación de sus recursos humanos, debe también autoimponerse una nueva bioética. La de aceptar la selección natural de mantener la vida de quien tiene más oportunidades futuras de vivirla. Sólo el que va a una guerra sabe que puede perder su vida.

Frente a una pandemia, ignoramos qué es lo que nos puede pasar. Pero las decisiones sobre lo que nos ocurra quedan en otras manos. No hay escapatoria a tales dilemas en los sistemas de salud, que siempre han eludido la realidad de la finitud de los recursos, sean económicos, humanos o tecnológicos. ¿Falló la prevención?, ¿Fallan las posibilidades de respuesta asistencial? Quizás han fallado ambas a la vez. Mientras, la muerte se ha vuelto algo completamente normal, ajustable diariamente en cifras estadísticas.

El Coronavirus nos martilla en la cabeza. El miedo a la segunda ola, a sus nuevos linajes y a la muerte paraliza obsesivamente. Pero ¿Es la muerte acaso un fracaso sanitario? Entonces fracasamos todos los días. Porque aún la medicina más desarrollada es incapaz de evitarla. La muerte no es sólo un error de prevención o un mal resultado de tratamiento. Es también la diferencia en las oportunidades asistenciales. Es la desigualdad del derecho a la salud.

Llevamos meses de encontrar cada mañana en los medios noticias sobre cifras de infectados y muertos. Pero no de sus historias y tragedias. Cada muerte anónima importa. A sus deudos y a la propia sociedad. No son sólo números. Son personas, como tantas víctimas invisibles de nuestras otras epidemias: económicas, sociales, delictivas y también sanitarias. Personas que no tuvieron -ni les dieron- oportunidad de elegir. ¿Cuántos hombres y mujeres mueren diariamente por otras causas en todo el país? ¿Ninguna era

evitable? No lo sabemos. Ni importa. Parecen sonar a muertes lejanas.

De pronto el caballo se desboca y el jinete que asola al mundo descontrola su paso. Arremete favorecido por la irresponsabilidad de ciertas partes de la sociedad y por las imprevisiones, desajustes y malas decisiones del poder. Y todo entra en crisis. La gente, el sistema de salud y los políticos que deben serenamente conducirla sin arranques espasmódicos.

Entonces ese mismo poder procede a desempolvar la tesis foucaultiana de la Biopolítica y el Biopoder, pasando a controlar el cuerpo, la vida y de esta forma la sociedad. Releyendo a Foucault, asistimos no sin sorpresa a la demostración que su teoría se enlaza dramáticamente con la

realidad. Se le permite a ese poder, sin tapabocas, atribuirse decisiones de cualquier índole y confinar y controlar como un gran experimento social sin precedentes. Porque lo que paraliza es el miedo a enfermar y a morir. Frente al poderoso entramado normativo que se construye, nadie dudaría que lo hace por nuestro bien. O por el bien colectivo, que es el de la suma de los individuos. No existe razón más convincente que alguien asegure por todos los mecanismos posibles que es "por tu bien". Por la vida. Así, tenga o no tenga razón en lo que dice o hace, resultamos convencidos. Caso contrario, vendrá el fuego sagrado del patógeno y fulminará a la sociedad en su conjunto. Y así respondemos. No lo debatimos, nadie nos consulta, nadie comparte una alternativa de decisión. Porque tampoco tomamos conciencia de nuestras responsabilidades individuales y colectivas, Y como además la política sigue jugando sólo a ver quién gana la partida, la salud y el sistema organizado para preservarla también se terminan salpicando del barro en que ésta se hunde.

¿El fin siempre justifica los medios? Cuando aparece una buena causa —porque salvar vidas siempre es una buena causa— lo justifica todo. Entonces, miles y miles de ciudadanos motivados por la causa, así como son solidarios, también se vuelven denunciantes seriales impiadosos con los que rompen las reglas taxativas. ¿Y si esa conducta dual, propia de nuestras sociedades cargadas de un virus tan corrosivo como el de la hipocresía, llegó para quedarse? No será esa

“Enfrentamos una segunda ola, quizás no la última. El extraño virus muta. Cambia su carga genética, aumenta su agresividad y también lo hace con nuestras vidas y hasta con la propia muerte. Ambas se deciden en el frío espacio de una cama y un respirador”.

-la "buena causa" y su potencialidad de generar control social- uno de los fundamentos distópicos de la tan mentada y aún desconocida "nueva normalidad".

El jinete de la Corona, como toda cuestión biológica, no nos dejará tan rápido. Más cuando su caballo siga desbocado. No hemos tenido tiempo de preguntarnos aún como sociedad de qué forma pasaremos de las estrictas fases sanitarias a las fases más aceptables de la mejora social. O bajo qué nueva modalidad volveremos algún día a disfrutar un poco más de esa libertad que perdimos hace ya más de un año. Quizás estemos escribiendo la historia de lo que poco a poco dejaremos de ser para ir hacia esa "nueva normalidad" que en cierta forma nos preocupa. Será un momento donde el destino de las personas se hará común apenas podamos salir de las trincheras sanitarias que cada uno cavó en su casa. Apenas podamos divisar qué pasó en el entramado social después que se haya retirado el tsunami covidiano.

¿Tendrán capacidad los Estados para conducir la futura supervivencia económica de las pequeñas empresas que creaban trabajo, de las grandes empresas con stocks acumulados y especialmente el destino de los más pobres (y los que se han sumado desde la informalidad) incapaces de sobrevivir a los difíciles tiempos por venir? Si hay algo que el virus no hace es discriminar según clases sociales o niveles de ingresos, atacando a todas las personas por igual. Pero para su velocidad de propagación resultan un factor clave las diferentes condiciones de vida de los sectores sociales.

En las grandes ciudades se dan naturalmente amplias desigualdades que previsiblemente se ensancharán y harán más visibles por la pandemia. Esa mayor incidencia del coronavirus en sectores vulnerables –a medida que se expande la enfermedad– será un problema generalizado en todos los países de la región. Y existe el peligro real que, más allá de sus consecuencias económicas, el virus se transforme en una enfermedad endémica de la pobreza. Entonces, sólo con el mercado no alcanzará para resolverlo. Será necesario un delicado equilibrio de las dos manos del Estado. La derecha para conducir la economía, y la izquierda para compensar las desigualdades y los agobios sociales. Ahí se pondrán también en juego las capacidades como sociedad para definir cuál será la "nueva normalidad". Si la del control que imaginó Orwell para evitar ciertas formas naturales de "rabia colectiva" y desobediencia, o la del esfuerzo solidario junto con el Estado para sacar –con todos sus actores sociales– a cada país del pantano en que lo hundió este aborrecible virus.

Quizás sobrevenga una sociedad donde lo que era contacto físico se admita como distante y hasta virtual, acostumbrada a convivir entre miedos y controles. Que la expresión del afecto sea administrada con la máxima prudencia, porque la proscripción de la cercanía ha resultado ser el salvavidas sanitario para mantenerse lejos del riesgo. Ya no se extenderá la mano tan fácilmente a un desconocido, y quedará como un acto de extrema valentía. Será difícil poder visualizar gestos detrás del conglomerado de tapabocas que circularán por las calles, en los cuales la risa y tristeza sólo podrán dibujarse artificialmente. Lo que seguramente no podremos admitir como "nueva normalidad" será un mundo donde se pretenda enmascarar la libertad y los derechos de cada uno. Como tampoco un mundo donde el Estado sea un simple administrador empoderado –pero históricamente compulsivo– del Biopoder y la Biopolítica. □

(*) 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

Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO durante el período COVID (marzo-setiembre 2020)

Por el Dr. Ernesto van der Kooy, Dr. Rubén Torres, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Adolfo Carril, Cdor. Rubén Ricardo Roldán y el Lic. Nicolás Striglio.

PROSANITY CONSULTING y la UNIVERSIDAD ISALUD presentaron en noviembre del año pasado el trabajo anual de actualización de “La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)” a julio 2020.

Como dicha investigación, a consecuencia de la pandemia, tuvo algunos sesgos ya que fue realizada actualizando precios, pero sin modificar ninguno de los indicadores de uso respecto del 2019, se decidió generar esta publicación adicional cuyo objetivo es determinar el gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO surgido de considerar los indicadores de uso verificados durante el período de tiempo que va desde abril a setiembre 2020 inclusive, al que denominamos **período COVID**, aunque la enfermedad producida por este virus haya continuado y continúe a posteriori de dicha fecha.

Se ha podido verificar, que, durante ese período de tiempo, se han dado los mayores cambios en la frecuencia de utilización de determinadas prestaciones, que habitualmente tienen un uso diferente en el PMO y que si se modifican lo hacen en el tiempo y acompañando a cambios epidemiológicos o a la aparición de alternativas tecnológicas diferentes. En este período, por diferentes motivos (atención de los enfermos con Covid-19, priorización de

determinadas prestaciones por sobre otras por parte de los diferentes subsectores de salud, temor a la pandemia por la población, disminución de la oferta, problemas de accesibilidad, etc.) ha habido modificaciones sustanciales en prácticas habituales e incorporación de otras específicas para el diagnóstico y tratamiento del Covid-19, que no existían como habituales en el listado de prestaciones del PMO.

