

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida

SALUD & REFORMA ¿Quién le pone el cascabel al gato?



Primera plana
La salud es una
urgencia de largo plazo
Por el Dr. Carlos A. Díaz



Columna
Los riesgos de
eludir la presencialidad
Por el Dr. Hugo E. Arce



Opinión
El médico del futuro
ya está entre nosotros
Por Santiago Troncar

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 **GALENO**

ESTAMOS

Atendimos más de **150.000 llamadas por riesgo de vida** y enviamos más de **215.000 ambulancias** durante la pandemia.

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

LO PEDAGÓGICO DE ESTA PANDEMIA

Adaptación activa a la realidad Cero resistencia al cambio

Hemos puesto de manifiesto la mayor
gestión de medicina pre hospitalaria en todo
el territorio nacional

Lo logramos optimizando el profesionalismo
y la capacidad operativa de las empresas que
integran la Red SIFEME

Seguimos siendo el sector más expuesto
frente a un virus que aún nos da batalla



750 EMPRESAS PRESTADORAS | 20.000 LOCALIDADES

EMERGENCIAS – VISITAS – TRASLADOS – TELEMEDICINA



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS

ÚNICA RED EN ARGENTINA CON CERTIFICACIÓN INTEGRAL
DE LA NORMA ISO 9001-2015 / IQ NET



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral

**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS****EN INTERNET:**

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

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Full Gráfica S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

GRAGEAS	6
COLUMNA <i>Pandemia y futuro</i> Por el Dr. Rubén Torres - Rector de la Universidad ISALUD	8
COLUMNA <i>Los riesgos de eludir la presencialidad</i> Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista	10
OPINIÓN <i>La breve vida del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)</i> Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico. Master en Economía y Cs. Políticas	12
OPINIÓN <i>Menos gasto y más inversión en salud</i> Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES	14
COLUMNA <i>La propuesta de reforma al sistema de salud argentino</i> Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública	16
COLUMNA <i>Respondiendo a los nuevos desafíos</i> Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA	18
OPINIÓN <i>El médico del futuro ya está entre nosotros</i> Por Santiago Troncar	20
DEBATE <i>Siempre llegamos tarde</i> Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud	22
COLUMNA <i>Segunda década del siglo XXI - Tiempo de pensar un nuevo equilibrio asistencial</i> Por la Lic. Adriana Figueras - Presidente de CADEID	24
VOCES <i>Reformar el sistema de salud</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	26
COLUMNA <i>Cuentas pendientes - La pandemia entre ruidos y silencios</i> Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA	28
PRIMERA PLANA <i>La salud es una urgencia de largo plazo</i> Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Profesor Titular de Gestión Estratégica - Universidad ISALUD	30
DEBATE <i>SARS Cov-2 de Alfa a Delta - Linajes, vacunas y peligros</i> Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD	34
OPINIÓN <i>Humanismo y salud</i> Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión	36
OPINIÓN <i>Hola Doctor! ¿Qué aprendimos?</i> Por el Dr. Carlos Felice - Abogado. Especialista en Sistemas de Salud	38
INFORME ESPECIAL <i>El financiamiento y el gasto en salud de la Argentina</i> Por Carlos Vassallo Sella y Alejandro Sonis	40
COLUMNA <i>El cambio disruptivo y su efecto en las organizaciones de salud</i> Por la Prof. Mg. Patricia M. D'Aste - Ex presidente de SADAM y CEO de ProSanitas BSC	44
COLUMNA <i>La responsabilidad médica del sanatorio</i> Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut	46
ACTUALIDAD <i>Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y adolescencia</i> <i>Tendencias antes y durante la pandemia de COVID-19</i>	48
COLUMNA <i>85 años de vida y de esencialidad</i> Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales	50

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

BIENESTAR PARA ESTAR BIEN.

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



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

“Todo para cuidarte”, la nueva campaña nacional de SanCor Salud

Grupo SanCor Salud lanzó su campaña nacional “Todo para cuidarte”, una pieza institucional que refleja la esencia de la compañía: el compromiso de estar siempre cerca asegurando el bienestar integral de sus más de 600.000 asociados.



Cuidar la salud integral es el eje central que guía las acciones de la prepaga, misión que recobró fuerza en un momento sensible en el mundo, donde el bienestar físico, psicológico y emocional de las personas se reafirma como prioridad. Tal es así que SanCor Salud enfoca su nueva campaña de comunicación en el concepto **“Todo”**: todas las alternativas que ofrece, todos los puntos del país que abarca a través de más de 300 centros de atención y servicio médico online las 24 horas, acompañando las necesidades de salud y requerimientos de cada uno de los ciudadanos, en todo momento, en cada rincón de la Argentina.

“La salud es todo por eso tenemos todo para tu salud” es el mensaje que expresa el spot del Grupo empresario que cuenta con la red de servicios médicos más grande, más de 200.000 prestadores, y que, a través de su amplia variedad de planes, refleja su responsabilidad con el acceso democrático e inclusivo al sistema privado de salud. Llegar a todas las personas, en todos los momentos de su vida, asegurando la sostenibilidad de los servicios de calidad.

En este sentido, no sólo en su planificación estratégica sino en su pieza de presentación, SanCor Salud manifiesta su compromiso con la diversidad y el respeto por los derechos humanos, un valor esencial plasmado en esta nueva campaña nacional.

Para llegar a cada individuo, “Todo para cuidarte” se difunde en diferentes versiones de contenido, en video apuntados a los distintos segmentos distribuidos en múltiples espacios de medios masivos y digitales, haciendo de su difusión una amplia campaña integral. ■

<https://www.youtube.com/watch?v=51xdRVEKrMU>

IOMA implementó un nuevo sistema digital para el inicio de trámites

Para autorización de medicamentos y prácticas médicas las personas afiliadas ya no tendrán que ir a las Delegaciones.



El ministro de salud bonaerense, **Daniel Gollán**, su viceministro, **Nicolás Kreplak**, y el presidente de IOMA, **Homero Giles**, presentaron un innovador sistema para el inicio de trámites: una herramienta digital que simplifica el proceso de autorización de prácticas y medicamentos, y representa un hito en el proceso de modernización e informatización que viene llevando adelante la obra social.

Los afiliados ya no tendrán que ir a las Delegaciones, algo tan imperioso en este contexto de pandemia. **Con este nuevo sistema pueden realizar los trámites de autorizaciones para medicamentos y prácticas médicas de manera digital, mediante la página oficial www.ioma.gba.gob.ar, o por la APP IOMA Digital. La descarga de esta aplicación es gratuita desde Play Store o App Store.**

La mesa expositora estuvo conformada –en el auditorio de la sede central de IOMA–, además por la vocal del directorio de IOMA, **Paula Espiño** y la directora general de proyectos de la Alianza Argentina de Pacientes, ALAPA, **Florencia Braga Menéndez**.

Daniel Gollán aseveró que **“esta herramienta es una más de todo lo que hay que hacer, vamos a demorar mucho tiempo en reconstruir la confianza de los afiliados en su obra social, pero lo estamos logrando”**.

El ministro indicó que “para los que no nos gusta esperar, es maravilloso hacer los trámites desde la computadora. Lograr esto va a cambiar la vida de muchas personas, es un hito”. “Vamos a transformar la obra social, no estamos acá para otra cosa, vamos a construir un sistema de salud junto con el ministerio para todos y todas”, propició Gollán.

A su tiempo, **Nicolás Kreplak**, consideró que la implementación de las nuevas herramientas no implica sólo la digitalización, sino que es un gran avance para reducir la violencia institucional vinculada a la burocracia.

“No es sólo una digitalización, sino que esconde una transformación de todo”, aclaró el viceministro. “Una consecuencia del uso de estas herramientas es la transparencia, la posibilidad de poder planificar, brindar seguridad, saber en qué se gasta, cuáles son las necesidades de las personas”, agregó.

Por ese motivo, **Kreplak** aseguró que **“la modernización de la obra social es un hito para construir la soberanía de IOMA, para brindar respuestas al afiliado y para organizar un sistema de salud integrado, que vela solamente por los intereses del pueblo”**.

“Hoy, en un escenario de pandemia podemos ver claramente que un sistema integrado y equitativo es un ejemplo de cómo un Estado presente puede lograr cosas”, dijo el funcionario.

El titular de la obra social, **Homero Giles**, explicó que **“se trata de un desarrollo de IOMA, con equipos fortalecidos que hacen que desde aquí podamos construir una herramienta propia, sencilla, sin tener que contratar sistemas carísimos”**.

Giles anticipó que también los gremios van a colaborar con los afiliados de IOMA, ya que van a aportar puntos de contacto para ayudar a las personas que no puedan por sus medios realizar estas gestiones. ■

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

Pandemia y futuro

Por el Dr. Rubén Torres

Rector de la Universidad ISALUD



La pandemia causó el mayor daño económico, político y social desde la 2^{da} Guerra Mundial, en un mundo convulsionado por la inequidad. La vida comunitaria se deterioró a partir de la segregación producto de la inequidad, la delincuencia que reduce la confianza entre personas, el creciente individualismo que comenzó en la década del 80, y el encierro en mundos digitales.

Con el debilitamiento de las comunidades parece haber un recambio en los valores, somos una sociedad más abierta, pluralista y que rechaza los extremos, lo cual es muy positivo. Los viejos valores del honor y la palabra van quedando atrás. Hace un siglo la gente llegaba a suicidarse o batirse a duelo por cuestiones de honor. La palabra era compromiso inquebrantable.

Hoy todo debe quedar por escrito y rubricado por abogados para garantizar que nadie falte a la verdad. La degradación de la confianza crece proporcionalmente al debilitamiento de las comunidades y al aumento de la complejidad del mundo.

Antes de la pandemia a nivel global los indicadores económicos y sociales nunca fueron tan buenos, nunca tantas personas fueron parte de las clases medias, la pobreza extrema estaba en mínimos históricos y la esperanza de vida nunca fue tan alta.

América latina fue la región en desarrollo más afectada por la pandemia. Con el 8,4% de la población mundial concentra 30% de las muertes por Covid-19. Sufre su peor contracción del PIB que cayó 7,7% en 2020, se han cerrado 2,7 millones de empresas, con dramática destrucción de empleo principalmente de jóvenes y mujeres y un desplome drástico del comercio, la inversión extranjera y las remesas.

Se incrementó la desigualdad y la pobreza que se había logrado reducir de un 45,2% en 2001 a un 30,3% en 2019, aumentará en 28,7 millones de personas alcanzando un 33% de su población. El impacto ha sido brutal y magnífico en las brechas en materia de desigualdad afectando, en particular a los sectores más vulnerables de la sociedad.

El mundo en general se enfrenta a una pandemia amplificada por la desigualdad, que requiere profundizar no sólo en las causas estructurales profundas que en cada sociedad han conducido a este impacto desparejo sino también en los diversos efectos de la transición que vive el sistema internacional.

La desigualdad que caracteriza a América latina y propicia la propagación de la pandemia por la falta de insumos médicos y vacunas que contribuyan a una respuesta sanitaria consistente, no es una particularidad de la región. La asimetría entre naciones en su acceso a estos elementos marca la dinámica global actual. Las naciones con economía más poderosas acumulan insumos médicos en exceso agravando la escasez de vacunas entre naciones marginadas y la brecha entre el mundo desarrollado y en desarrollo.

Los países ricos con 14% de la población mundial compraron más de la mitad de las dosis de vacunas disponibles. En una región asolada por la desigualdad y la ausencia de recursos sanitarios, la "diplomacia de las vacunas" genera una lucha por proveer un bien público global para reforzar el "poder blando" de algunas potencias.

El vacío dejado por las naciones occidentales y algunas grandes corporaciones farmacéuticas en asistir a la región es ocupado por la creciente presencia e influencia de Rusia y China, en un proceso de desplazamiento del dinamismo económico mundial y la influencia y proyección política desde Occidente a Oriente.

En medio de la gran transformación histórica que atraviesa la humanidad en la era del coronavirus el desafío intelectual que se impone es poder imaginar hoy una utopía post-pandemia. Los expertos vaticinan que en el post-covid se producirán reformas tecnológicas que permitirán acceder a verdaderas mejoras en condiciones de salud y educación, el ámbito social y laboral.

La medicina se verá altamente favorecida, con sensores y dispositivos que permitirán nuevos tipos de monitoreo online, en tiempo real y permanente de la salud del paciente, y máquinas inteligentes para diagnosticar enfermedades en forma más rápida y segura.

Pero podría empeorar la desigualdad entre "conectados" y "desconectados", se crearán condiciones oligopólicas para grandes empresas de tecnología y la inteligencia artificial podría erosionar aún más la privacidad, la libertad individual, y la formulación de políticas públicas basada en evidencias.

Se mejorará considerablemente la calidad de vida porque se crearán sistemas más inteligentes para la administración de servicios públicos y el home office reducirá el hacinamiento urbano y la contaminación ambiental derivando en un mejor entorno para la vida familiar y social.

A nivel global otra víctima de la pandemia ha sido la cooperación internacional y su capacidad de proveer los necesarios bienes públicos globales. Las desigualdades persisten tanto al interior de las sociedades como en el marco del sistema internacional mientras que, la salud pública global pareciera pasar a ser la continuación de la política por otros medios.

La batalla de la pandemia ha generado resultados muy dolorosos, pero hay un futuro por delante, cuyas batallas no disputarán fuentes de energía no renovables, sino propiedad de datos, a partir de los cuales se construirán la mayoría de los bienes, y sobre la base de cada click cada elección, cada consumo, la inteligencia artificial aprenderá nuestras preferencias y patrones de comportamiento ordenando desde el tránsito hasta las inversiones, pasando por la política y la comida, el chequeo de la salud y el diseño de la mejor estrategia de prevención para cuando llegue la próxima pandemia.

¿Qué le propone la política a la gente para entonces? ¿Cuál es el sueño, la meta, la ilusión con la que imagina contener a una sociedad tan golpeada? ¿Lo que se ve en estos días?: aduaneros del Estado revisando documentos y valijas, mientras la importación del virus quedó en manos privadas y con tarifa obligatoria.

Cabría recordar los factores que M. Gandhi mencionaba como destructores del ser humano y el Estado: "La política sin principios, la riqueza sin trabajo, los negocios sin moral, la ciencia sin humanidad y la oración sin caridad". □



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

Los riesgos de eludir la presencialidad

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



Tras haber transcurrido casi todo el año 2020, y la 1ª mitad de 2021, en un intenso ejercicio de *virtualidad*, empresas privadas, agencias estatales y servicios públicos, observaron con admiración los beneficios de haber logrado significativos ahorros en tiempos de trabajo presencial, evitando procedimientos ociosos en los circuitos administrativos, un acelerado entrenamiento en el uso de tecnologías a distancia y —quizá comentando discretamente— la expectativa de futuros ajustes en costos operativos y contratación de personal. En los establecimientos educativos (primarios y secundarios), parece evidenciarse una polémica sobre el nivel de aprendizaje logrado. Algunos afirman que los alumnos han alcanzado un salto de conocimientos a través de medios virtuales, seguramente influidos por el interés de los gremios docentes en reducir el riesgo de sus afiliados al contagio “laboral”. Curiosamente estos mismos “educadores” opinan que hay que dar por cumplidos los ciclos 2020 y 2021, sin someter a los alumnos a pruebas de aprovechamiento, porque se correría el “riesgo” de evidenciar la escasez de conocimientos adquiridos.

En el campo universitario, los institutos privados han hecho grandes esfuerzos para inducir a los docentes a organizar clases que requieren diálogo, intercambio y mostraciones simuladas o materialmente reales. Muchos docentes, por razones generacionales, tienen dificultades para adaptarse a la enseñanza virtual, sencillamente porque se formaron con otra dinámica de aprendizaje. En las universidades públicas es posible que se encuentren grandes disparidades, porque son entidades tan voluminosas, que difícilmente puedan implementar plataformas virtuales, que alcancen a todas las carreras y cátedras. De modo que es posible que las hayan reemplazado por redes virtuales fragmentadas, según la disponibilidad de recursos de cada región.

En la educación primaria y secundaria también se reemplazaron las clases presenciales por encuentros a distancia, suponiendo que lo prioritario es cuidar la salud de los educandos que, aunque son menos vulnerables a los contagios o cursan cuadros leves, pueden actuar como transmisores del Covid-19 a sus familias y adultos mayores. La vinculación por *WhatsApp* ha quitado toda la riqueza atribuible a la presencialidad escolar donde, con mayor intensidad, el contacto personal tiene un valor educativo y de socialización, que ninguna comunicación a distancia puede suplantar. A diferencia de otros países, en la Argentina se dio mayor importancia al riesgo de contagio que al atraso cognitivo, determinado por el cierre de escuelas y universidades. Los gremios docentes evitaron considerar a las tareas educativas como prioritarias y alentaron la inactividad escolar. No sostuvieron el mismo criterio para otros servicios públicos, como trabajadores de salud, transporte y seguridad. Los estudiantes pertenecientes a hogares de bajos recursos, quedarán prisioneros del medioambiente doméstico —y a sus celulares—, sin posibilidad de mejorar su bagaje cultural a través del intercambio con otros niveles sociales. Las comunicaciones virtuales no hicieron más que congelar las inequidades educativas y acentuar las diferencias.

En medianas y grandes empresas, durante las jornadas de trabajo presencial en grupos humanos numerosos, naturalmente se dedican intervalos de tiempo no productivo, que los empleados invierten en diálogos sobre circunstancias personales, relaciones afectuosas o conflictivas, comentarios triviales

—que suelen descalificarse como “radio-pasillo”—, y también coincidencias o discrepancias sobre ciertos procedimientos. Es un error suponer que estos contactos interpersonales carecen de todo valor. Por el contrario, contribuyen a mantener el clima de convivencia laboral, a elaborar criterios operativos comunes, y a veces —tal vez las menos frecuentes— a iniciar aportes innovativos que mejoran procedimientos. Las reuniones de evaluación, análisis o discusión de directivas han sido sustituidas por encuentros en plataformas virtuales, que permiten la participación de los integrantes desde sus domicilios, limitados por la ausencia física, pero que reciben con entusiasmo la libertad de invertir tiempo en viajes prolongados. La carencia de diálogo personal fue ocupada por intercambios grupales por *WhatsApp*, que pueden tener efectos más nocivos que el tiempo *no productivo* en los espacios laborales. ¿Los contactos físicos —dar la mano, besos, abrazos, borradores manuscritos— quedarán descartados por *improductivos*?

Las comunicaciones a distancia han ampliado los alcances de la participación, tanto en el campo laboral como el educativo, pero en sentido inverso, han limitado la riqueza del intercambio a los objetivos estrictamente agendados. La empatía —un componente sustancial de los vínculos humanos— se ha reducido a comentarios protocolares. Uno de los aspectos más innovativos de la industria japonesa en la década del 70, fue el de complementar en la estructura de las empresas, las comunicaciones verticales —*asciende* información y *descienden* directivas—, con comunicaciones horizontales (empleados de un mismo circuito administrativo discuten su mayor eficiencia). Estas reformas se concretaron a través de procedimientos que denominaron “círculos de calidad”. En realidad, se estaban incorporando a la organización empresarial, vías de intercambio que incrementaban su dinamismo y su creatividad. Algo similar ocurrió en los hospitales cuando se integró la organización por departamentos (clínico, quirúrgico, materno-infantil, diagnóstico, emergencias), con el seguimiento de los pacientes por la modalidad de “cuidados progresivos”, brindando una mayor continuidad de la atención y un enfoque clínico más integrado, que el resultante de una sumatoria de especialidades.

El analista económico Jorge Castro (Clarín, 21-02-21) destacaba que el salto tecnológico provocado por la retracción económica de 2020 determinó un incremento del 30% en la productividad de EE.UU. y China, como consecuencia de la digitalización de los procesos de manufactura y servicios, en el marco de la Cuarta Revolución Industrial. Cabe preguntarse si esa aceleración se logró a expensas de la calidad y la satisfacción de los clientes. Como contraparte, éstos sólo encuentran productos estandarizados por técnicos informáticos, en general no predispuestos a atender inquietudes particulares, interlocutores con frases de libretto y bloqueo de vínculos *humanos* con los productores, que permitan *personalizar* esas necesidades. Pareciera que un salto *revolucionario* similar, se está aplicando en servicios necesariamente *personales*. ¿Se espera que puedan influir positivamente en la educación y la atención de la salud? □

(*) Médico sanitarista. Miembro del Grupo PAIS. Autor de “Un sistema de salud de más calidad” (Prometeo, 2020). Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación Barceló.



