

Mé[•]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

GASTO en MEDICAMENTOS ¿Quién paga la cuenta?



Opinión
**Transformando la
atención al público
en las obras sociales**
Por el Dr. Carlos Felice



Debate
**Medicamentos de
alto costo ¿Es posible
regular su precio?**
Por el Dr. Sergio del Prete



Columna
**Salud y reforma en
tiempos de "la
muerte invertida"**
Por el Dr. Ignacio Katz

LA SALUD DE ESTAR JUNTOS

 **GALENO**



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



La red de emergencias médicas
más grande del país

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****CADIME**

"CADIME lanzó una nueva iniciativa para federalizar el diagnóstico molecular en las pymes argentinas en alianza con Fundación DPT y ZEV Biotech"

8**COLUMNNA**

La salud y el salario del miedo

Por el Dr. Rubén Torres - Rector de la Universidad ISALUD

10**OPINIÓN**

Cambio climático: impacto económico y sanitario

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES

12**VOCES**

Es hora de repensar el esquema de subsidios automáticos que reciben las obras sociales

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

14**COLUMNNA**

Falta de intensivistas: no hay recetas mágicas

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

16**OPINIÓN**

Connected Care: el desafío de la nueva atención 24x7 de los pacientes

Por Santiago Troncar

18**COLUMNNA**

Coronavirus: entre vacunas y nueva ola - ¿Cómo Seguimos?

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

20**COLUMNNA**

La producción de actos médicos y sus fallas

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

22**INCUBADORA CADIME**

El impacto de la Telesalud en los puestos laborales de las pymes

Por el Dr. Atilio Giordano, Dr. Mariano Candiotti Lehmann, Dr. Diego Pereyra, Mg. Mario Pakgoiz, Prof. Lic. Malena Méndez Isla, Lic. Lucia Moyano Rebón y el Lic. Horacio Cairo.

24**COLUMNNA**

Salud y reforma en tiempos de "la muerte invertida"

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

26**INFORME ESPECIAL**

El gasto en medicamentos de la Argentina

Por Carlos Vassallo Sella, Alejandro Sonis y Guillermo Oggier

28**COLUMNNA**

Horizonte: pandemia y postpandemia Herramientas metodológicas para la gestión en salud

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

32**OPINIÓN**

Transformando la atención al público en las obras sociales

Por el Dr. Carlos Felice - Abogado. Especialista en Sistemas de Salud. Presidente de Obra Social del Personal de la Actividad del Turf

34**DEBATE**

Medicamentos de alto costo - ¿Es posible regular su precio?

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

36**COLUMNNA**

Transformar los hospitales en términos de sistemas adaptativos complejos

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Profesor Titular de Gestión Estratégica - Universidad ISALUD

38**OPINIÓN**

De Bismarck a Lorenzo Miguel

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

42**DEBATE**

La reforma

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

44**COLUMNNA**

La coparticipación por salud en la provincia de Buenos Aires

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

46**COLUMNNA**

Deconstruir para proyectar un futuro mejor

Por la Prof. Mg. Patricia M. D'Aste - Presidente de ProSanitas BSC - Argentina y Uruguay **48**

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.

**TODO PARA
CUIDARTE
A VOS Y A MÁS
DE 600.000
PERSONAS**



LA SALUD ES TODO



Medicina Privada

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

GRAGEAS

Acudir amplía sus operaciones en Zona Norte

Con la apertura de Base Pacheco, la empresa de urgencias y emergencias médicas continúa extendiendo su zona de cobertura en el Gran Buenos Aires.



Acudir Emergencias Médicas apuesta al crecimiento y reafirma su compromiso de ofrecer un mayor radio de cobertura a sus clientes, con la calidad de servicio que caracteriza a la compañía. Así fue como, tras un gran esfuerzo, la empresa abrió las puertas de su Base Operativa Pacheco en Defensa 2619 (Km 30,200 – Colectora Oeste Panamericana, Ramal Pilar). Esta ubicación estratégica permite una rápida conexión con las distintas localidades de Zona Norte, garantizando velocidad en la respuesta, un valor clave en las urgencias y emergencias médicas donde la atención prehospitalaria puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

"Entendemos que esta nueva apertura, con la extensión geográfica que implica, facilitará nuestra logística y nos permitirá brindar una atención sanitaria de calidad en el menor tiempo posible", augura el Dr. Agustín Apesteguía, Director Médico de **Acudir**.

Al igual que todas las Bases Operativas de la compañía, la flamante Base Pacheco cuenta con estacionamiento privado para Unidades de Terapia Intensiva Móviles y Unidades de Traslado, además de dormitorios, cocina, salón comedor y otras comodidades para las guardias médicas que prestan servicio las 24 horas, los 365 días del año.

Con 23 Bases Operativas en CABA, Zona Sur, Zona Oeste y Zona Norte del Gran Buenos Aires, **Acudir Emergencias Médicas** se consolida como una compañía de gran estructura operativa en constante crecimiento, que brinda servicios de urgencias, emergencias, traslados, asistencia médica domiciliaria, video consulta, área protegida y cursos de capacitación, en un gran radio de cobertura, con el aval de certificaciones internacionales. ■



Las Leonas: un compendio de profesionalismo, respeto, constancia y garra

Ganadoras de cinco medallas en seis Juegos Olímpicos, se consagran como un equipo que jamás se da por vencido ante la adversidad, que conocen en detalle lo que quieren y que dejan todo en cada partido que disputan.

Con esta nueva conquista, el seleccionado de Hockey Femenino se convirtió en el equipo con más medallas de la delegación argentina desde que participa en los Juegos Olímpicos, con cinco podios, comenzando en Sidney 2000.

El nombre Las Leonas nació en Australia, desde ese momento, estuvieron en todos los podios, salvo en Río 2016 donde cayeron en cuartos de final. En Sidney 2000 y Londres 2012 obtuvieron la medalla de plata, mientras que en Atenas 2004 y Pekín 2008 obtuvieron el bronce. Hoy nuevamente se llevan la medalla de plata.

Con un plantel de 10 debutantes olímpicas, Las Leonas tuvieron un inicio con una derrota inesperada por 3-0 frente a Nueva Zelanda, sin embargo, con resiliencia y trabajo salieron adelante con cuatro triunfos consecutivos: 3-0 a España, 3-2 a China, 2-1 a Japón y 2-1 a India.

Luego del partido frente a la India, que las depositó en la final, el "Chapa" Retegui, de rodillas en el césped, las miró y les dijo: "Son medallistas olímpicas. Los mil médanos. Los mil entrenamientos. Los mil esfuerzos. ¡Qué lindo! ¡A disfrutarlo!".

No es casual esta nueva conquista. Retegui, que alcanzó su tercera final olímpica, sabe que en cada entrenamiento lleva al límite a sus dirigidas, y las convence con un proyecto y un método de trabajo que "no tiene que ver con el éxito y con ganar una medalla. Tiene que ver con apoyar la cabeza en la almohada y saber que se dejó la mejor opción posible", explicó.



Hoy no solo se consagraron con una nueva medalla, sino también como uno de los equipos que no se guarda nada. Cada jugadora lleva en el pecho la medalla y la satisfacción de haber dejado todo. Seguramente, a la noche, apoyen la cabeza en la almohada y, no sólo sepan que entregaron su mejor versión, sino, que también se convirtieron en el seleccionado con más medallas olímpicas de la historia de nuestro país. Y hoy lo sabemos, no fue casualidad.

SanCor Salud sponsor oficial de Las Leonas

La empresa de medicina privada del Grupo SanCor Salud acompaña al seleccionado femenino de hockey de Argentina como sponsor oficial desde el 2019. La compañía, que brinda protección y bienestar a más de 600.000 asociados, se identifica con los valores de Las Leonas, caracterizadas por su sentido del respeto, profesionalismo, trabajo en equipo, humildad y, por la "garra" que siempre demuestran para revertir situaciones y conquistar objetivos. ■

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
- Seguros de Agro



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

“CADIME lanzó una nueva iniciativa para federalizar el diagnóstico molecular en las pymes argentinas en alianza con Fundación DPT y ZEV Biotech”

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) junto a Fundación DPT y ZEV Biotech creó una nueva iniciativa destinada a la “Federalización e incorporación del diagnóstico molecular en los laboratorios de análisis clínicos pymes”.

El presidente de CADIME y Fundación DPT, **Guillermo Gómez Galizia**, explicó que **“el objetivo de esta iniciativa es potenciar, acompañar y lograr agregar valor al trabajo que ya realizan las pequeñas y medianas empresas del subsector de diagnóstico y tratamiento médico, por medio de nuevas técnicas en diagnóstico molecular”**. Un área que está creciendo fuertemente en los últimos tiempos.

CADIME desde hace más de 40 años es un actor representativo del sector salud que impulsa no solo la **defensa de los intereses sectoriales y gremiales** para el desenvolvimiento de las pymes (*laboral, legal, contable, impositivo, etc.*) sino que también sigue ampliando su oferta de servicios y herramientas. Este año, **en el marco de su estrategia institucional de potenciar la reconversión de las pymes de salud, acerca esta propuesta que se compone de distintas fases y que busca agregar valor a la capacidad ya instalada de sus empresas asociadas.**

La **Cámara** cuenta con una **estrategia sólida a corto, mediano y largo plazo** comprometida con la misión de **ayudar a las pymes a sostenerse en el tiempo ante el escenario cambiante de los últimos 20 años producto de los avances científicos-tecnológicos.**

ZEV Biotech es una Start up Argentina de base científica que desarrolló una plataforma genómica innovadora aplicada a la medicina personalizada, llamada **“Plataforma IRIS”**. La tecnología desarrollada tiene la ventaja de ser de **fácil implementación** en cualquier laboratorio y se **adecua** al requerimiento de cada laboratorio (*tecnología adaptable y flexible*). En conse-



cuencia, permite una mejor **accesibilidad** del diagnóstico molecular a gran escala para toda la población. ZEV se dedica a desarrollar, producir y comercializar kits de diagnóstico molecular para laboratorios, hospitales y centros de salud públicos y privados.

Esta iniciativa que contó con el apoyo del **Programa Soluciona** perteneciente al **Ministerio de Desarrollo Productivo de la Nación**, les permitirá a los laboratorios pymes acceder a: **capacitación y entrenamiento sin cargo, equipamientos de última generación y servicios de diagnóstico por análisis de perfiles genéticos** que hasta ahora solo eran posible en las grandes empresas.

A través del **laboratorio montado para capacitar y entrenar** sobre la tecnología nacional “IRIS” desarrollada por **ZEV**, los equipos de salud de las empresas (*directores, administradores, gestores, profesionales de la salud, bioquímicos y técnicos*) podrán interiorizarse sobre los **usos y beneficios de esta tecnología**. Los

laboratorios de análisis clínicos pymes tendrán la posibilidad de realizar estudios de **alta complejidad**, con un **desarrollo tecnológico nacional de fácil implementación** y con **calidad internacional**.

El **Dr. Maximiliano Irisarri**, CEO y co-founder de ZEV Biotech, destacó que

“la alianza entre CADIME, Fundación DPT y ZEV es un paso importante que permitirá en un futuro incorporar la tecnología IRIS a laboratorios a lo largo de Argentina, logrando federalizar el diagnóstico molecular de alta complejidad”.

Gómez Galizia (CADIME), expresó que **“es importante que empresas nacionales de investigación, desarrollo e innovación estén pensando en fortalecer las pymes argentinas, por medio de la transferencia de conocimientos y tecnologías. El trabajo articulado entre distintos sectores es fundamental. Hay que conectar aún más al ámbito científico con el sector empresarial para traer proyectos que efectivamente fortalezcan las pymes argentinas”**. □





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

La salud y el salario del miedo



Por el Dr. Rubén Torres
Rector de la Universidad ISALUD

La eficiencia de las políticas de salud está fuertemente articulada con la situación de la fuerza de trabajo, y la operatoria del sistema de salud descansa críticamente en las características de sus recursos humanos y en el modo en que ellos se coordinan y complementan para brindar cobertura a las necesidades de la población.

Más allá de la creciente incorporación de nuevas tecnologías en el tratamiento de la salud, el "saber médico" y la relación médico-paciente son pilares de cualquier estrategia sanitaria exitosa. La definición de las condiciones laborales de médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud debieran ocupar un papel central en la agenda política sectorial.

Hablar de condiciones laborales del recurso humano en salud involucra un conjunto de aspectos, dentro del cual es posible enumerar algunos de particular relevancia: la definición de una carrera profesional, los criterios de certificación, recertificación, localización, capacitación continua y promoción, como también el conjunto de incentivos monetarios y no monetarios que estimula e incentiva el diseño de trayectorias laborales.

El tema va mucho más allá de los aplausos y la pretendida esencialidad durante la pandemia. Cabría preguntarse por qué en una sociedad que tiene una trascendente consideración sobre la responsabilidad que implica el trabajo del equipo de salud, esto no tiene un correlato en el reconocimiento económico de quienes los contratan en el sector que sea.

Parece que las prioridades de la dirigencia política, y de la sociedad fueran otras: el personal de Aerolíneas Argentinas durante más de 6 meses de la cuarentena no trabajó, cobró el 100% de sus salarios, y obtuvo además un 25% de aumento; cuando un médico asume la jefatura de un servicio, o la dirección de un hospital, trabaja con los recursos previos existentes, sin nombrar asesores, a diferencia de los diputados y senadores, que designan casi una pyme (el presupuesto del Senado de la Nación para 2021 fue de \$ 13.909 millones con una dotación de empleados asignados a la Cámara Alta de 5.027 personas; en promedio, cada senador tiene 70 empleados), además no requieren de ningún concurso de antecedentes ni de oposición, a lo sumo han terminado la secundaria; en caso de equivocarse (aunque lo que voten sea una barbaridad) no tienen que demostrar el no haber cometido mala praxis.

Según lo confirman varios estudios, más del 80% de los médicos que se desempeñan en el sector público, tienen uno o más compromisos en el sector privado o de la seguridad social. Es hora de que el sistema de salud deje de sustentarse en el "heroísmo médico"; si el protagonismo dramático que adquirió el equipo de salud durante este

episodio excepcional no genera un cambio de prioridades, la sociedad en su conjunto cometerá un acto de imperdonable injusticia.

La biblioteca del Congreso, con sus 1.396 empleados tiene un presupuesto total de \$ 3.470 millones de los cuales 92% está destinado a gastos de personal. Tomando el tipo de cambio oficial se llega a un número final por el cual cada empleado de la biblioteca del Congreso le cuesta al contribuyente U\$S 1.900 mensuales. En promedio un empleado de la biblioteca del Congreso gana unos \$ 200.000 mensuales.

El Decreto 226, del 31 de marzo de 2021, aprueba la "estructura organizativa" de la Casa Patria Grande, Presidente Néstor Kirchner, como organismo descentralizado en la órbita de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación, disponiendo, que "el gasto que demande el cumplimiento de la presente medida será atendido con los créditos presupuestarios asignados a la Jurisdicción 20-01-Secretaría General de la Presidencia de la Nación", y cuyo objetivo es un organismo que tiene la misión de impulsar la promoción de la integración de los pueblos latinoamericanos en términos culturales, políticos, económicos y sociales construyendo un espacio especial para la juventud.

La noción de comunidad está en crisis. ¿Podrá la pandemia ser un impulso para mejorarla? La democracia convive con signos contradictorios. La lucha contra la corrupción sistémica puede servir para ganar elecciones, pero mucho menos para constituirse en la base de las transformaciones colectivas con un horizonte de sentido.

Lo que falta es resolver un largo itinerario de la sociedad argentina, su declinación.

La decadencia pesa sobre la vida colectiva de los argentinos, que esperan verdaderas políticas de cambio, con instituciones justas.

Tanto el gobierno anterior como el actual, no pudieron dar cuenta del rumbo histórico, de una comunidad de vida y de los destinos de la misma, que exige pegarse a lo concreto sin perder la perspectiva. Esa es la obligación de los gobernantes y no una retórica de cambio, del signo político que sea, que culmina en incumplidas promesas que solo alientan el desencanto.

Muchos recordaran la película "El salario del miedo", protagonizada por Yves Montand, en que se convocaba a trabajadores para una tarea peligrosa, a cambio de un salario elevado. Los trabajadores de la salud en la Argentina responden a ese llamado, aunque con algo peor que aquel salario. Tal vez deban cambiar su elección por la biblioteca del Congreso o la Casa Patria Grande. Otra alternativa podría ser Aerolíneas Argentinas.

Las prioridades de la clase dirigente, en el país del futuro mejor que nunca llega, exhiben la desconexión entre gobernantes y gobernados. □



25 años de calidad médica *en todo el país.*

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



ospesalud.com.ar
GESTIONES ONLINE



0800 444 0206
URGENCIAS Y EMERGENCIAS



0800 444 6773
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

Cambio climático: impacto económico y sanitario



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

Durante julio y agosto se han publicado dos informes claves sobre el futuro inmediato de la humanidad cuyo eje central se enfoca en el cambio climático y su impacto. Las noticias no son buenas, ya que nos alertan sobre efectos devastadores a corto plazo y nos invita, casi obliga, a tomar acciones inmediatas para detener el efecto causado por la actividad del hombre.

En el informe del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) los científicos observan cambios en el clima de la Tierra, en todas las regiones y en el sistema climático en su conjunto. Estos tienen precedentes en cientos de miles de años, siendo algunos irreversibles, al menos en varios siglos o milenios. De todos modos, en su resumen final, insta a la reducción sustancial y sostenida de gases de efecto invernadero, ya que limitaría el cambio climático, mejorando la calidad del aire y la estabilización de las temperaturas en 2 o 3 décadas.

El informe estima que, a los niveles de emisión actuales, será imposible alcanzar el objetivo de limitar el calentamiento cerca de 1,5° C o incluso a 2° C. Como consecuencia del aumento de temperaturas, las diferentes regiones experimentan distintos cambios; en particular, cambios en la humedad y la sequedad, los vientos, la nieve y el hielo, las zonas costeras y los océanos, siendo causante de sequías e inundaciones.