La cobertura adicional de pacientes Covid, se ha hecho en sus diferentes modalidades diagnósticas y tera-

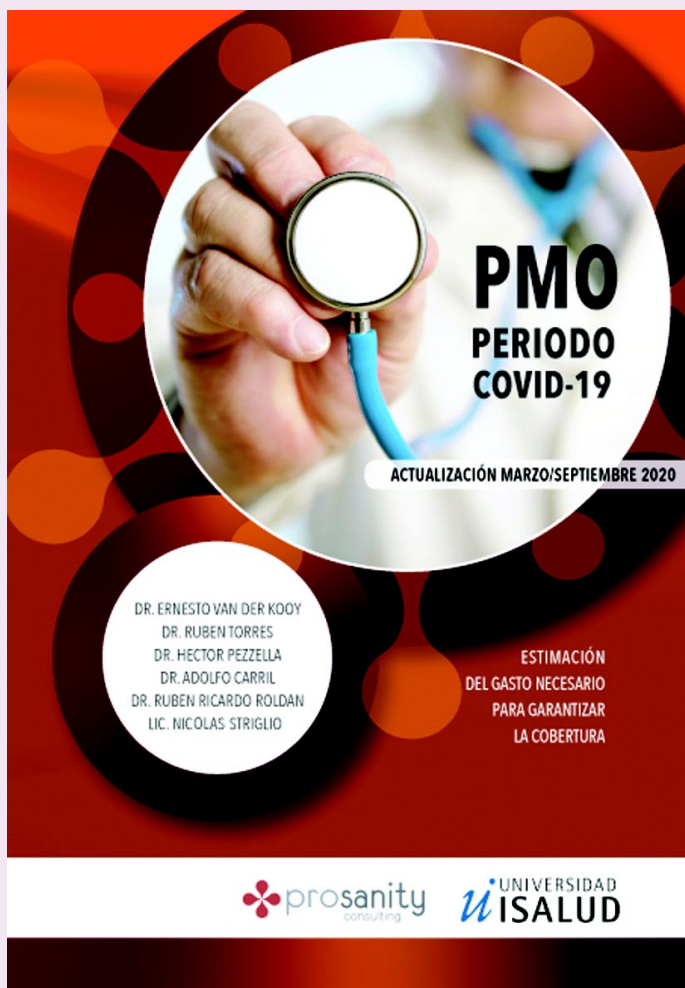
péuticas, ambulatorias y en internación. Para comparar los resultados de este trabajo con la grilla habitual ya presentada y modificar solamente una variable, se decidió mantener como valores de mercado para todas las prestaciones no Covid los recabados a julio 2020, o sea los mismos que se encuentran en la grilla habitual presentada.

Esta adicional es el resultado de la recepción y análisis por parte de los autores de todos los datos recibidos de los diferentes agentes de salud, redes, cámaras, etc. y valorizados,

en la grilla habitual, incorporando a la misma, aunque en un apartado, los nuevos indicadores específicos del diagnóstico y tratamiento del Covid-19.

También en este trabajo adicional se aborda el segundo objetivo habitual de esta investigación que es determinar en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encontraron en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y comparar estos resultados con los obtenidos en la actualización a julio 2020. Este análisis permite examinar la capacidad de cobertura que han tenido las OOSS durante este tiempo.

Adicionalmente a estos objetivos principales, se hace una pequeña referencia al impacto del período COVID sobre los prestadores del sector privado, profesionales, centros de diagnóstico y tratamiento, establecimientos asistenciales,



etc., aunque han existido varias publicaciones de asociaciones y cámaras que lo han abordado con rigurosidad y de las que fueron extraídas algunas conclusiones.

La pandemia del Covid-19 ha ocasionado y seguirá ocasionando impacto en la salud de las personas. Se hace necesario analizar el escenario de la salud de la población investigando indicadores objetivos, y considerar las circunstancias que han impulsado a los gobiernos y a las personas, a priorizar una respuesta de emergencia ante una pandemia producida por un agente desconocido. Se orientó la atención a la creciente demanda de atención médica de pacientes con Covid-19, y como consecuencia se varió la oferta y el uso habitual de los servicios sanitarios.

Como ha pasado y pasa en todos los sistemas de salud a nivel mundial, en la Argentina la situación de pandemia y el uso menor de los servicios sanitarios se ha profundizado debido a las condiciones adicionales que impone el aislamiento social por parte de la comunidad. Se comprende la importancia de las medidas de emergencia adoptadas por las autoridades de salud nacionales y provinciales frente a la pandemia. Pero ello no debe ser un impedimento para apreciar que dichas medidas, han generado interrupciones de atención en servicios de salud esenciales en forma parcial o completa, no sólo en nuestro país sino en la mayor parte de los observados, impacto cuyo resultado a corto y mediano plazo sobre la carga de morbilidad y mortalidad general directa por la pandemia y la indirecta por limitación de acciones de prevención o diagnóstico precoz, o atención adecuada de enfermos crónicos, etc. debido a la dificultad en el acceso a la atención de la salud necesaria y oportuna, es una tarea indispensable.

Muchos prestadores del sector han visto reducir su caudal de trabajo durante esta etapa. El sistema sanitario ha decidido en muchos casos restringir prestaciones electivas con el doble fin de priorizar los espacios prestacionales para los enfermos de Covid-19, y limitar el acceso a personas no infectadas a establecimientos que inicialmente no tenían claramente sectorizados los lugares de atención con el notorio riesgo de contagio.

La importante disminución de acciones de prevención, en las consultas médicas, odontológicas, en salud mental, en rehabilitación observadas, en postergación de estudios de diagnóstico y controles de rutina e incluso en internaciones electivas impactará a futuro en el perfil de morbimortalidad de la población.

Evidentemente los sistemas sanitarios deberían haber contemplado tanto el acceso a la salud de los enfermos con Covid-19 como la continuidad de la atención médica de los que la necesitan, fomentando un comportamiento adecuado para la búsqueda de atención y la adhesión de la comunidad a los consejos de salud.

Y aunque contra fáctico, es importante pensar la importancia que debería haberse dado a la APS en esta pandemia. Desde la calidad y oportunidad en el seguimiento de pacientes crónicos hasta la detección, testeo y rastreo de contactos en tiempo y forma, así como la invalorable participación y comunicación a la comunidad con información de calidad.

Se ha observado muy escasa actividad específica asignada al primer nivel de atención en esta pandemia. Por el contrario, disminuyó ostensiblemente el trabajo en este nivel cuando era dable suponer un incremento de su actividad durante la crisis. La Atención Primaria de la Salud como estrategia y los múltiples recursos del primer nivel de atención no fueron aprovechados en todas las jurisdicciones en su justa medida con mayor presencia cercana a los habitantes, mayores controles barriales, mayores testeos, y aislamientos más limitados a los grupos de contactos y a los grupos de riesgo. Tampoco se sacó partido de esta crisis para planear reformas en la gestión de hospitales públicos.

La disponibilidad de recursos en establecimientos con internación ha sido uno de los factores claves para hacer frente a esta emergencia. Si bien previo a esta pandemia la Argentina ya era el país de América latina con mayor cantidad de camas por habitante y uno de los mayores en camas de cuidados especiales, los recursos, incluyendo los humanos en salud disponibles están distribuidos en forma muy heterogénea en nuestro país, característica de nuestro sistema federal de salud.

Para hacer frente a la pandemia de Covid-19, el Ministerio de Salud aumentó en más del 40 por ciento la disponibilidad de unidades de terapia intensiva lo cual implicó sumar camas, recurso humano capacitado y equipamiento para brindar atención a los pacientes críticos. Se construyeron hospitales modulares en distintas jurisdicciones, se fomentó la elaboración local de equipos de protección personal y respiradores, la elaboración de kits de diagnóstico y serológicos y la investigación de diferentes líneas con suero humano y equino.

La pandemia ha privilegiado la atención pública de la salud y el fortalecimiento del sector. Esta estrategia de fortalecimiento de las instituciones hospitalarias y sanitarias ha sido un elemento muy importante de abordaje de la pandemia. Ha permitido que el sistema de salud haya dado respuesta a los pacientes infectados y complicados con necesidad de atención en unidades con internación y en unidades de terapia intensiva.

Esta crisis ha logrado poner a la salud durante un tiempo en el centro de atención de la sociedad. Se ha entendido que la salud es un objetivo que requiere de inversiones y mantenimiento constante. Que se necesita una clara coordinación por parte del Ministerio de Salud de la Nación, capaz de delinear una verdadera política de salud para los próximos años, que considere los modelos de atención, los RR. HH. transformar la ilusión de la APS en una realidad, generar la integración de los subsistemas y analizar y proyectar el financiamiento.

INVESTIGACIÓN REALIZADA Y RESULTADOS OBTENIDOS

Este trabajo de investigación que realizamos pretende determinar con la mayor certeza posible y en base a la información recibida, las tasas de uso del período de la mayoría de las prestaciones que se encuentran listadas en el PMO, principalmente aquellas que por su importancia impactan mayormente en el costo. Pueden existir algunas prestaciones, de las que no se ha recibido información veraz o detallada, a las que se les asignó una tasa de uso análoga a otras de habitualidad similar, o directamente se

sostuvieron similares indicadores al 2019 por ser irrelevantes en el impacto final del precio del PMO.

La investigación realizada se ha hecho con igual metodología que los trabajos habituales, utilizando la misma grilla modificando los indicadores de uso de cada uno de los renglones relevados en función de los datos recibidos de las diferentes obras sociales que apoyaron este trabajo y de un grupo de redes que administran poblaciones cerradas.

Hay claramente en este período COVID dos etapas, una inicial que comprende abril, mayo y junio (marzo ha respondido casi como un mes habitual) y otra desde julio a setiembre donde algunos indicadores se han comenzado a recuperar, persistiendo la alta demanda por Covid.