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

La breve vida del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



Héctor José Cámpora asumió la presidencia de la Nación el 25 de mayo de 1973, y designó un gabinete ideológicamente heterogéneo, representativo de diversos sectores del peronismo de entonces. Entre ellos al tristemente célebre José López Rega, a cargo del Ministerio de Bienestar Social, del que dependía la Secretaría de Salud.

Se inició entonces un breve período de 49 días conocido como *primavera camporista*.

En su mensaje ante la Asamblea Legislativa, al referirse a la política de salud a implementar, mencionó el fracaso de los intentos hechos hasta el momento para ordenar los subsectores de las obras sociales, estatal y privado. Afirmó que: *"No debe existir libre empresa en cuanto a quienes intervienen en problemas de la asistencia médica..."*, y anunció que su Gobierno propugnará un sistema único nacional de salud, y fomentaría la industria nacional de medicamentos, *"regulando su importación y eliminando la libre comercialización de dicha industria, para terminar así con la especulación y el lucro"*.

El 20 de junio de ese año Perón volvió al país. El presidente y su vice, el conservador Vicente Solano Lima, renunciaron a sus cargos el 13 de julio, para facilitar la convocatoria a nuevas elecciones. Para el futuro presidente Radical, Raúl Alfonsín, la renuncia de Cámpora *"fue un golpe de la derecha"*.

Por tercera vez en su vida Juan Perón, esta vez acompañado en la fórmula por su esposa, ganó la presidencia el 23 de setiembre de 1973, con algo más del 60% de los votos.

En diciembre de ese año el Poder Ejecutivo publicó el *Plan Trienal para la Reconstrucción y Liberación Nacional 1974-1977*.

En ese Plan se estableció que el grave deterioro sectorial era producto, fundamentalmente, de la delegación de la responsabilidad estatal en *grupos comunitarios* (cuestionando al Instituto Nacional de Obras Sociales), y la progresiva reducción del gasto público en el sector. Se argumentó que se había estratificado a la población nacional entre los pudientes, los asalariados (cubiertos por las Obras Sociales) y los indigentes. Y que cada grupo recibía atención médica *"...de calidad muy diferenciada"*.

Se resaltaba el crecimiento desordenado, no planificado, del sector, y su falta de coordinación: *"...no coordinan entre sí la instalación y uso de sus establecimientos asistenciales, el destino y la utilización racional del recurso humano ni las necesidades de la población a cubrir"*.

Como respuesta a esta situación el *Gobierno del Pueblo* se proponía funcionar como *"garante y cogestor"* en la integración y conducción de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a través del cual se encauzaría el desarrollo sectorial, a través de un planeamiento racional, factible y aceptable por todos los sectores.

El secretario de Salud Domingo Liotta, afirmaba que el Sistema actuaría como coordinador de la planificación y de las acciones en salud del sector de obras sociales y privado,

aunque éstos no estuvieran todavía incorporados al sistema, como manera de lograr una efectiva racionalización de los recursos sectoriales.

Se preveía la incorporación voluntaria de las provincias, y su aplicación progresiva por áreas programáticas y en zonas prioritarias, en un plazo de tres años. En términos prácticos el SNIS implicaba privilegiar el fortalecimiento de la Red Pública estatal, por sobre el desarrollo de las Obras Sociales.

Posteriormente y *"contando con los esfuerzos solidarios de las organizaciones populares y los trabajadores"* se produciría la incorporación voluntaria, ordenada y paulatina de las Obras Sociales, y el sector privado. El financiamiento previsto se integraba por recursos presupuestarios nacionales, provinciales y de los efectores privados que adhirieran.

El SNIS debía complementarse, además, con la Carrera Sanitaria Nacional, destinada a garantizar la adecuada capacitación técnica de los trabajadores de la salud, y a satisfacer las *"inquietudes científicas y sociales"* de los profesionales del sector. Respecto de los medicamentos, era objetivo del SNIS tener injerencia en la cadena de industrialización y comercialización farmacéutica.

La ley enviada por el Ejecutivo fue aprobada el 12 de setiembre de 1974, como Ley 20.748, y reglamentado por el decreto 1846/74 del 13 de diciembre de ese año.

La Ley de Carrera Sanitaria Nacional (Ley 20.749) fue sancionada por el Congreso y reglamentada (Decreto 1847/74) en las mismas fechas que la del SNIS.

Perón murió en Julio de 1974 y al crearse el Sistema gobernaba su esposa, Isabel Martínez. La situación política nacional era compleja, y violenta. A la muerte de su líder, la derecha y la izquierda peronista combatían abiertamente.

Los sindicatos resistieron el proyecto de SNIS y lograron que la Ley aprobada exceptuara a las Obras Sociales de su integración al mismo. Pero pese a ello, la CGT y organizaciones sindicales integraría distintos organismos decisorios del sistema. Los gremios médicos también plantearon su oposición a diversos aspectos del proyecto del SNIS, y fundamentalmente a la Carrera Sanitaria Nacional.

La Ley 20.748 sólo contó con la adhesión de cuatro provincias: Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis. Y solo hasta 1976. Finalmente, tanto la Ley del SNIS como la de Carrera Sanitaria Nacional fueron derogadas por un decreto ley emitido en el Gobierno del Gral. Videla, el 31 de octubre de 1978.

El SNIS sobrevivió sólo dos años en la tempestuosa y trágica realidad de los años 70 en nuestro país. □

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



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

Menos gasto y más inversión en salud



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

La Argentina tiene un sistema de salud en el que se gasta el 10% del PBI. Si bien se alcanzan buenos resultados comparado con países de la región, el gasto también es más alto. Paralelamente, comparando con países con una inversión similar, se logran menores resultados sanitarios. En definitiva, tenemos una contrariedad entre esfuerzo económico realizado (gasto + inversión) y los resultados obtenidos, es decir, tenemos un serio inconveniente con la eficiencia.

Para ponernos de acuerdo, como se desprende del párrafo anterior, no todo gasto en el sistema de salud es inversión. Esta se define como "aquello que efectivamente llega al paciente o se realiza como soporte para que las prestaciones se lleven a cabo". Un ejemplo de esto último es el gasto administrativo que da soporte a las operaciones de una clínica o una obra social.

Como contraejemplo, tenemos los desvíos de fondos de su destino original hacia algún bolsillo impiadoso, es decir, delitos dolosos que son gastos, pero no inversión. Claramente el sistema de salud debe eliminar estos gastos indebidos para lograr más y mejores prestaciones. Sin embargo, aunque eliminásemos todos estos desvíos no alcanzaría para lograr la eficiencia que el sistema requiere. Es necesario transformar gasto en inversión.

Un primer problema está en la definición misma, donde se esconden gran cantidad de puntos grises. Por un lado, no todo gasto que se aplica sobre el paciente es necesario y/o beneficioso. La incorporación irracional de tecnologías que permite el sistema argentino se traduce en que cada vez tengamos más tratamientos costosos, que son para poca población y muchas veces de dudosos beneficios o con beneficios similares a tecnologías existentes menos costosas.

La discusión de la necesidad de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias debe pasar a un nuevo estadio, ya no discutiendo la necesidad sino como debe ser la implementación. Otro motivo por el cual muchas veces se solicitan prácticas que no generan valor para el paciente, pero si gasto, es la medicina defensiva, cabe aclarar que son prescripciones que realizan los profesionales para evitar ser demandados.

Sin estudios publicados en nuestro país, se estima que entre el 20% y 25% del gasto en prestaciones a nivel mundial son consideradas como resultados de la medicina defensiva. Por el otro lado, no todo gasto que da soporte es necesario. Encontramos gastos excesivos en marketing, administrativos, logísticos, financieros, etc. Al igual que el punto anterior, no hay un dato certero ni estudio en nuestro país que nos aproxime a un porcentaje exacto. Como punto de referencia, tenemos la ley 23.660 que admite en su artículo 22 un gasto administrativo máximo (excluidos los originados en la prestación directa de servicio) del 8% para las obras sociales nacionales.

El segundo problema son aquellos gastos ocultos que se incurren. Estos, que son muchas veces intangibles, generan un gran gasto a los prestadores que, además no podrán facturar, o generarán mayores gastos totales extendidos en el tiempo. Dentro del primer grupo se incluyen días

prequirúrgico injustificados, altas demoradas o inadecuada programación en consultorios y quirófanos.

Dentro del segundo grupo encontramos demoras diagnósticas o subutilización tecnológica y de estructura física. Este último grupo se ha visto especialmente exacerbado en el último año y medio de pandemia, donde miles de pacientes no han podido atenderse, complicándose su estado de salud, resultando muchas veces en tratamientos más costosos y con peores resultados esperados en el corto plazo y/o incluso con secuelas permanentes (y consecuentemente mayores gastos necesarios).

El tercer problema es el sistema de salud argentino propiamente dicho. En el mismo, encontramos una cantidad excesiva de financiadores que tienen menos afiliados de los necesarios para cubrir el riesgo actuarial sin riesgos de quiebra económica. También existe el INSSJP que concentra los mayores riesgos en una sola aseguradora, haciendo actuarialmente inviable su gestión económica.

Esto genera problemas permanentes sobre el sector prestacional con cortes de pagos o transferencia de riesgo a clínicas y sanatorios con condiciones complejas, que ponen en jaque a todo el sistema. Otro gran problema que genera un gasto y no inversión es la gran fragmentación del sistema. Podemos distinguir tres grandes subsistemas, que a la vez se dividen nuevamente, y debilitan la gobernanza y rectoría sobre el sistema total.

El subsistema público, se subdivide en nacional, provincial y municipal, duplicando normativas, generando programas de promoción y protección solapados y/o programas de prestaciones. En el subsector de la seguridad podemos subdividirlo en nacional, provincial, obras sociales creadas por ley especial y el INSSJJP. Dentro del mismo existe duplicación de coberturas por poseer dos financiadores de distintos regímenes u obras sociales que generan gastos administrativos, pero no brindan prestaciones, ya que las tercerizan.

Un inconveniente no menor de la fragmentación son los derechos y coberturas diversas de los distintos subsistemas, claramente el mayor problema es de equidad que de eficiencia, sin embargo, tiene un impacto negativo en los gastos.

En conclusión, hace falta revisar seriamente el sistema desde la gestión clínica, la gestión de las organizaciones como así también la gestión política/legislativa. Los desafíos del envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica, como los avances de la medicina, nos indican la necesidad de contar con mayores recursos.

El sistema va a requerir de mayor inversión en los tres niveles de atención como así también en las interacciones entre los mismos. No estoy proponiendo ahorrar recursos sino dirigirlos a acciones que mejoren la salud de la población. En definitiva, no propongo ahorrar en recursos ni recortar los gastos, sino invertir mejor el dinero para que genere valor sanitario sobre el paciente. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810 - 345 - 0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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

La propuesta de reforma al sistema de salud argentino

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



Recientemente la vicepresidente de la Nación manifestó la necesidad de una reforma al sistema de salud de nuestro país. De hecho, es la segunda ocasión en que lo hace en un corto plazo. Con esa afirmación tan genérica nadie puede estar en desacuerdo. El sistema de salud argentino está en crisis hace muchísimos años y requiere de cambios profundos. Es un sistema altamente ineficiente e inequitativo. A pesar del alto gasto en salud (un 9% del PBI) sus resultados son malos. O al menos no son todo lo bueno que pudiesen ser.

También se puede llegar a coincidir con varias de las afirmaciones realizadas en los documentos que están circulando y a los que se les asigna el marco conceptual de lo que se pretendería con esta reforma.

Sin embargo, al provenir esta propuesta desde las más altas esferas del Gobierno actual, debemos analizar que ha venido ocurriendo en la realidad teniendo en cuenta que es el mismo grupo político que viene gobernando el país desde 2002 a la fecha con una interrupción de los cuatro años de gobierno de la actual oposición.

¿QUÉ PASÓ CON EL SISTEMA DE SALUD DESDE 2002?

El sector salud entró en emergencia durante el año 2002 a partir de la sanción del decreto N° 486 /02. A pesar de las mejoras de la macroeconomía (2003-2008) permaneció en la emergencia con todas las excepciones que esa situación tiene. Este decreto con algunas modificaciones fue prorrogado hasta 2018. En diciembre de 2019 durante el Gobierno de Alberto Fernández y su ministro Ginés González García, fue sancionado nuevamente el Estado de Emergencia Sanitaria mediante la Ley 27.541 de Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el Marco de la Emergencia Pública. Esta ley tuvo grandes similitudes con aquel decreto fundamentalmente otorgando amplias potestades al ministerio para la compra de insumos en general y respecto al tema medicamentos.

En el año 2004 el Ministerio de Salud de la Nación aprueba el Plan Federal de Salud 2004-2007, al cual adhieren todas las provincias argentinas. Este plan proponía llevar a cabo un "sendero de reformas" a partir de la implementación de una serie de metas, las cuales podemos agrupar en dos: el primero de los grupos incluye a un conjunto de programas, iniciativas y metas en los niveles de salud de la población; el segundo agrupa acciones y metas destinadas a mejorar el sistema en cuanto a la cobertura explícita de la población sin protección formal (o si se quiere con cobertura exclusiva del Estado), a la implementación de nuevos modelos de financiamiento hacia las provincias, a nuevos modelos de atención, de accesibilidad a los medicamentos, de regulación y de gestión. Incluso se proponía metas para mejorar la performance de las obras sociales. Ninguna meta o proyecto referente a este segundo grupo de reformas del sistema se implementó (salvo alguna honrosa excepción). El sistema de salud siguió con su ineficiencia e inequidad crónica.

El equipo actual que conduce el Gobierno nacional pertenece al mismo grupo político técnico que el de aquel entonces. Sin embargo, las propuestas de reforma actual parecen venir de otro grupo interno del gobierno, quienes actualmente

están conduciendo la salud en la Provincia de Buenos Aires. Entonces es conveniente ver que está pasando en la Provincia de los impulsores de la reforma actual.

Todos los indicadores de salud que se analicen en la provincia de Buenos Aires (extensivo a todo el país) nos muestran una enorme inequidad entre quienes tienen cobertura de la seguridad social y prepagas médicas y los que tienen cobertura exclusiva del Estado a favor de los primeros. Lo mismo ocurre con los indicadores de acceso y de calidad. Sin embargo, en la práctica no se está desarrollando ninguna actividad de reforma en el sector público. Si se está avanzando silenciosamente en un cambio en el modelo de atención del IOMA (Obra Social de los estatales de la provincia) El IOMA es la segunda Obra Social en importancia después del PAMI.

Estos cambios que se vienen desarrollando apuntan a modificar el modelo de atención planteando efectores propios tanto de primer nivel como del segundo nivel, o sea un modelo integrado verticalmente al igual que el actual del sector público.

Esto se está realizando sin un plan preestablecido, ni metas concretas, ni explicitación de los objetivos perseguidos o los resultados en término de eficiencia, calidad o mejoras en la salud de los beneficiarios.

Llama aún más la atención que durante el año 2020, en donde las prestaciones cayeron en porcentajes muy altos producto de la pandemia y por ende el gasto del IOMA en prestaciones, esta obra social haya tenido un superávit financiero de 8.000 millones de pesos según un informe de la Asociación Judicial Bonaerense (AJB), que integra el directorio, cifra que de haber sido volcada al sistema de salud hubiera mejorado mucho su performance.

Esta "reforma" del IOMA tiene un claro sesgo ideológico y político, sin un claro objetivo de mejorar la performance en la eficiencia o en la calidad de atención. Por el contrario, de seguir en ese camino se transformará al IOMA en una obra social ineficiente y con mala calidad de atención con población cautiva.

LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

Está clara la necesidad de una reforma del sistema. Pero no queda muy claro qué tipo de reforma necesitamos. Las reformas en todo el mundo se han dado a fin de solucionar problemas concretos como lo son presiones en cuanto a cambios epidemiológicos y demográficos, inequidades en los niveles de salud, en el acceso, en la calidad, en la satisfacción de la población o en incrementos de costos a niveles de no hacer sostenible el sistema.

En el caso de los cambios propuestos en el IOMA surgen razones ideológicas y políticas en donde no se visualiza cuál es el objetivo central de éstos.

Debemos ser cuidadosos de apoyar cualquier tipo de reforma sólo por el hecho de hacerlo, ya que de no tener claro qué tipo de reforma necesitamos podemos estar peor que ahora y destruir lo poco que aún está quedando en pie de un sistema desbastado. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.

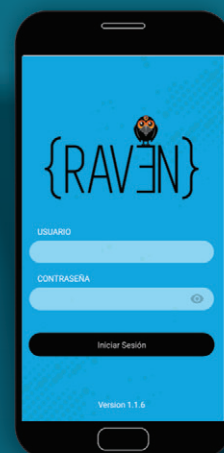


GRUPO
Proyectar

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

Respondiendo a los nuevos desafíos

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



En estos días tomó estado público una investigación realizada por IQVIA, la cual tuvo por objeto conocer y comprender los comportamientos de los compradores de productos en farmacias durante los períodos de ASPO y DISPO en la Argentina.

Como resultado de la misma, surge que se están produciendo importantes cambios en las modalidades de compra de los consumidores, los cuales exhiben una mayor apertura hacia el uso de herramientas digitales.

No debiera llamar la atención que las cosas estén ocurriendo de este modo: por una parte, esas personas están familiarizados con los recursos digitales, porque hace tiempo los vienen utilizando para realizar todo tipo de transacciones en otras ramas de actividad y, por la otra, la coyuntura provocada por la pandemia les impide la libre circulación y los impulsa a buscar alternativas para satisfacer sus necesidades.

La investigación señala además que Mercado Libre y las plataformas de cadenas de farmacias se posicionan actualmente como referencia para esta modalidad operativa, con creciente aceptación por parte de los consumidores.

Con los datos anteriores y mediando una actitud pesimista, se podría arribar a una (apresurada) **primera conclusión**: a la farmacia tradicional (usualmente una pequeña unidad económica con limitados recursos), se le complicará seriamente su posición competitiva ante este cambio de paradigma.

El caso es que estamos ante una situación similar a aquella que, en el pasado reciente, puso en la palestra la opción "drugstore o farmacia". En esa ocasión, lo que se presentaba como una segura extinción de la farmacia tradicional, encontró límites en un detalle simple pero fundamental: las góndolas no generan empatía ni brindan asesoramiento profesional.

Volviendo al informe que dio origen a la presente podemos comprobar que las respuestas de los entrevistados, más allá de destacar las ventajas de estas novedades, vuelven a destacar el rol central que ocupa el farmacéutico en el punto de ventas. Para ilustrar esta afirmación, repasemos algunas de ellas:

"Compro mucho on line en general, pero lo de farmacia todavía no. Me gusta que me asesoren, que me den consejos, alternativas de precio".

"Tengo amigas que compran el medicamento también por la página o por WhatsApp, y se lo llevan a domicilio. Yo tengo miedo con el tema de la manipulación del medicamento; a mí me gusta ir y comprarlo. Una aspirina o un pañal, sí lo compro online".

"Lo único que no compramos online, son medicamentos. Para eso me gusta ver al farmacéutico. Me parece más seguro. Veremos más adelante".

A la luz de tales afirmaciones podríamos formular una **segunda conclusión**, más alentadora que la primera: el asesoramiento del farmacéutico es un elemento esencial que los consumidores valoran positivamente en la experiencia de compra, poniendo de relieve la confianza en la palabra e idoneidad del farmacéutico; su capacidad para recomendar alternativas de precio o por falta de stock; a lo que suman la ventaja de realizar compras múltiples relacionadas a salud, belleza y bienestar en el mismo punto de venta.

Intentando una **síntesis de las anteriores conclusiones** como base de una nueva formulación, podríamos decir que: evitando entrar en pánico ante el surgimiento de una nueva amenaza, debemos tomar nota que la incorporación de nuevas tecnologías al servicio de la salud del paciente nos está invitando a involucrarnos en el tema.

Ya no se trata de preguntarnos si vamos a participar de este proceso, sino de ir eligiendo la oportunidad y los modos de hacerlo, para lograr sumarle a nuestra fortaleza sustentada en el consejo profesional las ventajas que la tecnología ofrece a los consumidores.