El segundo informe referido, emitido por el Banco Mundial "Impacto de las crisis climáticas en la pobreza y la macroeconomía en la Argentina", hace un recorrido sobre cómo el cambio climático ha afectado la economía argentina y que podemos esperar para el futuro si no hay un cambio inmediato. Cabe destacar del informe que "las precipitaciones extremas (inundaciones y sequías) son los principales riesgos climáticos del país".

Algunos datos: en los últimos 40 años, la cantidad de inundaciones extremas se triplicaron, provocando pérdidas por U\$S 22.500 millones; para los próximos años se proyecta un escenario de duplicación de inundaciones y las pérdidas podrían aumentar un 125%. Además, las inundaciones afectan especialmente a los hogares más pobres, ralentizando el objetivo de erradicación de la pobreza.

Por otro lado, las sequías han afectado al desarrollo del PBI, siendo explicación de, al menos, el 50% de la caída del 2,5% en 2018, o las caídas en 2009 y 2012. Cada sequía afecta el rendimiento potencial de la soja en un 50%, del maíz y trigo un 30% y del girasol un 10%.

Cabe recordar que el sector agropecuario representa el 60% de las exportaciones argentinas representando una parte importante de las divisas e ingresos fiscales. El informe trae consigo posibles cambios para mitigar el impacto económico, como cambios fiscales o incentivos en la producción.

En resumen, el cambio climático, causal de inundaciones y sequías, ya es una realidad generalizada, que se está intensificando, con consecuencias nefastas para la economía mundial, particularmente con gran impacto en la economía argentina. Sin embargo, estas consecuencias, nos llevan a plantear ¿Cómo impacta en el sistema de salud? ¿Para qué nos debemos preparar en los próximos años?

EFFECTOS SANITARIOS

LA OPS advierte en su página que "El Cambio Climático es la mayor amenaza para la salud mundial del siglo XXI". Prevé que

ocurrirán 250.000 muertes adicionales por año en las próximas décadas, a causa de los impactos directos e indirectos, que paso a destacar a continuación:

Impacto directo: lesiones, enfermedad y muertes por causadas por:

- Olas de calor, que serán más habituales y duraderas.
- Agravamiento de enfermedades circulatorias y respiratorias.
- Catástrofes naturales como tormentas, inundaciones, huracanes, tsunamis, etc.

Impacto indirecto: efectos indirectos a través de los sistemas naturales

- Agravamiento del asma y otras enfermedades respiratorias alérgicas por la exposición a los aeroalérgenos y mayor mortalidad cardiopulmonar por la presencia de partículas y la alta concentración atmosférica de ozono muy tóxico.
- Enfermedades transmitidas por el alimento y el agua. Se destaca que aumentará, según la OPS, entre un 8-11% riesgo de diarrea en los trópicos y subtropicos, aumentará el crecimiento, la supervivencia, persistencia y transmisión de microbios patógenos y se producirá un cambio de la distribución geográfica y estacional de enfermedades como el cólera, esquistosomiasis y la floración de algas nocivas.
- El clima más cálido hará que aumente la reproducción, resiliencia y distribución de enfermedades transmitidas por vectores. La OPS estima que el número adicional de personas infectadas de malaria durante todo el año en América del Sur subirá de 25 millones en 2020 a 50 millones hacia el 2080.

Impacto indirecto: efectos indirectos a través de los sistemas socioeconómicos

- Inseguridad alimentaria y del abastecimiento del agua, y desnutrición a causa de la caída de la producción de alimentos y el menor acceso a los mismos, con graves efectos crónicos, especialmente en los más pequeños.
- Disminución de la capacidad laboral y mayor cantidad de accidentes laborales para quienes trabajan al aire libre.
- Aumento del estrés de todos los enfermos mentales y grado de estrés suficiente para contraer una enfermedad mental de quien aún no la padezca, ejemplo: angustia reactiva, depresión, agresión y psicopatías complejas, sensación de pérdida.

Por último, sumo algunas reflexiones del Académico Dr. Vicente Ortún Rubio en su conferencia de noviembre del año pasado "la pérdida de la biodiversidad y el calentamiento global es el origen de esta pandemia (por el Covid-19) y de las que vendrán" y "hay estudios serios, que pronostican que, dentro de 50 años, que no es tanto, entre 1.000 y 3.000 millones de personas del planeta, que hay 7.8 mil millones, no podrán vivir donde están viviendo". En resumen, estamos obligados a trabajar contra el calentamiento global y, a la vez, prepararnos para los graves efectos sobre la salud de las personas, antes que sea muy tarde. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



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

Es hora de repensar el esquema de subsidios automáticos que reciben las obras sociales



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

En varios números de esta revista señalamos los problemas de financiamiento que viene sufriendo el Sistema Nacional del Seguro de Salud -obras sociales nacionales- en general; y el Fondo Solidario de Redistribución (en adelante, FSR) en particular.

En este sentido, aportamos algunas ideas y propuestas vinculadas con el referido financiamiento respecto de la cobertura médico-prestacional de colectivos sociales vulnerables, con cambios en los mecanismos distributivos del FSR, con la necesidad de recurrir a otra fuente que no sea estrictamente la de aportes y contribuciones, entre otras.

En este artículo propondremos modificaciones del sistema de subsidios automáticos que reciben las obras sociales.

Cabe recordar que el artículo 24 inc. b) de la Ley 23.661 establece que los recursos del FSR serán destinados, entre otras aplicaciones, a subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que, por todo concepto, perciban menores ingresos, con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria, según establezca la reglamentación.

En la actualidad, existen los siguientes subsidios automáticos:

1º) Subsidio Automático Normativo de Obras Sociales

(SANO): fue creado por vía del decreto N° 1901/06 y prevé la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del FSR en caso de que los titulares de afiliación pertenezcan al cuarenta por ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar.

2º) Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA): instituido por el decreto 1609/12, está destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud mediante la distribución automática de una parte del FSR.

3º) Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE): creado por el decreto 1368/13, está destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud con relación a los afiliados incluidos en el Régimen de Trabajo Especial -Régimen para Trabajadores de Casas Particulares y al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (monotributo, monotributo social y monotributo agropecuario)-.

4º) Subsidio Para Mayores de 65 años (SUMA 65): creado por el decreto 554/18, es asignado a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud proporcionalmente al número de afiliados de 65 o más años que tengan afiliados.

Si bien es cierto que, en su oportunidad, vimos con beneplácito la distribución de excedentes del FSR por medio de estos subsidios automáticos -con algunas objeciones; por ejemplo, criticamos que se subsidiara a las obras sociales, por vía del FSR, la existencia de personas de 65 o más edad-, estamos convencidos que debemos repensar su aplicación y adecuarlos a la realidad actual del sistema.

La aplicación de los subsidios mencionados ha evidenciado, con el correr de los años, algunas distorsiones técnicas y políticas -algunos de los subsidios se "cruzan" con otros, la proporción que se reparte no es estrictamente equitativa, no se respeta fielmente la solidaridad que debe tener todo sistema de seguridad social, incrementaron el ingreso promedio por afiliado, pero no necesariamente se ha logrado equiparar la cápita final entre los afiliados de los distintos regímenes para todas las obras sociales, etc.

Resulta inequívoco que los subsidios deberían ser herramientas destinadas a fortalecer financieramente a las obras sociales, con el objeto final de contribuir a una mejor atención de los beneficiarios del sistema.

Por ello, consideramos que es un momento adecuado realizar una revisión de los actuales subsidios de distribución automática, a fin de establecer mejoras en el esquema de distribución, que permita obtener una mejor redistribución de los recursos en función de las cápitales de cada agente y mejorar la eficiencia en términos de gestión, calidad prestacional y resultados estimables sobre la base de indicadores sanitarios aceptables.

A nuestro criterio, habría que elaborar una norma que subsuma cada uno de los subsidios automáticos existentes en uno solo, sobre la base, reiteramos de modo resumido, de criterios de equidad, solidaridad, riesgo etario y calidad de la prestación. □



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

Falta de intensivistas: no hay recetas mágicas

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



Llevamos más de 500 días desde el primer caso de SARS-CoV-2 en la Argentina, dos olas o picos y las noticias son recurrentes. Cada vez que aumentan los casos se saturan los servicios de cuidados intensivos y se habla del agotamiento y la falta de intensivistas.

Esto no es algo nuevo, la pandemia sólo lo arroja a los titulares de los diarios.

Ya el estudio realizado antes del 2015 por el Ministerio de Salud, con asesoramiento de la Escuela Andaluza de Salud Pública, mostraba datos alarmantes. ⁽¹⁾

El número de especialistas registrados apenas superaba los 2.000 profesionales sin datos de cuantos están activos, con una proyección negativa hacia el 2025 y un aumento de la brecha. Datos actuales sugieren que un tercio de ese número no presta servicios de la especialidad. Por otra parte, son contundentes los datos que demuestran que cuando las unidades de terapia intensiva están bajo el cuidado de terapeutas mejoran los resultados de salud de los pacientes asistidos. ⁽²⁾

Los factores que determinan esta realidad son múltiples. Se entrelazan aspectos relacionados a las retribuciones, la organización del sistema de salud -en particular en lo referente a las entidades presentadoras y la planificación del capital humano-.

La especialidad tampoco escapa a la centralización que sufre toda la profesión médica.

Los bajos salarios y la falta de incentivos afectan a esta especialidad de forma particular dada su modalidad de práctica vinculada a salarios en relación de dependencia y escasas alternativas para incrementar el ingreso. La fragmentación de los subsectores y la atomización del sector prestacional profundiza esta problemática y promueve el multiempleo, característica invisibilizada de las profesiones de salud en la Argentina.

En el subsector de la seguridad social, y en las ciudades más pequeñas predominan instituciones medianas que organizan sus equipos en base a guardias de 24 horas, un factor que facilita el pluriempleo como solución para alcanzar un ingreso razonable.

Esto en el interior de la provincia de Buenos Aires instaló el fenómeno golondrina de médicos que van de localidad en localidad cubriendo guardias por valores muy superiores a los de los grandes centros.

La pandemia agravó otro motivo de déficit de la especialidad generado por el "burnout". Reportes de otros países señalan que hasta el 50% de los profesionales médicos están alcanzados por este fenómeno que tampoco es ajeno a sus colegas de enfermería.

Para buscar soluciones hay que analizar el capital humano a través de las etapas de la carrera de un profesional: a) la de inicio o ingreso, b) la de desarrollo (la más extensa) y c) la de salida o retiro.

En cuanto al inicio de la formación las políticas se han centrado en la generación de más cupos de residencia. Esta política asume que a mayor oferta habrá más ocupación, pero el análisis de la evidencia muestra que esto ocurre hasta

alcanzar una meseta y luego sólo contribuye a engrosar la brecha de cobertura. Analizando la historia reciente es claro que esto no alcanza. La cobertura de la oferta de residencias está por debajo del 40%.

Es necesario intervenir en otros factores para hacer una especialidad más atractiva.

Es posible que no haya respuestas únicas. El uso de incentivos económicos es una alternativa, así como asegurar una salida laboral al egreso puede ser una alternativa en una especialidad que aún no muestra una marcada feminización.

La experiencia iniciada con neonatología bajo el formato de residencias integradas que permiten una doble titulación (estas permiten también certificar como pediatras) pueden abrir el abanico laboral posterior y aumentar el atractivo. Seguir ofreciendo alternativas post-básicas para quienes finalicen residencias de clínica médica puede ser también un camino.

El progreso de la carrera para los que llevan más de 20 años en la práctica también debe ser fuente de preocupación. La organización piramidal indica que sólo unos pocos alcanzarán puestos de conducción, y la alternativa de guardias prolongadas se hace cada vez más pesada. Más del 20% de los especialistas registrados son mayores de 55 años.

La modificación del modelo de organización de servicios, un ingreso que reduzca el multiempleo y la promoción de caminos alternativos (incorporación de programas con mentores, docencia, gestión en otras áreas) para continuar la carrera profesional deben formar parte de propuestas que permitan visualizar salidas para el final de la carrera.

El retraso en la edad de retiro, un problema creciente en todo el mundo incrementa el número de profesionales en esta situación. ^(3,4)

Tal vez el futuro pueda aportar otras soluciones basadas en el uso de "big data", la telemedicina o una participación creciente de otros profesionales a los que se les puede dar mayores responsabilidades. Si queremos asegurar una fuerza laboral suficiente en un plazo más corto tenemos que revisar las acciones en cada etapa, generar consensos y corregir nuestros modelos organizacionales para conseguir el objetivo buscado. □

1) Navarro P y col. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación: 2015.

2) Levy MM, Rapoport J, Lemeshow S, Chalfin DB, Phillips G, Danis M. Association between critical care physician management and patient mortality in the intensive care unit. *Ann Intern Med.* 2008 Jun 3; 148(11):801-9. doi: 10.7326/0003-4819-148-11-200806030-00002.

3) Skowronski GA, Pisa C. The greying intensivist: ageing and medical practice — everyone's problem. *Med J Aust* 2012; 196 (8): 505-507. || doi: 10.5694/mja11.11579.

4) Jones A, Walker J, Thorpe C. Increasing the Retirement Age in Intensive Care Medicine: Perception of the Effect on Patient Safety and Personal Health. *Journal of the Intensive Care Society.* 2014;15(1):57-60. doi:10.1177/175114371401500112.

(*) Médico. Master of Health Professions Education. Profesor Asociado del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur - Ex Director de Capital Humano del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

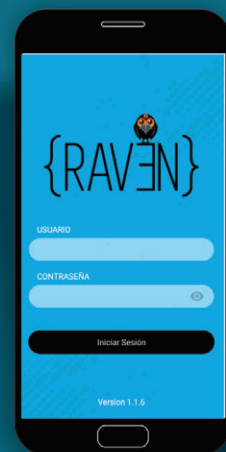


GRUPO
Proyectar

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

Connected Care: el desafío de la nueva atención 24x7 de los pacientes

Por Santiago Troncar

@stroncar



Uno de los impactos radicales que está generando la tecnología en el sector salud, y en la nueva forma de trabajo de los médicos, es haber logrado extender el alcance de la participación de los profesionales sanitarios en el proceso de cuidado de la salud de sus pacientes.

Por 3.000 años los seres humanos practicaron el arte de la medicina teniendo un alcance muy limitado en su capacidad de tratar a los pacientes de manera integral; los recibían en su lugar de trabajo ya enfermos, los diagnosticaban, les indicaban estudios y tratamientos, les daban consejos e indicaciones... y quedaban a la espera de una nueva y eventual visita de sus pacientes. Adolecían de todo tipo de posibilidad de hacer un seguimiento proactivo, y muy pocas oportunidades para educarlos en el cuidado preventivo de su salud.

El acceso masivo de la población y de los médicos a internet y a los teléfonos móviles, y la proliferación de apps interactivas cambió por completo el panorama; hoy son los pacientes los que buscan estar contactados 24x7 con sus médicos, y con la información vinculada a su salud, se ha expandido la frontera de la influencia de los médicos y el alcance potencial de los tratamientos a todos los estadios. La educación de los pacientes en prevención, el diagnóstico y el seguimiento de los tratamientos son ahora actividades que se encuentran al alcance de millones de personas y de sus médicos tratantes.

Como dice el prestigioso cardiólogo Eric Topol, "esperar a los síntomas para diagnosticar es mala idea, cuando tenemos tecnologías que nos pueden ayudar a identificar potenciales condiciones muchos años antes de su desarrollo".

"Connected care" y "Patient engagement" se han vuelto dos de los conceptos que todas las organizaciones de salud modernas están abrazando progresivamente, intentando buscar la forma de brindar atención médica al paciente a lo largo de todo el proceso de cuidado de su salud y lograr su adherencia a los tratamientos.

Según el estudio "Digital Health Trends 2021: Innovation, Evidence, Regulation, and Adoption", recientemente publicado por el IQVIA Institute of Human Data Science en julio de este 2021, el número de mobile health apps para consumidores ya supera las 350.000 apps. Obviamente el 2020 fue el año récord de lanzamientos, contando con 90.000 nuevas apps de salud sólo ese año.

Si bien históricamente la mayoría de las apps de salud giraban alrededor de temas como dietas, fitness y wellness, en los últimos años fueron ganando espacio las apps enfocadas en prevenir, monitorear y tratar condiciones especiales.

En 2018 sólo el 28% de estas apps se enfocaban en una condición particular, mientras que en 2020 crecieron hasta representar el 47%.

Esta especialización ha creado dos nuevas categorías en el segmento de las health apps; las aplicaciones DC (Digital Care) de acceso libre, y las DTx (Digital Therapeutics), las cuales demandan aprobaciones formales de los gobiernos para poder ser lanzadas al mercado, y deben contar con prescripción médica. Estas aplicaciones, desarrollos de software a medida de especialidades y patologías, se han incorporado progresivamente como una nueva forma para tratar, prevenir y manejar enfermedades en tiempo real. En algunos mercados como Estados Unidos y Europa, recetar apps ya es una práctica habitual entre los médicos.

La cantidad de productos DTx y DC disponibles están creciendo rápidamente. Actualmente hay en el mercado global más de 250 productos funcionando, y unos 150 ya disponibles comercialmente.

Aproximadamente 25 productos de terapias digitales (DTx) lograron aprobaciones del Gobierno americano a través de un proceso regulatorio, y ya están disponibles comercialmente para que los médicos receten.

La incorporación de tecnología a lo largo de todo el proceso de atención sanitaria ha generado que las empresas de software, hardware e infraestructura estén lanzadas a construir soluciones completas para prestadores y financiadores, integrando múltiples elementos, propios y de terceros, para ofrecerle a sus clientes una solución que resuelva los múltiples desafíos de atención de pacientes, y el backoffice de los sistemas que los atienden.

Empresas que históricamente eran asociadas al hardware como Phillips, Medtronic, entre otras, fueron desarrollando alianzas con empresas líderes de software (grandes como Oracle, Salesforce o Microsoft, pero también con nuevas startups emergentes) en búsqueda de articular soluciones integrales que ofrezcan a sus clientes nuevos "ecosistemas" que resuelvan los cuatro grandes objetivos del sector: generar beneficios para los pacientes, para el staff médico, mejorar los resultados clínicos en los pacientes y lograr un impacto en la reducción de costos. "Nuestra propuesta es lograr un cuádruple aim", nos comentaba Daniel Canepa, Business Marketing Manager Health Informatics de Philips Platino. "Buscamos generar soluciones end-to-end para promover la digitalización progresiva de las organizaciones de salud".