HALLAZGOS REMARCABLES

Datos del trimestre abril – junio 2020

PROGRAMAS PREVENTIVOS: Se ha observado un programa materno infantil con una reducción inicial de un 20% en las inmunizaciones. Programas oncológicos: una reducción del 19% en las consultas entre abril y junio, PAP 11% menos, colposcopías 45% menos, laboratorio un 8% menos, en mamografías un 61% menos y un 34% menos en otros estudios del programa. Odontología preventiva reducción entre abril y junio de un 94%. Programas de reproducción una disminución del 19% en consultas y del 11% en la administración de métodos anticonceptivos. Programas de salud mental reducción del 46% en consultas.

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Consultas: En general -38% en clínicas o pediátricas, -21% con especialistas, -60% en salud mental -43% (de éstas psicológicas -40%, psiquiatras -13%). Laboratorio: -20% en determinaciones básicas -26% en especializadas. Eco diagnóstico: ecocardiograma -42% ecodoppler -68% y ecografías -35%.

INTERNACIÓN: La tasa de internaciones en general (sin Covid) sólo en el 2,52 egresos cada 100 beneficiarios año manteniéndose los egresos obstétricos, bajando casi un 80% los egresos quirúrgicos y casi un 20% los clínicos respecto a los indicadores habituales.

Datos del trimestre julio – setiembre 2020

Los egresos (sin Covid) subieron a 4,63 cada 100 beneficiarios/año, manteniéndose los egresos obstétricos y bajando un 68% los egresos quirúrgicos y alrededor de un 10% los clínicos respecto a los indicadores habituales. En urgencias, emergencias y traslados se ha asistido a algunos cambios en los servicios al haberse agregado las visitas por telemedicina, reducido al 30% el rubro traslados e incorporada la facturación de los EPP (equipos de protección respiratoria). Se notó un incremento de visitas domiciliarias (código verde) en sus diferentes variables sobre todo a partir del mes de junio que llegó a más del 50% en algunos meses con la incorporación de las consultas por telemedicina que llegaron a ser alrededor del 60% del total. Antes de junio (abril y mayo, sobre todo) hubo una reducción de alrededor de un 35% en las visitas domiciliarias. Los códigos amarillos y rojos se incrementaron en alrededor de un 60% sobre todo a expensas de los códigos amarillos. En prótesis, se observó una disminución en procedimientos cardiovasculares, TAVI, angioplastias que disminuyeron a un 15/20% de lo habitual desde abril, subieron al 40% en junio julio y llegaron al 75/80% en setiembre. Similar fue el caso de las cirugías traumatológicas, aunque en el mismo mes no superaron el 50% de lo utilizado en 2019. En salud mental una disminución de consultas con psicólogos de hasta un 30% en todo el período. De las consultas realizadas un 95% fueron online. Las consultas con psiquiatría se han mantenido con una ligera reducción en el primer trimestre, aumentando casi un 50% en el segundo con relación a lo habitual. Las consultas on-line en psiquiatría subieron en alrededor de un 90%.

ATENCIÓN PACIENTES COVID

Junto a las prestaciones habituales, en este período se han agregado la atención de pacientes Covid. Han existido diferentes modalidades de atención que han acompañado a las modificaciones producidas en los protocolos de atención. A dichas modalidades de atención se han sumado

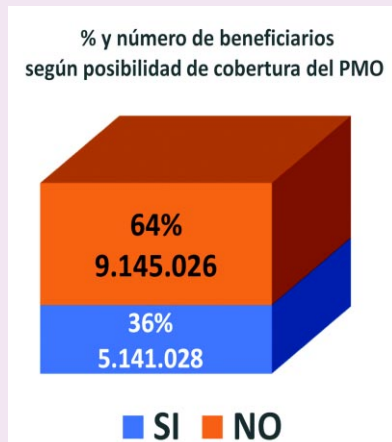
gastos por kits para protección. Se han considerado atenciones en domicilio para testeos, consultas presenciales y a distancia, cuidados domiciliarios para personas Covid-positivo y su núcleo familiar, internaciones en centros específicos desarrollados para seguimiento de cuarentenas (hoteles, campings, etc.), en hospitales y sanatorios para control y espera de resultados o para tratamiento, ya sea en sala de cuidados generales con aislamientos específicos, o en unidades especiales de cuidados intermedios o intensivos, con o sin respiración asistida, etc. A pesar de las dificultades de información y lo heterogénea de la misma, se realizó este trabajo utilizando tasas de uso de cada tipo de prestación en cada uno de los períodos y precios de mercado que reflejen una media plausible.

RESULTADOS

Si consideramos solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los cosegueros), en el semestre analizado (abril-setiembre 2020) surge un valor de \$ 2.136,27 que comparado al de la actualización de julio de 2020 de \$ 2.541,53, ha significado una reducción porcentual del 16%. En el trimestre abril-junio 2020 el valor resultante ha sido de \$ 1.785,54. Si se compara al de la actualización de julio de 2020 de \$ 2.541,53, ha significado una reducción porcentual del 30%, mientras que en el trimestre julio-setiembre 2020 el valor determinado fue de \$ 2.399,51 que comparado al de la actualización de julio de 2020 de \$ 2.541,53, ha significado una reducción porcentual de solo un 2%. Si consideramos lo financiado por los agentes de salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo el costo per cápita del PMO época Covid, período analizado, mantiene una reducción de alrededor del 16% con escasas variantes, según se consideren los valores de cosegueros.

El segundo objetivo de esta investigación fue determinar en el período analizado (abril-setiembre 2020), en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encontraban en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro de la Etapa Covid y compararlo también con los resultados de la actualización del PMO publicados a julio 2020.

PMO-COVID



Fuente: elaboración propia en base a datos de la SSSalud y AFIP Ingresos Netos por Aportes y Contribuciones

putan exclusivamente los ingresos por aportes y contribuciones, con un promedio del sistema de \$ 2.087 por afiliado y por mes. Para las OOSS en condiciones de cubrir el PMO el promedio es de \$ 3.280 por afiliado/mes, y para las que no pueden hacerlo el promedio es de \$ 1.413 por afiliado/mes.

En los dos gráficos siguientes, se computan además los subsidios y reintegros del FSR (incluidos los adelantos realizados por la SSSalud por el SUR). Allí el promedio de ingresos es de \$ 2.564 por afiliado/mes. Para las OOSS que pueden cubrir el PMO el promedio es de \$ 3.294 por afiliado/mes, para las que no pueden hacerlo el promedio es de \$ 1.775 por afiliado/mes.

En la actualización realizada al 31 de julio de 2020 (valor del PMO \$ 2.541,53) comparamos el valor obtenido con la recaudación promedio por cada beneficiario del uni-

verso de OSN. Dicho promedio, para ese momento y de acuerdo con los datos de SSSalud sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanzaba los \$ 2.008 tomando un promedio de seis meses anteriores. Esos montos se lograron a pesar de la fuerte reducción de la actividad, por la compensación de esos rubros por parte de la Superintendencia con recursos provenientes del Fondo de Asistencia y Emergencia. Este período analizado es diferente pues cubre de abril a setiembre 2020 y los ingresos por aportes y contribuciones con la misma ayuda de la SSSalud llega a \$ 2.087 por afiliado y por mes, variando en un 4% respecto a la primera. Al mismo tiempo el universo de afiliados considerados en la actualización de julio fue 2,5% mayor que en la actual. Ello no es un

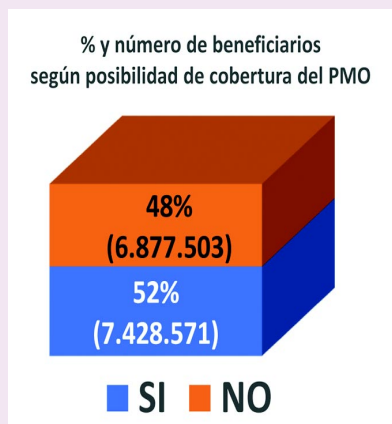
impedimento para comparar la cobertura por parte de las OOSS del PMO con los indicadores habituales a julio del 2020 con la cobertura del PMO con los indicadores de la etapa Covid. Habida cuenta que el valor promedio de la etapa Covid que surge de este estudio es de \$ 2.136,27 se observan los resultados que se pueden sintetizar en la tabla de la página siguiente:

Algunas observaciones surgidas de dicha comparación:

- El aporte por parte de la SSSalud tanto para compensar la caída de los ingresos por aportes y contribuciones más los subsidios, reintegros, y los importantes adelantos Sur son los factores sustanciales que han hecho que en un período de tantas dificultades el 70% de las obras sociales hayan podido cubrir el PMO COVID.
- Con la compensación de la caída de Aportes y Contribuciones lo hubieran logrado solamente el 41% de las obras sociales.
- No ha subido en la misma proporción el de afiliados cubiertos. Eso a pesar de que por la forma de distribución realizada el promedio de ayuda por parte de la SSSalud ha sido sustancialmente mayor para las obras sociales que no llegan a cubrir el PMO, respecto a aquellas que si lo cubren.

OBSERVACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

El sector de la salud es uno de los pocos en donde aumentaron los empleos los últimos años y es uno de los grandes dinamizadores de la economía, aunque sufre desde hace tiempo un deterioro progresivo que amerita reformas de fondo que creemos no pueden esperar más tiempo para producirse y que referimos año a año en cada escrito que realizamos u opinión que vertimos. En relación con los agentes del seguro de salud (Obras Sociales) y entidades de Medicina Prepaga han tenido la obligación de cubrir en todo el país la totalidad de los tratamientos que requieran los pacientes con casos sospechosos o confirmados de haber contraído la enfermedad Covid-19. Esta obligación incluye, la realización de test diagnósticos (PCR y/u otros), traslados, medidas de aislamiento, inter-



Fuente: elaboración propia en base a datos de la SSSalud y AFIP Ingresos Netos por Aportes y Contribuciones más Subsidios y Reintegros

	Capacidad de cobertura de la O.S.N en relación al valor del PMO							
	SOLO APORTES Y CONTRIBUCIONES							
	PMO ACTUALIZACIÓN JULIO 2020				PMO PERÍODO COVID			
	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.
No cubren el PMO	216	74,5	11704508	79	171	59	9145026	64
Cubren el PMO	74	24,5	2965775	21	119	41	5141028	36
	CON APORTES, CONTRIBUCIONES, SUBSIDIOS Y REINTEGROS							
	PMO ACTUALIZACIÓN JULIO 2020				PMO PERÍODO COVID			
	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.
	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.	N° OOSS	% de OOSS	N° Afiliados	% Afil.
No cubren el PMO	148	51	6363126	45	87	30	6877503	48
Cubren el PMO	142	49	7777156	55	203	70	7428571	52

naciones, etc. Esos agentes de salud han sido apuntalados por varias acciones realizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, con dinero propio de los aportes de trabajadores y empleadores en todos los casos, ya sea del fondo de Emergencia y Asistencia o del F.S.R. Entre esas acciones se pueden referir:

- Creación de los módulos Covid internación y ambulatorio. Asistencia financiera para las OOSS de lo abonado en concepto de internación de terapia, de piso y un módulo de seguimiento extrainstitucional.
- Asistencia por caída de aportes y contribuciones: se complementó la diferencia de aportes entre el mes el curso y el mes de marzo (devengado de febrero) de 2020.
- Adelantos de fondos SUR, liquidándose pagos a cuenta de expedientes SUR contrastando los 1.600 millones de pesos mensuales promedio liquidado en 2019, con los casi 3.000 millones mensuales del 2020.

Todo ello ha hecho que se haya podido transitar este período a pesar de que el sector del Seguro Social Obligatorio está totalmente desfinanciado (Según datos de la Superintendencia las obras sociales tenían al 2020 un pasivo que alcanzaba alrededor de 4 recaudaciones promedio, lo que significa \$ 107.000 millones de pesos y son los sindicatos que aportan en promedio entre un 20 y un 30% del gasto de las obras sociales los que ayudan para cubrir las prestaciones).

Los resultados obtenidos nos permiten verificar que los agentes de salud han tenido un costo menor por prestaciones PMO del orden del 16%, de lo que hubiera sido habitual, en todo el período considerado. En el primer trimestre analizado (abril-junio) alrededor de un 30% menos y cerca del 2% menos en el segundo trimestre (julio-setiembre).

Ese menor costo, en el que está incluido el costo agregado por atención Covid-19, ha sido resultado de una merma importante, sobre todo en el primer trimestre de prestaciones habituales. Esto pudo haber significado, junto al fuerte apoyo de la Superintendencia, una reducción del pasivo durante este período para algunas OOSS, aunque para otras solamente la disminución del déficit mensual que padecen al no alcanzar aún con esta disminución a cubrir el costo del PMO. Así se visualiza claramente en la cantidad de OOSS y de afiliados cubiertos por ellas que aún en este período no han alcanzado a cubrir el costo de aquello que están obligadas a brindar. El menor costo del PMO durante estos dos períodos analizados no modifica la grave situación del sector, sino que posiblemente sólo haya retrasado la grave crisis que se avecina y la toma de decisiones imprescindibles para hacerlo sustentable.

LOS PRESTADORES DE LA SALUD

Como consecuencia de la epidemia el sector privado prestador

sufrió una importante caída de las prestaciones habituales. Según las diferentes publicaciones recabadas ha existido una caída en la ocupación de camas generales y de UTI de hasta un 50% en abril, habiéndose recuperado a un 75% en agosto/setiembre. Hubo fuerte caída en las cirugías en un promedio del 58%. Las prestaciones ambulatorias han tenido descensos de casi un 80% inicialmente, recuperándose luego a un 50%. Aún las consultas de emergencia declinaron sustancialmente. Los costos de elementos de protección y los medicamentos (sobre todo los de uso intensivo en UTI) como consecuencia del Covid-19 aumentaron por su mayor uso y su precio. Los costos de insumos en la estructura de costos de un establecimiento aumentaron un 40%. Antes de la iniciación de la pandemia parte del sector privado prestador padecía valores de las prestaciones por debajo de sus costos y tiempos de pago muy prolongados. Durante la pandemia los prestadores de salud han tenido que absorber el impacto de la inflación sin que los valores que cobran por las prestaciones sean actualizados desde comienzos de año. Pese al reconocimiento por su trabajo, los médicos, por ejemplo, mantienen en general los valores ya muy depreciados de honorarios y sueldos similares al del comienzo del año. En general todos los sectores de los trabajadores de la salud aumentaron sus riesgos asociados inicialmente con la falta de material de protección y la falta de protocolos y aun con ellos por la exposición continua al virus. Se potenciaron los riesgos emocionales por ansiedad, cansancio, aislamiento, incertidumbre, el miedo a la infección familiar la presión del ambiente de trabajo etc. Los aportes por ATP provenientes del Gobierno Nacional han sido fundamentales para mantener el sector privado prestador activo. □



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Las instituciones democráticas condicionadas por la emergencia permanente

Por la Lic. Myriam Felperin ⁽¹⁾ y el Prof. Carlos Vassallo Sella ⁽²⁾

La recuperación de la democracia en la Argentina a partir de diciembre de 1983, entre sus múltiples implicancias, significó la posibilidad de reconstruir un esquema institucional de tres poderes independientes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El Poder Legislativo recuperó parcialmente su rol en materia económica tal como surge de la Constitución Nacional.

La carta magna original (1853) fue concebida desde un punto de vista político como un espacio de acuerdo para garantizar procesos de mediación de dos relaciones particularmente conflictivas: a) entre los ciudadanos y el Poder Ejecutivo referido a la política fiscal y presupuestaria (asignación de recursos), para ello la Cámara de Diputados es el ámbito por excelencia; b) la relación entre el Poder Ejecutivo Nacional y las Provincias, donde la Cámara de Senadores tiene una agenda "natural" vinculada a la coparticipación federal, economías regionales, competencias federales, etc.

Durante el primer período democrático el debate del presupuesto tuvo escasa visibilidad.

En términos generales, los tiempos y las formas de presentación fueron insuficientemente respetados. La inflación, la falta de recursos técnicos y la débil tradición democrática asociada a la rendición de cuentas y la transparencia, condicionaron la posibilidad de cerrar el ciclo presupuestario.

En 1991 se inicia un proceso de fortalecimiento del sistema de administración financiera y control del Estado. Promovida conjuntamente por el Ministerio de Economía y los organismos multilaterales, la ley 24.156 -entre sus múltiples aspectos- conllevó un importante avance en cuanto a la metodología de formulación, presentación y debate del Proyecto de Ley del Presupuesto, así como sobre los controles internos y externos de carácter financiero y operativo respecto de la gestión de los entes públicos. El artículo 37 de dicha ley reviste singular importancia ya que regula las facultades para modificar el presupuesto y la posibilidad que los distintos actores involucrados tienen para incidir sobre las políticas públicas:

"La reglamentación establecerá los alcances y mecanismos para efectuar las modificaciones a la ley de presupuesto general que resulten necesarios durante su ejecución. Quedarán reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto, así como los cambios que impliquen incrementar los gastos corrientes en detrimento de los gastos de capital o de las aplicaciones financieras, y los que impliquen un cambio en la distribución de las finalidades".

En realidad, los lineamientos del artículo no se vieron reflejados en el devenir del proceso presupuestario y las potestades del Congreso fueron flexibilizadas mediante la

utilización de dispensas anuales y Decretos de Necesidad y Urgencia (DNU), que con el tiempo conformaron "un patrón delegativo que ha sido una constante en las últimas dos décadas, erigiéndose en la práctica como principio general de funcionamiento institucional".⁽¹⁾

En 1994 la reforma de la Constitución en su Capítulo Cuarto -Del Jefe de Gabinete y demás ministros del Poder Ejecutivo- artículo 100, establece que el Jefe de Gabinete con responsabilidad política ante el Congreso de la Nación le corresponde: entre otras cosas relevantes de la administración general del país: enviar al Congreso los proyectos de ley de Ministerios y de presupuesto nacional, previo tratamiento en acuerdo de gabinete y aprobación del Poder Ejecutivo; hacer recaudar la rentas de la Nación y ejecutar la ley de presupuesto nacional. El Jefe de Gabinete puede reestructurar dentro de un límite de gastos y ese total está conformado por cinco finalidades (Administración Gubernamental, Servicios Sociales; Servicios Económicos; Servicios de Defensa y Seguridad; y Deuda Pública), que representan las prioridades que se plantea el Estado en el manejo de los recursos.