ACTUANDO EN CONSECUENCIA

Tiempo atrás, en época anterior a la irrupción de la pandemia, en FEFARA comenzamos a trabajar con la finalidad de consolidar ante la sociedad la imagen de la farmacia como **Espacio de Salud**. Entendíamos que:

- La forma efectiva de responder a los nuevos tiempos no es mirar al pasado, sino a las oportunidades que se presentan. En tal sentido, percibimos la necesidad de desarrollar estrategias que incorporen nuevos servicios y productos que permitan crear escenarios de mayor competitividad y rentabilidad, procurando sustentabilidad en el mediano y largo plazo.
- La farmacia constituye el lugar de atención de la salud que se visita con mayor frecuencia, es sumamente accesible geográficamente, tiene amplios horarios de atención y cuenta con una atención profesional permanente. Estas características, la transforman en el ámbito más adecuado para la complementación y soporte del resto de los actores del sistema de salud, así como para monitorear y concentrar la información de la salud de un paciente.
- Resulta urgente abocarse a la tarea de transformar culturalmente la visión de la oficina de farmacia, generalmente considerada como un lugar donde "se venden medicamentos", para ir hacia un cambio de paradigma basado en un concepto más amplio, en el cual la farmacia sea el **Espacio de Salud** de referencia para el cuidado integral y en donde se prestan servicios profesionales con un alto valor agregado.
- Todo ello lleva implícito un desafío adicional: las estrategias que en tal sentido se adopten, necesariamente demandarán de cada una de nuestras farmacias una actuación acorde a su condición de componentes de una red prestacional, con cabal sentido de pertenencia.

Sumando la acción al pensamiento estratégico, hemos dado un gran paso al crear una plataforma de salud que pone a disposición de las farmacias de la red y sus pacientes/clientes, los recursos técnicos para facilitar el acceso a la información y gestión de la propia salud.

En ella el paciente pueda administrar su perfil de salud y la farmacia brindar *Servicios Profesionales Farmacéuticos*, además de ofrecer promociones en productos de venta masiva.

Este espacio cuenta además con un módulo de "Prescripción electrónica" que posibilita vincular al sistema a los médicos prescriptores, los que podrán consultar la cobertura y disponibilidad del medicamento, la historia clínica del paciente, los consumos del mismo, etc.

Ello también posibilita que los financiadores de la salud logren un más estricto control de la prescripción; de sus pacientes; los médicos; de sus gastos y una auditoría en tiempo real de todo lo relacionado con el consumo de medicamentos por parte de sus afiliados.

Esta propuesta, no es más que un primer paso para dar respuesta a los desafíos que los tiempos nos presentan. Hay mucho por hacer y allí es donde estamos poniendo nuestros mejores esfuerzos. □

(*) Federación Farmacéutica de la República Argentina.

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



El médico del futuro ya está entre nosotros

Por Santiago Troncar

@stroncar



Mucho se habla de la medicina del futuro pero, más allá de las potentes oportunidades que nos ofrecen en un futuro cercano las herramientas tecnológicas como la Inteligencia Artificial (IA), el manejo profesional de la data, la robótica o la realidad aumentada, les propongo dar un paso atrás y reflexionar sobre cómo ha evolucionado la comunidad médica en sus prácticas profesionales en los últimos años, recorriendo brevemente un conjunto de prácticas que ya están siendo utilizadas por los profesionales médicos líderes en adopción de tecnología.

Algunas de las actividades e iniciativas que se destacan y se han convertido en el nuevo estándar para el sector son:

1. Una nueva y más rica presencia de los profesionales y sus organizaciones médicas en internet, donde pueden ser rápidamente encontrados por el público, sus pacientes y colegas del sector.
2. Una actividad diaria en las redes sociales, colaborando con la educación y el diálogo digital con los pacientes, guiando al público sobre distintas especialidades a través de contenidos de todo tipo: artículos y trabajos publicados, videos y audios de sus charlas, y todo tipo de contenido multimedia destinado a compartir sus conocimientos y recomendaciones con colegas profesionales o pacientes.
3. La digitalización de su consultorio médico y equipo, buscando dar respuesta a una creciente demanda de los pacientes por servicios digitalizados para gestionar sus turnos, recetas, órdenes, estudios y comunicaciones con profesionales y sus organizaciones.
4. La digitalización de sus registros médicos a través de una HCD interoperable que cumpla con las regulaciones locales y estándares internacionales.
5. El acceso permanente a la información de sus pacientes en la nube, ahora accesible 24x7 para el profesional, desde cualquier dispositivo, lo cual le permite no sólo la atención en tiempo real de pacientes, sino también trabajar con su equipo médico y administrativo de manera ubicua.
6. La incorporación de prácticas de Telemedicina en todos sus formatos, potenciando las nuevas posibilidades de interacción y relacionamiento médico-paciente y médico-a-médico a través de múltiples canales de comunicación y atención no presenciales.
7. El empoderamiento de los pacientes a través de la tecnología y la información, guiándolos en el correcto uso de apps de salud específicas, terapias digitales, wearables, promoviendo la activa registración de variables clínicas por parte de sus pacientes, y la comunicación con ellos en tiempo real, destinadas a monitorear la evolución de su adherencia y outcomes de sus tratamientos.
8. La capacidad de realizar un seguimiento proactivo periódico de sus pacientes crónicos, chequeando en tiempo real sus notas personales y la información que el paciente le comparte a través de dispositivos, pudiendo intervenir con indicaciones en tiempo real con sus pacientes.
9. La participación activa en procesos de interconsulta remota y multidisciplinaria con colegas, a través de herramientas digitales y múltiples plataformas, ofreciendo y recibiendo opiniones profesionales en networks con especialistas locales, regionales o globales.
10. La capacitación continua a través de lecturas y eventos virtuales, y el involucramiento en iniciativas de Telementoring, capacitándose y/o capacitando a terceros su expertise en redes de especialistas.
11. La participación en el desarrollo de registros de pacientes, investigación y publicación destinados a crear nueva evidencia médica, utilizando la información de su HCD, participando activamente en proyectos de RWE a través de redes de research locales, regionales y globales con colegas médicos y organizaciones científicas de distintas latitudes.
12. La creciente utilización de herramientas de IA para potenciar su práctica profesional en múltiples aspectos del proceso de investigación y atención de pacientes, permitiendo que la tecnología lo asista y potencie en el descubrimiento de diagnósticos, evaluación de potenciales tratamientos, detección de situaciones de intervención durante el monitoreo de pacientes, entre otras.
13. La participación en procesos de co-creación o mejora de algoritmos de Inteligencia Artificial destinados a potencial sus capacidades profesionales como especialista, sumando su expertise y/o la información clínica de sus pacientes, atendiendo el debido marco regulatorio legal aplicable.
14. La participación en procesos de co-creación o mejora de herramientas digitales, tanto para médicos como para pacientes, desplegando todo su expertise en equipos híbridos junto con desarrolladores de tecnología, instituciones médicas, ONGs, Estado y/o la industria farmacéutica.
15. La participación en pilotos que buscan incorporar progresivamente tecnologías disruptoras como simuladores 3D, realidad aumentada, chatbots para comenzar vinculación y derivación de pacientes, 3D printing y Robótica, entre otras.

Por vocación innovadora o por reacción, los profesionales médicos y sus pagadores le dieron la bienvenida al mundo del "desktop medicine", una combinación de actividades digitalizadas en función de los intereses y necesidades de los profesionales médicos, sus organizaciones y pacientes, combinando atención clínica, investigación, educación, asesoría, gestión y emprendimientos.

Creemos que todo profesional médico u organización médica competitiva del sector debería hacer un benchmark permanente y compararse con las mejores prácticas llevadas adelante por los líderes en innovación, quienes fueron testeando e incorporando tecnología en su práctica diaria, perfilando cómo será el trabajo del "médico del futuro".

No es novedad que la medicina digital tiene un inmenso potencial y un sinfín de oportunidades que recién comenzamos a descubrir y analizar. Pero no nos engañemos: el médico del futuro ya está hoy trabajando entre nosotros. □

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*

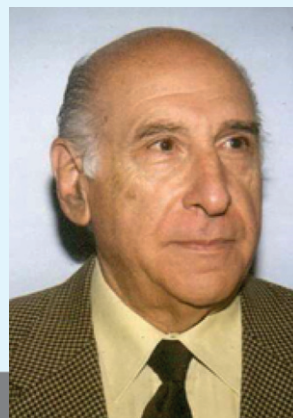
0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

Siempre llegamos tarde

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Legar tarde es perder oportunidades, es perder tiempo. El tiempo es un recurso limitado (Drucker) que no puede comprarse, almacenarse y está presente en cualquier situación. Las causas de la pérdida de tiempo se ven en las crisis como consecuencia de la ausencia de previsión o información deficiente.

La consecuencia de considerar el Covid-19 como una simple gripe hizo que las medidas adoptadas comenzaran tarde. Lo mismo sucedió cuando ya era insuficiente la provisión de O2, así como con los precios de los medicamentos de gran demanda o la provisión de los insumos sanitarios.

Pese a lo anunciado las vacunas se transformaron en esperanzas, no llegaban, obligando a nuevas cuarentenas, al ahorro de dosis. Estos resultados revelan no sólo demoras, sino impericia en la gestión de las vacunas, afectando el circuito testear-vacunar y la capacidad de la respuesta de las clínicas y hospitales.

Elo hace que la preocupación y el centro de interés se ubique en cómo resolver problemas no previstos lo que conduce a respuestas tardías, aunque inmediatas. En estas circunstancias se utiliza la solución tomada en otras oportunidades "siempre se hizo así" con lo que el resultado es sólo cosmético, no hay aprendizaje ni habrá cambios en la gestión. Otras veces se apela o se le agrega el "sentido común", con lo que el resultado será probabilístico, si sale bien se volverá a utilizar "así se hizo antes". Una tercera alternativa es apelar a las recomendaciones de los expertos que con mirada profesional arriesgan eventuales subproductos no deseados.

Pero también existe la posibilidad de no llegar a la crisis y si llega estar preparado para enfrentarla.

Los ejemplos abundan como el pretender reformar el Sistema de Atención Médica concentrado en el Sistema de OSN cuando hace décadas fue reformulado.

En un entorno complejo donde los distintos actores toman decisiones en orden a sus intereses económicos, de mercado o geopolíticos, hay que pensar, razonar y ser creativos. Como en el ajedrez hay que considerar primero las jugadas del otro y estudiar el tablero. La construcción

de los posibles escenarios significa trabajar sobre el futuro, es el momento de la anticipación que precede a la acción.

El Sistema de Atención de la Salud tiene la misión de brindar una adecuada respuesta a los problemas de salud. Por tal razón no debe limitarse a proporcionar los servicios médicos, sino que debe interactuar con los sectores y las organizaciones que contribuyen al mejoramiento del estado de salud de la población.

Entre ellas, como la educación y la urbanización, también se encuentran los insumos y productos sanitarios para una adecuada atención médica.

En orden a ello la pandemia dio oportunidad a que tanto el sector público como el privado hayan desarrollado capacidades para la gestión de insumos orientados a mejorar la calidad de atención, focalizados en la implementación de protocolos, la incorporación de equipamiento específico o en el sistema logístico y de distribución de los recursos.

Así mismo se observa un mejor concepto de Red entre los efectores y mayor coordinación entre las áreas de salud y financiera, que históricamente le limita sus competencias. Quizás estos avances en la gestión fueron obligados pero inteligentes, lo importante es que se sostengan y avancen para un mejor desempeño de los Hospitales Públicos.

En el orden político existe otro aspecto a considerar de carácter relevante. Importa saber qué fabricar o producir y qué importar, con el propósito de reducir el nivel de dependencia en la accesibilidad a los insumos médicos sanitarios. El modelo de ventaja comparativa es uno de los conceptos básicos que fundamenta la teoría del comercio internacional. Ella sostiene que, aunque un país no tenga una ventaja absoluta (número de casos, demanda), siempre le convendrá especializarse en aquellos productos en los que la ventaja sea competitivamente mayor a sus desventajas competitivamente menor. □

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

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

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

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



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos un mail a 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



Segunda década del siglo XXI Tiempo de pensar un nuevo equilibrio asistencial

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



No resulta novedoso hablar de los cambios demográficos a nivel global que se enfrentaron en los últimos 30 años. Poblaciones que envejecen sobre todo en los países con mayor desarrollo económico, y sistemas previsionales que de manera inédita deben responder al sostenimiento de dos generaciones de jubilados. La disminución paulatina de la fertilidad ha generado estancamiento poblacional y se imaginan escenarios globales con prevalencia de personas mayores de 70 años sobre la población joven.

Si bien hay regiones del planeta que aún están lejos de esta realidad, se trata de un cambio demográfico sustancial caracterizado por la disminución de los nacimientos, el aumento de la expectativa de vida y las migraciones desde países pobres hacia los más favorecidos, planteando la necesidad de cambiar los paradigmas del siglo XX basados en el crecimiento poblacional con una fuerza laboral en desarrollo, como dinamizador de la economía. De hecho, la triplicación de la población mundial, que pasó de 1.600 millones de personas en el año 1900 a más de 6.000 millones al final de siglo, constituyó la base de la programación previsional y sanitaria del siglo pasado, fundada en sistemas solidarios de financiamiento.

Sin embargo, de cara a una perspectiva de disminución de los nacimientos y aumento de la expectativa de vida hacia mediados de este siglo, se requiere comprender nuevos contextos y pensar nuevamente los sistemas, adaptándolos a otras necesidades.

Hace varios años que se vienen manejando adecuaciones de distinta índole para enfrentar un futuro cambio demográfico que tendrá impacto en las estructuras económicas y en todas las actividades sociales; un caso es el de universidades y centros de estudios de países de Europa y Asia Oriental que se fusionan o estimulan la inscripción de alumnos extranjeros con becas y otros beneficios, para amortiguar la caída en la matrícula por falta de jóvenes; o la reconversión de espacios de viviendas en superficies verdes y de esparcimiento que llevan adelante ciudades de Alemania, Francia y Europa del Este; también se reacomoda los sistemas previsionales ajustando la edad de retiro de las personas y la oferta económica de mercados que en el pasado estaban identificados como de gente joven, hoy se orienta a las expectativas de consumo de un público mayor.

En definitiva, es necesario repensar los regímenes sanitarios para atender la demanda del nuevo siglo, donde las personas tienen mayor esperanza de vida y necesidades de asistencia en aumento asociadas al crecimiento etario y la atención de patologías crónicas.

La asistencia domiciliaria aparece entonces como una alternativa clara, flexible y eficiente, tanto para la atención socio sanitaria de baja complejidad y larga estancia ofreciendo apoyo apropiado en las diferentes etapas de dependencia de una persona, como en la provisión de servicios de cuidados críticos para pacientes clínicamente estables con patologías complejas, que requieran de equipamiento, insumos y planteles profesionales de distintas disciplinas y alta especificidad para sobrellevar en su casa enfermedades crónicas o irreversibles.

Está probado por más de cincuenta años de trabajo generalizado en varios países del mundo, que representa la opción asistencial más adecuada de tratamiento para evitar los efectos adversos de hospitalizaciones prolongadas, que resulta el menos costoso porque atiende estrictamente los requerimientos terapéuticos del paciente y que es la opción de servicios de salud de mayor satisfacción para el paciente y su familia.

El manejo de la pandemia ha destacado las ventajas de esta actividad, ya que la herramienta más utilizada como resguardo infectológico de la población ha sido el aislamiento y la vinculación social dentro de la propia burbuja.

Poco se ha hablado de internación domiciliaria pero en el último año y medio ha sido un soporte silencioso del sistema sanitario, que mantuvo la atención de sus pacientes con los tratamientos indicados evitando consultas institucionales y reinternaciones durante los meses de mayor presión para la red hospitalaria, y contuvo la propagación del Covid-19 promoviendo la aplicación de protocolos y procedimientos que los profesionales observaron cada día de servicio en cada casa generando conciencia de cuidado y ayudando a superar el agotamiento generalizado que ganó a la población con el correr de los meses. También se asistió a pacientes Covid positivo en sus domicilios, o en hoteles u otros espacios habilitados para aislamiento.

Poco se ha hablado de los pacientes atendidos por el segmento, como poco se habló de las dificultades por la falta de profesionales en especial de enfermería, que en estos más de 15 meses de pandemia migraron desde la internación domiciliaria hacia clínicas y hospitales, o fueron captados por operativos de testeo y vacunación en diferentes jurisdicciones.

Estamos convencidos de que la actividad puede contribuir genuinamente en la coyuntura que atravesamos y en la planificación de un sistema de salud para el futuro, que responda a los requerimientos que planteamos en párrafos anteriores.

Hemos propuesto espacios para discutir el papel de la asistencia domiciliaria en el sistema de salud argentino, y procurar a partir de ello el ordenamiento que la actividad requiere, en un debate franco que aborde los alcances y limitaciones del sistema para su funcionamiento pleno y coordinado con los demás niveles de atención.

CADEID viene trabajando estas cuestiones desde hace varios años. Hemos incorporado empresas de todo el país que trabajan de acuerdo a las necesidades que impone cada jurisdicción, pero con idénticas preocupaciones por visibilizar el trabajo diario del sector. Ese trabajo del que poco se habla y representa su fortaleza, su silenciosa fortaleza.

Si es cierto que la "falta de noticia" es "buena noticia", les cuento que tenemos un sector que asiste cada día, en cada lugar del país, a unos 150.000 pacientes. □

(*) Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

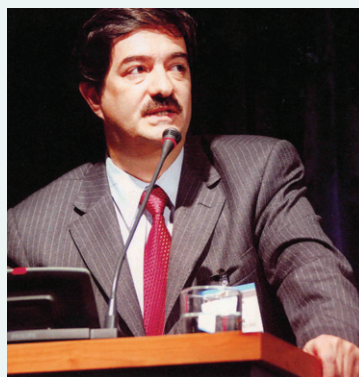
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

Reformar el sistema de salud



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

En el número 121 de esta revista, bajo el título **ALGUNAS PROPUESTAS PARA MEJORAR EL SISTEMA DE SALUD**, escribimos un artículo en el que proponíamos la adopción de algunas políticas que, a nuestro criterio, mejorarían nuestro sistema de salud.

Desde principios de año se instaló tanto en la sociedad, como específicamente en el sector, la discusión acerca de la necesidad de reformar el sistema de salud.

Es más que probable que todos estemos de acuerdo en la necesidad de que el sistema de salud debe ser reformado; pero que, a su vez, luego no podamos precisar en qué deberían consistir esas modificaciones o, más aún, no nos pongamos de acuerdo en las reformas concretas que habría de aplicar.

Existe en el ambiente un clima de incertidumbre que crispa los ánimos de algunos de los representantes de los financiadores tanto del subsistema de la seguridad social, como de la medicina privada. Por lo menos hasta el momento, ninguna de las propuestas que se hicieron públicas están dirigidas a la eliminación de ninguno de los subsectores de nuestro sistema de salud.

Consideramos oportuno destacar que la Organización Mundial de la Salud tiene en cuenta las siguientes variables para calificar la sanidad

pública de todos los estados del mundo:

- 1º) Derechos de los pacientes y listas de espera.
- 2º) Prevención.
- 3º) Acceso a sanidad gratuita.
- 4º) Eficiencia.
- 5º) Esperanza de vida.
- 6º) Inversión pública en sanidad.

Tomando en consideración dichas variables, la Argentina estaría colocada en la 75ª posición y en la 11ª dentro de los países de América latina.

Ahora bien, si tomamos en consideración el sistema de salud en su conjunto -subsistemas públicos, seguridad social y medicina prepaga-, la Argentina ocupaba, a octubre de 2019 -obviamente antes de la pandemia- la posición número 25, entre los mejores del mundo y en el puesto número 1 entre los países de América latina, según índices estudiados por Global Health Security.

Existen razones que explican esta diferencia entre la mejor posición que tiene el sistema de salud completo de nuestro país respecto de la sanidad pública en particular -descentralización de los efectores nacionales, procesos de desinversión pública, etc.-.

Por otra parte, también existen explicaciones históricas, vinculadas estrechamente con las razones indicadas en el párrafo anterior, que permi-

ten entender el avance que tuvieron el Seguro Nacional del Seguro de Salud en los últimos 25 años, que actualmente otorga cobertura médico-presencial a aproximadamente 15 millones de personas, y la medicina prepaga.