Para lograr la construcción e implementación de estos ecosistemas digitales, el sector ha adoptado el sano hábito de trabajar en equipo con los distintos jugadores involucrados, promoviendo la "Co-creación" de soluciones y procesos a medida.

Las soluciones se incorporan a los procesos de atención, no solo vinculando a profesionales y pacientes, sino también integrando sus interacciones con los sistemas que los contienen; sus prestadores, financiadores, farmacias y hasta las empresas farmacéuticas involucradas.

Las soluciones se integran utilizando todo tipo de software, dispositivos médicos interactivos, bases de datos e inteligencia artificial, desarrollados a la medida de las necesidades de patologías y especialidades particulares. Una vez desarrolladas, las mismas se van fortaleciendo con el valor que le suma cada equipo de usuarios.

Claro ejemplo de esto es el proceso de construcción de algoritmos de inteligencia artificial para exploración de diagnósticos o tratamientos, los cuales son construidos en pilotos por los propios profesionales (con data de sus pacientes) y luego pueden ser utilizados y/o mejorados por los usuarios posteriores.

Este cambio radical en la prestación de servicios de salud ha generado una nueva corriente de inversiones en el segmento de la "salud digital". Según el 2020 Global Health Innovation Funding, publicado por StartUpHealth.com, sólo en el primer semestre de 2021 el vertical de digital health recibió inversiones de riesgo por U\$S 20.1 billones, casi la totalidad de los U\$S 21.9 billones recibidos en todo el 2020.

Después de algunos años de paciente inversión, el 2020 fue el tipping point para la generación de liquidez y éxitos para los inversores en salud digital. Mientras se hablaba con cierto escepticismo de la ausencia de IPOs en startups de la categoría, en 2020 hubo 7 IPOs y en el primer semestre del 2021 ya hubo 9 empresas de medicina digital que lograron colocar sus acciones en mercados financieros masivos con valuaciones billonarias.

En la Argentina el cambio de mindset de todos los jugadores líderes del sector salud fue también muy visible, y los últimos 18 meses han sido explosivos en términos de decisiones de digitalización de procesos, requerimientos tecnológicos e intercambio de propuestas de digitalización para las organizaciones del sector.

Nos queda un largo camino por recorrer, pero ya nadie discute que la digitalización de la salud es un proceso en curso que no tiene marcha atrás. □

*“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

Coronavirus: entre vacunas y nueva ola ¿Cómo Seguimos?

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



La pandemia, la cepa Delta, la vacunación, son algunos de los temas que hoy dominan la agenda de la sociedad, no obstante, es prioritario que en este momento del año y después de lo vivido durante todo este tiempo que toda la clase política se ponga a repensar y organizar el hospital del mañana. Es hora de anticiparnos a los hechos y a la famosa tapa del lunes, es el momento, es la hora de las voluntades.

Desde la Asociación de Médicos Municipales elevamos este reclamo en el momento más caliente de la pandemia, cuando el sistema estaba absolutamente estresado con nuestros colegas entregándose a la dura tarea frente a un virus desconocido que se llevó amigos, familiares y miles de personas que fueron acompañadas hasta el último día de sus vidas.

No fue fácil, no lo es aún. Hoy transitamos un momento más relajado, sin tanta demanda, pero en el camino hemos perdido compañeros y quienes trabajamos en los hospitales estamos agotados con tamaño esfuerzo; por eso decimos que es fundamental pensar en el mañana mientras llega la cepa Delta, aunque confiamos que no sea tan potente y nos encuentre vacunados y con el sistema de pie como el día uno.

En ese pensar en mañana, le transmitimos a las autoridades nuestro malestar con un paro de 24 horas que tuvo un alto acatamiento, nuestro reclamo sobre la recuperación de los 10 días de licencias otorgados oportunamente fue escuchado y además tenemos por delante las reuniones para cerrar un acuerdo paritario que nos permita estar acorde a los niveles de inflación, pero que además signifique un reconocimiento al trabajo.

Quienes acompañamos desde la AMM a nuestros colegas sabemos del esfuerzo, de la dedicación y además de la contención para cada familia en los momentos más duros de la pandemia. Fue una tarea que realizamos para que cada uno tenga una línea abierta las 24 horas, así como hemos vacunado de manera ordenada, ágil y precisa a nuestros jubilados.

Todos aprendimos sobre la marcha, colaboramos con los médicos con elementos de seguridad cuando estos escaseaban, aprendimos sobre la marcha y hoy tal vez no necesitamos mirar tanto lo que pasa afuera, hay que adelantarnos porque vamos a convivir con el Covid-19 y tenemos que aprender a hacerlo.

Es fundamental que, si hay una tercera dosis de vacunación, el equipo de salud sea el primero en recibirla, sin medias tintas. Las autoridades deben comenzar a organizar los equipos de trabajo para que no haya superposición, para que cada colega pueda tener sus días de descanso y vacaciones cuando corresponda, hemos pasado meses muy duros y

mucho de la sobrecarga tuvo como eje la mala organización.

Estos hechos no son detalles, forman parte de lo que muchas veces calificamos como destrato, que se manifiesta de diferentes formas: salarios no acordes con el trabajo realizado, falta de reconocimiento, alguna crítica deslizada por allí, poca empatía con quienes le pusieron el pecho, el alma, y en muchos casos la vida a este Covid-19.

Hoy nuestros hospitales están en un nivel de demanda menor desde que comenzó la pandemia, entramos en el tercer trimestre del año y con un ritmo de vacunación acelerada por lo cual creemos que estamos ante la oportunidad histórica de aprender a organizar, de no equivocarnos, de consultar a quienes conocemos los pasillos de los hospitales, a quienes estuvimos mano a mano con el virus. Es el momento para que nos consulten porque en la foto final será el equipo de salud quien será reconocido con el correr de los años.

Este aprendizaje vertiginoso, que muchas veces nos ha hecho saltar etapas, quiere que haya una conciencia de marcar el norte, saber qué se hizo, dónde y qué mejorar y fundamental cómo administrar.

Desde la AMM siempre nos mostramos abiertos al diálogo, pero cuando vemos que las injusticias nos tapan y los oídos se cierran, ejecutamos y le hacemos saber a las autoridades nuestro descontento, del mismo modo la sociedad se entera de algunas de las tantas cosas que nos suceden dentro de los hospitales y que en la mayoría de los casos se traslada a nuestros hogares.

No paramos por deporte, lo dijimos siempre. No somos oportunistas, al contrario, lo hacemos cuando la gota derrama el vaso. Cada medida de fuerza de la AMM es un mojó porque está acompañada de un reclamo justo, alguna vez fue contra la inseguridad, ayer fue por el tema licencias más paritarias. Parece menor, pero si comenzamos con el pie izquierdo, ese hospital modelo que soñamos todos nos quedará muy lejos.

En estos meses hemos crecido como Institución. Estamos orgullosos, la batalla contra el Covid-19 no ha terminado, parece haber una meseta a la espera de las nuevas cepas, ojalá sea más leve de lo que se prevé, pero hemos podido fortalecernos. Hemos cuidado al que cuida, asistido al que asiste y con ello a sus familias. Nos hemos puesto a disposición de nuestros jubilados uno de los sectores más vulnerables en estos años de pandemia, por eso fue muy emotivo el acto vacunatorio en nuestra entidad.

No verán en nosotros la voz más elevada que de costumbre, estamos alejados de toda polémica, decimos que estamos frente a una oportunidad histórica porque esto ha venido para quedarse y debemos tener las herramientas para adelantarnos. □

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**

La producción de actos médicos y sus fallas

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



Los avances en los sistemas de producción contemporáneos resultan de la evolución de las técnicas. Ellas permiten la creación de productos o de servicios novedosos (vehículo automóvil sofisticado, transporte aéreo, puesta en órbita de un satélite, producción de energía, producción de alimentos, cuidado de la salud).

En el *Sistema de Salud* se producen actos médicos para tratar de mejorar la salud de las personas. Ya sea tanto con gente bien capacitada, como con equipamiento adecuado a las especialidades. Los sistemas de producción para el cuidado de la salud han sido objeto de perfeccionamientos permanentes, que integran los progresos de la ciencia, las innovaciones técnicas y organizacionales, relacionadas con las imposiciones del medio ambiente, el derecho de daños, las leyes de defensa del consumidor, los derechos de los pacientes, los mecanismos de información y comunicación.

Las habilidades de las organizaciones productoras de bienes y servicios se acrecentaron progresivamente y se estructuraron en torno a ciertas profesiones especializadas y complementarias para procurar un buen resultado, confiabilidad y seguridad.

Los sistemas resultantes de dicha evolución son sistemas complejos.

El servicio que se presta, requiere la realización de numerosas actividades diferentes y el buen funcionamiento de múltiples procesos. En una producción estandarizada, todo cambio, aunque sea mínimo puede tener consecuencias sobre el resultado final.

En una producción poco estandarizada, tal es el caso de la concerniente a la "*Industria del Cuidado de la Salud*", se agrega la necesidad de adaptarse en forma permanente a la variabilidad de las situaciones y en la capacitación de los actores, para producir mejores resultados.

La complejidad en materia de salud es importante y universalmente admitida. La actividad médica es una actividad de servicio muy particular. Corresponde a una producción de servicio variable cualitativa y cuantitativamente, que requiere capacidades de adaptación considerables.

En efecto, el sistema debe adaptarse a la variabilidad de los flujos estacionales, a las epidemias, a las endemias, a la urgencia, a la emergencia, a las situaciones psiquiátricas, a los cambios legislativos, y a cada diferente situación, puesto que, en el caso de cada paciente, además distintos entre sí, puede requerirse de competencias múltiples, muy especializadas y distintas, que es necesario identificar y reunir en un lugar, y dentro de un plazo imperativo. ¡Menuda tarea!

Hoy en día se trata de prestar un sistema efectivo en cuanto a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas y a la rapidez de investigación para llegar rápido al tratamiento adecuado. Se basa sobre múltiples procesos, técnicas, competencias y conocimientos muy sofisticados, sin dejar de lado los dilemas médicos: hacer o no hacer.

En materia de salud, igual que en otros campos de distintas actividades, las profesiones y las especialidades, deben organizarse para desarrollar e implementar sus actividades, confiéndoles eficacia, eficiencia, confiabilidad, consensualidad y seguridad.

Debe procurarse en especial la formación médica inicial y continua mediante calificaciones, y conocer, adoptar, y aplicar las

normas de buena práctica de cada especialidad, las que generalmente deberían coincidir con el cumplimiento adecuado de la relación contractual, que resultará siendo en definitiva el cumplimiento de la exigencia legal de actuar dentro de la *lex artis*. Las condenas vienen por hacerlo fuera de ella, según la visión del Juez.

Cada institución involucrada en el *Sistema del Cuidado de la Salud*, pública o privada, debería establecer sus reglas internas de funcionamiento y el Estado Nacional, Provincial o Municipal debería intervenir definiendo la reglamentación aplicable a cada grado de complejidad, y un sistema de control periódico.

El desarrollo de las especialidades dentro de este sistema se realiza a partir de la experiencia y de la pericia acumulada por los profesionales con el correr de los años, que se "van haciendo la mano". Esa experiencia es capitalizada y desarrollada bajo diferentes formas:

- Transmisión oral y gestual (buenas maneras) del saber de los profesionales experimentados hacia las nuevas generaciones, siempre y cuando existan jefaturas organizadas y procesos de comunicación institucionalizados.
- Literatura profesional al alcance de los iniciados.
- Formación inicial y continua, residencias, concurrencias suficientes, y sistema de certificación con renovación controlada con la misma eficiencia que la del pago de la matrícula.
- Reglas de buenas prácticas en todas las especialidades.
- Dirigencia profesional también científica.
- Organización institucional, asignación de tareas, evaluación de desempeño por especialidad y actos médicos, control de la recertificación.

La creciente complejidad del *Sistema del Cuidado de la Salud* conduce a la identificación de tareas de producción de atención de pacientes, y tareas de coordinación o de gerenciamiento. A cada uno de esas tareas o funciones, corresponden competencias propias.

La *Seguridad del Paciente* es una de las dimensiones que deben tenerse en cuenta en el enfoque profesional de cada especialidad, según los riesgos evitables e inevitables. Ello surge del análisis retrospectivo de los eventos adversos de cada especialidad, en cada institución. La performance del sistema del cuidado de la salud de cada institución privada y pública y la seguridad del paciente, deben mejorar mediante un aumento de la competencia en la gestión, y la capacitación de los participantes en el diseño, aplicación y control de sistemas seguros.

Cuando una tarea es efectuada por una persona que no tiene la calificación requerida o la actitud diligente para evitar lo evitable y documentar esa conducta diligente, la seguridad del paciente puede verse afectada. Y con ello también el patrimonio del establecimiento sanitario donde el médico realiza sus prácticas.

La seguridad del paciente no solo pasa por una *Historia Clínica Informatizada*, por uno o decenas de *Formularios de Consentimiento Informado* mal utilizados, la educación del paciente o lavarse las manos. Depende de todos los operadores del sistema. Me parece. □

(*) 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.



DÍA MUNDIAL 25 DE SEPTIEMBRE **DEL FARMACÉUTICO**

**Saludamos a todos los Farmacéuticos
en su día y les agradecemos el papel vital
en la mejora de la salud en todos los
rincones del mundo.**



"Farmacia: siempre de confianza para tu salud"

Lema FIP 2021

El impacto de la Telesalud en los puestos laborales de las pymes (1)

Es indiscutible que la **Telesalud vino para quedarse** y que la pandemia por Covid-19 **aceleró el proceso de transformación digital** dentro de las instituciones de salud, sin distinción de tamaño o sector. **Su impacto atravesó la dinámica interna de los centros y los obligó a repensar algunos roles dentro de cada organización.**

En un contexto restrictivo por las medidas de aislamiento preventivo y obligatorio (ASPO), la telemedicina fue **clave para garantizar, en la medida de lo posible, el acceso de las personas a los servicios de salud.** Sin duda, su incorporación en los centros ambulatorios alteró el flujo de funcionamiento de las instituciones, desde el agendamiento de los turnos hasta la facturación.

Actualmente la práctica clínica se orienta hacia un modelo híbrido, donde los consultorios integran la atención presencial con la teleconsulta. La Dra. Verónica Schiavina, de **Fundación FEMEBA**, manifestó que **"es imprescindible tener una primera consulta presencial y luego poder implementar la teleconsulta, manteniéndose en este caso todas las pautas establecidas para que sea una atención de calidad"**.

A su vez señaló que este año desde el Instituto de FEMEBA consideraron relevante brindar un curso sobre telemedicina con el objetivo de capacitar a profesionales contemplando las pautas de calidad, atención y seguridad de los pacientes. Sobre el uso de la telemedicina aseguró que **"ofrece oportunidades de acceso y cada día aumenta su utilización, estamos en camino a la atención híbrida como en otros países. Si bien en la actualidad es muy incipiente, con los años será una opción habitual"**.

Para conocer la situación presente en su sector, **CADIME está actualmente implementando un relevamiento sobre la implementación de la Salud Digital en los centros ambulatorios de atención de la salud.** La información obtenida hasta el momento permite anticipar que **algunas especialidades lograron adaptarse rápidamente a la telemedicina durante el año 2020.** Algunos ejemplos son: *clínica médica, rehabilitación, psiquiatría, psicología, pediatría, endocrinología, diabetolo-*

gía, reumatología, cardiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, oftalmología y dermatología. Asimismo, puede señalarse que la incorporación de la telemedicina durante los primeros meses del ASPO resultó decisiva para mantener la actividad de numerosos centros.

El estudio que estamos llevando adelante desde **Incubadora CADIME** se basa en datos empíricos, con acompañamiento de fuentes oficiales e internacionales. Si bien todos estos documentos plantean la **necesidad de estructuras de acción multifacéticas y de perfiles multidisciplinarios, se señalan también espacios específicos de RR.HH.** Cada país desarrolla equipos de trabajo específicos de acuerdo con prestaciones ciudadanas o rurales.

Respecto del impacto de la implementación de Salud Digital en los recursos humanos (RR.HH.) de los centros pymes, pudo verificarse que los distintos tipos de actores involucrados: la gerencia, los médicos y los administrativos, se vieron impulsados a desplegar un conjunto de novedosas tareas de gestión y atención de la salud.

En la Argentina, al igual que en otros países como Uruguay y México, en el marco del **Ministerio de Salud de la Nación** se creó la **Dirección Nacional de Salud Digital y el Plan Estratégico de Telemedicina.** En consonancia con este Plan, uno de los perfiles laborales y tareas requeridas para el proceso de implementación y ejecución de la Telesalud es el puesto Gestor en telesalud o Referente administrativo encargado de planificar, organizar y facilitar la realización de las teleconsultas. Esta tarea fue referenciada por nuestros socios de zonas tanto urbanas como rurales. Como ejemplos pueden mencionarse: el **Centro Médico Caballito**, **Maffei Centro Médico** y el centro Santa Bárbara de la Ciudad de Buenos Aires y la **Clínica Caram** de San Miguel.

Entrevistamos a directivos y dueños de centros de diagnóstico y atención médica ambulatoria para **conocer cómo fue el proceso de adopción de telemedicina y su organización interna** para cubrir las nuevas tareas que requería el uso de estas tecnologías.

El **Dr. Enrique Gabai**, *director Médico del Centro Médico Caballito* y fundador de la aplicación **MYDOC**, señaló que una de las medidas imple-

mentadas en su centro fue **"incorporar una línea de WhatsApp exclusiva para consultas y turnos de Telemedicina"**. Además, manifestó que, al principio **"la tarea la tomó una empleada que ya estaba"**.

Nos explicó que la administrativa fue incorporando nuevas tareas: brindar información, **"coordinar los horarios entre médico y paciente"** para teleconsultas sincrónicas y gestionar la solicitud, confección, y envío de recetas. Asimismo, el Dr. indicó que esta secretaria **"cada vez le dedica más tiempo"** a la línea de WhatsApp frente a un crecimiento gradual y sostenido de la demanda. Sostuvo también que los pacientes usan asiduamente el servicio porque les resulta "muy fácil" y señaló que están evaluando incorporar otra administrativa para que continúe con esta tarea más allá del horario de atención del centro, prolongando el horario de la línea hasta las 20 h.