En rigor, es como si hubiera cinco presupuestos con sendas prioridades en la gestión de la cosa pública. Por ejemplo: una redistribución en la Finalidad Administración Gubernamental podría desfinanciar la Función Control a favor de la Finalidad Servicios Económicos, que nuclea los subsidios al transporte y la energía. El único límite a esta atribución es lo que se llama "suma cero"; o sea, mientras no modifique el concepto de gastos totales. Es decir que, siempre y cuando no sobrepase el techo establecido, el Jefe de Gabinete puede reasignar todo el presupuesto que quiera, incluso llegando al caso extremo de dejar en cero a alguno de los ítems en cuestión. Pero el ejemplo no se agota allí. Además de aquellos cinco ítems, también podría decirse que aparecen otros dos presupuestos: el de Gastos Corrientes, que sirven para el habitual funcionamiento del Estado, y los Gastos de Capital, orientados mayormente a obras. Entonces, siguiendo con la simulación anterior, el Jefe de Gabinete está habilitado a redireccionar fondos de la construcción de una ruta o un puente, al pago de sueldos de la Administración Pública.⁽²⁾

En agosto de 2006 se sanciona la ley 26.124 que consagra los denominados "superpoderes".

Estos, otorgan la capacidad al Jefe de Gabinete para redistribuir partidas sin restricciones, pudiéndose modificar, no sólo las proporciones sino también las prioridades proyectadas por el Congreso Nacional al momento de aprobar el presupuesto. En el artículo 1° de dicha ley se sustituye el artículo 37 de la ley n° 24.156 (1992) de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional, quedando redactado de la siguiente manera:

Artículo 37: La reglamentación establecerá los alcan-

ces y mecanismos para efectuar las modificaciones a la ley de presupuesto general que resulten necesarios durante su ejecución.

Quedan reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto. El Jefe de Gabinete de Ministros puede disponer las reestructuraciones presupuestarias que considere necesarias dentro del total aprobado por cada ley de presupuesto, quedando comprendidas las modificaciones que involucren a gastos corrientes, gastos de capital, aplicaciones financieras y distribución de las finalidades. A tales fines, exceptuase al Jefe de Gabinete de Ministros de lo establecido en el artículo 15 de la ley 25.917. El incremento de las partidas que refieran gastos reservados y de inteligencia sólo podrá disponerse por el Congreso de la Nación".

Este mecanismo se extendió desde 2006 a 2016. El presupuesto de 2016 fue el último en contar con los superpoderes. En octubre de 2016 la Administración Macri logra que se apruebe la ley 27.342 que modifica nuevamente el artículo 37 de la ley 24.156:

"Quedan reservadas al Congreso Nacional las decisiones que afecten el monto total del presupuesto y el monto del endeudamiento previsto, así como las partidas que refieran a gastos reservados y de inteligencia. El jefe de Gabinete de Ministros puede disponer las reestructuraciones presupuestarias que considere necesarias dentro del monto total aprobado. Dichas reestructuraciones no podrán superar el siete coma cinco por ciento (7,5%) para el ejercicio 2017 y el cinco por ciento (5%) para el ejercicio 2018 y siguientes, del monto total aprobado por cada ley de presupuesto, ni el quince por ciento (15%) del presupuesto aprobado por

finalidad, cuando se trate de incrementos de gastos corrientes en detrimento de gastos de capital o de aplicaciones financieras, y/o modificaciones en la distribución de las finalidades. A tales fines, exceptuase al jefe de Gabinete de Ministros de lo establecido en el artículo 15 de la ley 25.917. Las reestructuraciones presupuestarias realizadas por la Jefatura de Gabinete de Ministros, en función de las facultades establecidas en el presente artículo, deberán ser notificadas fehacientemente a ambas comisiones de Presupuesto y Hacienda del Honorable Congreso de la Nación dentro de los cinco (5) días hábiles de su dictado, especificándose los montos dinerarios, finalidades del gasto, metas físicas y programas modificados".

Durante el año 2016 se produce el récord de modificaciones presupuestarias. Algunas de ellas podrían encontrar su explicación en el cambio de signo de gobierno y en la herencia de un presupuesto cuyo diseño no respondía a las nuevas directrices que deseaba imprimirle la administración de Macri. También y en gran medida, un contexto inflacionario que ese año terminó con una inflación promedio acumulada del 40,3%.⁽³⁾

En el transcurso del 2017 el Gobierno modificó la pauta original del gasto en aproximadamente un 10%, superando así el límite impuesto por la ley que había aprobado recientemente. En diciembre de ese año incrementó en un solo decreto los gastos corrientes y de capital en \$ 202.026 millones; ello implicó el 8,3% del total del crédito presupuestario. Recordemos que, de acuerdo con la ley 27.342 (establece un límite al uso de los superpoderes) el Jefe de Gabinete mantenía la facultad de realizar reasignaciones presupuestarias que no podrían superar el 7,5% para el ejercicio 2017 y el 5% para el ejercicio 2018 y siguientes.⁽⁴⁾



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

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Organo 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

Según la información obtenida desde la Jefatura de Gabinete, durante los años 2018 y 2019 las modificaciones presupuestarias se mantuvieron dentro los límites establecidos (no más del 5%). Como resultado de la alternancia política, el Frente de Todos obtuvo el triunfo tras las elecciones presidenciales de octubre de 2019. En su primer discurso ante la Asamblea Legislativa, el presidente Alberto Fernández criticó severamente la gestión económica llevada adelante por Macri y a los lineamientos del FMI. En un contexto de crisis “la Argentina no para de achicar su economía” y tras exponer indicadores sobre pobreza, tasa de desocupación y valor del dólar, entre otros, el Gobierno decidiría “... no dar tratamiento parlamentario al Presupuesto Nacional proyectado por el Gobierno saliente para el ejercicio 2020”. Sus números “no reflejan ni la realidad de la economía ni las realidades sociales ni los compromisos de deuda que realmente se han asumido...”.⁽⁵⁾

Tempranamente, y en este esquema, sanciona la ley 27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el marco de la Emergencia Pública por la que se amplió nuevamente las facultades presupuestarias del Jefe de Gabinete, llevándolas al 7,5% para el ejercicio 2020 y; el decreto 457/20, a través del cual se concede al Jefe de Gabinete de Ministros la facultad de disponer reestructuraciones presupuestarias de manera ilimitada. Por lo tanto, se comenzó a transitar con un presupuesto prorrogado y con discrecionalidad para realizar las modificaciones de límites y partidas presupuestarias.

En marzo, a pocos meses de haber asumido -en el marco de la declaración de pandemia emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- y de un “contexto nacional crítico”, el Gobierno dispuso “el aislamiento social, preventivo y obligatorio” (DECNU 297/2020) por el que “todas las personas que habitan, o se encuentren temporalmente, en las jurisdicciones donde rige esta normativa deberán permanecer en sus domicilios habituales, sólo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos”.

En materia presupuestaria y teniendo en cuenta la situación de excepcionalidad vigente, el Ejecutivo encontró aún mayores condicionalidades para limitar el rol del Congreso y avanzar sobre los límites establecidos por ley anteriormente mencionada. Estableció a través del DNU 457/20 que el Ministro Coordinador podrá disponer de todo el Presupuesto Nacional y reasignar partidas hasta fin de año sin pasar por el Congreso. Suspendió, adicionalmente, el límite del 5% que tiene el jefe de Gabinete para reasignar partidas con el argumento de que es necesario “dotar de flexibilidad al presupuesto de la administración nacional para la atención de los gastos que se erogan en virtud de medidas vinculadas a la emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19. A su vez, por el artículo 4 del mismo decreto, el Gobierno, deja sin efecto hasta fin de año los límites que tiene el jefe de Gabinete para reasignar partidas previstas en el artículo 37 de la ley de administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional.⁽⁶⁾

De esta manera la pandemia fue la excusa para llegar nuevamente al esquema de “libre disponibilidad” (superpoderes) que permiten al Ejecutivo disponer en forma irrestricta de los recursos del presupuesto dejando al Congreso fuera de cualquier control. Sin embargo, la misma ley contemplaba una solución institucional para no contravenir el espíritu del artículo 37 de la ley de administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional y con esto quebrantar la distribución

equilibrada de poder entre Ejecutivo y Legislativo en materia de gasto público.

Si el problema, tal como se expuso en los argumentos del decreto fuera la excepcionalidad que impone la Covid-19. En su artículo 39 establece que “El Poder Ejecutivo Nacional podrá disponer autorizaciones para gastar no incluidas en la ley de presupuesto general para atender el socorro inmediato por parte del gobierno en casos de epidemias, inundaciones, terremotos u otros de fuerza mayor” y expresa además que “estas autorizaciones deberán ser comunicadas al Congreso Nacional en el mismo acto que las disponga, acompañando los elementos de juicio que permitan apreciar la imposibilidad de atender las situaciones que las motivaron dentro de las previsiones ordinarias o con saldos disponibles en rubros presupuestarios imputables”. “Las autorizaciones así dispuestas se incorporarán al Presupuesto General”.

En este aspecto, consideramos que, si bien las razones esgrimidas ameritan modificar las prioridades, existen instrumentos legales para llevar adelante las decisiones y evitar un ejercicio discrecional de las partidas y asignaciones presupuestarias. El cumplimiento de las normas, a fin de no resquebrajar la institucionalidad, exigiría que ello fuera informado y monitoreado por el Congreso; más aún, en las actuales circunstancias, en las que tanto la Argentina como los países de la región y del mundo están destinando importantes recursos para alivianar los efectos de la crisis.

El estudio realizado por IBP ⁽⁷⁾ (International Budget Partnership) sobre siete países de América latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, México y Perú) para los meses de abril y marzo de 2020 analiza algunas tendencias respecto del rol que vienen desarrollando los Poderes Legislativos en cuanto a: -la asignación o reasignación de recursos; -la creación de fondos específicos y- el ejercicio de controles sobre las acciones de los gobiernos.