Tratar de imponer en nuestro país el proyecto de *Sistema Nacional Integrado de Salud* propuesto por el General Perón en su último período de gobierno, es decir, hace casi 50 años, parecería no condecirse con la situación actual del sistema de salud de nuestra República. En el año 1973 las obras sociales escindidas de las asociaciones sindicales tenían un desarrollo muy incipiente y hoy, como dijimos, brindan cobertura a un tercio de la población del país. Recordemos que la ley 18.610, considerada como la norma que dio nacimiento al sistema de obras sociales, es del año 1970. Además, prácticamente no existían tampoco las empresas de medicina prepaga, en otras palabras, la realidad de aquella época es muy diferente a la actual.

Los que suscribimos este artículo somos defensores del sistema público de salud y, consecuentemente, de su fortalecimiento. Más aún, lamentamos la retracción que tuvo con relación al resto de los subsectores en el último cuarto de siglo. Sin embargo, para aplicar políticas concretas en cualquier materia y específicamente en materia de salud, tenemos

que conocer la historia para entender la actualidad, pero adoptar medidas basadas en la propia realidad y no sobre lo que a nosotros nos hubiera gustado que fuera dicha realidad.

En síntesis, estamos convencidos que el sistema de salud tiene que ser reformado, usando como pilares para ello su situación actual.

Como principios generales que-remos, reiteramos, que se fortalezca el subsector público, que se fomente el primer nivel de atención sin barreras en cada uno de los subsec-tores, que se coordinen las acciones de las redes de atención, que se impulsen planes de prevención y promoción de la salud, que se creen canales de participación ciudadana que permitan oír las prioridades que en materia de salud tiene la pobla-ción, entre otros.

De modo específico estamos con-vencidos que la Resolución SSSalud 584/21, emitida el día 19 de marzo de 2021, que aprobó el "*Procedi-miento para el recupero de las pres-taciones brindadas por los Hospita-les Públicos de Gestión Descen-tralizada a los beneficiarios de los*

Agentes del Seguro de Salud me-diante Plataforma On-line", consti-tuye un instrumento útil para una mejora en el financiamiento del sis-tema de salud argentino, al permitir la modernización e interacción en forma automática entre las obras sociales, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada y la Super-intendencia de Servicios de Salud. Resulta de suma importancia el rol del Hospital Público de Gestión Des-centralizada, al garantizar la cober-tura universal en las prestaciones de salud a toda la población, incluyendo a los beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, con una oferta prestacional integral en todos los niveles de atención. Asimismo, con dicha resolución se actualizó el pro-cedimiento para incorporar la tecni-ficación y automatización de sus di-versas etapas, lo que a su vez per-mitirá transparentar y abreviar los tiem-pos en que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada perciben los pagos por las prestaciones brinda-das a beneficiarios de las obras so-ciales. De este modo, cada uno de los actores del Sistema Nacional de

Seguro de Salud puede cumplir su rol y garantizar la continuidad de las prestaciones en beneficio de los pro-pios afiliados y de la sostenibilidad del sistema.

Por otra parte, propiciamos la adopción de todas las medidas nece-sarias como para que la subdivisión del sistema de salud no constituya un óbice para el acceso de la pobla-ción a una cobertura universal e igualitaria.

Además, también creemos opor-tuno desarrollar mecanismos de **compras conjuntas**, básicamente de medicamentos, a fin de obtener una mejora en la aplicación de fon-dos y en definitiva, del financiamien-to del sistema de salud.

Tenemos que tener la madurez, apertura y voluntad de abrir discu-siones sobre la necesidad de reforma del sistema de salud de nuestro país, que tenga por objetivo mejorar la calidad de las prestaciones que recibe la población argentina. Ese debe ser el principal objetivo de las nuevas propuestas, generar accesi-bilidad con equidad para toda la población. □

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

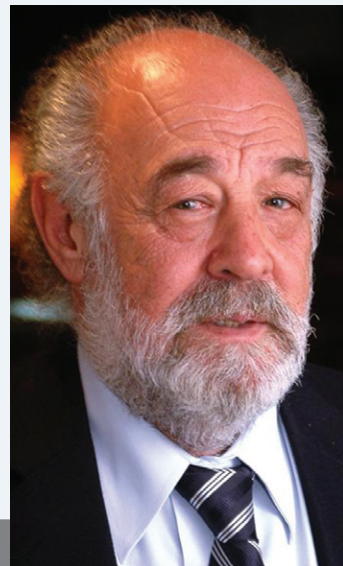
Tel: 4308-4532
info@cidpen.com.ar
www.cidpen.com.ar

Cuentas pendientes

La pandemia entre ruidos y silencios

"No todo lo que se puede contar cuenta,
ni todo lo que cuenta se puede contar".
William Bruce Cameron

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



El manejo de las cifras y las estadísticas, "tirar" datos, siempre ha servido para sustentar de manera supuestamente objetiva e indiscutida una posición determinada. Cualquier interpretación siempre podrá encontrar "números" que la sostengan o que al menos parezcan hacerlo. Las visiones más opuestas pueden acomodar incluso los datos de una misma fuente para que apoyen a una u otra postura.

A veces ni siquiera se trata de un recorte particularmente ingenioso (por no decir manipulación), sino simplemente del acompañamiento de los adjetivos elocuentes. Así, por ejemplo, se puede afirmar que la Argentina ocupa el "nada desdeñable" puesto X en tal ranking mundial, o bien que ocupa el "vergonzoso" mismo puesto, y así la lectura "correcta" de tan abstracto número ya es indicada al lector. Los números no mienten, por eso resultan tan útiles para el engaño.

A tal característica, se suma que ahora hablamos de estadísticas de enfermedad y fallecimientos, con lo cual semejante manejo politiquero resulta doblemente penoso. Las estadísticas deben servir para el trabajo científico, para una comparación que permita evaluar una evolución dada. No para el aplauso o abucheo de la tribuna. El sufrimiento humano (hablar de "costo" resulta denigrante) no se puede "medir" pero tampoco se puede *negar*.

"Los números" de la pandemia expresan a la vez la gravedad indiscutida de la situación actual y la falta de rigurosidad que ha acompañado todo este proceso. El reporte diario de contagiados y fallecidos, cuál si fuera la cotización del dólar o la soja, naturaliza un escenario catastrófico -o más bien desastroso-, pero además peca de limitado en cuanto a diferenciaciones epidemiológicas y sanitarias que permitirían precisar escenarios, diagnósticos y proyecciones con el fin de *comprender* el fenómeno pandémico.

De manera simétrica, la contabilización periódica de las "vacunas" que entran al país, supone contrapesar de manera optimista los números "negativos". El tratamiento de la pandemia, así, se reduce a una contabilidad banalizada, olvidando aquello de que **lo que en verdad cuenta no se puede contar**.

Así lo muestra el proyecto de ley que propone un índice numérico para decidir la *aplicación de restricciones*: apenas una cuantificación y progresión de los contagios y una razón en relación con la capacidad de internación. No hay distinción alguna entre población enferma y vulnerable, ni ningún otro índice específico que permita *analizar* (esos

pocos) datos en lugar de meramente cuantificarlos (y agregar otros).

Desde hace 16 meses que se reitera la misma foto como si fuera una película de cine mudo. Todo el ruido mediático, político y cotidiano **oculta el silencio** de quienes deberían aportar pensamiento crítico, riguroso y constructivo a quienes les correspondería tener las herramientas de gestión. Es decir, *la conjunción del saber y del hacer* que falta. ¿Dónde están las voces de las distintas facultades, academias y colegios médicos?

Alcanza con preguntar ¿qué se ha modificado, salvo los distintos telones de ocultamiento? Hoy estamos en pleno relato de vacuna, cuando en realidad se trata de vacunación. Todo lo cual **desvía y trastoca** el accionar lógico que señala la metodología sistémica epidemiológica. En lugar de construir un verdadero sistema de salud nos contentamos con conseguir vacunas.

Desde el comienzo de la pandemia hemos insistido sobre los mismos puntos que se pueden resumir en cuatro claves básicas:

1. La mitigación del sufrimiento (terapia intensiva eficiente).
2. La formación profesional (clínicos, emergentólogos, terapeutas, enfermeros, etc.).
3. El compendio de testeo, rastreo y aislamiento (trazabilidad y logística para una efectiva cibervigilancia que posibilite una correcta restricción focal).
4. La ecuación sanitaria compuesta por: **salud pública** (conocimiento más herramientas) + **gobernanza** (gabinete estratégico de gestión y su tablero de comando).

En resumen, la falta de una visión integral del fenómeno complejo *sindémico*, de un registro nacional de eventos adversos (que permitiría efectivamente "ir aprendiendo sobre la marcha"), los notorios déficits en estrategia científica, gobernanza sanitaria, transparencia (presupuestaria y otras), y una comunicación oficial centralizada que estreche el margen de incertidumbre.

En definitiva, la falta de un **Gabinete Estratégico Operativo Interdisciplinario** que asuma la *responsabilidad de la gestión* sanitaria-epidemiológica, en lugar de un mero comité de asesores. No se trata de su valor a título individual, sino de un *funcionamiento grupal orgánico*, con funciones y responsabilidades claras. Hubo una decisión política temprana de enfrentar la pandemia como un

problema serio, pero **faltó la estrategia seria** para hacer frente a su manejo.

La significación de la formación médica (y, desde luego, de la formación profesional en general) tiene una importancia inusitada y resulta particularmente lamentable su decadencia dada una historia y una cultura nacional que supo contar con profesionales de excelencia en todos los ámbitos, y el médico entre ellos.

La subestimación del personal adecuado (desde el sanitarista hasta el enfermero, desde el epidemiólogo hasta el kinesiólogo) y la sobreestimación de los recursos materiales, impacta y afecta a múltiples indicadores, que se puede resumir en la ineficiencia y en la falta de coordinación que se plasma en la dupla que llamé **"carencia y derroche"**.

Se habla prioritariamente de "camas, respiradores y vacunas", y su importancia no se niega, desde luego, pero otra cosa es el fetichismo que desliga a los insumos de su funcionamiento competente en el marco de una planificación estratégica, e incluso de su más elemental operatividad. ¿Dónde están las enfermeras y enfermeros que deben atender a los pacientes que pasarán días enteros en la "cama"? ¿En qué situación de aislamiento se encontrará dicha cama? (lo cual, a su vez, plantea la opción de internaciones domiciliarias, y su necesario seguimiento). Un "respirador" no es un ventilador que se enciende y se apaga, es una máquina de uso médico que debe emplearse según criterios clínicos que necesitan de terapeutas formados.

Más que vacunas, por su parte, se debería hablar de vacunación, o más bien de un *Programa de Vacunación*, que además de la obvia pero trabajosa logística que implica su distribución y aplicación (trazabilidad), debe contar con criterios epidemiológicos y sanitaristas para decidir sobre las prioridades a administrar, que no sean sólo quien se anota primero en la lista de acuerdo a simples parámetros etarios y de comorbilidades generalizadas (no se ha tenido en cuenta, por caso, la diferenciación de quienes han cursado la enfermedad recientemente, ni distribuciones focales regionales estratégicas planificadas, dada la actual hiperendemia). Para no hablar del monitoreo y seguimiento de esa población que debería cruzarse con sus historias clínicas que, desde ya, no existen (no al menos de manera universal, digitalizada y centralizada en una base de datos inteligente).

No podemos deshacer las consecuencias que lamentamos hoy, en un marco de multiplicidad institucional "vigente", pero sí podemos comenzar con lo sustancial: construir un *sistema sanitario integral* para enfrentar **la configuración social pos-pandémica**, que de hecho ha profundizado la ya alta desigualdad comunitaria.

Necesitamos una salud democrática para una democracia saludable. Hoy más que nunca. □

(*) 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 salud es una urgencia de largo plazo

La reforma del sistema de salud son una de las tantas urgencias que requieren del largo plazo, que no puede estar sometido a las tiranías de las mayorías circunstanciales, si no en generar acuerdos sobre el rumbo colectivo del nuevo contrato social.

La presente pandemia global del Covid-19 ha provocado un interés importante en el impacto de las enfermedades transmisibles, particularmente las de carácter epidémico, en la humanidad.

La salud no es sólo un valor en sí mismo, es también, un ecosistema productivo con valor social, un impulsor fundacional de la sociedad del futuro, con la amplitud que el término abarca y esto, con el sistema actual no funcionará, obliga a una gobernanza clínica diferente, profesional, técnica, fundamentada por los datos. Incluyendo los determinantes sociales, la cronicidad y la libertad de las personas para expresarse en decisiones compartidas. Para tener un ecosistema social del futuro es necesario pensar en salud, cobertura universal, empleo formal, equidad, infraestructura, hábitat, medio ambiente, disminuir la desigualdad, mejorar el ingreso de los más pobres no solo en magnitud, sino fundamentalmente en formalidad.

Las necesidades en salud de la población ya antes de la pandemia habían cambiado por la prevalencia de las enfermedades crónicas. En este tiempo, como agravante esos requerimientos se postergaron y pospusieron, (sin fechas ciertas) o sea que luego que disminuyan los casos el sistema deberá tener una conducta proactiva sobre la demanda no atendida, sobre las patologías crónicas, la epidemia silenciosa de este nuevo siglo en constante crecimiento.

El modelo asistencial debido a la característica de nuestro sistema de salud fragmentado es **episódico, basado en la atención de pacientes agudos**, le cuesta mucho adoptar modalidades proactivas, de gestión de enfermedad, de cuidado progresivo, de continuidad y longitudinalidad de cuidados, que no están **incentivadas en el sector público, porque sus estructuras se financian sobre la base de presupuestos históricos**, por lo tanto, el aumento de la demanda afecta directamente el financiamiento, no tienen programas ni población asignada. Un modelo pasivo, de atención de la



Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)
Profesor titular de la Universidad ISALUD

enfermedad en tanto se generen complicaciones agudas.

En el sector de la seguridad social, los contratos prestadores no involucran aspectos de prevención, promoción de la salud, control de la enfermedad crónica o disease management, o programas de gestión de casos, no están alineados los intereses para generar un modelo prestacional integral y las redes no tienen gestión, son una sucesión de contratos con prestadores aislados y sin objetivos o compromisos de gestión.

Los prepagos han desarrollado un marketing orientado al **consumerismo de cartillas o listados de especialistas y prestadores**, con un esquema de libre elección y acceso a las especialidades, un modelo caracterizado por la elección ineficiente de los "socios", no llevándolos por un plan de salud, que, para gente de clase media, sería un abordaje muy interesante y atractivo. Además, han fallado en la planificación de sus camas y sus estruc-

turas, que no tenían, ni tendrán características de áreas de gestión clínica, sino de servicios receptores de la demanda generada por los clientes internos, que son los médicos de cartilla. Es un modelo gasto expansivo no eficiente. Que tiende a generar la salud como un bien de lujo. Incentivado por las características de sus establecimientos y las áreas de atención de consultas, oficinas administrativas y conspicuas figuras del deporte que se constituyen en su imagen.

LA SEGUNDA OLA ES OTRA ENFERMEDAD:

Hacia el comienzo del año 2021 se cambió de ministro en plena pandemia, sin entender qué estaba pasando ni explicando algo que estuvo mal, pero que debía ser contenido y transparente. Eso fue un retroceso para el sistema de salud por la falta de efectividad de respuesta. Dejando como alternativa un equipo de gobernanza fundamentalmente orientado a resolver un solo problema: **las vacunas y las campañas de vacunación. Parece un ministerio con menor capacidad de influencia para la generación de políticas articuladas.**

Esta segunda ola, es una enfermedad más grave y mortal, las nuevas cepas del Covid-19 y **especialmente la cepa Manaos son más contagiosas y tienen capacidad de generar reinfecciones.** Lo estamos viendo hoy, batiendo un récord de 41.070 casos en un día, con 78% de ocupación de las unidades de terapia intensiva.

Un estudio de donantes de sangre en la ciudad de Manaos ha encontrado que 1 de cada 6 de los infectados con el coronavirus fueron reinfectados con la variante P.1. Los resultados fueron más altos de lo que los investigadores anticiparon y los encontrados en estudios de reinfecciones realizados en otros lugares.

La transmisibilidad de esta cepa es mayor, la carga viral en los más graves también, y parecería ser

que se necesitan más anticuerpos para enfrentar la enfermedad.

La asociación combinada de obesidad, diabetes y/o enfermedad cardiovascular con resultados graves de Covid-Manaos **puede ser más fuerte en adultos que en personas mayores. La obesidad sola y combinada con Diabetes M y/o CVD tuvo más impacto en el riesgo de gravedad Covid-19 que DM y/ o ECV en ambos grupos de edad.**

El estudio también apoya una relación **independiente de obesidad con resultados graves**, incluyendo una asociación de respuesta dosis entre los grados de obesidad y la muerte en adultos. Obesidad tiene más peso en personas más jóvenes. Por ello alerto que tenemos que observar más cerca a los pacientes jóvenes con BMI entre 27-29.

Tengo algunas certezas, que **las cosas no volverán a ser como antes, que tampoco ésas, merecían llamarse normalidad.** Porque lo vivido no era una normalidad. Era una locura segmentada y fragmentada, en la cual estábamos embarcados, sobrevivientes de la epidemia que había matado a todos los tontos.

Vimos y veremos cambiar algunos hábitos: la pandemia fue la más fenomenal campaña planetaria de **lavado de manos**. Fue la más formidable carrera por descifrar el **genoma viral**. Por el **desarrollo de vacunas**, que acortó los tiempos de diez años a meses, **mayor higiene personal, manejo de la calidad del aire en los hospitales, evitar aglomeraciones y lugares cerrados mal ventilados.**

Con un despliegue de la digitalización exponencial en el sistema de salud. Debiendo despertar un notorio crecimiento de la colaboración público – privada en ese orden (salarios, equipamientos, recaudación, etc.) pero no se considera en políticas de estado, sino en intenciones de sometimiento y apropiación. Moderna tardó 42 días en tener un ARN mensajero candidato a vacuna después de que China publicase la secuencia genética completa del SARS-CoV-2. En comparación, se tarda una media de 10 años en desarrollar una vacuna convencional. Esto hace que el ARN mensajero sea ideal para desarrollar una inmunización rápida contra futuros virus pandémicos de rápida expansión.

Esta segunda ola además modificó el **cuadro clínico, que está requiriendo primero más atención o internaciones de pacientes moderados (más tiempos internados y sin respuestas inflamatorias definidas, sino que tienden a aparecer terminada la segunda semana), la inflamación pulmonar más tardía, más complicaciones, más shock, más insuficiencia renal aguda, que extiende el**

período de observación activa y el distress respiratorio con una tendencia a la cronicidad frustrante y que no responde como lo hiciera en la primera etapa.

Los hospitales públicos y los sanatorios este año están nuevamente en tensión por el Covid-19, sin remanente de camas no Covid para responder a esa demanda retenida, lo que agrava progresivamente la situación, que se extenderá en el contexto más optimista hasta fin de agosto (que se vacune el 70% de los adultos susceptibles), pero más realista sería hasta fin de setiembre.

SINDEMIA/PANDEMIA

Desde fines del año anterior, el término pandemia, se simbolizó como el de **sindemia**, para señalar claramente que **el problema no es solamente sanitario, o médico, sino social, económico, político y cultural.** El Covid-19 afectó más a los obesos (pandemia de sobrepeso-obesidad-Covid). Tuvo peores resultados en los individuos marginales, personas con problemas de vivienda, empleo, etc. Generó una crisis de demanda y productividad.

Por ello, la toma de decisiones sobre las políticas públicas tiene que necesariamente tomarse a partir de **datos, no con encuestas. Información y evidencia sobre modelos de contagios, mortalidad, letalidad, transmisibilidad, efectividad de las vacunas, pero también tener en cuenta factores como el empleo, la educación, la distribución del ingreso, las cuentas fiscales, la asistencia económica y la producción.**

En cuando a la **sindemia de lo político** se acrecentó la crisis de los partidos políticos y la representatividad, lo político siguió por otros carriles,

“El sistema sanitario se enfrenta a importantes desafíos, como el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, la cronicidad de las enfermedades, el coste creciente de los tratamientos, la medicina personalizada, o distintas presiones económicas, políticas y sociales”.

aumentar impuestos, aplicar inflación para hacer cosmética de ajuste, más populismo, no acordar con los deudores porque sería arrodillarse frente al capitalismo, votar leyes para reformar la justicia y tener impunidad.