Al cierre de la entrevista el Dr. Gabai reflexionó que, **"cree que con la Telemedicina se podría duplicar el trabajo"**, tanto por el uso de la receta digital y la teleconsulta. Aunque afirmó que todavía no están todas las partes totalmente convencidas, ni médicos ni pacientes.

Conversar con los referentes y los directivos de los distintos centros médicos de atención ambulatoria y con las empresas que brindan servicio de software de gestión en Salud Digital y Telemedicina a las pymes, nos dejó la percepción que al igual que en la educación, hoy en el sector salud convive un sistema híbrido entre presencialidad y el uso de la telemedicina que sin dudas vino para quedarse.

En coincidencia con la experiencia de la Fundación FEMEBA y la visión de la Dra. Schiavina, vemos que **la atención médica presencial en muchos casos es irremplazable y el uso de la telemedicina, viene a contribuir a mejorar los procesos, el acceso y la integridad dentro de los sistemas de salud.**

La transformación digital impacta de lleno en los puestos laborales. La incorporación de herramientas digitales para la gestión de una institución en su carácter integral requiere que las pymes capaciten y mantengan actualizados a sus trabajadores.

El avance de la **transformación digital en distintos sectores económicos**, por ejemplo, en el turismo,

generó que los actores se incorporen a lo largo de los años a verdaderas redes de vinculación. Provocó que la satisfacción de sus usuarios modifique y consolide completamente el funcionamiento del sector.

En el **sector de la salud su transformación fue menos abrupta**. Su incorporación fue al principio mucho más incipiente. Hoy en día, aunque vemos un avance considerable de los sistemas digitales, puede aún apreciarse una prevalencia de los procesos analógicos y presenciales. Si bien es consabida la heterogeneidad interna del sector salud, puede decirse que la transformación digital es aún reciente incluso para los financiadores. Tomando como premisa que los procesos de innovación suelen ser iniciados por grandes empresas y lentamente incorporados por las pymes, **el proceso de transformación digital del sector salud en la Argentina se encuentra en pleno proceso de crecimiento**.

CADIME como cámara empresaria de salud trabaja en la vinculación de las pequeñas y medianas empresas de salud con distintas alternativas de soluciones tecnológicas y los asiste para que también puedan ofrecer atención médica ambulatoria a distancia. Asimismo, busca consolidar una red en la que los prestadores puedan conocer y aprender de experiencias enriquecedoras.

En este marco, en el año 2020 la Cámara firmó un acuerdo con **Omnia Salud**, una empresa compuesta por profesionales de las áreas de la salud y la tecnología, **para brindar y facilitar a las instituciones socias herramientas de última tecnología que permitan a los centros avanzar en la transformación digital de sus procesos clínicos**.

Matías Spanier, CEO de OMNIA Salud, señaló que **"ya hace siete años venimos trabajando con centros médicos que desean atravesar el proceso digitalización, ofreciendo sus pro-**

ductos y asistencia para que puedan hacerlo exitosamente". También destacó que **"fue realmente muy interesante vivir en primera persona lo que sucedió durante la pandemia, observando cómo una necesidad que estaba bastante relegada en comparación con otras industrias pasó a un primer plano. También ayuda a entender el largo camino que hay por delante para recorrer, tanto por centros médicos, financiadores, pacientes, farmacias y demás actores para poder digitalizar el proceso completo"**.

Sostienen que las transformaciones en curso en torno a la teleconsulta y la receta digital no son más que los primeros pasos de un recorrido por delante, en el cual los cambios van a ser mucho más profundos. En **Omnia Salud** están trabajando con más de 100 clientes en Argentina, que incluyen algunos de gran tamaño como **Gedyt**, así como centros más pequeños y médicos independientes tales como **CEDA**, **Pewen** o **In Vitro** Buenos Aires. A través de la **alianza con CADIME invitan a sumarse a cualquier asociado que esté interesado en saber más sobre sus servicios para embarcarse en el proceso de digitalización de su organización**.

El **Covid-19** empujó a un escenario complejo y nos desafió a estar aún más cerca de nuestros asociados. **Comenzamos un relevamiento sobre las experiencias de las empresas asociadas con la adopción y el uso de la Telesalud en sus procesos organizativos y servicios de salud**. Emprendimos con un equipo interdisciplinario **un monitoreo sobre el impacto en los puestos laborales dentro de los centros de salud**.

Como entidad empresaria que representa a más de 13.000 pequeñas y medianas empresas del subsector de la salud necesitamos tener un diagnóstico realista y anticiparnos en dicha problemática para desarrollar programas de capacitación y entrenamiento,

como así también brindar soluciones a la medida de las necesidades de las pymes.

Concibiendo la Salud Digital como una red de centros de salud y de profesionales, donde todos participen en la gestión, con activa circulación de información entre los distintos actores formando un verdadero sistema intercomunicado, este escenario es todavía un desafío por lograr en muchas instituciones.

Es por ello que desde CADIME se están elaborando un conjunto de propuestas de capacitación para RR.HH. en Telesalud tendientes a una incorporación armónica de las nuevas herramientas de Salud Digital en el sector.

OTROS CASOS DE APLICACIÓN

Uno de los casos de aplicación de referencia es el de la provincia de **Jujuy**. Un informe señala que allí **los traslados de los pacientes disminuyeron en un 54%, con una satisfacción del 87%**. El mismo lleva apenas pocos meses de aplicación.

Lo mismo ocurre en otros ámbitos públicos tales como las experiencias del **Hospital Garrahan**, el **Hospital El Cruce** o la **Universidad de Buenos Aires**, por mencionar sólo algunos. El crecimiento en el sector público se verifica en cada distrito, municipio y provincia.

Sin dudas, dichas experiencias también se replican en el sector privado y el tercer sector, aunque suelen presentar algunas diferencias. **En este ámbito pudo detectarse la creación de puestos de trabajo técnicos adicionales en distintos servicios: ej. oftalmología, dermatología, electrocardiografía, etc.** □

(1) Elaborado por Incubadora CADIME: Dr. Atilio Giordano, Dr. Mariano Candioti Lehmann, Dr. Diego Pereyra, Mg. Mario Pakgoiz, Prof. Lic. Malena Méndez Isla, Lic. Lucía Moyano Rebón, Lic. Horacio Cairo.



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

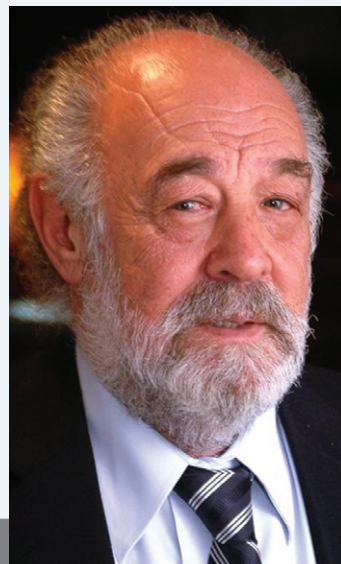
Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

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

Salud y reforma en tiempos de “la muerte invertida”

"Tienen los males extremos una ventaja, y es la de no poder continuar sin que se busque un remedio".
Domingo Faustino Sarmiento

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



Decía Enrique Marí, en sus reflexiones sobre las pestes históricas, que la enfermedad y la muerte no traen la crisis que trastoca la vida social, sino que es la crisis la que trae la enfermedad y la muerte. Así, planteaba la idea de “la muerte invertida”.

Hoy podemos decir que el virus e incluso la pandemia no son el problema de fondo, sino un *síntoma* de los males que aquejan a nuestra sociedad (global y nacional) desde hace décadas. A este respecto vale lo que afirman muchos, como Jacques Attali: “no podemos volver a la vida de antes que nos condujo a la catástrofe”.

Vale preguntarse, entonces: ¿es posible seguir aprendiendo de la pandemia? ¿Acaso hemos aprendido algo? Basta con revisar esta misma publicación para constatar que existe un amplio, aunque variado, consenso acerca de algunos ejes del área sanitaria nacional que resulta indispensable reformar. Se vuelve casi trillado repetir: la irracionalidad, inequidad, ineficiencia y fragmentación que ya bien conocemos, aunque no las hace menos punzantes.

Incluso se ha manifestado la voluntad de reforma desde el oficialismo, pero ya en plena campaña electoral, el tema resulta una vez más silenciado. Así, constatamos que los pueblos marchan la historia, pero no necesariamente lo hacen en línea recta hacia adelante, también pueden dar vueltas y tropezar con las mismas piedras.

Se torna inocultable que hay en juego intereses particulares para mantener el *statu quo* o para controlar el sentido y alcance de la reforma, pero la dificultad pareciera ser más honda aún. La reforma que necesitamos implica insertarla en un sendero de transformación nacional que reevalúe al actor central del proceso: el Estado.

Existe al respecto un debate estéril, ya superado conceptualmente, pero perpetuado en la práctica: Estado vs Mercado. Nuestra triste grieta política puede entenderse en los términos simplificados de quién es el bueno y quién el malo en dicho “enfrentamiento”, cuando cualquier conocedor de los procesos históricos (y actuales) sabe que Estado y Mercado han ido siempre de la mano. Incluso cuando existan modelos que acentúan una u otra dimensión en su dinámica, tal como se suele ilustrar con los casos de Estados Unidos y Suecia, en ambos la sinergia (local y global) entre sendos aspectos lo hace sobre pilares robustos. Para decirlo claramente, en Estados Unidos el estado es mucho más fuerte que el nuestro, y en Suecia el mercado es más eficiente y transparente que el nuestro.

Sin dudas, por aquí ambos sectores son susceptibles de

crítica, pero no se trata de subsanar los vicios de un sector con el contrapeso del otro, que a su vez cuenta con los suyos, en una recursividad perversa que termina ineludiblemente en la corrupción. Hay que romper con la lógica de más (o menos) de lo mismo, e intentar reemplazarlo por algo distinto.

El nuevo enfoque consistiría en que Estado y Mercado no se vean como amenazas entre sí, sino como aliados, como propulsores de progreso. Necesitamos fortalecer el Estado, lo cual no necesariamente significa agrandarlo. Es más, parte de lograr mayor eficiencia puede significar recortar organigramas o centralizar decisiones y monitoreos. Pero ello no es en desmedro del sector privado. Al contrario. Robustecer capacidades estatales para mejorar la calidad de prestaciones tanto públicas como privadas, o del llamado tercer sector.

Claro que las políticas más concretas requieren de precisar el sentido de la reforma, pero de inicio se trata de establecer no ya sólo unos objetivos finales, sino los andariveles ineludibles por los cuales dicho proceso de transformación debe pasar. Debemos proponernos alcanzar un **acuerdo** sobre los nudos conceptuales que sí se comparten. Se trata de un proceso de reconocimiento de problemas para luego ir *negociando* soluciones. Para ello hay que superar el nivel más superficial de *consenso* que se limita a **fin**es genéricos: mejorar la salud de todas las personas, ser más eficientes, lograr una **mayor coordinación**. Se trata de pasar a la discusión sobre los **medios**: *¿cómo articular los componentes proveedor, prestador, financiador y consumidor?*

Todo esto ya estaba presente antes de la pandemia. En todo caso, el virus y sus consecuencias evidenciaron algunos de los alcances y límites del planteo sanitario, a la vez que la realización posible de una **mayor articulación**. Toda evaluación del tratamiento de la pandemia cae en saco roto, en lecturas políticas o incluso corporativas. Pero admitir las falencias es indispensable para replantear estrategias alternativas. Es cierto que el sistema “aguantó”, en el sentido que no ocurrió un colapso catastrófico (aunque debemos admitir y no silenciar la desatención de pacientes no Covid), pero los costos han sido -son- mucho más altos de lo que algunos están dispuestos a admitir.

Por supuesto que hay discrepancias sobre el rol que debe alcanzar el Estado, la evaluación de la performance de cada sector, y mucho más, pero por ello mismo resulta indispensable que se dé el debate público, franco y profun-

do, de cara a la ciudadanía, a la altura de una democracia moderna, y no sólo entre los especialistas.

Al comienzo de la pandemia, Daniel Innerarity ya destacaba algunas claves para repensar *una teoría de la democracia compleja*, para citar textualmente el título de su último libro. No es momento de grandes líderes, argumentaba, sino de organización, protocolos y estrategias, en definitiva, inteligencia colectiva, tanto en lo que se refiere a la **respuesta médica** como a la organizativa y política. En su lugar, la pandemia nos encontró con "un sistema político infradotado de capacidad estratégica". ⁽¹⁾

Si abandonamos la simulación y aceptamos la inexistencia de un verdadero sistema de salud -entendido como armonización de componentes- comprenderemos que no será posible construir un Sistema Federal Integrado de Salud si no superamos el efecto ocaso y el anacronismo que supone. Se impone para ello la toma de conciencia, responsabilidad y compromiso para hacer explícito qué significa gobernar, y veremos que falta el órgano ejecutor: un Gabinete Estratégico de Gestión Operativa que funcione de manera federal y multidisciplinar, y que centralice la responsabilidad de la **gobernanza sanitaria**.

Junto a la gobernanza, el otro componente que integra la **educación sanitaria** responde al *saber hacer* de la **Salud Pública**. Debemos recuperar y renovar la mejor tradición que supimos ejercer respecto a la formación médica, pilar insustituible para enfrentar cualquier escenario posible. Personal capacitado en el ejercicio de la profesión, bajo la guía de *maestros*, constituye el capital esencial a poner en juego.

Como decíamos al comienzo, vivimos tiempos de "muerte invertida", en que el conteo diario de fallecidos oculta con su banalización aquello que en verdad cuenta y no es contado: la frontera difusa entre crisis y decadencia; la distinción entre problemas y dilemas; la diferencia entre aplacar los síntomas y curar la enfermedad. La superación de la situación impone una conjunción de voluntades y estrategias, y sobre todo la desmitificación de los reduccionismos que tranquilizan por su simplicidad. No nos salvará ni un líder, ni un experto ni una vacuna; aunque necesitemos liderazgo, equipos científicos multidisciplinarios y un Programa Nacional Estratégico de Vacunación.

Como expresaba Esteban Echeverría, más que reformarnos, necesitamos regenerarnos. □

1) La Vanguardia, 17 de marzo de 2020: Daniel Innerarity: "No estamos ante un contagio, sino en medio de una sociedad contagiosa".

(*) 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 Aconagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzaferro 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).



EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



El gasto en medicamentos de la Argentina ⁽¹⁾



Por Carlos Vassallo Sella, Alejandro Sonis y Guillermo Oggier

La determinación del gasto farmacéutico es, quizás, uno de los componentes del gasto en salud más complejos de calcular en el sistema sanitario argentino. Esto es así, en parte, por la cantidad de actores involucrados tanto por el lado de la fragmentada demanda (sector público, seguridad social y privado), como en la oferta desagregada en sus diversas etapas (laboratorios, droguerías, distribuidoras, mandatarias y farmacias).

El mercado de medicamentos se compone de diversos submercados, a saber: los medicamentos éticos, es decir aquellos que requieren una receta médica y los de venta libre. Dentro de los primeros, a su vez, podemos distinguir los ambulatorios, los de internación y los medicamentos especiales. Los medicamentos ambulatorios son los dispensados por las farmacias con un descuento entre el 40%, 70% (crónicos) y en

ciertos casos al 100% (PAMI). Los medicamentos de internación tienen una cobertura del 100% para el paciente. Finalmente, los medicamentos especiales, definimos como aquellos medicamentos innovadores, en su gran mayoría con protección patentaria, éticos porque requieren prescripción médica, son de alto precio ya que dan respuestas a patologías catastróficas o de baja incidencia y cuyo financiamiento público, de la seguridad social o de prepagos alcanza al 100%.

El gasto en medicamentos fue disminuyendo desde U\$S 9.402 millones hasta llegar en el año 2019 a U\$S 7.084 millones. El gasto farmacéutico per cápita alcanza los U\$S 158 y el gasto de bolsillo (40% del gasto en salud de los hogares) es de U\$S 63,2.

Como porcentaje del Gasto en Salud (GS), el Gasto Farmacéutico (GF) evolucionó desde 15,8% hasta 17,6%. La

devaluación del peso y los nuevos medicamentos especiales que son, en su gran mayoría, importados, explican esa variación de dos puntos.

Respecto del PBI se dio un incremento de la participación a pesar de la baja del PBI en dólares (devaluaciones) hasta llegar a representar el 1,65% del mismo. Si lo comparamos con el PBI Industrial (28,1% del PBI) el porcentaje crece hasta llegar al 5,9% mostrando la relevancia de la industria farmacéutica en el marco de la economía argentina.

FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

El financiamiento total del medicamento por parte del sector público y la seguridad social es de U\$S 4.245,14 millones de dólares, en tanto el financiamiento privado (copagos y venta libre) alcanza los U\$S 2.830 millones de dólares.

El financiamiento obligatorio corresponde a medicamentos especiales, 70% para medicamentos crónicos y 40% del resto de medicamentos ambulatorios que financia la seguridad social, y los medicamentos de internación en su totalidad.

El medicamento de venta libre y los copagos de medicamentos ambulatorios constituyen el grueso del financiamiento privado de bolsillo que tienen que desembolsar los hogares para poder acceder a medicamentos, en algunos casos esenciales.