La muestra exhibe prácticas y resultados desiguales. En lo que se refiere a las mayores atribuciones de los Ejecutivos para ampliar y gestionar los fondos para hacer frente a la emergencia, se observa que, en la Argentina, México, Colombia y Perú, las principales decisiones presupuestarias han sido determinadas por medio de decretos ejecutivos o presidenciales. En el caso de Brasil, Chile y El Salvador, los Legislativos han tenido una mayor implicación.

En Chile, el Congreso modificó el fondo de garantía para pequeños y medianos empresarios y aprobó un Ingreso Familiar de Emergencia; en Brasil, se aprobaron subsidios de emergencia y el Programa de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas y el Programa Federal para hacer frente al Covid-19; mientras que en El Salvador se modificó la Ley de Presupuesto para aumentar las partidas destinadas al Fondo de Prevención y Mitigación de Desastres y a obras públicas y el Fondo para desarrollo Económico y Social de los Municipios.⁽⁸⁾

En cuanto a la conformación de comisiones legislativas especiales, con excepción de la Argentina y El Salvador, en el resto de los países se ha creado esta instancia para el seguimiento de la crisis.

El Informe también reporta la creación de nuevos mecanismos de control y monitoreo en Chile, Brasil, Perú, El Salvador.⁽⁹⁾

Ciertamente, la pandemia ha expuesto, aún más, en un plano de extremo realismo las debilidades institucionales y la dificultad para conjugar capacidad y eficiencia en la coordinación de tareas entre agencias y poderes del Estado. Tal como ha expresado el economista Dani Rodrik pareciera que “... la crisis ha puesto de relieve las carac-

terísticas dominantes de la política de cada país... los países se han convertido en versiones exageradas de sí mismos y es probable que intensifique y afiance las tendencias ya existentes".⁽¹⁰⁾

Aun así, y en un plano de extremo realismo, también podría presentarse una singular oportunidad para que los legislativos refuercen y ejerzan adecuadamente sus funciones de legislación, control y representación. En esta instancia, las demandas y participación de la sociedad civil (ONGs, medios de comunicación, universidades) coadyuvarían ostensiblemente para fortalecer la transparencia, la seguridad jurídica y la estabilidad del rumbo económico; al tiempo que alejaría al país de prácticas que tienden a eludir la institucionalidad en nombre de la emergencia permanente. □

REFERENCIAS

1.- Estudio sobre la discrecionalidad presupuestaria a nivel nacional en Argentina. Entre 1994 y 2016. Serie de Investigaciones y publicaciones. Asociación de Administración Financiera y Presupuesto Público. Octubre 2017.

2.- www.auditor.info

3.- El Economista, 17-1-2017 <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Argentina-cerro-el-2016-con-40-de-inflacion-20170112-0031.html>. IPC Congreso, diciembre 2016. <https://www.ncn.com.ar/tag/ipc-congreso>

4.- El Gobierno sigue haciendo uso de los superpoderes presupuestarios. 5 febrero 2018. Diario La Nación. Laura Serra.

5.- <https://www.casariosada.gob.ar/informacion/discursos/46596-palabras-del-presidente-alberto-fernandez-en-su-acto-de-asuncion-ante-la-asamblea-legislativa>

6.- ARTÍCULO 4º.- Suspéndese durante el ejercicio 2020, para

aquellas modificaciones presupuestarias necesarias en virtud de medidas dictadas en el marco de las disposiciones del Decreto N° 260/20, la aplicación de los límites a las reestructuraciones presupuestarias que puede disponer el Jefe de Gabinete de Ministros establecidos en el tercer párrafo del artículo 37 de la Ley N° 24.156 de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional.

7.- IBP: Directorio Legislativo e International Budget Partnership: "Rol de los Poderes Legislativos en la asignación y control presupuestario en el marco de la pandemia de COVID-19. 22 de junio de 2020. <https://directoriolegislativo.org/blog/2020/06/24/rol-de-los-poderes-legislativos-en-la-asignacion-y-control-presupuestario-en-el-marco-de-covid-19/>

8.- Ibidem, Págs. 3 y 4.

9.- Directorio Legislativo: El Rol de los Poderes Legislativos en la asignación y control presupuestario en el marco de la pandemia de COVID-19. info@directoriolegislativo.org . Pág. 3.

10.- Dani Rodrik: Will COVID-19 Remake the World? Project Syndicate, april, 6, 2020

1. Especialista en Relaciones Internacionales, UBA-UNR. Estudios enfocados hacia la política exterior Argentina en relación con EE.UU. y el Mercosur, con especial énfasis en la relación bis a bis Argentina / Brasil desde la perspectiva teórica de la nueva economía institucional. Investigadora IdEB (Instituto de Economía del Bienestar) - Myriamfelperin@hotmail.com

2. Especialista en Economía y Gestión de la Salud. Profesor titular Salud Pública (Universidad Nacional del Litoral) Asesor Parlamentario en temas de Economía Pública y presupuesto. Director e investigador IdEB (Instituto de Economía del Bienestar) - vassalloc@gmail.com



www.sanidad.org.ar

El riesgo aceptable por el paciente

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



El riesgo no es tan solo un dato objetivo, es también una construcción social. Por consiguiente, la aceptabilidad del riesgo por el paciente cuando ingresa a una clínica o a un sanatorio para ser atendido por “los médicos”, no es uniforme y en mi entender presenta tres dimensiones diferentes y complementarias.

1.- La aceptabilidad del riesgo por la sociedad nos remite a la sociología del riesgo. Esta última explica la siguiente paradoja: la aceptabilidad guarda en realidad muy poca relación con la intensidad, la frecuencia o la severidad del riesgo.

Por ejemplo, los accidentes de tránsito, los domésticos o los del trabajo, producen muchas más víctimas que las catástrofes aéreas, industriales, químicas o nucleares. Sin embargo, los primeros son fácilmente aceptados.

La sociedad en general los tiene asumidos como hechos naturales. La sociología del riesgo permite analizar y explicar esa paradoja.

El Maestro Mosset Iturraspe seguramente no aceptaría este planteo. Seguiría viendo al paciente, al consumidor, como la parte débil de la relación, y al empresario, al profesional, como el poderoso.

En mi visión, y luego de haber realizado un extenso trabajo de campo sobre establecimientos médicos en general en los últimos cuarenta y tres años, y colaborado con mi pensamiento en miles de actuaciones judiciales de reclamo, pienso diferente.

Actualmente, la percepción del riesgo por los ciudadanos en el cuidado de la salud se caracteriza por una sensibilidad exacerbada y por una aparente irracionalidad frente a un resultado inesperado.

Es así como un riesgo es más aceptable cuando es elegido voluntariamente y no simplemente soportado, sobre todo cuando el individuo tiene el sentimiento de que pudo haber sido evitado, aplicando un mecanismo que tal vez se base en la afirmación voluntarista o inducida sin demasiado fundamento, en la existencia de una capacidad individual para controlar ese riesgo.

Cabe señalar entonces que, aunque la morbimortalidad relacionada con los riesgos ya experimentados nunca ha sido baja, la sociedad contemporánea es percibida como más peligrosa que las anteriores. Esa percepción se debe traducir en una demanda de esfuerzos suplementarios por parte de todos los involucrados en el cuidado de la salud, para reducir los riesgos.

El sentimiento de inseguridad parece superior a la realidad de las amenazas que el sistema parece producir.

El nivel de exigencia de seguridad en general de las

poblaciones es asimismo cada vez más elevado. En materia de atención del cuidado de la salud, también.

Se trata por ejemplo de la exigencia de disponer de medios para la atención del paciente, esto es recurso humano suficientemente capacitado y un equipamiento que deben ser a la vez “de punta”, “de proximidad y contención”, y “altamente capacitado” y a “cualquier precio” (equipos, urgencias, tratamientos de última generación, lo que sea).

En la visión del público, la “obligación de medios” del médico, se transformó poco a poco en una “obligación de resultado”, o al menos en una “pérdida de chance”.

No se concibe - desde hace mucho tiempo - que el médico falle o no alcance el objetivo deseado por el paciente y su entorno. Esa evolución sociológica se encuentra asimismo reflejada en el avance de la jurisprudencia y de la doctrina jurídica nacional.

El daño ha desplazado a la culpa. Hay un viraje hacia la responsabilidad objetiva. La constitucionalización del Derecho Civil y la Ley de Defensa de los Derechos del Consumidor han cercado con una exigencia de eficiencia y eficacia tal a los prestadores médicos en general, no vista respecto de otras profesiones, artes y oficios.

A raíz de la evolución comentada, es necesario para toda la comunidad médica, aplicar metodologías que permitan evitar los daños evitables, es decir los injustificables.

Esa evolución significa que la prueba de la culpa por el paciente, en las obligaciones de medios sólo le será exigida en determinados casos, ya que ahora se ha advertido que hay casos en los que tendrá que hacerlo, y otros en los que la culpa se presume, y le tocará al médico la demostración de su no culpa.

En la mayoría de los casos la responsabilidad del médico será objetiva, y en el mínimo de los casos se apoyará en el análisis de la culpa.

Debemos puntualizar que aunque el nivel de riesgo que atraviesa el “Sistema de salud” sea visto como elevado, en lo que se refiere a innumerables prácticas médicas y hasta de “usos y costumbres”, aun así la aceptabilidad de la población es particularmente reducida y la presión del público y de los medios muy fuerte (sangre contaminada, infecciones hospitalarias, daños cerebrales irreversibles por déficit de atención en el momento del parto, errores de diagnóstico, errores de medicación, emergencias domiciliarias, internaciones domiciliarias, recién nacidos dejados por fallecidos, entre otros). Esa presión provoca consecuentemente una reacción de los actores políticos que inician acciones legales, técnicas y a nivel de la organización.