El simplismo en la democracia ocurre con intencionalidad para que las arenas políticas concurren en beneficio propio de los aliados y amigos, ejecutivos y parlamentarios, nuestros sistemas políticos no están siendo capaces de gestionar la creciente complejidad del mundo y son impotentes ante quienes ofrecen una simplificación, en ocasiones falsificando la realidad y no resulten más que una ilusión pasajera que nunca llegue a la realidad.

Las construcciones más simplistas son las distinciones de izquierda – derecha, conservador – progresista, transformación, conservación, y élite – pueblo, quedarán absolutamente de lado, de definiciones nostálgicas superadas por la complejidad.

Pese a lo cual, la mayoría de los diagnósticos y propuestas políticas no renuncian a ello: **la derecha sigue pensando en la comunidad y en la cohesión de un pueblo homogéneo que no es tal, los liberales en la soberanía del individuo y la infalibilidad de los expertos, la izquierda en una transformación política de la sociedad que nunca llega y es utópica.**

Son descripciones politizadas que sobrevaloran las posibilidades de acción colectiva por medio de intervenciones centrales, como si las personas respondieran uniformemente. Unos tienen excesiva confianza en la capacidad del Estado para intervenir desde afuera y otros confían demasiado en los comportamientos individuales y en la capacidad de autocorrección del sistema o el MERCADO, que sabemos que sus manos a los sistemas universales no llegan.

El programa liberal de resolver todos los problemas mediante la austeridad es tan insuficiente y peligroso como la creencia de que se pueden solucionar a través de la participación o moralizándolos.

Esa austeridad luego de la crisis del sistema financiero y las hipotecas del 2008 nos llevó a desinvertir en salud, y parte de lo que tuvimos que hacer a los apurones fue por esa razón. Hoy la política está operando en entornos de elevada complejidad que no ha encontrado la teoría democrática que lo contenga, hay que redescubrir el mundo.

No se puede mirar con las convicciones setentistas, los problemas del siglo XXI que exigen visión, competencia, liderazgo y capacidad para gestionar la complejidad social, las interdependencias,

las externalidades negativas, bajo condiciones de una ignorancia y calidad de la clase dirigente impensada. Además, la complejidad de la pandemia sacó del cauce objetivo, perpetuarse, no transformar, aunque las condiciones de la calidad social de la vida empeoren: empleo, educación, seguridad, acceso a la salud. **Tiene que recorrer un tránsito de la representatividad a la legitimidad transformativa.**

El pueblo parece por su pasividad estar resignado a la pobreza, la ignorancia y la marginalidad, piensa que puede ser peor si no vota a estos gobernantes, que sin estos representantes sería más menesterosa su vida, "por lo menos comemos".

Estamos viviendo una crisis que nos condicionó decisiones urgentes, sin datos, ni experiencias, en un escenario donde las desventajas de la Argentina se vieron agravadas sin reservas para afrontar la situación.

Esta crisis del Covid-19, **requiere de personas prácticas, que se desprendan del ego y de las conveniencias, que organicen, decidan, lideren, estén visibles, no se contradigan, cuiden las palabras y las descripciones, balanceen los sacrificios,** tengo la convicción que detrás de muchas decisiones que se tomaron equivocadas hubo más ignorancia que falta de resolución, y en otras el sesgo ideológico, sobreactuar posicionamientos, quedar bien con alguien que desconfía y que ostenta la representatividad verdadera, escuchar lo que quería de **los "expertos" en la pandemia que eran teóricos que leían lo mismo que nosotros, que no trataban pacientes, que no fueron científicos, se nutrían de las mismas fuentes, sólo que lo mencionaban como verdades reveladas por el oráculo y sin tocar a un paciente.**

Observamos, con pocas esperanzas la crisis profunda que quedará cuando bajen las oleadas de casos de Covid-19, y esté la gente inmunizada. El listado de preguntas es imposible de responder. ¿Cómo se reconocerá la sociedad tras el coronavirus? ¿Olvidará? ¿Cambiará? ¿Modificará sus conductas? ¿Cómo será el trabajo, el empleo, la educación? ¿El sistema de salud? ¿A quién elegirán en las elecciones de medio término? La democracia. La representatividad. Las elecciones de candidatos. ¿Dónde y qué representarán los partidos, las coaliciones, los movimientos? ¿La virtualidad en la salud vino para quedarse? ¿Qué pacientes se internarán? ¿Cómo será la inversión en tecnología? ¿Cómo, cuándo y en cuánto tiempo nos olvidaremos de los héroes pandémicos, el personal de salud? y las secuelas que le que-

darán a ellos quemados por el ejercicio de su profesión.

Tengo la convicción escéptica que luego de un pequeño movimiento en algunas cosas, predominará el statu quo. Algunos avanzarán un poco. La sociedad, el conjunto de los marginados, estarán en peores condiciones. **Las ayudas serán interesadas y apropiadoras, de los distintos bloques, y se perderá soberanía e independencia.**

SIEMPRE PONEMOS EL PECHO, LOS MISMOS, LOS SANITARIOS DE A PIE. LAS PELEAS SON AJENAS.

No vivimos de los aplausos los integrantes del equipo de salud, porque nos moviliza la vocación, menos los cinco mil o seis mil, que nunca llegan, pero nos afecta la falta de reconocimiento real, el merecido descanso, la mención, el respeto de los ciudadanos, esto se refleja en un constante empeoramiento de las condiciones de trabajo, nada cambió.

Nada cambió para los políticos en cuanto a la importancia de la salud, del factor humano que atiende a los enfermos, las condiciones de trabajo, descanso y la remuneración, son más proclives a escuchar voces aliadas de los gremios de la educación y de camioneros, que los gremios de la sanidad, o de pensar en los médicos.

Encima quedamos en el frente de otra pelea ajena, de conflicto de intereses.

Entre las obras sociales y los gremios, las prepagas y sus cuotas, contra la idea de manejar los fondos de la salud, por parte del ala bonaerense, en un Gobierno donde los que **lo quieren hacer tienen antecedentes, que deberían impedirle ser funcionarios.** El zorro, por más que esté adiestrado, no es conveniente colocarlo en el gallinero.

"No se puede mirar con las convicciones setentistas, los problemas del siglo XXI que exigen visión, competencia, liderazgo y capacidad para gestionar la complejidad social, las interdependencias, las externalidades negativas, bajo condiciones de una ignorancia y calidad de la clase dirigente impensada".

El aumento de las prepagas es un indicador del índice de precios al consumidor, utilizado para medir la inflación. Si se le concede un aumento a las prepagas. Este se traduce en aumento del costo de la salud y por carácter transitivo de la inflación y su lifting. Es llamativo, **que sobre este mismo rubro autorizan o no controlan el aumento del precio de los medicamentos,** totalmente liberado luego de la salida del ministro. Así tenemos recaudación disminuida de la seguridad social por caída del empleo y de la caída del salario real con respecto a la inflación que afecta el financiamiento de prestadores.

Los representantes profesionales, los gremios, las sociedades científicas, los ministerios de salud, las carreras de especialistas, los formadores de médicos residentes **están dejando pasar la oportunidad de mejorar las condiciones de trabajo,** porejemplo, que los profesionales tengan una carrera profesional, beneficios, una jubilación digna, una protección, mejorar las horas de trabajo, no para que sean menos, sino más repartidas.

Formar los intensivistas, los emergentólogos, los enfermeros, los kinesiólogos, que se necesitan. Que los sistemas de salud aseguren sus camas, su disponibilidad, se consoliden redes de atención. Se solucione el problema de las empresas de salud, que desde el 2002 están postergando sus quiebras por una ley de emergencia sanitaria. Las casas de estudio forman profesionales para un ámbito que no existe, topándose con una realidad que los frustra.

Aparecieron **los viejos vicios,** las corrientes especulativas y los egoísmos, pérdida de valores, con apariciones de personas que fracasaron cuando les toco hacer, colmados de fracasos recientes que impulsarían silencios respetuosos, salieron a decir cómo tendrían que hacerse las cosas, hablando en todos los canales, sin haber revalidado su capacidad de gestión, ministros degradados, y mayoritariamente infectólogos que nunca gestionaron, que siempre atendieron HIV.

La salud es un bien público, que mejora la equidad social, a la vez la eficiencia en la economía, estas cosas serán los verdaderos multiplicadores de bienestar en la sociedad, de esa forma la salud es una inversión productiva, y construir ciudadanía en el marco de la valoración de los esfuerzos.

"**La urgencia del largo plazo**" no es un eslogan vacío o efectista, sino el llamado a pensar medidas impostergables que impactarán en el futuro deseado.

CONCLUSIÓN:

Tenemos una triste virtud de no aprender de los errores y enmendarlos,

“El Covid-19 dejó el aprendizaje contundente de la interrelación que existe entre la salud, empleo formal, la distribución del ingreso, el crecimiento económico, y el bienestar social, con los resultados sanitarios. El normal funcionamiento de la economía hace al progreso de una sociedad, requiere que sus habitantes, sus ciudadanos tengan educación, y acceso igualitario a la salud, su promoción y atención”.

e insistir en dar peleas por causas perdidas, que nos conducen al fracaso. Estamos en una situación peor que otros países, con un índice de pobreza que empeoraba la posibilidad de cumplir con los confinamientos. Son momentos de alianzas positivas entre todas las fuerzas sociales, sectoriales, aumentar la velocidad de implementación de las decisiones. Enfrentarnos a la falta de equidad actual del planeta, con la asignación desigual del recurso. Abandonar la tendencia al aislamiento de la Argentina.

Se vislumbra un futuro muy esperanzador en cuanto a la innovación terapéutica para resolver necesidades no cubiertas, pero ello exi-

ge al sistema de salud una adaptación muy fuerte, **que piense urgentemente en el largo plazo**, los nuevos encargados de la gestión deben abandonar los prejuicios con los recorridos que afectan una gestión dinámica y flexible, explorar nuevas soluciones, encontrar en los ejes de la calidad, la accesibilidad, y las mejoras institucionales.

Esta crisis ofrece una gran oportunidad para resetear el sistema de salud, disminuir la fragmentación, de tener un modelo de atención más integrado. Deben revisarse los sistemas de compras de medicamentos e insumos. Lograr que el factor humano profesional sea reconocido como estratégico y mejorar

sustancialmente su remuneración. Disminuir el multiempleo. Colocar incentivos hacia carreras y especialidades donde hay carencias. Profesionalizar la gestión.

Que exista evaluación objetiva de las tecnologías sanitarias. Revisar la cobertura del programa médico obligatorio. Implementar redes asistenciales. Impulsar la colaboración público - privada en un marco de confianza y transparencia. Mejorar la accesibilidad a los tratamientos y las drogas esenciales. Revisar el pool de riesgo de las obras sociales. Impulsar que los prepagos desarrollen planes asistenciales y modelos prestacionales.

Cuando el Covid-19 se controle o desaparezca, **seguirán estando los desafíos históricos de los sistemas de salud**, de una sociedad envejecida y más demandante, las nuevas tecnologías costo incrementales, el tratamiento del cáncer, la posibilidad de tratar enfermedades que no tenían terapéutica, y las enfermedades huérfanas. □

(*) Médico especialista en Terapia Intensiva - Medio interno, Salud pública - diazca@fibertel.com.ar. [Blogsaludbydiaz](https://www.blogsaludbydiaz.com).



► 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

SARS Cov-2 de Alfa a Delta

Linajes, vacunas y peligros

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



Las consecutivas secuencias de aparición de linajes derivados del virus original salvaje de Wuhan por cambios en la proteína Spike han ido diseminándose tan velozmente como lo han hecho las dudas respecto de la inmunidad generada por las vacunas actuales para lograr prevenir la enfermedad.

En un mundo distópico, el virus muta a la vez que aumenta su resistencia a desaparecer y también su tendencia a exacerbar tanto transmisibilidad como virulencia. Poniendo el acento respecto de la inmunidad efectivamente lograda por medio de las vacunas disponibles en el mercado sanitario.

Un reciente artículo del NEJM menciona la necesidad de responder a varios interrogantes asociados a esto. Por ejemplo. ¿Están realmente las vacunas hoy existentes perdiendo eficacia contra las nuevas variantes?, ¿Será necesario advertir la posibilidad de buscar vacunas modificadas o nuevas para restaurar la eficacia en duda? ¿Cabe la posibilidad que surjan nuevos linajes aún más preocupantes en tanto se retrase la cobertura de vacunación a nivel mundial y esto obligue a coordinar los dispersos esfuerzos científicos a nivel internacional para hacerles frente?

Hasta hoy, el tema de las vacunas ha sido más parecido a una guerra de marketing que a una necesidad estratégica que supere fronteras, políticas y políticos. Los distintos linajes vienen haciendo caso omiso a las buenas expectativas que pretenden transmitir los gobiernos, como si eso fuera un incentivo al virus para transformarse y lograr hacerse más escurridizo.

La replicación viral prolongada en individuos con inmunidad parcial (inmunodeprimidos) o frente a circunstancias en que se produce transmisión rápida de títulos altos de virus –como en el caso de condiciones de vida vulnerables y hacinamiento– son factores que pueden haber contribuido al desarrollo de mutaciones que logren escapar al menos parcialmente a la inmunidad natural.

De esta forma, hoy hay ocho variantes de Covid-19 definidas por la OMS como “de interés” (VOI) y denominadas épsilon (dos variantes), zeta, eta, theta, iota, kappa y lambda, más otras cuatro calificadas “de preocupación” (VOC) y particularmente peligrosas.

De estas, la B.1.1.7 (alfa) de origen británico es la que

ha emergido como una de las formas más comunes de alta transmisibilidad (entre 43% y 90% más contagiosa que el tipo nativo o salvaje). No le va en zaga la variante P.1 (gamma) originada en Manaus, capaz de aumentar la gravedad de los casos aun en personas que estuvieron previamente infectadas o vacunadas. Por su parte, la B.1.351 (beta) o sudafricana es más común entre individuos jóvenes sin antecedentes de enfermedades agudas y presenta un mayor riesgo de gravedad en dicho grupo etareo.

Ya hay laboratorios trabajando en una vacuna específica. La evidencia preliminar respecto de este linaje (datos de ensayos controlados con placebo) sugiere una eficacia reducida para las vacunas de Johnson & Johnson, Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Sinopharm y Moderna, y la posibilidad de desarrollar resistencia contra los anticuerpos generados.

Finalmente, la que suma mayor preocupación y anticipa la posibilidad de una tercera ola complicada (la Gripe española de 1918 tuvo su máxima agresividad en la segunda) es la denominada B.1.617.2 (delta). Originaria de la India, no solo es su agresiva transmisibilidad el problema (60% más que la alfa y 40% que la gamma) sino su eventual escape a las vacunas, dado que contiene múltiples mutaciones en la proteína Spike, y al menos cuatro de ellas son importantes por las consecuencias que conllevan.

Si bien hasta el momento se carece de pruebas sólidas que indiquen que las variantes de preocupación identificadas actualmente –principalmente la delta–

puedan evitar el impacto de las vacunas, el Servicio de Salud Pública del Reino Unido ha publicado recientemente en The Lancet que la protección con Pfizer-BioNTech y AstraZeneca resulta 36% y 33% efectiva después de la primera dosis contra este linaje, mientras que con segunda dosis tal protección sube a 88% y 60% respectivamente. Lo cual requeriría completar los esquemas en forma acelerada.

Por su parte, en hospitalizaciones, la vacunación ofrecería una protección similar contra ambas variantes, de 94% con una dosis de Pfizer-BioNTech y 96% con dos, y con AstraZeneca de 71% y 92%. Sobre Janssen y Moderna no existen aún estudios. La mala noticia es que en abril de este año, las autoridades sanitarias indias han dado aviso sobre

“Hasta hoy, el tema de las vacunas ha sido más parecido a una guerra de marketing que a una necesidad estratégica que supere fronteras, políticas y políticos”.

la aparición de una nueva mutación derivada de la variante delta, denominada AY.1 (delta plus) que ha hecho que el virus se propague más fácilmente aún y cuente con una mutación que le podría permitir escapar a las vacunas conocidas.

¿Cuándo llegará la variante delta a América latina –hoy transformada en el foco de la pandemia– lo suficiente como para desarrollar circulación comunitaria? Es la tradicional pregunta del millón. Lo cierto es que pese a la ilusión que genera el avance de la vacunación –aunque su complejidad venga retrasada y hasta estancada como lo señala la propia directora de la OPS (*“sólo una de cada diez personas en América latina y el Caribe está completamente vacunada contra el Covid-19”*) afirma– la transmisión de cualquiera de las variantes persiste fuera de control.

Las sostenidas oleadas ocurridas en Paraguay, Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil, Perú y Chile –en orden al número de casos diarios– no sólo pueden favorecer la posibilidad que surjan linajes más peligrosos, sino que la facilidad con que pueden cruzar las fronteras origina un riesgo constante y aún mayor en el tiempo.

Las vacunas per se no pueden bajar los casos si no se testea más y se rastrean mejor los contactos, aislándolos rápidamente. Más aun en conglomerados urbano –marginales donde existen muelles determinantes de vulnerabilidad y riesgo socio– sanitario que favorecen la difusión del virus, llevando a que la pandemia no se ralentice lo suficiente y mantenga en la región cifras de mortalidad tan elevadas como dolorosas.

“¿Cuándo llegará la variante delta a América latina –hoy transformada en el foco de la pandemia– lo suficiente como para desarrollar circulación comunitaria? Es la tradicional pregunta del millón”.

Nueve de diez países con más muertes en relación con su población total se encuentran hoy en la particular geografía económica y social de América latina, enmarcada en la informalidad laboral creciente, la pobreza y la crisis sanitaria.

Se trata de una suerte de silenciosa tragedia, después de la cual –como lo afirma una nota de *The New York Times*– habrá tres tipos de países que emergerán del fenómeno pandémico: las naciones ricas que usaron sus recursos para asegurarse la amplia disponibilidad de las innovadoras vacunas basadas en plataformas ARNm, los países más pobres que están lejos de poder inmunizar a la mayoría de sus habitantes si el Fondo COVAX no los asiste lo más rápido posible, y aquellos que podrán tener a su población completamente inoculada con variantes de plataformas de adenovirus, pero sólo parcialmente protegida. Un drama sanitario que puede adquirir visos de inequidad catastrófica. □

(*) 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

Humanismo y salud

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión



El Humanismo es un ideal o actitud vital que concibe de forma integrada los valores humanos. Es también una filosofía de la vida democrática, que afirma que los seres humanos tienen el derecho y la responsabilidad de dar sentido y forma a sus propias vidas. Es sinónimo de la construcción de una sociedad más justa a través de una ética basada en valores de equidad e igualdad y de otros valores naturales en el espíritu de la razón y la libre investigación a través de las capacidades humanas.

No es teísta y no acepta opiniones sobrenaturales de la realidad.

En tiempos recientes ha venido a ser causa de mucha confusión filosófica e histórica. En el discurso de hoy día, casi cualquier clase de interés por los valores humanos recibe el calificativo de "humanista" y, en consecuencia, una enorme variedad de pensadores —religiosos o antirreligiosos, científicos o anticientíficos— se siente con derecho a definir determinada acción con la palabra "humanista".

En su forma actual, la globalización da lugar a una sociedad que se caracteriza por la exagerada diferencia de ingresos y por la escasa atención a las necesidades de las personas de menores recursos. Este deterioro de la preocupación por los demás es un índice de la pérdida del espíritu solidario y del liderazgo ético. Creo que la respuesta a tales inquietudes está en desarrollar un paradigma de dimensión humana mediante el cual podamos entender nuestro mundo y el lugar en el que nos encontramos.

Cuando digo de dimensión humana, estoy refiriéndome a una manera de pensar que nunca se desvíe de la escala de lo humano, una sensibilidad hacia la vida como un todo y también a los detalles del día a día de la existencia. Cuando examinamos la civilización moderna desde esa perspectiva, vemos que nuestra capacidad intelectual se ha hipertrofiado burdamente, hemos perdido nuestra capacidad de asombro y las emocionales se han atrofiado. Este desequilibrio toma la forma de un embotamiento de la sensibilidad natural y del modo de reaccionar ante la vida y sus realidades cotidianas. Esto nos impulsa a avanzar hacia una más profunda toma de conciencia, en un proceso de constante reafirmación del saber quiénes somos y qué estamos haciendo.