La histórica debilidad institucional en materia de genéricos que tiene el país hace que se pierdan por esta opción

importantes diferenciales de precios que van a pagar "marca" de medicamentos con patente vencida que podrían costar un 30 o 40% del precio de mercado. Pero que en el país no tienen oferta de calidad (bioequivalencia y bio-

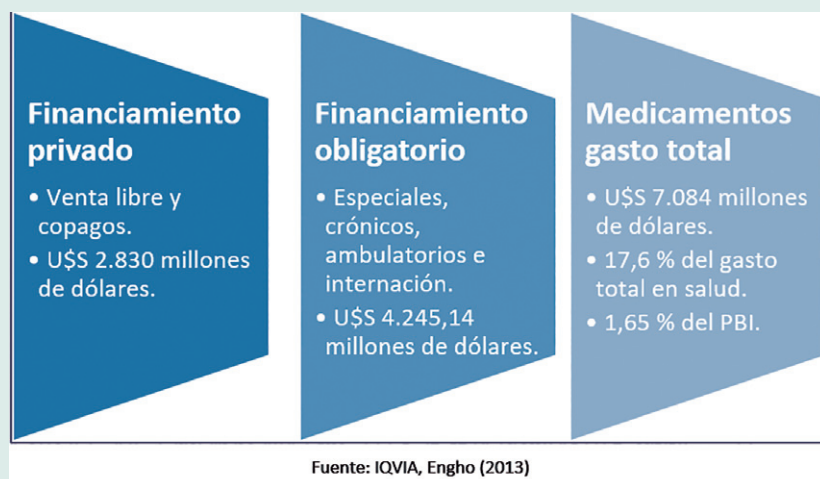
Años	PBI (en millones U\$S)	Gasto Salud (9,4% PBI)	GF	% GF / GS	% GF / PBI	GF per cápita
2017	U\$S 632.687	U\$S 59.472,5	U\$S 9.402	15,8%	1,48%	U\$S 213
2018	U\$S 506.199	U\$S 47.582,7	U\$S 7.437	15,6%	1,46%	U\$S 167
2019	U\$S 428.789	U\$S 40.306,1	U\$S 7.084	17,6%	1,65%	U\$S 158

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Indec y IQVIA. Precio a salida de laboratorio.

GF: Gasto Farmacéutico

PBI: Producto Bruto Interno

GS: Gasto en Salud



disponibilidad asegurada) para poder competir por precio en ambulatorio.

EL GASTO EN MEDICAMENTOS ESPECIALES

Según lo que ha relevado la OPS algunos países de la Región han realizado cierta aproximación conceptual a la definición de estos tipos de medicamentos, principalmente a través de indicadores cualitativos, como, por ejemplo, medicamentos para enfermedades con alto riesgo vital e indicadores cuantitativos mediante la fijación de un importe como referencia por paciente, año o tratamiento. Otras expresiones habituales para referirse a esta tipología de medicamentos son: medicamentos de alta complejidad, asociados habitualmente a procedimientos de administración complejos y costosos, como el monitoreo frecuente para conocer la evolución del enfermo o condiciones

muy precisas para su uso; y, medicamentos de fuentes limitadas, enfatizando una de las causas casi universales de alto costo, como es la situación de exclusividad.

La noción de enfermedades catastróficas, caracterizadas por su gravedad médica y su elevado costo tanto de medicamentos como de otros recursos sanitarios y cuya necesidad implica un previsible esfuerzo económico para quién las sufre –si es el individuo/ciudadano quien tiene que pagar dichos tratamientos directamente– o, para el sistema público, si el tratamiento es cubierto a través del financiamiento público. Sin ánimo de encontrar una definición universal, todos estos elementos –costo, exclusividad, novedad, tipo de enfermedad– configuran las características de este tipo de medicamentos que provocan graves problemas de acceso y de sostenibilidad del sistema (OPS, 2009).

Las enfermedades catastróficas son

un conjunto limitado de patologías que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen, sino que además empobrecen a estas personas y a sus familias. La investigación y el desarrollo tecnológico se centran en ellas y, hasta el momento, si bien los avances en los tratamientos son importantes, muchas veces se limitan a cuidados paliativos que resultan cada vez más caros.

Como menciona Federico Tobar en el libro “Que aprendimos de las reformas de salud” estas patologías tienen las siguientes características:

- Alto costo económico.
- Generan severos daños en la salud de quienes las padecen.
- Generan alta carga de enfermedad, alteran significativamente la calidad de vida y producen muerte prematura.
- Presentan una curva de gastos diferente.
- Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insostenible.
- La mayor parte del gasto se destina a medicamentos.
- Su cobertura es definida por vía judicial.
- La protección social de la población frente a las enfermedades catastróficas plantea dilemas de puja distributiva en la financiación sanitaria.

En la Argentina, el gasto en medicamentos especiales asciende al 38,7% del total de ventas de medicamentos según estimaciones propias en base información suministrada por IQVIA. Y esto nos permite avanzar con las estimaciones de lo que se destina a medicamentos especiales respecto del gasto en salud, del PBI y el gasto per cápita.

El gasto en medicamentos especiales sobre el gasto en salud asciende al 6,8 % sobre un total de 17,6% que se destina a medicamentos. La diferencia radica en la composición del financiamiento dado que este 6,8% está financiado casi un 100% por alguno de los financiadores del sistema: estado nacional, provincial y la seguridad social (obras sociales nacionales, institutos provinciales y PAMI), en tanto que el resto (10,8%) corresponde a medicamentos ambulatorios y una gran parte corresponde a gasto de bolsillo. En base al PBI en la Argentina medicamentos especiales destina 0,64%, muy cercano al promedio de la Región (Información del Banco Mundial presentada en el Congreso de Montevideo 2018), que asciende a un promedio de 0,5% del PBI de los

Gasto en medicamentos éticos y populares (en millones de U\$S)	2017	2018	2019
Total	9.402	7.437	7.084
Éticos	8.525 (90,6%)	6.767 (91%)	6.503 (92%)
Venta Libre	877 (9,4%)	670 (9%)	581 (8%)

Fuente: IQVIA. En millones de dólares.

Gasto en medicamentos éticos (recetado) y populares (venta libre). En unidades físicas.	2017	2018	2019
Total	1133	1079	1021
Éticos	918 (81%)	879 (81,5%)	844 (82,6%)
Venta Libre	215 (19%)	200 (18,5%)	177 (17,4%)

Fuente: IQVIA

Años	PBI (en millones de U\$S)	Gasto Salud (en millones de U\$S)	GF (en millones de U\$S)	GME (en millones de U\$S)	% GME / GS	% GME / PBI	GME per cápita
2017	U\$S 632.687	U\$S 59.472,5	U\$S 9.402	U\$S 3.639	6,1%	0,57%	U\$S 82,6
2018	U\$S 506.199	U\$S 47.582,7	U\$S 7.437	U\$S 2.878	6%	0,57%	U\$S 64,7
2019	U\$S 428.789	U\$S 40.306,1	U\$S 7.084	U\$S 2.742	6,8%	0,64%	U\$S 61,2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Indec y IQVIA.

GME: Gasto en medicamentos especiales
PBI: Producto Bruto Interno

GF: Gasto Farmacéutico
GS: Gasto en Salud

vó cierta heterogeneidad. En efecto, mientras que el promedio de gasto per cápita asciende a \$ 251,90 mensuales, el sector público nacional y provincial están muy por debajo, mientras que las obras sociales nacionales están dentro del promedio y el resto de los financiadores por encima. Un hecho auspicioso fue la realización de compras

conjuntas en medicamentos de hemofilia y oncológicos.

En síntesis, la Argentina tiene un gasto farmacéutico del orden del 17,6% del gasto total en salud, con una tendencia creciente en los últimos años producto de la devaluación de la moneda y el alto costo de los medicamentos innovadores. De ese total el 10,8% corresponde a los medicamentos ambulatorios y el 6,8% a los medicamentos especiales, es decir 38,7% del total de ventas de medicamentos.

A las características particulares de los medicamentos especiales se suma el desafío de la segmentación y la falta de coordinación entre actores de nuestro sistema de salud. El gasto en medicamentos es el componente del gasto en salud que afecta más a los sectores de menores ingresos. Por un lado, porque es el componente más inelástico al ingreso del sector salud sumada a su regresividad característica.

La estimación aquí brindada, expone una vez más la disparidad entre e intra subsectores, mostrando la inequidad e ineficiencia que ya todos conocemos.

Este artículo intenta brindar claridad a un mercado que hoy en día carece de ella y el trabajo realizado por el IDEB (www.ideblatam.org) para CAEME es un puntapié inicial para analizarlo con mayor detenimiento y profundidad ya que es un segmento que tiende a crecer por encima de la media y captar porciones cada vez más importantes de los presupuestos de los financiadores. □

1) Financiamiento y gasto en medicamentos especiales. Documento Final (2019) preparado para CAEME por el Instituto de Economía del Bienestar (Carlos Vassallo, Alejandro Sonis, Guillermo Ogier, Rubén Roldan y Carlos González Malla).

países. Finalmente, el gasto per cápita anual pasó de los U\$S 82,6 en 2017 a U\$S 61,2 en 2019 dadas las sucesivas devaluaciones y caídas del producto bruto interno.

Los medicamentos especiales son los únicos que tiene un mecanismo de recupero y sólo para las obras sociales nacionales. El Sistema Único de Reintegros (SUR), que se financia a través del Fondo Solidario de Redistribución, reintegra alrededor del 20% del gasto en medicamentos especiales, un porcentaje bajo debido a la falta de actualización

de los precios del listado de medicamentos SUR, al aumento de precios de los medicamentos post devaluación de 2019, a la ineficaz gestión en la compra de medicamentos por parte de algunas OSN, a que no todos los medicamentos especiales suelen estar incluidos en el SUR y algunos, producto de ineficiencias suelen no presentarse o presentarse tardíamente y finalmente al tiempo que se toma la SSSalud para reintegrar los valores a la OSN.

Al analizar el gasto en medicamentos especiales por financiador se obser-

Gasto total en medicamentos especiales

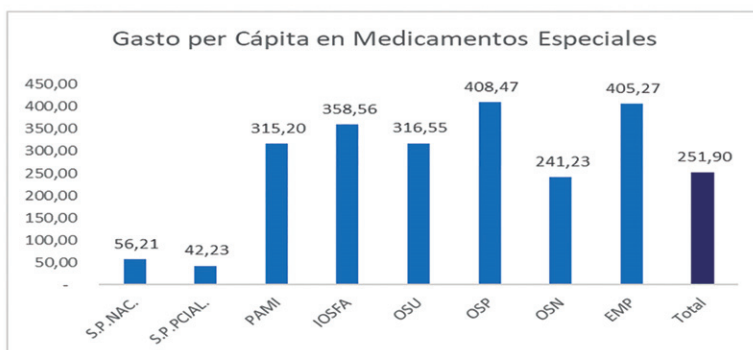
• U\$S 2.742 millones de dólares

% Gasto en Salud
% Gasto en PBI

• 6,8
• 0,64

Fuente: Elaboración propia

Gasto mensual per cápita en medicamentos especiales por subsector. Año 2019 en pesos argentinos.





Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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

25%

SEGURO DE HOGAR

20%

INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)

15%

SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



Horizonte: pandemia y postpandemia

Herramientas metodológicas para la gestión en salud

Por la Dra. Liliana Chertkoff
Médica sanitarista - Epidemióloga
dralchertkoff@gmail.com



La historia de la humanidad esta signada por etapas de transformaciones. Y es aquí y ahora en plena pandemia que necesitamos aceptar una revisión de nuestro modo de accionar.

Tomar lo positivo, desechar lo que ya no es útil y hacer una nueva síntesis es un desafío apasionante... un horizonte posible, real y accesible.

No lograremos hacerlo solos, aislados o defendiendo una corporación, un grupo de pertenencia. Es un trabajo que nos exige integrarnos a otros, actualizarnos, y conocer que la ciencia y las disciplinas del conocimiento ofrecen herramientas metodológicas para hacerlo.

Los imponderables eventos que atraviesan el planeta, pueblos, civilizaciones, y cada una de nuestras vidas hablan por sí mismos. Sus ritmos y devenires nos obligan a pensar y elaborar, más allá de nuestras fronteras.

Ocultarnos en los pliegues del espejismo, en la ceguera del miedo, el enojo, o el Nihilismo nunca han ayudado y se las denominan: **"Oportunidades perdidas prematuramente"**.

Hay pruebas evidentes a lo largo de la historia, donde la humanidad logró desarrollar épicas respuestas. Es sorprendente observar que aún hoy en la tercera década del siglo XXI, se piense y accione desde paradigmas antiguos que además solo generan más crisis y atraen tempestades.

Me refiero a una concepción **mecanicista de la vida**, el cuerpo como máquina, la sociedad como máquina, la ciencia y su visión mecánica nos llega desde el siglo XVI, con la teoría cartesiana instalándose en nuestras mentes, en las instituciones.

Frente a esto hay una multitud de profesionales que desde hace años viene aportando, construyendo y ampliando las posibilidades de construir algo más eficiente y real.

NAVEGANDO LAS AGUAS DE ESTOS DESAFÍOS

Hoy nos enfrentamos a vientos tan intensos como el **Ghibli...** (*viento implacable del sur Sahariano*).

Cuenta **Heródoto** (el padre de la historia) que el Emperador Cambises II (persas aqueménidas) alrededor del año 524 AC, envió a su ejército de 50.000 hombres atravesar el Sahara para aniquilar al oráculo de Siwa, Egipto "Este ejército invencible no pudo contra el **Ghibli**, desapareció integro, sin dejar rastros. *Un ejército masacrado sin piedad por la impía erosión de los billones de granos de arena puestos de acuerdo para defender el lugar sagrado*".

El tiempo de pandemia exige ampliar la capacidad de

observar, pensar y elaborar, frente a situaciones de orden planetario, donde hay una exigencia de la realidad **a trabajar integrados**.

La naturaleza, es un ejemplo de **interconectividad**, tiene un lenguaje que necesitamos decodificar. Se manifiesta en nuestros cuerpos, en el cuerpo social, en el cuerpo ambiental, que no es una máquina.

Lenguaje que atraviesa toda acción de quienes trabajan en las prestaciones de salud, de quienes la financian, de los que la gestionan y a sus beneficiarios.

La búsqueda de respuestas a las inquietudes de cada uno de estos protagonistas exige hoy acceder a descubrir y descubrirnos en una oportunidad de **integrar los espacios de trabajo**, sumar voluntades y acrecentar los recursos ofreciendo nuevas y creativas posibilidades desde un Sistema Nacional Integrado de Salud que **SÍ es posible**.

Un Sistema Nacional Integrado de Salud es **hoy una necesidad básica** para afrontar las realidades más disímiles, que no se podrán enfrentar, solos, desde concepciones y emociones antiguas. Es un territorio para ir construyendo, es una oportunidad estratégica.

¿CÓMO PENSAMOS, SENTIMOS Y ACCIONAMOS?

Desde diferentes disciplinas como la medicina, epigenética, neurolingüística, sociología, antropología, física cuántica, psicología, historia, filosofía, etc., nos hablan de cómo los humanos tejemos nuestra complejidad de ideas, construidas por herencias genéticas, culturales, ambientales, memorias emotivas, experiencias, vivencias, atrapadas por un *Sistema de Creencias* que además ni siquiera suele pertenecernos, porque ese Sistema pudo haber sido útil a nuestros antepasados, pero **hoy no nos ayuda a resolver**.

La aplicación de **herramientas metodológicas de Gestión en Salud** exige atravesar el territorio que abarcan "Las Matrices Conceptuales". Revisar nuestro "Sistema de Creencias", navegar en la historia... antropología, sociología, medicina, pedagogía, etc. a esta herramienta se la denomina **transdisciplina**.

¿TENEMOS EL VALOR Y LA OSADÍA DE HACERLO?

Las matrices conceptuales nos ofrecen paradigmas, ideas, herramientas concretas en la resolución de problemas, y ahí está un gran talón de Aquiles...

Saber plantear un problema es el comienzo de su resolución, pero en general se lo plantea impregnado de memorias emotivas, prejuicios, apetencias, creencias, valoraciones antiguas o descontextualizadas del momento actual.

Atreverse a estudiar y conocer las matrices conceptuales que ofrecen estas disciplinas es una actividad que no todos están dispuestos a hacer. Una bruma de supuestos niebla la visión, se ignora la amplitud de posibilidades concretas para construir interconectados, integrados.

La epidemiología, ciencia que estudia los procesos de salud-enfermedad de una población determinada, en un territorio específico y un espacio de tiempo, es una ciencia generosa, que nos facilita abordar la complejidad de los problemas y plantearlos en busca de encontrar sus posibles soluciones.

Es lamentable que no se la estudie en el pregrado de las ciencias de la salud, y debe ser **indispensable** en toda formación de posgrado.

La pandemia ha exigido su utilización... cuanto más serviría en toda gestión, más allá del análisis de las improntas de la enfermedad infecciosa.

La elaboración de indicadores, por parte de los prestadores de salud es un **territorio escabroso**. La elaboración de estadísticas solo se sostiene con las creencias del costo económico y el tema no es económico, es esencial este punto.

No se comprende que es imprescindible construir indicadores para la toma de decisiones, esas decisiones impactan en toda la trama de la vida... Se suele ignorar que, sin estos indicadores, lo que se interpreta como beneficio puede ser un gran error.

Reunirse con profesionales de diferentes formaciones y con los protagonistas que intervienen en la gestión de los procesos de salud-enfermedad para resolver un problema

puntual de un paciente, una población determinada o grupo de prestadores, tratando en equipos un mismo problema, a esto se llama **Interdisciplina**.

Reunir a los protagonistas de brindar prestaciones de salud incluyendo administrativos y financiadores, etc. para tratar un problema que atraviesa a todos en la gestión de brindar servicios, a esto se le llama **Interdisciplina**.

Trabajar **interdisciplinariamente** con diferentes sectores: a esto se llama **Intersectorialidad**.

Combinar servicios entre los diferentes sectores, Obras Sociales, Prepagos y Sistema Público a esto se llama **complementariedad** y podría abaratar costos y esfuerzos. Sumar recursos desde los diferentes sectores a eso se llama **Sinergia**.

Un Sistema integrado de Salud es una "Dinamis", donde todos pueden beneficiarse, crecer y desarrollarse **integrados**.

Un horizonte esperanzador: ojalá logremos iluminar ese camino y evitar "las oportunidades perdidas prematuramente".