2.- La aceptabilidad del riesgo técnico por parte del médico y del resto de los miembros del equipo de salud, nos remite primeramente a la idea del conocimiento por parte del médico de la existencia de un riesgo calculado sobre bases científicas en función de una relación riesgo / beneficio para el paciente involucrado.

Esta idea se basa en la consideración de los datos actuales de la ciencia de la cual depende cada caso y de cada paciente. La aceptabilidad supone *en definitiva* la destreza, la capacitación del médico y su equipo para utilizar los medios adaptados a la realización de la tarea terapéutica elegida en buenas condiciones de seguridad. Dicha destreza, aceptabilidad y el límite, debe ser informado al paciente y su entorno, sin ninguna duda. Ya no se puede no hacerlo.

3.- La aceptabilidad del riesgo por el paciente involucrado. Es él paciente - todos distintos - quienes deberán experimentar las consecuencias positivas o negativas de la aceptabilidad del riesgo, sobre todo cuando le ha sido adecuadamente informada.

La evolución de los últimos años de la legislación en materia de salud y derechos de los pacientes, historia clínica, consentimiento informado, voluntades anticipadas, investigaciones clínicas, nos recuerda la necesidad de profundizar en la información que se brinda al paciente, indicándole en especial los beneficios y los riesgos de las diferentes alternativas.

Es así como el paciente puede participar activamente en las elecciones diagnósticas y terapéuticas que le conciernen y brindar su consentimiento sabiendo muy bien de qué se trata. La información objetiva y completa

del paciente y su participación en la decisión de exponerse al riesgo *formarán parte de la gestión de la aceptabilidad del riesgo por el paciente.*

La aceptabilidad del riesgo en materia de salud implica tener en cuenta estos tres aspectos:

- 1.- El nivel de aceptabilidad por parte de la sociedad,
- 2.- La capacitación de los profesionales para llevar adelante los tratamientos informados previamente, y
- 3.- Cómo se involucra a los pacientes en el acto médico para que también asuman responsabilidades.

De ninguna manera es mi pretensión la de eximir de responsabilidad al médico o al empresario médico de su responsabilidad profesional. Interpreto que esta visión de la aceptabilidad del riesgo debería impulsar la necesidad del mejoramiento de la calidad y eficiencia de la prestación, y cumplir con el adecuado deber de información, como acto médico, y el consiguiente respeto de los derechos de los pacientes / consumidores. □

(*) 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.

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



“Somos esenciales y nunca bajamos los brazos”

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



La pandemia puso al desnudo las carencias de un sistema de salud con las falencias que venimos denunciando desde hace años, pero también le mostró a la sociedad, una vez más, el compromiso de los profesionales de la salud que están dando la vida frente a un enemigo desconocido y letal.

Por ello nos sorprende cuando escuchamos, de boca del Presidente de la Nación, que nos hemos relajado, y es por esto que con todo respeto le decimos que está equivocado porque NUNCA bajamos los brazos, lejos de nuestras casas y de nuestras familias e incluso en contextos donde los elementos de protección brillaban por su ausencia sumado a condiciones de trabajo poco adecuadas.

Desde el primer momento acatamos todas las demandas de las autoridades nacionales y locales desde las resignaciones de función hasta el cambio de los lugares de trabajo. Se incrementaron las camas de cuidados críticos e intermedios dando mayor fortaleza a nuestro sistema de salud.

Sin descanso, sin vacaciones, sin tiempo para relajarnos, no dudamos al decir que salvamos vidas de pacientes Covid como no Covid porque, claro está, las otras enfermedades no saben ni deben esperar.

Con todo, frente a la llegada de la segunda ola, seguimos reclamando por nuestro derecho a la vacunación que nos protege y por ende también preserva a nuestros pacientes. También volvemos a exigir que se nos trate como esenciales, no sólo en los medios o en los decretos, sino en los hechos, a través de una justa remuneración de una tarea de riesgo incrementado.

Asimismo, pedimos dejar a un lado los reproches mal dirigidos a los médicos y al equipo de salud, así como también las consideraciones que exceden los debates sanitarios. Frente a la situación que atravesamos, es preciso estar unidos y contar con más recurso humano para enfrentarla y además pedimos que nos protejan para ejercer, que nos permitan seguir salvando vidas y nos dejen trabajar sin agresiones, violencia ni persecuciones sobre la praxis médica.

Desde la Asociación de Médicos Municipales queremos reconocer eternamente a nuestros colegas por la labor desempeñada y sin ninguna duda seguiremos adelante con el mismo compromiso de siempre, honrando la vida de aquellos que la perdieron cumpliendo su labor en nuestros hospitales.

Esta pandemia superó todo lo conocido y experimentado hasta el momento por el sistema de salud en su conjunto. Nada nos preparó para esto, apareció de manera repentina y nos obligó a aprender a medida que se desarrollaba, adoptando diferentes estrategias para hacerle frente.

Desde hace muchos años hemos mencionado en

nuestros reclamos: AMBA, especialidades críticas, tecnología, área programática, refuerzo de recursos humanos, condiciones laborales, salarios, planificación, programación operativa, capacitación, política pública de salud. Teníamos razón. Tenemos razón.

Pero en este momento que nos toca vivir, la razón mayor se manifiesta en aquello que convencidos, defendemos cuando decimos que la salud poblacional no depende finalmente de la alta tecnología ni de la mejor hotelería sino de la suficiente dotación de recurso humano capacitado, formado, dedicado y bien pago, que requiere ser cuidado y tratado con justicia y, fundamentalmente, con respeto. Así es que pueden poner miles de respiradores, pero sin los terapeutas y su equipo, ninguno va a funcionar.

Frente a una crisis pandémica y, por lo tanto, social que afecta al mundo y a la Argentina, esa salud pública y ese hospital público antes criticados fueron puestos en el centro de la escena, no sólo por los necesitados de su cuidado inmediato sino por la sociedad entera, consciente y temerosa de la posibilidad real de sucumbir también a la enfermedad, la ya no tan nueva peste que inaugura la década en medio de alertas y de una desinformación tan contagiosa como el virus en cuestión.

Develando su importancia, su irremplazable lugar y valor, nuestra salud pública gritó una vez más ¡Presente, acá estamos! Y rápidamente supo acomodarse y adelantarse a las necesidades poblacionales. Esto sucedió gracias a sus protagonistas: las médicas, los médicos y todo el equipo de salud. Sin lugar a duda, hoy somos los protagonistas.

Nos pusimos al frente, demostramos con acción nuestra vocación y el imaginario social comprendió que eso es ser médico. Ya es sobrada hora de dejar de escuchar que la salud no les da rédito a los políticos o que como la pandemia aumentó el gasto, entonces hay que ajustar ese gasto en el equipo de salud.

Sinceramente, es injusto e indignante, tanto como el menosprecio del saber médico y el desconocimiento de su rol en la organización del sistema de salud. ¡Qué habría pasado si no nos hubiéramos opuesto al nombramiento de CEOs que manejaran nuestros hospitales por sobre nuestros directores y subdirectores médicos! ¡Cuánta razón teníamos!

Desde aquel 19 de marzo de 2020, cada día que pasaba, todo se complejizaba. Lo que en un momento fue una verdad absoluta, al día siguiente dejó de serlo. Hubo que adaptarse a un nuevo paradigma, a un nuevo mundo. Modificamos el modo de atención, aparecieron riesgos desconocidos, empezó la incertidumbre.

Hubo que extremar los recaudos, pero por momentos los equipos de protección personal no llegaban en tiempo

y forma. Entonces la institución salió a paliar falencias, y dijimos con firmeza que, si los equipos que exigía el protocolo no estaban, no se debía atender porque los colegas ponían en riesgo su salud y su vida.

Paralelamente, un lado oscuro y mezquino de cierta parte de la sociedad ensombreció y dificultó la vida diaria de muchos colegas. Llovieron denuncias de discriminación y amenazas a médicos y médicas en sus viviendas y consultorios.

Al instante de haber aparecido el primer caso, nuestro reclamo en los medios y el trabajo conjunto con la Defensoría del Pueblo en la Legislatura llevó a la promulgación de una ley que ante esta situación castigaba con multas y diez días de prisión a los responsables.

Este fue siempre nuestro accionar, inmediato. A cada nueva situación de dificultad que se planteaba por la pandemia, buscábamos soluciones. Así fue como por el cierre temporal de la Facultad de Medicina de la UBA, conseguimos que el Gobierno acepte prorrogar el pago de las recertificaciones vencidas. La instauración de la modalidad de atención virtual nos llevó a crear la cobertura de la telemedicina mediante el seguro de praxis médica.

Por otro lado, se iniciaron cursos de aprendizaje para el manejo de herramientas virtuales para nuestros jubilados que lo requiriesen. Asimismo, se trabajó fuertemente acercando al Congreso de la Nación proyectos para eximir del impuesto a las ganancias a los médicos y a todo el equipo de salud.

Además, hubo una labor intensa para que todos los integrantes de nuestros CESAC cobraran el bono de Nación, algo que no sucedió en otros distritos.

Con todo y el correr de los días y los meses comenzaron a presentarse efectos no deseados. El agotamiento y la fatiga fueron los primeros en aparecer. La sensación de avasallamiento y destrato de las autoridades se hizo presente en el aumento de la carga de trabajo y los cambios de lugar de desempeño de tareas (en las UFU, por ejemplo) y, también, al enfrentar diariamente, sin descanso físico ni mental, el riesgo del contagio (que potencialmente significa un riesgo de muerte y/o de afectar a nuestro entorno) sin respuestas satisfactorias por parte de los responsables.