Tenemos que restaurar nuestra percepción de la vida en sí misma, nuestra conciencia manifiesta de las realidades del hacer cotidiano. ⁽¹⁾

El **humanismo**, tal como se establece a partir de los **derechos humanos**, se enfrenta, como sostiene Leo Strauss, al **historicismo**, es decir, a la disolución del **derecho** natural en la historia. **Los derechos humanos no se fundamentan en la natu-**

raleza de los antiguos, sino en la libertad de los modernos...

Así cuando hablamos de **humanismo en salud**, hacemos referencia a esa actitud **hipocrática** de tratar a los pacientes con dignidad y respeto, a modelos de relación y de asistencia centrados en la persona y al tratamiento del ser humano en su conjunto, de una forma integral.

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA HUMANISTA ⁽²⁾

Los requerimientos de la sociedad, en el siglo XXI, han obligado a las escuelas de educación superior a entrar en procesos de evaluación y acreditación que garanticen que están formando a los profesionales acordes a las necesidades de los ciudadanos de este nuevo siglo.

Para lograr esto se ha propuesto como estrategia central el definir las características del profesional que pretenden. Por otra parte, una vez definidas estas características del egresado es necesario evaluarlas desde el punto de vista del desempeño profesional, para garantizar que las escuelas están logrando el profesional deseado. Este desempeño se ha evaluado generalmente desde el punto de vista cognoscitivo y de habilidades, pero poco se han considerado las características éticas y el compromiso social necesario.

La evaluación del actuar profesional debe incluir no sólo los aspectos más rutinarios, sino aquellos que se refieren a valores y cualidades personales. Además, la ética y la visión humanista deben pasar a formar parte de la currícula también, **debemos construir los indicadores para evaluar esos valores.** ⁽³⁾

En los últimos 30 años se ha considerado, de forma creciente, el enfatizar el retorno al **humanismo en salud** como una medida para contrarrestar el **"corporativismo"** que rodea a los sistemas de salud, ya que parece ser el responsable de la deshumanización en la atención médica que hoy se proporciona. Como médicos, nos encontramos preocupados por el impacto que las conductas profesionales ejercen sobre el desarrollo de las actitudes y conductas sociales de los estudiantes y residentes médicos, sin embargo, aún parece existir cierta confusión de lo que implica el término "humanista" en este ámbito.

De esto se deriva la necesidad de aclarar lo que entendemos por **"humanismo médico"** para lograr un acuerdo general que sustente la evaluación del **deber ser** en los médicos y estar en la posibilidad de plantear estrategias pedagógicas explícitas que permitan impulsarlo y fortalecerlo en el ámbito de la educación y la práctica médica. Actitudes de los estudiantes que a la hora de

abordar problemas de la práctica clínica no han avanzado lo suficiente en ese sentido.

Es un error pretender evaluar las características humanistas, sin establecer previamente una conceptualización que dé cuerpo a un modelo de la práctica profesional.

De esta forma, se establece un "patrón de referencia" contra el cual se compara a cada individuo. El modelo que sirve de "patrón de referencia" en el proceso, se construye mediante la articulación del estado del arte necesario para una práctica aceptable de la profesión, en los ambientes de trabajo estándar en los cuales habrá de desempeñarse el individuo, en donde la opinión de los pacientes y las expectativas que tiene la población sobre los profesionales es muy importante, de manera que la educación sea más sensible a las **necesidades cambiantes de la sociedad**.

Para que el modelo de evaluación resulte funcional deben vencerse dos grandes retos: **hacerlo operativo**, estableciendo claramente sus componentes, variables e indicadores; traducidos en características claramente enunciadas y determinar los **criterios de ejecución**, para distinguir el cumplimiento o incumplimiento de las normas.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

¿Qué hacer para evitar el cataclismo que se avizora en el presente siglo? ¿Cómo prevenir las posibles pandemias que se avizoran? ¿Cómo impedir que, el ejercicio de la profesión médica se convierta en una batalla entre el equipo de salud y sus usuarios? ¿Qué hacer para evitar que se desaprovechen los formidables efectos terapéuticos de las relaciones interpersonales positivas con pacientes y familiares? ¿Cuál debe ser el aporte para reforzar el **marco humano en la gestión del sistema de salud**, situación que conduciría a una frustrante atención robotizada y mercantilizada? ¿Cómo impedir que se desdibujen las fronteras entre la medicina humana y la tecnología? ¿Qué hacer para lograr que el humanismo y la ética en la atención médica no se conviertan en virtudes demodé?

Venimos hablando sobre la fragmentación de nuestro sistema de salud desde hace tiempo. Sin embargo, cuando se intenta instalar la discusión sobre un sistema más nuevo acorde a los tiempos surgen las voces de quienes son representantes del **estatus quo**, tratando de acallar la discusión.

El sistema de salud argentino sufre algo más profundo que su fragmentación, **es inequitativo y desigual**. ¿Por supuesto que la cobertura tiende a la universalidad... sí... pero qué clase de cobertura?

Depende del lugar geográfico, de la voluntad de los distintos actores de esas geografías y de cuánto les importe el sistema de salud.

También depende a que subsistema pertenecen y... dentro del mismo subsistema conviven un variopinto modo

de dar prestaciones. No miremos para otro lado...

La fragmentación es una de las causas, pero lo es también el **corporativismo** de todas las partes que componen cada subsector.

Y este no es un tema menor, yo diría que es un veneno que corroe no sólo al sistema de salud sino a toda nuestra sociedad.

GRIETAS Y MÁS SUBGRIETAS...

Tenemos que seguir discutiendo sobre el sistema de salud, sin miedo, con fuerza y convicción, para que todos los argentinos seamos realmente iguales y no sólo en un artículo de la Constitución.

Todos conocemos la respuesta al caos cada día mayor engendrado desde un corporativismo que no le importa la gente, sino sus intereses propios...

La respuesta a esos interrogantes es el Sistema Nacional Integrado de Salud.

"Concebimos a la salud como un derecho universal", una conquista social e histórica de la comunidad y una responsabilidad indelegable del Estado.

Consolidar un marco normativo a través de una **Ley Nacional de Salud** y -en la medida que sea posible- contar con una nueva Constitución, incorporando a ella a **la salud como derecho humano** y el **SNISA** como estructura nacional que comprenda a todas jurisdicciones y subsectores". (4)

Como vemos **no es excluyente de nada ni de nadie**, es integrador de los subsistemas, es sinergia en acción, es complementariedad entre todos los actores.

Es la respuesta de los intereses supremos de la Nación, en ideas que se deben plasmar con tiempo y diálogo para todos los argentinos del siglo XXI. □

REFERENCIAS

- (1) Ikeda, Daisaku: *Discurso pronunciado durante la 15ª Reunión para responsables de la Sokka Gakkai*, Univ. de Tokio/ Japón/ 7 de marzo de 2018.
- (2) El humanismo en la educación médica/ Jorge Francisco Oseguera Rodríguez/ 2015/Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Querétaro/ Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- (3) Una visión humanista sobre el campo de la salud/ Marco Antonio Peñuela/UNAM/México/2017.
- (4) EJES CENTRALES PARA UN PROGRAMA DE SALUD 2020/ 2024 /CEPSAL/Buenos Aires /Argentina.

(*) Email: mklajman@satsaid.com.ar

**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.



Hola Doctor! ¿Qué aprendimos?



Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT (*)

Dos semanas después del decreto que estableció en marzo de 2020 el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio se publicó la resolución 282/2020 de la Superintendencia de Servicios de Salud, que recomendaba a obras sociales y prepagas implementar el uso de plataformas de teleasistencia o teleconsulta para garantizar las prestaciones de demanda esencial.

Para la obra social que presido, dar cumplimiento a la resolución 282 no ofreció dificultades. Sin haber imaginado la inédita crisis global que sobrevendría, seis meses antes, en setiembre de 2019, habíamos lanzado el servicio de telemedicina (vía App y PC): **Hola Doctor!**

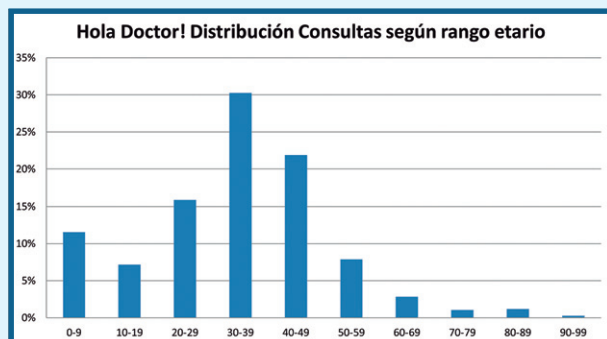
Con servicio de demanda espontánea y turnos programados había sido planteado como estrategia complementaria para ampliar accesibilidad y cobertura, agregar valor y, por supuesto, explorar la posibilidad de hacer más racional el gasto sanitario.

Frente a la pandemia y en vistas a la expectativa de un crecimiento exponencial de la demanda asistencial, nuestro enfoque en relación con: *Hola Doctor!* cambió sustancialmente. La App se convirtió en la pieza clave del protocolo OSPAT frente al Covid-19 para prever dispositivos de atención y contención suficientes. Sigue siéndolo por estos días.

REVISANDO ESTADÍSTICAS Y RESULTADOS (*)

De 1 a 5 puntos, la experiencia de nuestros beneficiarios que utilizaron: *Hola Doctor!* es de **4,63 puntos** en promedio (cabe aclarar que el 51% de los usuarios calificó el servicio). Este valor es un estímulo en varios sentidos.

La satisfacción de habernos anticipado. La confirmación de que la oferta prestacional digital que ofrecemos es de muy buena calidad y no defrauda a los afiliados. La oportunidad de animarnos a vislumbrar la salud del futuro.



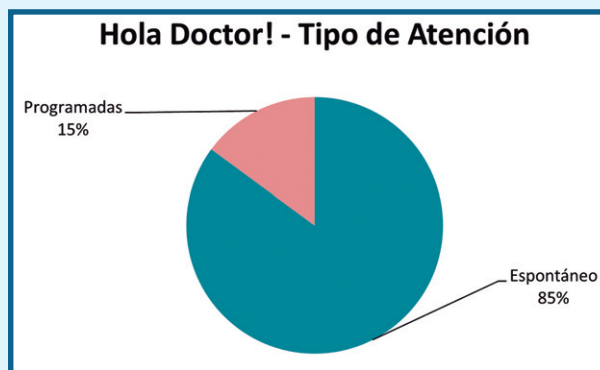
FUENTE: Obra Social del Personal de la Actividad del Turf

Incluidas las dos olas de la pandemia 20/21, el promedio de tiempo de sala de espera de la totalidad del período es de **14:03 minutos**. Nos acostumbramos, pero es sorprendente: ante una necesidad médica, el afiliado de OSPAT consulta a un profesional de salud en alrededor de 15 minutos sin moverse del sitio donde se encuentra.

Finalmente, también logramos una excelente penetración entre la población joven, con un promedio de edad de usuario de **33 años**.

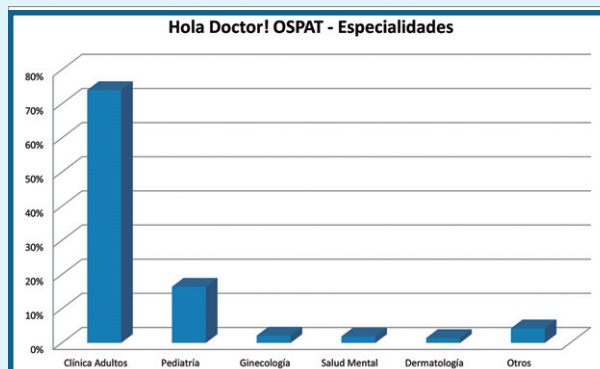
La población entre 20 y 50 años no sólo incorporó esta solución tecnológica, sino que, una vez superada la primera barrera de acceso, en general se hizo usuaria habitual, dado que el **promedio de consultas por usuario es alrededor de tres**.

Tal como lo previmos, nos encontramos resolviendo teleconsultas sobre todo espontáneas.



FUENTE: Obra Social del Personal de la Actividad del Turf

Las especialidades: clínica médica, medicina general y familiar fundamentalmente. En segundo plano, pediatría y ginecología.



FUENTE: Obra Social del Personal de la Actividad del Turf

En otras palabras, en nuestra experiencia, la telemedicina ha venido a fortalecer la atención primaria y creo que es un matiz correcto, por lo menos para comenzar a hablar de telemedicina en obras sociales.

Rescatamos dos cuestiones laterales llamativas: cómo se perfila una oportunidad más que interesante en cuanto a teleconsulta dermatológica. Sumada a otra: el 12% de las consultas realizadas en *Hola Doctor!* fueron de salud mental, dato que conservaremos también para comprender la pandemia de Covid-19 en retrospectiva. Salud mental mediante telemedicina parece de por sí un ancho camino para profundizar como estrategia.

Una aclaración final, no sabemos si obviamente: cada uno de los beneficiarios de la obra social OSPAT accede a un servicio de telemedicina de excelencia por el mismo valor por el que su grupo familiar accede a toda la salud. Su aporte como trabajador registrado.

EL SISTEMA DE SALUD QUE SE VIENE

La experiencia en curso *Hola Doctor!* nos está permitiendo aprender y ése es un proceso que no ha terminado, aunque ya encontramos variadas oportunidades de mejora. Menciono sólo algunas a continuación:

- **Elevar la tasa de penetración entre la población afiliada:** En dos sentidos. Seguir comunicando y motivando a los afiliados para romper la primera barrera frente a lo que significa consultar a un médico tras una pantalla. Y en segundo lugar, encontrar la manera de que pueda acceder a esta herramienta también la población mayor, que sin duda puede sacar mucho provecho de la posibilidad de evitar traslados.

- **Integración de la red:** sin duda eso que puede ser la salud del futuro va por el lado de la interconexión tecnológica. En otra época hablábamos de integrar los diferentes niveles de atención en una red prestacional nacional. Hoy debemos imaginar la articulación e integración de esas redes off-line y on-line.
- **Prescripción de medicamentos:** si bien la pandemia trajo la ley 27.553 sobre receta digital o electrónica, no ha sido tan sencillo adecuar las redes de farmacia a las recetas digitales. Encontramos resistencia entre prestadores, colegios farmacéuticos, auditores. Hay por delante obstáculos para sortear, más sociales que técnicos.
- Ya se sabe, pero las diferencias en cuanto a **conectividad** terminan siendo también una cuestión de equidad. En este caso, equidad en el acceso a la salud. Hay que recordar que no sólo hablamos de infraestructura e internet en dispositivos móviles, sino también en nuestras delegaciones locales y en nuestros efectores.

Definitivamente, esto recién comienza. No tenemos todas las respuestas, pero como es habitual, ponemos a disposición nuestra vocación de sumar para pensar juntos el sistema de salud argentino que se viene. □

(*) Se toma todo el período desde el lanzamiento de *Hola Doctor!* hasta la actualidad (setiembre 2019-mayo 2021).

(*) 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).





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

El financiamiento y el gasto en salud de la Argentina ⁽¹⁾



Por Carlos Vassallo Sella y Alejandro Sonis

www.ideblatam.org

El nivel de gasto en salud de un país, que cubre tanto las necesidades individuales como la salud de la población en su conjunto, y sus cambios a través del tiempo, depende de una variedad de factores demográficos, sociales y económicos, y de las disposiciones organizacionales y de financiamiento del sistema de salud.

El gasto en salud es la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud, esto incluye el gasto de todo tipo de programas (por ejemplo, programas gubernamentales, seguro social o gastos de bolsillo) en servicios y bienes médicos, programas de prevención y salud de la población, así como la administración del sistema de salud, asimismo comprende, la investigación aplicada en salud y los sistemas de abastecimiento y distribución médicos. La división del gasto combina esquemas de financiamiento público y obligatorio, este último incluye seguros privados de carácter obligatorio (por ejemplo, en Suiza, Colombia, y los Países Bajos).

Para poder hacer comparables los niveles de gasto entre los países, se convierten los gastos en salud per cápita a una moneda común (dólar estadounidense) y se ajustan para tener en cuenta el diferente poder adquisitivo de las monedas nacionales, con el fin de comparar los niveles de gasto, PPA de con-

sumo individual real (AIC) se utilizan como las tasas de conversión más disponibles y fiables. Para el cálculo de las tasas de crecimiento en términos reales, se utilizan deflatores AIC para todos los países, cuando están disponibles.

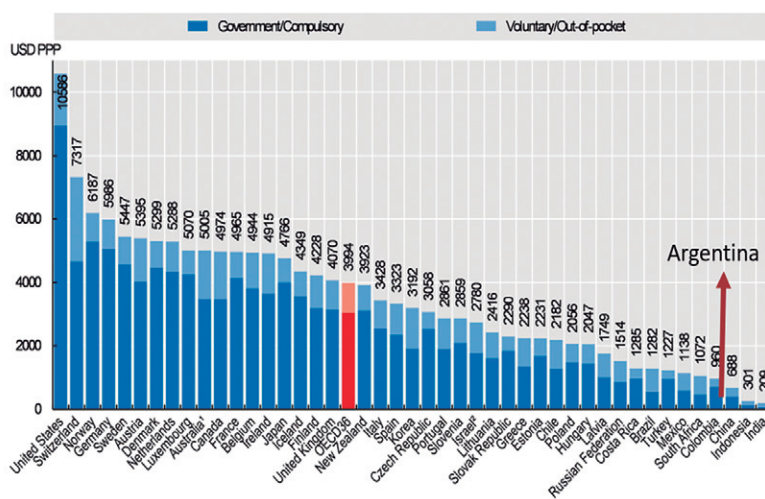
Los datos disponibles son de 2018 y se basaron en cifras provisionales pro-

porcionadas por el país o estimadas por la Secretaría de la OCDE.⁽²⁾ Los países de América latina que participan de la OCDE son México, Chile y más recientemente Colombia. La Argentina solicitó durante el gobierno anterior (2015-2019) su ingreso a dicha organización, pero no se pudieron terminar de completar las negociaciones y finalmente el gobierno actual desestimó el intento de formar parte de este excelente espacio de cooperación en materia de información y experiencias de gestión con el fin de mejorar la calidad de las políticas públicas.

El gasto en salud promedio de los países que integran la OCDE fue de aproximadamente u\$s 4.000 por persona (ajustado por poder adquisitivo). Estados Unidos fue el país que más gastó con más de u\$s 10.000 por habitante, Francia casi u\$s 5.000 por habitante, Chile con u\$s 2.182 y la Argentina se encuentra en un nivel parecido a Colombia con u\$s 900 dólares per cápita.

El nivel del gasto en salud está superando ampliamente el crecimiento económico de los países. Las estimaciones realizadas antes de la pandemia de Covid-19 apuntaban a que el gasto en salud alcanzará el 10,2% del PIB para 2030 en los países de la OCDE, frente al

Gráfico 1. Gasto en Salud per cápita - 2018 o año más reciente



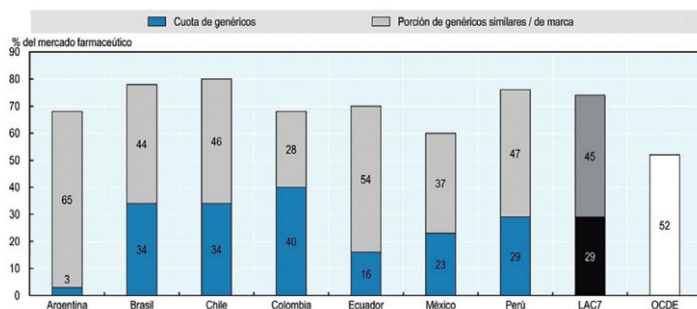
Nota: Los gastos excluyen inversiones, a menos que se indique lo contrario.

1. Las estimaciones de gastos de Australia excluyen todos los gastos de instalaciones residenciales para el cuidado de personas mayores en servicios de bienestar (sociales). 2. Incluye inversiones.

Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2019. Base de datos de gasto mundial en salud de la OMS.

StatLink - <https://doi.org/10.1787/888934016778>

Gráfico 2. Cuota de volumen de genéricos en el mercado farmacéutico minorista en 7 países de LAC, 2019



Fuente: Adaptado de IQVIA (2019[25]). Precio de los Medicamentos en América Latina - Análisis Comparativo. Datos de la OCDE de OECD. Estadísticas de Salud (2019[14]) - <https://doi.org/10.1787/health-data-en> StatLink - <https://stat.link/sqplt7>

8,8% en 2018 (OCDE 2019). La irrupción de la pandemia tendrá un impacto importante en el nivel de gasto consolidado de salud que planteará a futuro problemas de sustentabilidad considerando que la mayoría de los países obtiene el financiamiento de fuentes públicas.