Los sonidos de un solo instrumento se perciben limitados ante a la belleza y fuerza ígnea de una orquesta sinfónica. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Ed. Kairós / El espejismo de la ciencia / Rupert Sheldrake.
2. Ed. Cuatro Vientos / El Reencantamiento del Mundo / Morris Berman.
3. Ed. Paidós La gran Transformación Karen Armstrong.
4. Ed. El Ateneo / Los 9 libros de la Historia / Heródoto libro 3.
5. Conversaciones con el Dr. Mauricio Klajman.
6. EL METODO EPIDEMIOLOGICO (unne.edu.ar).
7. +20 Libros de Epidemiología Gratis [PDF] | infolibros.org.
8. Beethoven: Symphony No. 9 | Daniel Barenboim & the West-Eastern Divan Orchestra (complete symphony).
9. Concierto Aymara para violín y orquesta Gianneo Luis | Buchhalter Miguel.
10. Ed. Fondo de Cultura Económica / El Capital en el siglo XXI Thomas Piketty.
11. Seminarios Arq. Flavia Cena.
12. Ed. Anagrama / La ciencia de Leonardo / Frijtof Capra.



 DEPARTAMENTO HOSPITALARIOS

 FEFARA PROYECTA

 IFG

 INSTITUTO DE FORMACIÓN EN GESTIÓN

 SISTEMA FEDERAL DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL

 RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL

 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

 IECS INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y ANÁLISIS

 FEFARA AVANZA

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

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

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

Transformando la atención al público en las obras sociales

Por el Dr. Carlos Felice (*)



En contra del preconceito que asocia las obras sociales sindicales con organizaciones burocráticas y una baja calidad en la atención, desde OSPAT venimos apostando desde hace varios años por la innovación como eje estratégico para alinear procesos, recursos humanos y tecnología en pos de sumar *agilidad en la gestión* y mejorar la *experiencia de los afiliados*. Lo hacemos con el convencimiento de que el ser humano, nada menos, está en el centro, y con el compromiso ético de brindar a los trabajadores que nos eligen el servicio de alta calidad que se merecen.

Fue este proceso de transformación en marcha lo que permitió a nuestra obra social adaptarse con cierta rapidez a los drásticos cambios que impuso la llegada del virus pandémico. Entre otras cosas, hizo posible disponer del servicio de telemedicina: Hola Doctor! en implementación desde septiembre 2019, cinco meses antes de que se registrara el primer caso de SARS-Cov-2 en la Argentina. El servicio de consultas médicas por videollamada resultaría fundamental para la articulación de los Protocolos de diagnóstico, seguimiento y derivación de casos sospechosos y confirmados de Covid-19 en las distintas localidades del país.

Pero la pandemia también nos enfrentó súbitamente con otro desafío: el de gestionar la atención al afiliado en un contexto de total incertidumbre, con personal trabajando en forma remota, varias oficinas cerradas, demanda creciente de información y servicios, y muchos de los circuitos habituales de comunicación interrumpidos.

Frente a ese escenario, a partir de marzo de 2020 OSPAT priorizó modificar sus procesos internos para adaptarse a la coyuntura del teletrabajo y así garantizar la accesibilidad del afiliado a información, servicios y prestaciones oportunas.

NUEVO CENTRO DE CONTACTO: EL AFILIADO EN EL CENTRO

El enfoque de ubicar las necesidades del afiliado en el centro de toda decisión funcionó como principio ordenador para lograr dar contención y respuesta efectiva ante la crisis sin descuidar la calidad en el servicio de atención.

En esta dirección, en mayo de 2020 la obra social OSPAT incorporó un nuevo *Sistema de Gestión de Relacionamento con el Afiliado (CRM)* que convirtió la Central de Atención Telefónica en un *Centro de Contacto Multicanal* operable a través de plataforma web. Además de resolver las dificultades que planteaba funcionar con red telefónica para derivar llamados al personal trabajando en forma remota, esta herramienta logró concentrar en una única plataforma digital las conversaciones con el afiliado a través de los diferentes

canales de atención (telefónicos, web, correo electrónico y redes sociales).

Paralelamente a la incorporación del nuevo CRM, OSPAT amplió la capacidad operativa del Centro de Contacto aumentando los recursos humanos destinados a esta función. Esto se logró reasignando personal que se desempeñaba en otros sectores de la obra social, tanto en la sede central como en oficinas del interior del país, y también contratando personal específico para esta tarea.

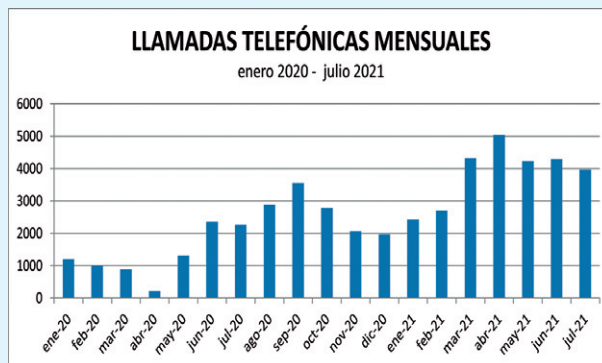
MAYOR ACCESIBILIDAD, FLEXIBILIDAD Y EFICIENCIA

La digitalización de las interacciones con el afiliado impactó positivamente en diversos aspectos, entre ellos ofrecer mayor control sobre el flujo de conversaciones, tiempos de respuesta, disponibilidad y rendimiento de los agentes. Agilizó también la derivación y seguimiento de casos que requieren resolución en otras áreas de la obra social.

De esta manera, el nuevo sistema de gestión aporta escalabilidad, mayor eficiencia a la coordinación de equipos de trabajo dispersos geográficamente y adaptabilidad a la demanda. Esto favoreció, por ejemplo, la incorporación de dos nuevos canales de atención telefónica gratuitos con alcance provincial (Santa Fe y Mendoza), que operan en coordinación con el Centro de Contacto de OSPAT Central, pero facilitando respuesta a nivel local.

Por otro lado, la concentración de conversaciones en una plataforma multicanal facilita la detección de expectativas y dificultades que manifiesta el afiliado, aumentando de esta forma las oportunidades de implementar mejoras en los servicios que ofrece la obra social.

En términos cuantitativos, entre mayo de 2020 y julio de 2021, el Centro de Contacto OSPAT gestionó cerca de 80.000



Fuente: Obra Social del Personal de la Actividad del Turf.

interacciones a través de sus diferentes canales de atención, incluidos los telefónicos, web y redes sociales.

Cabe destacar que el promedio de llamadas telefónicas gestionadas durante los meses enero-julio 2021 *cuadruplicó* las correspondientes al mismo periodo 2019. El gráfico anterior -que muestra el volumen de llamadas recibidas por mes desde enero 2020 a la fecha- permite observar el creciente aumento de la demanda a partir de la implementación del nuevo CRM en mayo 2020.

UN ASPECTO CRUCIAL: LA GESTIÓN DE CONTENIDOS

Facilitar la colaboración y el intercambio de conocimientos entre los agentes asignados a los distintos canales de atención resulta decisivo para ofrecer una respuesta unificada, precisa y oportuna. Es por ello que los procesos de capacitación, comunicación interna y gestión del conocimiento son dimensiones sobre las que al día de hoy se sigue trabajando fuertemente.

Con relación a la gestión de contenidos, hemos logrado generar una rica base de consulta online para los agentes en continua revisión y crecimiento. De esta forma aseguramos la actualización permanente de información referida a la modalidad de atención en oficinas, efectores de salud locales y otras novedades relativas a la gestión de trámites.

SOLUCIONES MÁS ÁGILES

Si bien la obra social comenzó hace varios años a trabajar la accesibilidad desde el punto de vista de la digitalización de los servicios, la pandemia aceleró resultados. En el periodo enero 2020-julio 2021 el acceso a los "Trámites On Line" en

la página web se duplicó. Asimismo, se amplió la oferta de servicios digitales incorporando:

- **Credencial provisoria:** entre marzo y mayo de 2020 se disponibilizó la emisión automatizada de credenciales digitales en línea, buscando subsanar el problema de la distribución de credenciales plásticas.
- **Autorizaciones online:** en enero 2021 se habilitó una nueva funcionalidad que permite a los afiliados "subir" la foto de su orden o receta médica a autorizar, evitando la necesidad de concurrir a las oficinas de OSPAT de manera presencial.

LA PANDEMIA COMO ACELERADOR DEL CAMBIO

Esta inédita pandemia de coronavirus nos puso a prueba a todos, y a las obras sociales especialmente. Debo reconocer que en nuestro caso este desafío nos ha fortalecido, porque en OSPAT la crisis ha operado como catalizador de cambios que hoy nos llevan a contar con un mejor servicio de atención al afiliado, más ágil, interconectado y preparado para conocer, contener y resolver todas sus necesidades.

Solo puedo sentirme orgulloso de la trayectoria que hemos logrado recorrer con OSPAT a lo largo de estos años sin traicionar jamás nuestra esencia: ser una obra social sindical, solidaria, enfocada en garantizar acceso a una salud y atención de altísima calidad. □

(*) **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).**

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

Medicamentos de alto costo

¿Es posible regular su precio?

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



A lo largo del tiempo, especialmente en los últimos años y a medida que ingresan al mercado sanitario medicamentos innovadores disruptivos en forma más frecuente, la industria farmacéutica ha presionado sobre los gobiernos para su incorporación sin revisar sus beneficios reales. Especialmente en América Latina, donde cada país paga precios muy elevados y significativamente diferentes por medicamentos que no siempre traen utilidades concretas en términos de mejora de calidad de vida a la mayoría de las personas cuyas enfermedades los requieren.

Por lo general, salvo contadas excepciones como lo sucedido en Colombia durante la gestión del ministro Alejandro Gaviria, las farmacéuticas no registraban cuestionamientos y mucho menos regulaciones o negociaciones con el Estado. Era más frecuente que fueran ellas quienes impusieran las condiciones de venta y los precios para sus productos más sofisticados. Esto se hizo especialmente evidente con el ingreso de las moléculas biotecnológicas, en condiciones de monopolio y con un absoluto poder de mercado.

Las farmacéuticas llegaban a los reguladores con su portfolio de informes y estudios especializados y le explicaban a los decisores porqué debían incorporar el producto en cuestión, sin tener en cuenta su precio ni el impacto sobre los terceros pagadores. Para ellas no existe el costo de oportunidad del gasto, sino la oportunidad de manejar el costo de lo que se va a gastar. Casi como una ecuación lineal. Del otro lado, nadie objetaba nada.

El problema reside en que para disponer de una regulación que evitara estos abusos, debía contarse con información abundante y adecuada en tiempo y forma. Especialmente sobre los precios y sus variaciones entre países de Europa, América Latina y hasta en el propio mercado de Estados Unidos. Para lograrlo era necesario disponer del conocimiento acerca de cómo se comportan las farmacéuticas respecto de los precios de sus biotecnológicas "blockbuster" en determinados mercados locales o mundiales, así como de la mayor evidencia científica acerca de cuán efectivas y pertinentes son dichas moléculas frente a las enfermedades y pacientes a quienes están destinadas, más un completo análisis de bioseguridad en cuanto a efectos secundarios. Finalmente -de contar con una Agencia de Evaluación de Tecnologías absolutamente independiente- agregar la cuarta garantía, que reside en aplicar el análisis de costo/efectividad.

Una de las modalidades respecto de cómo opera la industria farmacéutica en el mercado de salud de América

Latina es manipular información confidencial según sus intereses en cada país. Por ejemplo, en uno país puede ofrecer un medicamento cuyo estudio clínico confirma la supuesta efectividad innovadora y establecer un precio determinado por el cual el Gobierno y los financiadores quedaran obligados a efectuar un significativo gasto. Y en otro, presenta idéntico estudio, pero como tanto el mercado como las condiciones bajo las cuales se lo negocia resultan diferentes, establece un precio más bajo por idéntica molécula.

Sistematizando la información disponible y efectuando las comparaciones necesarias, cualquier gobierno encontraría mejores condiciones de negociación para establecer decisiones acertadas y seguras que eviten distorsionar el gasto en salud y al mismo tiempo benefician a los aseguradores carentes de capacidad para limitar tales excesos.

El ejercicio planteado por el Estado colombiano permitió advertir no solo que se pagaba mucho más respecto de otros países vecinos, sino que, frente a los precios de idéntico medicamento en la propia Europa, las diferencias eran notablemente significativas. La libertad de precios en un mercado sin regulaciones claras ni información precisa lleva a un extremo casi absurdo, donde el Estado y los financiadores pagan dócilmente lo que el vendedor decida unilateralmente cobrar.

¿Es posible encontrar una estrategia que permita regular los precios de los medicamentos innovadores? La respuesta es sí, porque la experiencia colombiana fue -si bien posteriormente frustra por decisiones políticas- altamente valiosa. Se trata, en primer lugar, de crear una plataforma que permita concentrar toda la información posible acerca de precios y efectividades de los medicamentos de alto costo que los países de América Latina compran y pagan a las farmacéuticas, algo inexistente hoy por nuestras latitudes. Y disponer así de un espacio virtual, donde los decisores pudieran ingresar y comprobar si los precios de referencia son realmente competitivos, si toda innovación es igualmente relevante y sus procesos de negociación se ajustan a los valores del mercado internacional. De esa forma, tendrían la oportunidad no solo de pagar menos o ahorrar dinero, sino -lo más importante- pagar el precio justo en base a una efectividad reconocida y generar reglas del juego transparentes para todas las partes.

¿Porque si en los países de economías desarrolladas se paga menos, en América Latina tenemos que pagar precios tan altos? Gaviria pudo en Colombia imponer topes estrictos en un mercado originalmente monopolístico y concentra-

do, en base a disponer de los precios observados de un conjunto de 17 países de referencia, incluyendo varios latinoamericanos y europeos. Los medicamentos cuyo precio se iba a regular tenían que cumplir con tres condiciones: estar en el tope del gasto (es decir, los más pedidos por los pacientes), ser costosos y no disponer de tratamientos alternativos.

La idea central consistía en poder controlar el precio de las moléculas innovadoras a partir de su calidad, valor terapéutico real y no solo del marketing de las farmacéuticas. Aplicando el percentil 75, la norma regulatoria garantizaba que el precio de los medicamentos no debía superar al que se registraba como promedio más bajo en cuatro países del conjunto de referencia. Por ejemplo, si un medicamento costaba en Colombia 1.000 dólares y en otro 200, el precio de referencia no debería ser mayor a 400 dólares. Además, sin disponer del valor terapéutico por parte del INVIMA, no se autorizaba el ingreso. Una señal clara.

Aplicando este mecanismo, cada país podría mover sus fichas en el tablero regional de acuerdo al mercado y a los actores políticos, buscando condiciones favorables en cuanto a precios para extraer mayor rédito económico y social. Porque si cada uno negocia por su cuenta, y no se entera de lo que le están vendiendo a sus vecinos y bajo qué condiciones, el resultado es quedarse aislado en la propia desinformación.

Las experiencias están para ser compartidas, y las políticas para ser analizadas, comparadas y consideradas. En la Argentina, no es novedad que los medicamentos oncológicos biotecnológicos de alto costo tienen los precios más elevados de la Región. Al igual que algunos para tratamiento de EPOF. ¿No es hora de pensar una estrategia similar, que ya cuenta con el antecedente de su implementación y reconocimiento?

A veces, por querer detenerse en inventar regulaciones desestimando experiencias, lo que se hace es no aplicarlas y favorecer el juego de la industria. Por supuesto que, frente a este tipo de medidas, las farmacéuticas son hábiles para desplegar otro tipo de estrategias mucho más sofisticadas. Una es la inducción a la judicialización de ciertos tratamientos de alto costo, sobre todo cuando la justicia carece de criterios argumentales y no funciona demasiado bien. Otra es la presión a través de asociaciones de pacientes, que exigen al Estado financiar determinado medicamento aun sin efectividad comprobada.

Las moléculas biotecnológicas, por falta de competencia, tienen en muchos casos precios astronómicos que requieren enfrentarlas a biosimilares, favoreciendo "rutas abreviadas" para su aprobación hasta donde sea posible, así como regulaciones hasta donde resulten necesariamente adecuadas. Pero ninguna medida en el complejo mercado sanitario termina con la regulación, sino que requiere de mayor competencia y transparencia. Especialmente si se trata de un submercado opaco como el del medicamento, donde la medicina suele registrar un complejo e histórico divorcio entre precio y valor.

Como bien dijo Francisco de Quevedo y popularizara Antonio Machado 300 años después, *"solo un necio confunde valor con precio"*. □

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



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

Transformar los hospitales en términos de sistemas adaptativos complejos

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



INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Hace muchos años que se habla que los sistemas de salud están en crisis, y tratamos de resolver los problemas de los fragmentos, pero los dilemas se perpetúan, por lo tanto tenemos que pensar sistémicamente, todos los sistemas tienen características diferenciales, son: autoorganizativos, "linkeados" entre sí y a su entorno, no lineales, ligados a la diacronía o evolución histórica, contraintuitivos y resistentes al cambio, que no responden al pensamiento lineal, entender que son sistemas adaptativos, y se gobiernan por feed back, retroalimentaciones y regulaciones.

Entender que los sistemas de salud son sistemas adaptativos, resilientes y aprendientes, complejos focalizándonos en la mesogestión, la microgestión y seguridad que se basa en lo que anda bien o 2.0. Por ello, se necesita innovación para transformar la prestación de servicios de salud y sus resultados, y su implementación equitativa.

La innovación se concibe con demasiada frecuencia en la atención médica como episodios ocasionales de creatividad inspirada por los llamados innovadores disruptivos, mientras que la innovación en otras industrias se entiende como un proceso participativo centrado en el cliente.

La primera premisa que debemos tener es: "no pretendas que, las cosas cambien haciendo siempre lo mismo" atribuido a Albert Einstein. Por ello propongo innovar conceptualmente para un cambio superador para transformar los hospitales, para ello hay que entender que no gestionamos sistemas simples, que se rigen por paradigmas de simplicidad y por relaciones causa efecto.

En cambio, los sistemas de salud y sus hospitales son sistemas complejos, que se deben adaptar a los cambios tecnológicos, sociales, científicos, humanos, demográficos, y de carga mórbida. Tenemos que entender la ubicuidad de la complejidad y los sistemas adaptativos complejos en nuestros hospitales y servicios, como regidos por la no linealidad, y que no predominan

las relaciones causa efecto, ya que una causa puede ocasionar varios efectos, en función de circunstancias y factores que tienen comportamientos no esperados, vinculados a las interacciones de los elementos que constituyen el conjunto. Pensemos para afirmar esta hipótesis que una variante génica tiene varias expresiones fenotípicas, por acciones internas o externas o del entorno.