Nuestra situación de estrés, de alerta sin tregua frente a la amenaza de un enemigo invisible, el uso permanente de los elementos de protección personal y la sobreexigencia constante son sólo algunos de los factores que provocaron, en la mayoría de los colegas, trastornos del sueño, depresión, ataques de pánico, crisis de llanto, miedo, entre otras serias dificultades que tuvieron un fuerte impacto en nuestra psiquis y en nuestra vida en general.

Cabe destacar que antes de la pandemia habíamos creado CyMAT salud, un programa de protección de la salud de los médicos. Ese equipo se ocupó de atender todas las consultas por temas relacionados con Covid-19, como los mencionados arriba.

Finalmente, luego de una tensa espera, llegaron las vacunas. Pero no para todos los médicos del sistema. Anteponiendo vaya uno a saber qué intereses, el discurso del Gobierno no se refleja en la realidad y el criterio de prioridades no se respeta. No puede ser que todavía estemos reclamando nuestro lugar primordial en la aplicación de las vacunas.

Sabemos de dificultades, pero no podemos concebir situaciones de desorganización y/o errores en los principios de distribución que lleven a que nuestras vacunas tengan otros destinatarios. Por nosotros, pero fundamentalmente por nuestros pacientes.

¿Y el futuro? Resulta tan difícil como inevitable en este punto recordar que la pandemia no sólo no terminó, sino

que aún falta mucho. Es por eso que la Asociación de Médicos Municipales exige para cada uno de nosotros, el lugar y la importancia merecidos. Eso significa organización del trabajo, CyMAT claras y, repetimos, un salario acorde a nuestra función y responsabilidad.

Por eso también tomamos medidas gremiales progresivas: sacamos solicitadas en los medios gráficos de mayor tirada y seguimos con un acto lleno de simbología frente al Hospital Muñiz al que nos acompañaron otros gremios médicos y profesionales. Luego, un paro de 24 horas y otro de 36 con una marcha multitudinaria alrededor de la Casa de Gobierno de la CABA, donde un querido colega que vino a manifestar su compromiso con la lucha gremial perdió su vida.

Nosotros queríamos estar en los hospitales, pero nos obligaron a sacar los guardapolvos blancos a la calle. Como dijimos anteriormente, toda la sociedad se convenció de la importancia de la salud pública. Entendió que aquello que creía que no le iba a pasar, que era para otros, finalmente pasó. Se convenció de que el bien más preciado que cada uno de nosotros tenemos es la salud y que para cuidarla es necesario que cada uno esté involucrado con un sistema de salud pública que lo respalde y lo cuide.

Este es el momento de mejorar, de sacar algo en limpio después de tanto sufrimiento y miedo, algo que nos ayude a construir mejor, no sólo la salud sino nuestra sociedad. Invito a todos a hacerlo. Hoy más que nunca precisamos una ciudadanía responsable, solidaria, a quien le importe el otro.

Se necesita a cada uno de los médicos y médicas e integrantes de los equipos de salud discutiendo estructuras, modelos de atención, recurso humano, capacitación; juntos con un objetivo común. Queremos que el salario médico no se trate de un punto más o menos en un porcentaje abstracto, sino que sea un tema nuestro y de toda la sociedad. Para que esa remuneración tenga un valor determinado que no sea dispar en los distintos sectores de la Argentina, ni que sea la variable de ajuste de los que tienen una visión sesgada sobre la salud. Esta pandemia debería ser el punto de inflexión respecto de este tema.

Para eso, por supuesto, hacen falta gobiernos que entiendan. Todo lo aquí planteado tiene el fin de que se convenzan de que una política pública de salud de Estado que esté por encima de los gobiernos de turno no es un reclamo histórico y utópico de la Asociación de Médicos Municipales, sino una necesidad absoluta de la Argentina toda. No debería hacer falta recordarlo, pero no debemos olvidar: la sostenibilidad de la respuesta sanitaria actual se ha logrado a partir del gran esfuerzo de los hombres y mujeres que integran el equipo de salud.

Colegas, los de planta, los de guardia, de los CESAC, de las UFU, residentes, concurrentes, suplentes de guardia, todos: estamos ante el mayor compromiso de nuestra vida profesional. Pusimos y ponemos al máximo de nuestras capacidades, llevando a la práctica la idea de que quien no da todo en estos momentos, no da nada.

Nuestra institución estuvo y está al lado del colega. La agenda de la Asociación de Médicos Municipales es la que nuestros colegas plantean día a día. Por lo tanto, exigimos la valoración de este cuerpo profesional, fuera de toda duda valiente y valioso, pero necesitado de protección, con el respeto ganado, pero con la necesidad imperiosa de recobrar su integridad, su salud física y mental, su vitalidad y su entereza para poder continuar ejerciendo su vocación, para poder continuar dando salud, salvando vidas, guardando el presente para crear un futuro. □

Sí, pero no...

Por el Mg. Antonio Ángel Camerano (*)



La pandemia sigue, y según las proyecciones más agoreras durará otros trescientos sesenta y cinco días o como se dice vino para quedarse. Muchos opinan y alarman. Claro el problema es cierto y además si nos fijamos muchas veces en los títulos y copetes luego el contenido se desdice. Los laboratorios de parabienes. Y la gestión nacional ha iniciado un programa que puede ser criticable o no, pero es un programa.

Agoreros, antivacunas. Todo está al alcance.

Lo cierto es que ya tenemos vacunas que en tiempo récord el hombre en el mundo ha empezado a desarrollar. Y yo siempre hablo del Banco Mundial. Según un trabajo del mismo del 11 de enero del 2021 se menciona ...

"En un momento en que el nuevo año trae cierta esperanza para la lucha contra el Covid-19, repasamos lo sucedido y hacemos el balance del efecto de la pandemia en la pobreza durante 2020. En octubre de 2020, utilizamos como base las previsiones de crecimiento incluidas en la edición de junio del informe Perspectivas económicas mundiales (GEP) (PDF, en inglés) y estimamos que, en todo el mundo, entre 88 millones y 115 millones de personas caerían en la pobreza extrema en 2020. Si tomamos los pronósticos incluidos en la edición de enero de 2021 de dicho informe, podemos prever que la cantidad de nuevos pobres surgidos como consecuencia de la pandemia de Covid-19 en 2020 aumentará entre 119 millones y 124 millones. Este rango de estimaciones está en línea con otros cálculos basados en previsiones alternativas de crecimiento elaboradas recientemente".

"Al igual que en nuestras estimaciones anteriores, el número de nuevos pobres surgidos a raíz del Covid-19 se calcula como la diferencia entre la pobreza proyectada con pandemia y sin ella. Para predecir la pobreza en el primer caso, utilizamos las previsiones de crecimiento del informe GEP de enero de 2021, y para el mundo sin pandemia, las incluidas en la edición de enero de 2020. Es importante señalar que, si bien ahora estamos "repasando" el año 2020, nuestras estimaciones siguen basándose en extrapolaciones de encuestas de hogares anteriores a ese año".

"El aumento estimado de la pobreza mundial en 2020 es verdaderamente inédito. Antes del Covid-19, el único caso registrado en los últimos 30 años de aumento en el número mundial de pobres como consecuencia de una situación crítica fue el de la crisis financiera asiática, que elevó la pobreza extrema en 18 millones de personas en 1997 y sumó otros 47 millones en 1998. En las dos décadas transcurridas desde 1999, la cantidad de personas que viven en la pobreza extrema en todo el mundo disminuyó en más de 1.000 millones. Parte de este éxito se revertirá a causa de la pandemia de Covid-19. Por primera vez en 20 años, es probable que la pobreza aumente significativamente. Se estima que la pandemia de Covid-19 provocará una suba de entre 88 millones (estimación de referencia) y 93 millones (estimación pesimista) en el número de personas en situación de pobreza extrema en 2020. Si se toman en cuenta las personas que habrían salido de la pobreza extrema en otras circunstancias pero que ahora no podrán hacerlo debido a la pandemia (es decir, 31 millones en 2020), el total de nuevos pobres surgidos por Covid-19 en ese año se estima entre 119 millones y 124 millones de personas".

"Esta pandemia no sólo se está cobrando vidas; es probable que su impacto en las economías y en las condiciones de vida se prolongue más allá de la etapa de emergencia sanitaria. Procuramos garantizar la continuidad de las operaciones de nuestros clientes durante este tiempo para que el sector privado del mundo en desarrollo esté mejor equipado y pueda contribuir a que las economías se recuperen más rápidamente", dijo Philippe Le Houérou, director general de IFC. "A su vez, esto ayudará a los grupos vulnerables a recuperar sus medios de subsistencia con mayor rapidez y continuar invirtiendo en el futuro". □

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

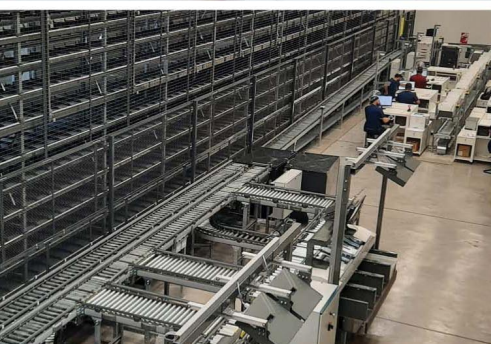
**Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.**

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.



*"Hace 20 años imaginamos
la empresa que somos.
Hoy ya trabajamos en la
empresa que vamos a ser"*



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.
Una búsqueda constante por superarnos.
Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001



2021



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

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

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar



LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.