Los países de la OCDE han implementado diversas reformas para mejorar la eficiencia económica. Vale la pena mencionar el uso de genéricos que ha sido una de las principales, generando importantes ahorros, asimismo todavía existe espacio para seguir avanzando dado que los genéricos representan sólo el 52% de los productos farmacéuticos vendidos en este listado de países.

En un estudio realizado por la OCDE en 7 países de América latina en promedio, los países tienen una mayor proporción de genéricos en sus mercados (79%) en comparación con el promedio de la OCDE (52%). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la mayoría de estos genéricos son similares o de marca (52%), que es una copia de la molécula de un producto sin patente que se vende al público utilizando un nombre comercial y, por lo general, los precios son más altos que los genéricos sin marca, lo que afecta los gastos directos de bolsillo. En contraste, en los países de la OCDE los genéricos de marca o sin marca no hacen una gran diferencia, principalmente porque los sistemas de salud brindan cobertura independientemente de esta clasificación.

Otro desafío para los países de la OCDE es el envejecimiento de la población que aumenta la demanda de servicios de salud, en particular de cuidados de larga duración. Para el 2050, se estima que la proporción de la población de 80 años o más aumentará a más del doble, lo cual ejercerá mayor presión financiera en los gobiernos, pero puntualmente para las familias, en especial las mujeres, que con alrededor del 13% de las personas de 50 años o más, que son las que brindan atención informal al

menos una vez a la semana a un familiar o amigo dependiente.

COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO: OBLIGATORIO Y VOLUNTARIO

Existe una variedad de esquemas de financiamiento para la salud que son clasificados según su naturaleza en obligatorios o voluntarios.

Los esquemas de financiamiento del gobierno, organizados a nivel nacional, regional o municipal para grupos de población específicos, automáticamente dan derecho a las personas a recibir cuidados basados en la residencia y constituyen el mecanismo principal por el cual se cubren los gastos de atención médica en los países desarrollados.

La principal alternativa es que los habitantes de un país estén inscritos en un plan de seguro de salud obligatorio (en el marco de entidades públicas o privadas) que luego cubra la mayor parte de la utilización de los servicios de salud. A pesar de la cobertura sanitaria casi universal en muchos países de la OCDE, el gasto directo de los hogares (gastos de bolsillo) en forma de pagos independientes o como parte de algún acuerdo de copago sigue siendo un elemento clave del financiamiento de la salud, pero el alcance puede variar considerablemente. Por último, entre los otros tipos de financiación discrecional de la atención médica, el seguro médico voluntario en sus diversas formas (prepagas, ISAPRES, aseguradoras, etc.), desempeñan un papel importante en la financiación en algunos países.

Como se puede observar en el cuadro de la página siguiente la cobertura pública y el seguro médico obligatorio constituye el principal mecanismo de financiamiento de los países de la OCDE y también de la Argentina.

El promedio OCDE (73%) y en la Argentina (70,3%) muestran que el esquema de financiamiento obligatorio predomina. En países con sistemas públi-

cos predominantes como Noruega, Dinamarca, Suecia y Reino Unido el financiamiento es del 80% y el resto corresponde a gasto de bolsillo. En los países donde el seguro médico obligatorio es la fuente principal como Alemania, Japón, Francia, Luxemburgo y los Países Bajos, por lo general cubren alrededor de las tres cuartas partes de todo el gasto sanitario.

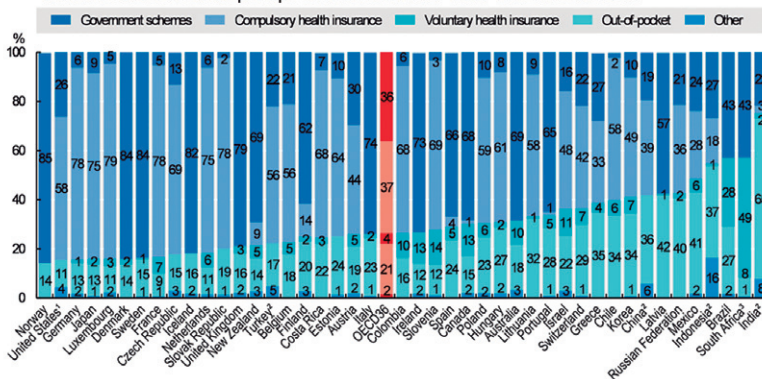
En Estados Unidos los programas federales y estatales como Medicaid, representan alrededor de una cuarta parte del gasto total en atención médica de EE. UU. Otro 22% está cubierto por planes de seguro social de salud (por ejemplo, Medicare). La mayoría de los seguros de salud privados, que, desde la introducción de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) en 2014 (Obamacare), se consideran obligatorios debido a la existencia actual de un mandato individual para que las personas compren un seguro de salud o paguen una multa, cubre más de un tercio de gasto total en salud.

Los pagos de bolsillo generalmente constituyen la otra fuente importante de financiación. En promedio, los hogares privados financiaron directamente más de una quinta parte de todo el gasto en salud en 2017, pero con variaciones sustanciales en la OCDE. Mientras que esta participación es superior al 30% en Letonia (42%), México (41%), Grecia (35%), Corea (34%) y Chile (34%), está por debajo del 10% en Francia., para la Argentina este gasto se estima en 21%.

Con el objetivo de avanzar hacia la cobertura universal de salud, varios países de la OCDE han aumentado el gasto del gobierno o los planes de seguro obligatorio en las últimas décadas. Como resultado, ha habido algunas disminuciones significativas en la parte de los costos de atención médica pagaderos por las personas y los planes de seguro voluntario en algunos países. Sin embargo, si bien la proporción del gasto en salud cubierto por esos dos esquemas en la OCDE ha disminuido ligeramente alrededor del 28% en 2003 al 26% en 2017, existe una notable dispersión entre de los países.

Entre los países en los que el seguro médico voluntario juega un papel más importante, esta proporción se ha ido incrementando en Corea y Australia en los últimos años, mientras que se mantuvo estable en Eslovenia y Canadá. La proporción de gastos cubiertos por pagos de bolsillo aumentó sustancialmente entre 2009 y 2017 en varios países europeos, como Grecia (5%), España (5%) y Portugal (3%), aunque esta proporción se ha estabilizado en los últimos años. Este es el resultado de las políticas introducidas en varios países para equilibrar los presupuestos

Gráfico 3. Gasto en Salud por tipo de financiamiento - 2017 o año más cercano



Las OSN son las únicas que cuentan con un fondo que tiende a reducir las diferencias de ingresos y a reasegurar prestaciones crónicas y de alto costo. Este es el denominado Fondo Solidario de Redistribución (FSR), el cual se financia con porcentajes de los aportes de los trabajadores y las contribuciones patronales. Del total recaudado por el FSR en 2019 (1.026 millones de dólares) sólo el 12,9% se destinaron a financiar medicamentos especiales.

Según las estimaciones realizadas (3) el Gasto Voluntario Privado asciende a un total de u\$s 12.005,6 millones de dólares que corresponde al 2,8% del Producto Interno Bruto Constituye el 30% del total del gasto en salud y una cápita de u\$s 268 dólares. Se clasifica en dos componentes que esconden la profunda inequidad que atraviesa la economía y la salud en la Argentina.

- **Gasto en Seguros de salud:** (0,84% del PBI) que asciende a u\$s 3.601,7 millones de dólares (recordemos que la suma de Nación y Municipios suma 0,9% del PBI que es un poco menor a lo que destinan a este sector de la población). Corresponde a compra de seguros de salud privados por parte de la población de mayores ingresos. También se incluyen en este rubro los pagos privados que realizan las personas desreguladas de la Seguridad Social.
- **Gasto de Bolsillo:** (1,96% del PBI) que asciende a u\$s 8.503,9 millones de dólares. El gasto de bolsillo promedio anual per cápita es de u\$s 188 (ciento ochenta y ocho dólares). Según la ENGHO (2017-2018) del **gasto de los hogares** un 42% (en promedio) corresponde a gasto en medicamentos (u\$s75 dólares). En los hogares de clima **educativo alto y muy alto**, se apreció un menor consumo relativo de alimentos y uno mayor en actividades de esparcimiento. **El gasto en salud estuvo mayormente** determinado por los seguros médicos (55%). En contraste, en los **hogares con clima educativo bajo y muy bajo**, se vio un mayor consumo proporcional **de alimentos y un menor** gasto en actividades de recreación, cultura y el gasto en salud estuvo principalmente determinado **por la compra de medicamentos (76%)**. (4 5)

Tabla 1. Gasto en Salud en la Argentina por subsector-2019

Gasto en Salud en la Argentina	% PBI	En millones US\$	Cápita anual en US\$
Gasto en Salud Total	9,4	40304,6	900
Gasto Público	2,7	11602,6	
Nacional (18%)	0,5	2088,4	47
Provincial (67%)	1,8	7773,8	453
Municipal (15%)	0,4	1740,4	101
Seguridad Social	3,9	16696,4	609
Seguridad Social Nacional (51%)	2	8515	553
Seguridad Social Provincial (26%)	1	4341	611
PAMI (23%)	0,9	3840	753
Gasto voluntario	2,8	12005,6	
Seguros de salud (30%)	0,84	3601,7	1801
Gasto de bolsillo (70%)	1,96	8503,9	188

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (Dirección Nacional de Economía de la Salud, 2019)

Si se observa el gasto de los hogares en salud se observa un incremento entre la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHO) 2012-2013 y la última ENGHO realizada en 2017-2018, donde los hogares destinan a salud 6,4% de su ingreso (frente a 5,6 de 2012-2013). Asimismo, si profundizamos el análisis en la última encuesta se estimó que este gasto en salud representó un 5,1% sin adultos mayores, un 9,5% con un adulto mayor y 14,2% con dos adultos mayores y más. Cabe mencionar que el gasto en salud incluye la compra de medicamentos, prótesis y otros gastos relacionados y que por ejemplo en Chile representa el 6,2% y el promedio OCDE es del 3%.

El gasto en Salud representó el 6,4% del gasto de consumo en el total del país. Para aquellos hogares con cobertura prepaga de salud, este gasto ascendió a 11,4%, mientras que para los que contaban con una obra social fue del 5,6% y para los hogares que sólo tienen cobertura de salud pública, 3,5%. (6 7)

La financiación de la salud se ha convertido en un problema cada vez más importante para la población y para los gobiernos en todo el mundo. En muchos países, las barreras financieras excluyen a los pobres de los servicios, y los costos de la atención son causa de graves problemas financieros para los pacientes y sus familias.

Si bien el gasto público en salud de la región viene creciendo, se mantiene lejos de la meta del 6% del PIB recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el financiamiento del primer nivel de atención no alcanza el parámetro recomendado de al menos el 30% del gasto público en salud y, en los países en que esto ocurre, se trata de montos absolutos extremadamente bajos (Cid y otros, 2020).

La Argentina destina a salud el 9,4% de su producto bruto interno. Si bien es un porcentaje relativamente alto, convive con un 40% de la población que posee graves problemas de acceso, calidad y continuidad de los tratamientos básicos y es peor aun cuando padece una patología considerada catastrófica, rara o especial; en otras palabras, aun destinando una porción importante de su producto a salud, tiene dificultades para brindar acceso y cobertura efectiva y de calidad a una porción importante de su población lo que configura un sistema estructuralmente inequitativo.

Esta información que suministramos esperamos que pueda ser utilizada para discutir sobre bases reales y lograr establecer un consenso para un sendero de reformas que nos permitan alcanzar un sistema sanitario más justo, eficiente y equitativo. □

REFERENCIAS:

- 1) Financiamiento y Gasto en Medicamentos Especiales. Trabajo realizado por el Instituto de Economía del Bienestar (Vassallo Sella, Carlos; Sonis Alejandro; Oggier Guillermo; Roldán Rubén; y González Malla Carlos) para la Cámara de Especialidades Medicinales (CAEME). Año 2020.
- 2) www.oecd.org - La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es una organización internacional cuya misión es diseñar mejores políticas para una vida mejor. Su objetivo es promover políticas que favorezcan la prosperidad, la igualdad, las oportunidades y el bienestar para todas las personas. En colaboración con gobiernos, responsables de políticas públicas y ciudadanos, trabajan para establecer estándares internacionales y proponer soluciones basadas en datos empíricos a diversos retos sociales, económicos y medioambientales. La OCDE es un foro único, un centro de conocimientos para la recopilación de datos y el análisis, el intercambio de experiencias y de buenas prácticas.
- 3) No existen en el país Cuentas Nacionales de Salud
- 4) <https://www.diarionoticiasweb.com.ar/2019/11/29/segun-el-indec-casi-el-25-del-presupuesto-de-un-hogar-se-va-en-comida/>
- 5) https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho_2017_2018_informe_gastos.pdf
- 6) https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho_2017_2018_informe_gastos.pdf
- 7) https://www.clarin.com/economia/impacto-crisis-crece-gasto-servicios-baja-alimentos_0_w2kKHSc4.html

El cambio disruptivo y su efecto en las organizaciones de salud



Por la Prof. Mg. Patricia M. D'Aste (*)

La empresa sanitaria como organización compleja de servicios se encuentra inmersa en un proceso de innovación continua que está propiciando el desarrollo de una transición desde estructuras sanitarias integradas verticalmente hacia modelos más horizontales, descentralizados, **orientados hacia el usuario** y comprometidos con la calidad y eficiencia en los resultados.

Cada organización ha de crear su propia visión y patrón de rediseño, así como el modelo para gestionar e implementar una estrategia de cambio. En este contexto se vienen promoviendo en el sector sanitario diferentes formas de gestión, como la integración vertical entre instituciones financiadoras y proveedoras de servicios, de distintos dueños. Esta mirada abre un escenario colaborativo y de mayor eficiencia productiva que merecen ser evaluados desde diferentes perspectivas: económica, organizativa, profesional y social, ya que refuerza la pertenencia territorial.

Desde que la empresa moderna nace en el siglo XVIII con la revolución industrial, su evolución e influencia ha marcado el estilo de vida y todos los aspectos de la economía, la sociedad y la moral hasta nuestros días. En el presente, las dinámicas del cambio van transformando a las empresas centradas en su presupuesto hacia empresas más humanistas, que se complacen en ser facilitadoras de la expresión plena del talento humano y fomentar una sociedad inclinada a exaltar el valor de la persona y su potencialidad creadora.

Luego del cambio de siglo y con la llegada de los procesos de **transición adaptativos**, las decisiones estratégicas de las empresas han tenido en cuenta tres factores críticos: a) ubicación dentro del sector salud, b) el grado de integración de los procesos productivos y de servicios, y c) el desarrollo de competencias laborales especialmente centradas en el conocimiento y en las personas que los poseen como ventaja competitiva y sustento de la calidad de la marca. Sin embargo, luego de la gran recesión de 2008 y la crisis financiera posterior, las empresas de salud, públicas y privadas, del mundo occidental han visto caer sus financiamientos como parte de un reacomodamiento de su estado de bienestar, que dirigió el esfuerzo hacia el gasto social.

En el actual contexto del 2021, debemos conocer que los nuevos imperativos estratégicos para las empresas de salud contemporáneas vienen condicionados por la variabilidad, diversidad, discontinuidad e **incertidumbre de los factores** cambiantes del entorno, lo cual exige **una sinapsis empresarial distinta**, que lleve a organizaciones lentas hacia modelos más flexibles que permitan modular y gestionar eficazmente los procesos esenciales de su cadena de valor.

En términos de Gabriel Novick, Director Médico Corporativo de Swiss Medical Group, "pensamos en lineal porque pensamos que el cambio será siempre gradual, pero hoy nos damos cuenta que hacemos cosas que están a destiempo y llegamos tarde"; por esto es preciso gestionar con el "reloj estratégico" para identificar los factores disruptivos del entorno:

1. Reconstruir la cadena de valor con nuevas formas de cooperación competitiva entre servicios y también con los proveedores externos.

2. Reconocer la variabilidad de los procesos organizativos de gestión y controlar los desvíos.
3. Estar atentos al acortamiento de los ciclos de vida estratégicos (tecnología e innovación).
4. Adaptar con flexibilidad el *mix* de productos y servicios sanitarios a las demandas emergentes (ajustes a la variabilidad de las nuevas necesidades y expectativas).
5. Moderar las tensiones organizativas producto del cambio tecnológico y de la innovación en los procesos y expectativas de calidad.
6. Proyectar los impactos futuros de las acciones y medir los objetivos estratégicos en períodos más breves vinculándolos a los planes de acción.
7. Establecer un gobierno institucional con liderazgo, visión e inteligencia abierta.

Las nuevas estructuras organizativas de las empresas de salud, desde las unidades horizontales a los prototipos más flexibles en red, están no sólo orientadas a procesos sino enfocadas en la medición de los productos al final de los mismos; los equipos de trabajo multidisciplinares y los liderazgos medios se vuelven cada vez más autónomos; se prioriza la **visión transversal**; la cooperación múltiple y el aprendizaje organizativo son características primordiales al igual que las relaciones informales, tanto externas como internas y las tecnologías de la información son un apoyo esencial para definir la descentralización de las decisiones conservando la centralización de la información estratégica global.

En las estructuras en red, el cambio llega a ser radical, tanto en las bases de autoridad como en la división del trabajo y en las demarcaciones organizativas internas. En la experiencia del Banco de Galicia, aun siendo una organización exitosa, dice Guadalupe González Menichelli, Culture Manager, relatando el proceso de cambio orientado al cliente: **"Si seguíamos haciendo más de lo mismo corríamos muchos riesgos: íbamos a convertirnos en un dinosaurio. En RR.HH., se cambió hacia un modelo de autoliderazgo y autoaprendizaje. Salir de la mirada de líder convencional nos complejizó, pero pasamos de ser RR.HH. centric a people centric"**.

Cuando una organización rediseña sus procesos crea un nuevo marco funcional operativo porque cambia:

1. **La organización del trabajo:** los departamentos funcionales se convierten en equipos de procesos; las tareas múltiples y repetitivas se transforman en trabajos multidimensionales donde todos los miembros del equipo hacen aportes sustantivos ya que tienen conocimientos básicos de todas las acciones del proceso.
2. **El modelo de roles y puestos:** el aprendizaje continuo pasa a ser a norma en el funcionamiento organizativo; los empleados adquieren la posibilidad de tomar decisiones en forma autónoma y los directivos y mandos intermedios se convierten en integradores y facilitadores.
3. **La cultura interna:** pone de relieve los talentos y la capacidad de generar respuestas acertadas en menor tiempo desde los profesionales del equipo de salud, siendo todos ahora copropietarios de los problemas de sus pacientes.

La valorización del talento humano exige una adecuación de las estructuras organizativas pasando de niveles jerárquicos a instancias horizontales más flexibles y oportunas. Subsiste, sin embargo, el dilema centralización vs. descentralización, por ejemplo, las organizaciones deberán integrar las funciones horizontales/transversales orientadas a procesos con las líneas jerárquicas verticales del servicio/gerencia, y, por otro lado, deberán descentralizar las decisiones operativas a los colaboradores que ejecutan los procesos, desde la aceptación de nuevas formas de cooperación y de riesgo compartido.

Reconocer y **medir el valor** que tienen para los usuarios los productos y servicios que se entregan constituye una mirada nueva, impactante y muchas veces desconcertante para los profesionales, gerentes y directivos de la salud acostumbrados a la comunicación en una sola dirección. Este también es un nuevo dilema, el de la visión, que parte de la cosmovisión de lo que la organización produce o **crea producir** y la conformidad, valoración y aprecio de los usuarios acerca de esos servicios; usuarios ahora muchos más libres de elegir entre muchas opciones.

En la nueva organización del trabajo, **el equipo** que integra la unidad organizativa básica se configura como un elemento esencial de la estructura horizontal. Denominar como tal a un equipo de trabajo significa que quienes lo integran están en condiciones reales de cooperar interna y externamente, de coordinar actividades, expresar y compartir capacidades y conocimientos esenciales y, muy especialmente, de comprometerse con una misión común y unos objetivos específicos y medibles.