Asimismo, la forma en que los médicos manejan la incertidumbre durante el proceso de diagnóstico, la representación en que los procesos fisiológicos se regulan, por ejemplo, los niveles de glucosa en sangre y la forma en que las prácticas de atención médica se organizan de acuerdo con una serie de reglas simples son ejemplos de comportamiento del sistema complejo que no puede entenderse completamente a través del pensamiento lineal: una causa un efecto.

No es así. Un sistema adaptativo complejo está constituido por múltiples elementos interconectados que se organizan de manera coherente para lograr un propósito. Los sistemas complejos constan de elementos, interconexiones y una función o propósito. Las relaciones afectan al sistema y este a las relaciones.

El Covid-19 ha sido un doloroso recordatorio de que la atención médica es un sistema adaptativo complejo, con eventos raros y no deterministas. La atención médica, tanto como industria de servicios de salud está conformada por varios subsistemas que son una serie de organizaciones complejas, que han evolucionado lentamente con el tiempo, al igual

que la infraestructura de datos, paneles de control y métricas de calidad.

A diferencia de los sistemas mecánicos en los que los componentes interactúan linealmente para producir una salida predecible, los componentes de los sistemas complejos interactúan de forma no lineal en múltiples escalas y producen resultados inesperados.

La salida de un sistema mecánico se puede controlar manipulando cada una de sus partes, mientras que la salida de un sistema complejo es dinámica,

"Confiamos en métricas estándar, evaluaciones familiares de calidad y seguridad, y pronósticos y modelos que rara vez requieren revisión y reflexión. El Covid-19 ha destacado el riesgo considerable de asumir que los cambios pequeños y predecibles en la atención siempre serán la norma".

comportándose de manera diferente según sus condiciones iniciales y retroalimentación.

Por ejemplo, el sistema de atención médica comprende redes de componentes (hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria, hospital de día, hogares de ancianos, unidades de rehabilitación, hogares de pacientes, familias y pacientes) que interactúan de manera no lineal en diferentes escalas (el paciente, la familia, el centro médico y el gobierno), y a menudo producen consecuencias no deseadas (reacciones adversas a medicamentos, infecciones nosocomiales, reingresos hospitalarios y deterioro funcional).

A medida que se crean más regulaciones para controlar el comportamiento de un sistema complejo, más se puede desviar el sistema del resultado deseado.

DEFINICIÓN DE SISTEMAS ADAPTATIVOS COMPLEJOS

En su forma más simple, los sistemas adaptativos complejos son una forma de pensar y analizar las cosas mediante el reconocimiento de la complejidad, los patrones y las interrelaciones en lugar de centrarse en la causa y el efecto.

Se cree que el término "sistemas adaptativos complejos" fue acuñado en la década de 1980 en el Instituto Interdisciplinario de Santa Fe, un centro de estudios de Nuevo México. Sin embargo, este tipo de pensamiento ha existido durante algún tiempo. Por ejemplo, en el siglo 19 la Escuela Austriaca de Economía describió cómo el orden en los sistemas de mercado es espontáneo (o emergente) y no es necesariamente planificado. En el siglo 20 el estudio de los fenómenos complejos se aplicó aún más a la

economía humana, la psicología, la biología, la cibernética, la antropología y las ciencias naturales. Durante la última década más o menos, los conceptos han comenzado a ser utilizados más extensamente en la salud, la educación y las ciencias sociales.

Es un sistema dentro de un sistema, es un sistema socio técnico aprendiente, un sistema organizativo, un sistema técnico, un conjunto de personas.

Esta forma de pensar acerca de los sistemas se ha conocido como el enfoque de sistemas adaptativos complejos. La definición más común de un sistema adaptativo complejo, basado en el trabajo de John Holland, **"es una red dinámica de agentes que actúan en paralelo, reaccionando constantemente a lo que los otros agentes están haciendo, lo que a su vez influye en el comportamiento y en la red en su conjunto"**.

Hospital sistema adaptativo complejo: El hospital es un sistema socio técnico aprendiente. Que tiene un sistema organizativo, uno tecnológico, y el sistema de las personas, entre el sistema organizativo y el sistema tecnológico, está el diseño de los factores humanos, entre el sistema organizativo y las personas esta la gestión de los recursos humanos, y entre las personas y el sistema tecnológico la ergonomía, o como se adapta a la funcionalidad de los profesionales, que cuando interactúan correctamente se produce un servicio de calidad.

Debemos reconocer que tenemos que desarrollar un conjunto de acciones, prácticas, aprendizajes, incorporación de conocimientos que se generan con la evolución, con la madurez de las organizaciones, con el compromiso de los actores institucionales y los representantes de los colectivos intervinientes y los representantes de los dominios sociotécnicos.



www.sanidad.org.ar

HOSPITAL SISTEMA ADAPTATIVO COMPLEJO



Implica que conozcamos la importancia de la resiliencia para adaptarse a un mundo cambiante, y no perder el concepto identitario. Gestionar el cambio organizacional, acompañarlo, consolidarlo y generar los ámbitos para los desarrollos autoorganizativos.

Administrar los recursos implementando acciones para lograr una mayor eficiencia, en la micro y mesogestión. Implementar un trabajo en equipo que busque logros conjuntos y la incorporación enriquecedora de la visión de las interdisciplinas.

Transformar el diseño de los procesos mediante la metodología esbelta, estabilizada y Lean, trabajar en la ergonomía, en los ámbitos de trabajo, en la salud laboral, en disminuir las tensiones, diseñar los aspectos del factor humano para que diseñen e implementen competencias, la incorporación de la informática médica con el hard, el soft, el internet de las cosas, la interoperabilidad, la comunicación entre los sistemas, la relación entre la logística y la historia clínica y los sistemas de compras, la estandarización del lenguaje informático (entre laboratorio, imágenes, farmacia, logística, interconsulta e historias clínicas).

La comunicación asertiva, la corrección en las transiciones, la inteligencia artificial, el aprendizaje, la evidencia y la traslación del conocimiento y la aplicación de la ciencia de la implementación. Incluir las características humanas para incluir interfases fáciles y diseñar los nuevos sistemas. Las personas reciben conocimientos, que deben procesar y luego los utilizan, de acuerdo con los criterios adecuados u acciones.

En el hospital el sistema tiene múltiples relaciones laterales, agentes acciones, el mundo de la complejidad se hace más evidente. Debe organizarse en redes matriciales en network, pero en realidad hay jerarquías y relaciones laterales o sea que son híbridas. Transferencias siempre son zonas de riesgo. La complejidad crece sola a medida que pasa el tiempo, aumenta la complejidad clínica, los productos de atención.

CONCLUSIÓN

Los sistemas de salud deben ser más resilientes, adaptativos y complejos, la complejidad y su networking más ubicuos, entender la complejidad aprender de ella, para mejorar las interrelaciones, entre los equipos y los colectivos y con la incorporación de sistemas informáticos, desarrollar un liderazgo clínico impulsado en valores, la toma de decisiones en la gestión de la salud, mejorar la comunicación y su importancia con la seguridad y con la construcción del conocimiento, evitar los desperdicios, desarrollo tecnológico emergente en los sistemas de atención que aprenden, gestionar el conocimiento e incorporar al paciente, en su recorrido dentro del sistema de salud.

Esto implica que las soluciones deben pasar por la integración, el neoinstitucionalismo que baje los costos de transacción, los sistemas de conocimiento y desarrollo de competencias, mejorar la relación con los factores humanos y los equipos de salud, optimizar los contratos de trabajo para erradicar el multiempleo como primer factor ergonómico, modificar los sistemas de pago por servicio a otros más integrados, los sistemas de salud deben tener sistemas de información, deben impulsar el uso de la historia clínica digital, la nominalización, la georreferenciación, el liderazgo, los procesos, pensar cómo se pueden hacer repetidamente las cosas bien en la seguridad de pacientes 2.0, pensar como estas organizaciones se hacen más resilientes y mejoran las interrelaciones entre los colectivos gestores y los equipos de salud, entre los gestores y los políticos, los médicos y las enfermeras, las relaciones entre todos los integrantes del equipo de salud e integrando a los pacientes, la familia y la comunidad.

Si la atención de la salud se considera un sistema complejo en lugar de mecánico, se pueden aprovechar varias de sus propiedades intrínsecas para influir en su comportamiento dinámico y orientarlo en una dirección más favorable.

Estas propiedades incluyen interacciones no lineales de componentes, comportamientos emergentes autoorganizados y dependencia de reglas simples.

Pero sin una atención acorde a los modelos de atención adaptados a un propósito de eficiencia social, receptivos de las opiniones de los pacientes que generen confianza y basados en la evidencia independiente, que estén diseñados para aprender y son acordes con una visión de sistemas complejos de

la atención médica en lugar de un modelo de comando inflexible, pesado y jerárquicamente cargado, **seguiremos atrapado en un Día de la Marmota de Einstein, haciendo lo mismo una y otra vez para lograr los mismos resultados insostenibles.**

Estamos atrapados en un presente que no nos deja cambiar las cosas. □

“La teoría de la complejidad se basa en relaciones, patrones emergentes e interacciones. Sugiere que el universo está lleno de sistemas como los sistemas meteorológicos, los sistemas inmunológicos y los sistemas sociales, los sistemas de salud y que estos sistemas son complejos y se adaptan constantemente a su entorno”.

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



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

De Bismarck a Lorenzo Miguel

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



Alemania tiene una corta historia como nación: 150 años. Hasta entonces lo que hoy conocemos como República Alemana abarcaba un conjunto de Estados (reinos, ducados, principados, ciudades y un territorio imperial), cuya unificación bajo el Imperio Alemán (nacido en 1871, y que duró hasta el final de la Primera guerra Mundial) implicó un complejo, y sangriento, proceso político y militar en el cual fue fundamental el papel jugado por Otto Von Bismarck.

La figura política de Bismarck es apasionante. Era un hijo de la nobleza, al que aparentemente llamaban "El loco Bismarck" por ciertas peculiaridades de su conducta juvenil, que ingresó a la política en 1847, y es hoy reconocido como el Padre de la Alemania moderna. Gran estratega, y líder enérgico, (para muchos, el cerebro político detrás del Emperador Guillermo I°), era llamado el *Canciller de Hierro*.

Su estilo de gobierno era francamente autoritario, aún en un contexto constitucional. Gobernó primero con los liberales y enfrentó a los católicos, hasta 1879, cuando se alió con el partido del Centro, católico, virando a una postura económicamente proteccionista, en favor del desarrollo de la industria alemana.

Hacia finales del siglo XIX aprobó leyes represivas contra el socialismo, y promovió la "Ley sobre el seguro médico de los trabajadores" (*Krankenversicherungsgesetz*, aprobada el 15 de junio de 1883), que establecía que los trabajadores industriales, los artesanos y los comerciantes aportarían, en conjunto con sus empleadores, al incipiente sistema de la seguridad social.

Es relevante recordar que en 1867 se había publicado en Alemania la primera edición de "El Capital", de Carlos Marx (nacido en Prusia). Y en 1905 se produjo un sangriento conato revolucionario en Rusia. Bismarck, comprometido con el desarrollo industrial alemán, era un enemigo mortal de las ideas revolucionarias que se incubaban en su país, y se concretarían luego con el triunfo bolchevique en 1917.

Probablemente el instituir el que por entonces era un sistema modelo de cuidado de la salud de los trabajadores se relacionaba con la percepción de Bismarck respecto de la gravedad de la amenaza que constituía el "fantasma" que recorría Europa.⁽¹⁾

Al otro lado del Atlántico, a casi 12.000 km. de Berlín, en los albores del siglo XX también se inició la tradición sindical argentina.

Entre 1880 y 1915 llegaron al país más de 7.000.000 de europeos, que en muchos casos traían consigo cultura y convicciones políticas revolucionarias y convicciones asociativistas, que fueron, de hecho, el origen de la gran cantidad de mutualidades que comenzaron a funcionar en nuestro país por entonces. La organización sindical, mayormente clandestina y violentamente reprimida, se fue extendiendo bajo la influencia ideológica del socialismo, el comunismo y el anarquismo.

Aún antes de ser presidente (por primera vez en 1946) Perón advirtió la importancia de incorporar a su proyecto político a los trabajadores -hasta ese momento ausentes del protagonismo político-, pero organizados, eso sí, a través de estructuras sindicales bajo control del Estado. Y para ello desde 1943 promovió activamente el desplazamiento -muchas veces en forma violenta- de las dirigencias no adictas; fortaleciendo simultáneamente a los dirigentes (y sus sindicatos) que se sumaban a la construcción del Movimiento Justicialista.

En ese programa fue muy importante la aplicación efectiva de leyes laborales y sociales -que en muchos casos ya habían sido sancionadas por el Congreso desde principios de siglo, mayoritariamente por iniciativa de los socialistas, pero que no habían sido reglamentadas ni aplicadas durante los gobiernos conservadores- que beneficiaban a los obreros y los peones en el campo, y que significaron una mejoría muy importante en su bienestar, y obviamente atrajeron hacia el peronismo a grandes masas populares.

La protección de la salud de los trabajadores, por su parte, se organizó en base a estructuras burocráticas dentro del Gobierno nacional, es decir, diferenciada de los sindicatos.

En 1953 el segundo Plan Quinquenal publicado por el Gobierno promovió explícitamente el desarrollo de servicios asistenciales propios de cada gremio, y dio por tierra con el proyecto de Ramón Carrillo de desarrollar progresivamente un Seguro Nacional de Salud.

La historia y relevancia del sindicalismo en nuestro país no puede minimizarse. El llamado *modelo sindical argentino* constituye una peculiaridad distintiva de la Argentina: se define por el monopolio de una asociación sindical con Personería Gremial (reconocimiento estatal) por rama de actividad, a excepción del ámbito del Estado.

"Al otro lado del Atlántico, a casi 12.000 km. de Berlín, en los albores del siglo XX también se inició la tradición sindical argentina".

Es un modelo basado en organizaciones sindicales fuertes, ampliamente extendidas, que abarcan a todos los trabajadores de una actividad; y, por lo tanto, una única central nacional formalmente reconocida: la Confederación General del Trabajo (CGT), que a lo largo de los años se ha dividido y unificado en función de las necesidades de la convivencia con el poder político en turno: militares, propios u opositores, pero históricamente reconocida por sus dirigentes como "columna vertebral" del Movimiento Justicialista.

Aún así los recursos económicos de la seguridad social no pasaron a manos de los sindicatos hasta 1970.

Ese año, el presidente de facto Gral. Juan Carlos Onganía, jaqueado políticamente por los levantamientos ⁽²⁾ de fuertes sindicatos industriales mayormente controlados por la izquierda marxista, dictó la Ley 18.160 que estableció el financiamiento de las Obras Sociales con aportes patronales equivalentes al 2% de los sueldos pagados, el 1% del salario de cada trabajador, más un 1% adicional cuando tuviera una o más personas a cargo, y un 2% del haber de los jubilados. Asimismo, se entregó la conducción de las mismas a sus respectivos sindicatos.

En junio de 1969 había sido asesinado en su oficina el secretario general de la por entonces poderosa Unión Obrera Metalúrgica, Augusto Vandor -cercano al Gobierno militar-, quien fue reemplazado por Lorenzo "Loro" Miguel, un hábil dirigente que negoció con el Gobierno de Onganía el dictado de la Ley.

El Gobierno prohibió las organizaciones sindicales de izquierda y persiguió a sus dirigentes y militantes.

De cualquier manera, a Onganía el acuerdo logrado con la dirigencia sindical peronista no le resultó muy útil.

En febrero promulgó el Decreto-Ley, y en junio debió renunciar.

Lorenzo Miguel fue un protagonista de la historia política argentina durante muchos años más, diestro en el arte de "golpear y negociar", tanto en lo gremial como en lo político -dos dimensiones difícilmente diferenciables en la cultura sindical argentina- encarnó la figura del "burocrata sindical", identificado con las expresiones de la llamada derecha sindical durante los años setenta y ochenta, con buenas vinculaciones en distintas esferas de la política nacionales, y sectores militares.

Es desde entonces que nuestro sistema Bismarckiano se ha consolidado en el corazón de la discusión política, en términos partidarios o faccionales, relegando toda factibilidad de cambio estructural del sistema de salud a la fortaleza relativa de la administración de gobierno en turno (peronista o no) frente al poder sindical. Fortaleza que no ha abundado en la Argentina de las últimas décadas.

Los previsibles y profundos cambios que se producen en el escenario económico y social impactarán gravemente sobre el financiamiento y las posibilidades del sistema ideado originalmente en 1883 y al que nosotros le sumamos las peculiaridades de nuestra historia y cultura política. Ojalá podamos no llegar tarde al futuro. □

1 "Un fantasma recorre Europa: el fantasma del comunismo"

Así se inicia El Capital.

2 El Cordobazo y el Rosariazo.

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



chk
consultores

Gestión de Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
Consultoría Informática en Sistemas de Salud

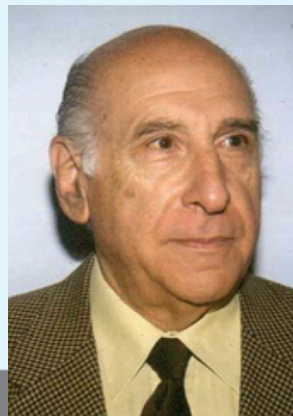
mail: chkconsultores@gmail.com - cel.: +54 9 11 36986400

La reforma

*"Dicen que la historia se repite,
lo cierto es que sus lecciones no se aprovechan".*

Camille See

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Desde hace tiempo y en la medida que aparecen problemas en el *Sistema de Atención Médica*, se suceden los aportes en cuanto a la necesidad de producir cambios. Algunos son de orden diagnóstico, otros de excelente retórica de contenido teórico, a veces no exentos de cierta ideología. En ellos la figura de la fragmentación es la protagonista, cuyas consecuencias fundamentan la revisión, con epicentro en el Área Metropolitana.