Estos **equipos de alto desempeño** deben disponer de herramientas para la práctica de la autogestión, fijando objetivos e indicadores propios, integrando las actividades de producción, desarrollando líneas de aprendizaje y autoevaluación en relación con la calidad, el costo operativo, el uso de la tecnología, el diseño organizativo flexible y la capacidad de respuesta frente a las necesidades del servicio. Las organizaciones que son conducidas hacia la mejora de los procesos y el cumplimiento de

estándares de calidad para fortalecer un posicionamiento positivo y el aprecio de los usuarios y clientes, deben asimilar los nuevos conceptos de rediseño, haciendo énfasis en la visión estratégica, entendiendo que el liderazgo educativo, la cultura interna y el *empowerment* en los equipos de trabajo son esenciales para comprender la complejidad y simultaneidad de los cambios estructurales en un contexto cambiante.

El rediseño organizativo lleva implícito el compromiso: de aprender a predecir el resultado de las actividades para mejorar su eficacia y eficiencia, de mejorar la calidad y composición de los recursos; de desarrollar herramientas de medición que permitan monitorear y controlar los ciclos de innovación; de comprender mejor el ámbito de las decisiones desde una lógica de acciones continuas y por lo tanto, de identificar, inventariar y desarrollar las competencias organizacionales en clave competitiva, enfocando estos activos estratégicos en el desarrollo de un mapa de procesos virtuoso que añada valor y capacidades distintivas a los servicios.

Para todo ello es imprescindible el **liderazgo en la función directiva** y profesional. El liderazgo institucional acompaña a las funciones de buen gobierno, así como a los procesos estratégicos de cambio desde una visión de futuro realista y transformadora; el liderazgo profesional y operativo, están más focalizados en dinamizar la cooperación y la gestión del conocimiento, así como en la capacitación para la evaluación de procesos y resultados dirigidos hacia la mejora continua. Una cultura de retroalimentación que ayuda a cuestionarse siempre y a desarrollarse uno mismo y al entorno. □

(*) Ex presidente de SADAM y CEO de ProSanitas BSC



www.sanidad.org.ar

La responsabilidad médica del sanatorio

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



ALGUNOS TEMAS

El sanatorio dentro de su actividad de prestar actos médicos de su pura y exclusiva incumbencia, debe asegurar una apropiada admisión, la correcta identificación del paciente, la organización de los cuidados, la apertura de la historia clínica y su conveniente preservación y posterior archivo, que su contenido sea el oportuno a lo ocurrido, la obtención del consentimiento informado cada vez que sea necesario, la buena ejecución de las prescripciones médicas, la vigilancia de los enfermos por un personal competente y suficientemente numeroso según la normativa.

Es así como las faltas de vigilancia, la administración de un medicamento mal realizada, las quemaduras en caso de mala vigilancia de un electro bisturí por parte del personal en relación de dependencia con esa responsabilidad, los accidentes de perfusión, las caídas de las camas, la insuficiencia de capacitación del personal para la práctica de determinados actos médicos indicados por el médico de cabecera o tratante, la falta de registros, la no preservación adecuada de los estudios diagnósticos, la pérdida de las tiras de monitoreo intraparto, entre otros temas, comprometen la responsabilidad del establecimiento asistencial.

Cabe destacar que las faltas del personal de enfermería no eximen necesariamente al médico de su responsabilidad especialmente cuando éste ha cometido un error de prescripción, o no ha controlado quién o quiénes debían cumplir con su indicación, están capacitados para hacerlo tanto dentro de su conocimiento como por su incumbencia legal.

El sanatorio debe procurar al paciente no tan solo todos los cuidados apropiados a su estado, sino en especial el concurso de médicos de guardia activa especialmente calificados para practicar los actos necesarios, así como deberá asegurarse de que los reemplazantes dispongan de todas las calificaciones necesarias.

También debe asumir una obligación general de vigilancia y seguridad con respecto a los enfermos, el material provisto, los productos farmacéuticos (la naturaleza del contrato que interviene entre el enfermo y la clínica implica la obligación de proveerle medicamentos que respondan, por su naturaleza y calidad, al objetivo que se persigue), y también respecto de las instalaciones en general.

El establecimiento médico tiene indeclinablemente la obligación de proporcionar al médico un material adecuado, en buen estado y que sea objeto de un manteni-

miento correcto así como instalaciones que permitan ejercer la especialidad en condiciones satisfactorias: las quemaduras debidas al mal funcionamiento del aparato de iluminación de la sala de operaciones (ausencia de vidrio atérmico sobre el cialítico) y las provocadas por bisturí eléctrico podrán comprometer la responsabilidad del sanatorio, y lamentablemente, muchas veces la del médico.

En general, los daños resultantes de la forma de utilización del material comprometen la responsabilidad de los médicos, mientras que aquellos que resultan de un defecto del aparato, comprometen la responsabilidad de la clínica, pero en infinidad de casos ocurre también con los profesionales, y esto genera un antagonismo mal conductor de buenos resultados.

En un caso, en los momentos finales de la operación de una cirugía de hombro, el paciente estaba anestesiado y sentado sobre la mesa de cirugía (en posición de silla de playa), cuando se desprendió un perno de la camilla, que lo precipitó al suelo. Sin embargo, el cirujano y el anestesista también fueron demandados, además obviamente del sanatorio.

En materia de productos de salud, también verá comprometida su responsabilidad como uno de los miembros que interviene en la cadena de distribución y comercialización, sin perjuicio de las acciones de repetición que le pudieran corresponder.

La doctrina y la jurisprudencia nacional confieren a los establecimientos de salud una responsabilidad de pleno derecho en caso de daños resultantes de infecciones hospitalarias. Sólo pueden liberarse de ella si presentan pruebas de alguna causa ajena, o de haber realizado la profilaxis antibiótica con la debida diligencia, y que pueda ser demostrable, especialmente si se trata del incumplimiento caracterizado de las obligaciones planteadas por las buenas prácticas y las normas de infectología en materia de lucha contra las infecciones hospitalarias.

De allí la importancia de implementar un sistema de calidad para la esterilización de los dispositivos médicos, basado en referentes normativos: la obligación de medios impone procedimientos e instrucciones escritas y convalidadas, puestas en práctica por un personal dotado de una formación adecuada, registradas y convalidadas por el responsable del seguro de calidad en esterilización. Sin una documentación adecuada de todos los procedimientos internos preventivos, será prácticamente imposible oponer una defensa razonablemente adecuada.

LA ORGANIZACIÓN DEL SANATORIO

El sanatorio no puede desinteresarse de la organización médica del establecimiento: la actividad quirúrgica se establece en forma conjunta entre los médicos que realizan las operaciones, los anestelistas y los responsables de quirófano, teniendo en cuenta los imperativos de higiene, seguridad del acto médico, organización y funcionamiento del sector quirúrgico, así como las posibilidades de recepción en la sala de recuperación.

El sanatorio debe ocuparse de reemplazar al médico titular cuando sea necesario y asegurar la presencia efectiva del médico sustituto. También debe controlar el respeto del turno de guardias por los profesionales.

El contrato de hospitalización y tratamiento que liga a un paciente con un establecimiento de salud privado obliga a este último a disponer de una organización que permita la intervención de un médico competente a su debido tiempo, incluso si esta circunstancia no estuviese impuesta por ningún texto reglamentario.

LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

La ley, la doctrina y la jurisprudencia reafirman el derecho de los pacientes a ser informados y asociados a las decisiones relativas a los actos de tratamiento. El sanatorio debe disponer de una organización eficaz destinada a responder a ese derecho. Un correcto manejo del proceso de información del paciente debe ser establecido en ella.

Cabe destacar que, en ausencia de éste, los reclamantes podrán invocar la responsabilidad de los médicos y eventualmente de la clínica/sanatorio sobre la base de una falta de información, y éstos podrían ser condenados a indemnizar el daño sufrido por el paciente a raíz de la pérdida de la oportunidad de evitar el tratamiento, la intervención y el sufrimiento engendrado por la falta de información.

El campo de responsabilidad de las clínicas es muy vasto y se mueve al compás de las decisiones de la jurisprudencia. De allí la imperiosa necesidad del compromiso de los establecimientos en la implementación de una política de gestión de los riesgos de los actos médicos a fin de limitar sus impactos, y brindar una mayor seguridad a los pacientes.

Un "Programa de Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente" sobre los actos médicos, basado en la historia de incidentes y accidentes evitables, que produjeron daños a los pacientes, y reclamos civiles o denuncias penales a médicos y personal de enfermería, no solo sirve para tratar de evitar las pérdidas patrimoniales de médicos e instituciones sino también del prestigio profesional e institucional, y mejoramiento de la calidad de la prestación. □

El sanatorio debe ocuparse de reemplazar al médico titular cuando sea necesario y asegurar la presencia efectiva del médico sustituto. También debe controlar el respeto del turno de guardias por los profesionales.

(*) 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.



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

www.osim.com.ar

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

Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y adolescencia

Tendencias antes y durante la pandemia de COVID-19

En el marco del seminario académico Infancia y desarrollo humano en tiempos de pandemia, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) presentó el documento estadístico: “Nuevos retrocesos en las oportunidades de desarrollo de la infancia y adolescencia. Tendencias antes y durante la pandemia de COVID-19”.

La presentación estuvo a cargo de los investigadores ODSA-UCA-CONICET Ianina Tuñón, María Emilia Sánchez y Carolina Emilia Martínez; y contó con las contribuciones al debate de Gerardo Weisstaub, médico pediatra del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, y Celia Rosemberg, psicolingüística orientada a la comprensión del desarrollo infantil y la educación (UBA, CONICET, CIIPME).

El presente documento, como es habitual, recorre las múltiples dimensiones del desarrollo humano y social de las infancias y adolescencias en clave de derechos humanos que el Estado argentino debería garantizar dada la normativa internacional y nacional vigente en el país.

Se sintetizan en el mismo las tendencias en los indicadores durante el 2010-2020 en las dimensiones de derechos: 1) Alimentación; 2) Salud; 3) Hábitat; 4) Subsistencia; 5) Crianza y socialización; 6) Información; 7) Educación; y 8) Protecciones especiales: trabajo infantil.

Este informe se constituye en la línea de base a partir de la cual se comienzan a evaluar las consecuencias de la actual crisis humanitaria producida por el COVID-19.

RESUMEN DE RESULTADOS

La inseguridad alimentaria se incrementó casi 4 p.p. entre 2019 y 2020, mientras que la situación más grave y que afecta de modo directo a los niños/as y adolescentes subió 1,5 p.p. Los más afectados fueron los

adolescentes, mientras que la infancia temprana fue la más protegida. La Tarjeta Alimentar tuvo un efecto protector de la primera infancia en el espacio de la alimentación. A igual situación de pobreza e indigencia los niños/as sin la Tarjeta Alimentar tuvieron el doble de probabilidad de experimentar inseguridad alimentaria severa que pares no destinatarios de Alimentar.

La pobreza e indigencia en términos monetarios guarda analogía con la inseguridad alimentaria, la primera se incrementó en 5,8 p.p. y la segunda en 1,6 p.p. La primera infancia estuvo más protegida de la indigencia y los adolescentes fueron los más afectados. Las infancias del estrato bajo integrado fueron afectadas en mayor medida respecto de 2019 por la indigencia y la inseguridad alimentaria severa.

A partir del análisis descriptivo, se conjetura que las transferencias de ingresos concentraron su efecto distributivo en la pobreza extrema (indigencia monetaria e inseguridad alimentaria severa), y fue muy limitado su efecto sobre la pobreza y vulnerabilidad de los hogares en el acceso a los alimentos en cantidad y calidad.

La atención preventiva de la salud del niño/a y adolescente sano se postergó de modo significativo en el marco del ASPO por COVID-19. Se estima que el déficit de controles médicos preventivos se incrementó casi 12 p.p. y el de la salud bucal 23 p.p. Si bien el aumento de la incidencia del déficit fue mayor a medida que aumenta la edad, en la primera infancia el déficit se duplicó. Las desigualdades

son persistentes, pero el efecto ASPO fue transversal a las infancias.

Las condiciones del medio ambiente de vida (hacinamiento, calidad de la vivienda) no experimentaron cambios en el último año. Mejoró el indicador de contaminación ambiental como en casi todas las ciudades del mundo en el marco del ASPO. Las condiciones de saneamiento tuvieron un leve retroceso concentrado en el Conurbano, y en el estrato bajo marginal. Las desigualdades sociales en el espacio del hábitat son fundamentales para comprender el contexto del ASPO en la infancia y adolescencia, y en particular en relación con los procesos educativos, de crianza y socialización.

Los indicadores de estimulación emocional e intelectual se mantuvieron estables en su incidencia durante el último año, salvo el de estimulación a través de la palabra (contar cuentos o relatar historias orales). Este indicador creció de modo superlativo afectando especialmente a los niños/as en edad escolar y en los estratos bajos y medio no profesional. Los estilos de crianza nocivos también se incrementaron en su incidencia de modo transversal a los grupos de edad y el estrato social, salvo en el maltrato físico que fue mayor en el estrato bajo marginal y en general mayor en los hogares monoparentales.

El ASPO tuvo un efecto muy relevante en los procesos de socialización de las infancias y adolescencia. Esto se advierte en el incremento de 10 p.p. de la insuficiente actividad física y el comportamiento sedentario. Ambos indicadores afectan a casi el

70% de los chicos/as entre 5 y 17 años. Si bien la insuficiente actividad física guarda una correlación regresiva a medida que desciende el estrato social, en la coyuntura ASPO, parece haber afectado de modo más significativo a las infancias de los estratos sociales medios no profesionales y profesionales. Mientras que el comportamiento sedentario es un fenómeno transversal a las infancias, en esta coyuntura, afectó en mucha mayor magnitud a las infancias más aventajadas en términos socioeconómicos.

Los indicadores de acceso a la información experimentaron una mejora relevante en el último año como consecuencia de una mayor conectividad por parte de los hogares con niños/as y adolescentes a través de servicios de internet en el hogar. Este avance se registra en los hogares más bajos y medio no profesional. No hubo avances tan relevantes en la adquisición de tecnología como PC o celulares.

El comportamiento lector de textos impresos sigue su involución como un fenómeno transversal a las infancias, pero que en la actual coyuntura afectó especialmente a los niños/as entre 5 y 12 años.

Es complejo medir la no asistencia a la escuela en el contexto del ASPO - COVID-19. No obstante, se logra una aproximación a las desigualdades sociales en el tipo de comunicación principal que han mantenido los niños/as y adolescentes de cada nivel educativo con sus docentes. La comunicación a través de redes sociales (WhatsApp, Facebook, Instagram, etc.) fue más frecuente en los estratos sociales más bajos y en la educación inicial y primaria; mientras que la comunicación a través de Plataformas virtuales (Zoom, Teams, Classroom, etc.), fue más frecuente en los estratos sociales más aventajados y en la educación secundaria. Las disparidades sociales se registran en brechas muy amplias en el interior de un mismo nivel

educativo, pero tendieron a ser mayores en la primaria y secundaria. Así como la falta de comunicación y el uso de redes fue mayor en la educación inicial.

Por último, el trabajo infantil económico y doméstico intensivo experimentó una merma muy significativa como consecuencia del ASPO - COVID-19 y la baja del trabajo informal del que participan las infancias en las grandes ciudades del país. Asimismo, se infiere que la mayor disponibilidad de adultos en los hogares también repercutió en la falta del trabajo doméstico intensivo en niñas, niños y adolescentes. Se conjetura que ésta tan pronunciada está muy asociada a la coyuntura de las medidas restrictivas de circulación y la mayor disponibilidad de adultos de referencia en el interior de los hogares en dicho contexto. □

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



85 años de vida y de esencialidad

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



La Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires cumplió, el pasado 20 de mayo, 85 años de vida. En esta oportunidad nos toca atravesar una pandemia mundial que en nuestro país está haciendo estragos y poniendo al sistema de salud al borde del colapso. Los profesionales de la salud vienen, desde el día uno, haciendo una tarea titánica y en esta segunda ola se advierte una situación de estrés alarmante.

Médicos Municipales se puso desde el primer día al servicio de todos lo que integran el sistema de salud y en este sentido, en todo lo que tiene que ver con la seguridad para trabajar, con el reclamo a las autoridades para que se reconozca el mismo y el acompañamiento a cada uno de los familiares de los que día a día están al pie de cañón enfrentando un virus letal, que se reproduce y que sólo la vacuna y la responsabilidad individual harán la situación menos peligrosa.

La historia nos marcará a fuego a todos como sociedad y a la AMM en particular, porque seguiremos siendo una referencia en materia de salud pública porque defendimos al personal médico poniéndolo, como corresponde, en el lugar destacado de la historia.

Durante este período pasamos varios momentos, de los aplausos, los carriles exclusivos hasta los grandes olvidados y muchas veces fuimos discriminados, a veces por gente por el solo hecho de tener un médico como vecino. Otras, más recientes, a través de pintadas penosas y miserables como las realizadas en la fachada del Hospital Fernández con frases hirientes como "médicos asesinos, "dictadura sanitaria".

Nosotros repudiamos estos sucesos, que no hacen más que desviar el foco de atención de la realidad que realmente importa, que es la de nuestros colegas en la primera línea de batalla contra la pandemia, dejando todo de sí sin el reconocimiento adecuado por parte de las autoridades y en condiciones de trabajo que muchas veces distan de ser las adecuadas.

Hoy y siempre, **los médicos y las médicas somos los que salvamos vidas** y esto ha quedado en evidencia desde el inicio de la emergencia sanitaria. Hemos estado siempre al pie del cañón, haciendo todo a un lado en pos de priorizar la atención de cada paciente y la defensa de la salud pública. No toleraremos ni éste ni ningún otro hecho difamatorio que ponga siquiera en discusión los valores y el esfuerzo que sabemos qué hacemos cada uno de nosotros en nuestros lugares de trabajo. Por eso, exigimos a las autoridades que comiencen una investigación para dar con los responsables de estos lamentables hechos.

La AMM es una entidad señera en materia sanitaria, fuimos los primeros en hablar de la defensa de las condicio-

nes laborales y los que nos pusimos al frente del cuidado para los que trabajan en los hospitales porteños. A través de estos 85 años hemos crecido como Institución y hemos aprendido de nuestros referentes que nos marcaron el camino del trabajo y mirar hacia adelante, porque en materia sanitaria hay que estar dos pasos adelante de lo que pasa porque si no sucede lo que estamos atravesando.

Por eso hoy nos toca en una posición de acompañar a nuestros colegas desde lo material, desde lo humano y desde el día a día, con nuestros reclamos de mayor seguridad y de los diferentes canales para quienes lo necesitan. Es doloroso ver colegas, amigos y amigas enfermos y es muy doloroso cuando nos enteramos que muchos han fallecido producto de esta enfermedad. Es, también, doloroso cuando vemos que nos dan la espalda, que las autoridades se olvidan de nuestra condición de esenciales, lo somos hoy, lo fuimos siempre es por lo que no vamos a ceder en nuestro reclamo. Seguimos siendo esenciales y queremos que nos traten como tales.

Con todo, el país atraviesa un momento donde el número de contagios y de muertes crece de manera acelerada, la llegada del invierno y de las enfermedades de estas épocas ponen al sistema de salud en alerta, casi al borde del colapso, y es, en este sentido, cuando los médicos más elevan el alerta para que la sociedad sepa que son momentos muy difíciles por los que hay que atravesar.

Es un momento delicado, el aislamiento, el cuidado y la vacunación son factores claves para descomprimir la situación sanitaria, por eso es necesario apelar a la sociedad para que nos cuidemos y mantengamos las medidas de higiene que han sido enunciadas al comienzo de esta pandemia. Lo vemos en los hospitales, el ir y venir de gente en las unidades febriles, el temor al contagio el miedo a lo desconocido.

En este aniversario queremos recordar a quienes hicieron grande a la AMM y a todos los que colaboraron para que la Institución creciera de manera exponencial, hacia adentro y hacia afuera. Hoy somos una referencia en materia sanitaria y muchos de nuestros modelos de conexión con nuestros colegas son emulados en el interior del país.

Trabajamos para estar un paso adelante, lo hacemos por el bienestar de la familia de los colegas y eso redundo, claro está, en los miles de ciudadanos que a diario transitan por los pasillos de los hospitales porteños. Por eso no dejamos de reclamar salarios justos, acorde al esfuerzo diario que hacemos y mucho más en esta época donde el virus nos acorrala. Vaya entonces nuestro reconocimiento a todos y todas los que conforman la familia de Médicos Municipales, porque seguimos siendo esenciales, aunque a muchos les cueste reconocerlo. □

*"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.