No es totalmente clara la finalidad de la propuesta gubernamental lo que seguramente se revelará según se lleve a los hechos. A ella se suman las publicaciones periodísticas que terminan por instalar el tema sobre la necesidad de la reforma, lo que de algún modo presta una carta de apoyo, aun sin conocerse el alcance de la reforma.

Los *Sistemas de Salud* no son estáticos, sino que producen cambios que son los indicadores de su evolución como un proceso continuo de mejoras para mantener la universalidad con equidad y sostener su financiamiento. En cambio, en nuestro caso la inequidad y la ineficiencia están contribuyendo al aumento de las desigualdades económicas y sociales. La segmentación al acceso a la atención según el nivel socio-económico y tipo de vínculo laboral (Doc. BID 2004) es una consecuencia del grado de autonomía que han adquirido sus componentes más preocupados por sus economías que por los aportes a la Salud Pública.

Las *reformas verdaderas* se producen cuando se introduce un cambio disruptivo como es la "*Fuente de Financiación*" como ha sucedido en Italia y España, ya que ella condiciona a los demás componentes del *sistema* dando lugar a modelos híbridos con incentivos en la eficiencia y corresponsabilidad entre la oferta y la demanda. Desde este punto de vista no parece que estemos en condición de encarar una reforma de este tipo teniendo en cuenta la estrecha relación entre el modelo y la economía del país.

En estas circunstancias conviene tener en cuenta algunos antecedentes en relación a las propuestas o tendencias observadas. Una con un modelo estatal de estructura centralizada con eje en el hospital y otra procurando corregir los desvíos de un modelo de mercado en competencia para transitar a otro de cooperación y

articulación en procura de sinergia y complementación.

Las Obras Sociales Nacionales son organizaciones privadas que administran los aportes y contribuciones de la Seguridad Social, operando con y como los prepagos, razón por la que no puede descartarse una tercera posibilidad. La libre elección de beneficiarios a nivel provincial ampliaría la capacidad de afiliación, lo que puede verse como una suerte de integración, pese a la mayor segmentación que originaría.

Los antecedentes en la materia tienen en común la centralización en el Ministerio de Salud, el mecanismo del convenio como instrumento de integración y un componente financiero.

La Ley 20.748 creó el *Sistema Nacional Integrado de Salud* que hubiera funcionado a través de la Administración Federal compuesta por ocho organizaciones entre las que se destaca el Consejo Federal conformado por más de treinta representantes, estructura que se repite en las distintas jurisdicciones. Se conforma así una organización centralizada y burocrática en la que las decisiones centrales se ejecutan en la periferia. De este modo y en un proceso por etapas se llegaría a un sistema único e igualitario. Asimismo, define el objetivo inmediato de reordenar el Subsector Público-Estatal, lo que supone que la fragmentación ya estaba instalada.

La ley incluye entre sus fines otros problemas vinculados a la Salud Pública, a los RR.HH., a la promoción de la industria del equipamiento y a la vigilancia normativa de los procesos de producción. Sin embargo, su inclusión en una "ley tren" no significa que puedan resolverse. Para

ello es menester la correspondencia y competencia de otros ministerios, así como de las universidades y la previsión de un presupuesto específico.

El aspecto de mayor debilidad que no le presta viabilidad a esta ley es el del financiamiento porque compromete una contribución del Gobierno Nacional no inferior al 5.1% del presupuesto general con lo que habría que confiar en la suficiencia económica del Estado.

Se agrega el "Fondo Financiero Sanitario Nacional" de carácter acumulativo integrado por los aportes de las distintas jurisdicciones cuando ingresen al sistema y los aportes del sector privado adherido. En orden a ello hay que suponer suficientes incentivos y atractivos para que las provincias abandonen su Constitución

"Desde hace tiempo y en la medida que aparecen problemas en el *Sistema de Atención Médica*, se suceden los aportes en cuanto a la necesidad de producir cambios. Algunos son de orden diagnóstico, otros de excelente retórica de contenido teórico, a veces no exentos de cierta ideología".

Federal y se sumen al sistema o que las obras sociales ya vigente la Ley 18.610 estén interesadas en ello.

El Decreto 939/2000 creó el Régimen de Hospitales Públicos Descentralizados que de alguna manera los integra como proveedores de servicios médicos. Al estar sujetos a las normas de la jurisdicción provincial no han alcanzado el suficiente grado de autonomía que podría esperarse. No obstante, aún pueden constituir un punto de partida para iniciar un proceso de mejoras en su desempeño. Para ello es necesario que su estructura orgánica deje de ser una proyección de la administración pública regida por las oficinas centrales de finanzas y de recursos humanos. Hay que reconocerlas como empresas de gran alcance social.

La Ley 23.661 del Sistema Nacional de Seguro de Salud tampoco logró su cometido, pero hubiera sido un hito fundamental de haberse dado cumplimiento al inciso a) del artículo 5º y al inciso b) del artículo 21º que establece la financiación para la población sin cobertura médico-asistencial a través del aporte del Tesoro Nacional que se calculó en un 50% de la cápita promedio de la Obra Social Provincial. El espíritu solidario de esta ley perdió el rumbo aumentando la segmentación a través de normas complementarias como la Ley 26.682 (Planes Superadores) y trasladar recursos al sector privado. El Decreto 317 también fracasó en su intento de integrar las Obras Sociales con incapacidad financiera

“La salud es un campo propicio para el surgimiento de mitos e imágenes prometedoras, así como ideologías teñidas de teorías lo que compromete la capacidad para identificar y resolver los problemas de atención a la salud”.

para cubrir la demanda de sus beneficiarios.

La salud es un campo propicio para el surgimiento de mitos e imágenes prometedoras, así como ideologías teñidas de teorías lo que compromete la capacidad para identificar y resolver los problemas de atención a la salud. No hay dudas en que se necesitan cambios en términos de equidad, calidad y eficiencia, pero por qué el camino de concentrar el poder y no el rumbo inverso compatible con la constitución federal del país y en todo caso utilizar el mecanismo del convenio con carácter contractual para producir una profunda descentralización de los recursos y las responsabili-

dades, sin excepción de ninguna de las organizaciones de cobertura.

Tampoco hay dudas de la necesidad de encarar otros problemas en el corto plazo por su carácter prioritario como lo son la creación de un Fondo Nacional para la tecnología de alto precio de carácter contributivo y administración centralizada y la regulación del precio de los medicamentos, a través de los precios de referencia internos y externos y la regulación del margen de beneficio en la cadena de distribución y suministro. □

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

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



La coparticipación por salud en la provincia de Buenos Aires



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

El análisis de la coparticipación provincial en territorio bonaerense puede ubicarse en el campo disciplinario del federalismo fiscal, comprendido como la distribución de funciones (y por ello gastos) y de potestades tributarias entre los diferentes niveles de gobierno. ⁽¹⁾

Debido a que no siempre es posible respetar a rajatabla el principio de correspondencia entre fuentes de recursos y necesidades de gastos, surge la necesidad "vertical" de transferir recursos de un nivel de gobierno a otro. Simultáneamente, las preocupaciones relacionadas con la equidad a nivel territorial explican la justificación "horizontal" de redistribuir recursos entre gobiernos de un mismo nivel. ⁽²⁾

En una provincia como la de Buenos Aires, con marcadas diferencias entre jurisdicciones, el federalismo fiscal asume especial relevancia.

Lamentablemente la problemática municipal no ha sido debidamente analizada en la Argentina. En general, en nuestro país las cuestiones que tienen que ver con el federalismo están vinculadas exclusivamente a la relación entre la Nación y las provincias. De hecho, ha existido una escasa atención en los temas vinculados a la gestión de los gobiernos locales y la problemática municipal. ⁽³⁾

MARCO NORMATIVO

La coparticipación en la provincia de Buenos Aires está regulada por diferentes leyes, decretos y resoluciones.

La Ley 10.559 establece en su artículo 1 que "Las Municipalidades de la Provincia recibirán en concepto de coparticipación el 16,14% (dieciséis con catorce por ciento) del total de ingresos que percibe la Provincia en concepto de impuestos sobre los Ingresos Brutos no descentralizados al ámbito municipal, Impuesto Inmobiliario Urbano, Impuesto a los Automotores, Impuesto de Sellos, Tasas Retributivas de Servicios y Coparticipación Federal de Impuestos".

Más adelante, en el mismo artículo, apartado b, se refiere a la distribución o CUD específico del subsector salud "El 37% (de ese 16,14%) entre las Municipalidades que posean establecimientos oficiales para la atención de la salud -con o sin internación".

La Ley 10.752 creó una "Comisión Especial" integrada por los Ministerios de Economía, Gobierno y Salud, bajo la coordinación de este último para establecer la distribución secundaria, del coeficiente de distribución establecido en el artículo 1º, inciso b), de la Ley 10.559 (CUD SALUD).

La determinación de esta Comisión será sometida "ad referéndum" de la H. Legislatura.

Para la confección de los distribuidores mencionados deberá tenerse en cuenta, entre otros, los siguientes parámetros: "producción, nivel de complejidad, y establecimientos con o sin internación". La Ley 10.820 en su artículo 1 aprobó lo establecido por esta Comisión quedando la distribución establecida de la siguiente manera:

- El 35% en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles, el perfil de complejidad y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.

- El 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos -con o sin internación- de cada partido.
- El 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- El 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- El 10% en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

Resoluciones 5550/97 Y 5231/02: dado que el sistema de salud es dinámico y que el CUD de salud se modifica a partir de su evolución, fue necesario conformar una comisión denominada "Comisión Permanente de Recategorización, Alta y Aplicación de Capacidad Instalada de Establecimientos y/o Servicios de salud Municipales".

Esta comisión fue creada por resolución 5550/97, y establece como misión: "a) Normatizar los criterios de categorización, alta y ampliación de la capacidad instalada de establecimientos y/o servicios de salud; b) Efectuar dictámenes acerca de las solicitudes realizadas por los municipios de acuerdo con el procedimiento enunciado en el Anexo I, a los fines del Registro Estadístico Provincial. Los mismos se basarán en una evaluación fundada en las necesidades del sistema de salud, organizado con un criterio de complejidad creciente en red, y en el estudio y el análisis de la información de producción y de recursos humanos, que ameriten los cambios de nivel solicitados".

La Comisión estuvo integrada por representantes de la Dirección Provincial de Planificación de la Salud, Dirección Provincial de Hospitales y Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias.

La resolución 5231/02 incorpora a la Subsecretaría de Planificación de la Salud, actual Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias, como coordinadora de dicha comisión y a la Dirección Provincial de Coordinación y Fiscalización Sanitaria.

EL IMPACTO DE ESTOS PARÁMETROS EN LA SALUD DE LA PROVINCIA

Las definiciones de los parámetros utilizados para el cálculo de la coparticipación, si bien útiles para las estadísticas hospitalarias, producen zonas grises que permiten diferentes interpretaciones de las autoridades y por consiguiente arbitrariedades en la distribución del CUD.

El sistema de coparticipación actual, basado en parámetros de producción, produce: inequidades en la distribución de fondos, falta de incentivos en la búsqueda de eficiencia, problemas en el control y monitoreo, inestabilidad sistémica, priorización de la atención de la enfermedad sobre la prevención, incentivos a generar estructuras de internación por sobre la Atención Primaria.

La descentralización del Gasto Público en Salud intentó incrementar la eficiencia. Pero las heterogeneidades a nivel municipal (superficie, población, ruralidad) provocaron dife-

rentes sesgos. La localización de la atención pública provincial (concentrada en grandes centros urbanos) también afectó e intensificó algunas distorsiones.

En términos per cápita existen regiones que reciben menos de \$ 220 y otras por encima de \$ 1.500. Si tenemos en cuenta, además, que la mayoría de los traslados ocurren dentro de la propia región, es de esperarse un aumento aún mayor a nivel partido: existen partidos que gastan en salud municipal, por habitante, \$ 200 y otros por encima de \$ 3.000. Es importante, sin embargo, aislar los resultados de la incidencia de los hospitales provinciales; muchos distritos (La Plata, por ejemplo) perciben baja coparticipación municipal debido a la fuerte presencia de efectores provinciales.

La coparticipación en salud o, mejor dicho, su manera de estimarla, colocan al Ministerio de Salud en un rol secundario. Esto se debe a que la información, con la que se estiman los coeficientes, la proveen los propios interesados; es decir, los municipios de la provincia de Buenos Aires. De ellos se reciben declaraciones (no juradas) de la producción en salud, se procesa a nivel central y se elabora el CUD salud. En caso de solicitar un alta de establecimiento, aumento de camas o cambio en el nivel de complejidad se requiere la aprobación previa del Consejo Regional y la intervención de Fiscalización Sanitaria.

La coparticipación actual es un juego de suma cero, recursos que un distrito obtiene de más, por el motivo que fuere, irremediablemente se los sacará a otro. Bajo esta realidad, entonces, la carrera por inflar o falsear la información seguirá siendo una amenaza. La otra amenaza es la "carrera inflacionaria de la estructura de internación", ya que, a más camas, mayor coparticipación.

Este crecimiento de la estructura municipal se realiza sin ninguna planificación regional o provincial. El Ministerio de salud provincial no ejerce ninguna rectoría sobre esto.

Finalmente debemos decir que muchos municipios gastan más en salud que lo que reciben por coparticipación,

mientras que otros gastan mucho menos en salud que lo que reciben por ese concepto.

LA NECESIDAD DE UN CAMBIO

Resulta necesario un cambio. Se deben modificar estos parámetros de distribución por otros que incentiven la promoción y protección de la salud, que generen rectoría desde el nivel central y que tiendan en definitiva a un modelo integrado de salud.

Cualquier tipo de reforma que se plante en la provincia de Buenos Aires no puede soslayar esta discusión. No existirá reforma efectiva sin modificar el esquema distorsivo actual de la coparticipación.

Algunas de las características que debiera tener un nuevo esquema son: ser simple, fácilmente entendible y aplicable, modificable en el tiempo, o sea los indicadores no deben establecerse en leyes ya que con el tiempo quedan perimidos, por el contrario, deben ir adaptándose a los cambios periódicos, transparente: eliminando las zonas grises que permiten arbitrariedades, no competitivo, esto es que los fondos que se le saquen a un municipio no deben ir a otro, generador de un sistema de información para la gestión social en donde se asienten todos los programas sociosanitarios y orientado a la prevención: el esquema de incentivos debe tender hacia la prevención y al fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. □

1) Conceptos y dilemas de la coparticipación federal y de la coparticipación bonaerense, UNGS, 2011.

2) *Ibidem*.

3) La conducta fiscal de los gobiernos municipales en Argentina: los determinantes económicos, institucionales y políticos, UNLP, 2001.

(*) Médico. Especialista en Salud Pública.



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



La Pampa 1517 - 2° piso C - Ciudad de Buenos Aires - Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar

Deconstruir para proyectar un futuro mejor

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



La buena experiencia, el aprendizaje sobre el pasado han sido durante mucho tiempo frases que nos permitían conocer como se pensaba: "La única fuente del conocimiento es la experiencia" Albert Einstein; o "Todo nuestro conocimiento comienza con la experiencia, lo cual no prueba que todo derive de la experiencia" Immanuel Kant. Sin embargo, con el paso de las décadas y durante el Siglo XX luego de 2 guerras mundiales, la guerra fría, algunas pestes, tsunamis, hambrunas y el boom tecnológico, los paradigmas del aprendizaje evolutivo a partir de la experiencia fueron actualizados hacia un aprendizaje planificado a partir de unos objetivos proyectados o eventos esperados. Este último es el caso de las acciones reclamadas en anticipación de una catástrofe natural frente a la contaminación ambiental.

En la misma dirección han corrido muchos gurúes del management de occidente desde hace más de 40 años llamando la atención sobre las urgentes necesidades de desarrollar competencias específicas de adaptación y flexibilidad ante el cambio en los futuros líderes.

Desde esos creadores de horizontes nos llegan frases tales como: "La innovación es lo que distingue a los líderes de los seguidores" Steve Jobs, "La mejor manera de predecir del futuro es crearlo" Peter Drucker; o "La motivación es el ingrediente catalizador de cualquier innovación tecnológica" Clayton Christensen.

Los cambios en la humanidad desde que nos propusimos sobrevivir a las más exigentes circunstancias tuvieron una mezcla de sabiduría transmitida oralmente junto con hallazgos geniales que cambiaron la historia, no solo por su formulación novedosa sino fundamentalmente porque el aporte que dieron a la vida y al bienestar de la humanidad no se hubiesen conseguido haciendo lo mismo que se venía haciendo. Estas genialidades llamadas inventos, descubrimientos o enfoques novedosos son la evidencia de que hay procesos de cambio que suceden de forma disruptiva, es decir, que no provienen del proceso del hacer cotidiano sino que llegan desde un pensamiento lateral, a decir de Edward de Bono.

Son reconocibles las relaciones entre la aparición de soluciones innovadoras que hoy llamaríamos *design thinking* y los conflictos bélicos.

A la 1ra Guerra Mundial le debemos el reloj pulsera, las cremalleras, el acero inoxidable, las toallas femeninas y el método GANTT. Con la 2da Guerra llegó la penicilina, la energía nuclear, las computadoras, el radar, los motores a reacción, las cabinas presurizadas, los satélites, el caucho sintético, RFID, el método del camino crítico CPM y el método PERT.

Estos avances hubiesen demorado más tiempo en llegar sin el poderoso motivo de ganar una guerra. La supervivencia hace que se active nuestra capacidad de encontrar soluciones de manera disruptiva.

En los últimos 2 años la civilización globalizada enfrentó su primer desafío a gran escala y como en un meeting de zoom, al que todos fuimos invitados inesperadamente. Es ciertamente temprano, saber cuáles serán las innovaciones de este tiempo van a pasar a inscribirse en los avances de la humanidad producidos gracias a crisis de bélicas o de supervivencia.

A diferencia de las enumeraciones provenientes de las grandes guerras, esta pandemia globalizada que se extendió por todo el mundo casi simultáneamente tuvo tantas estrategias de abordaje como culturas que se vieron sacudidas en su fragilidad. Se describen tantas fórmulas y mecanismos de crisis como líderes que tomaron decisiones y, por lo tanto, no solo podremos reconocer en un futuro próximo los medicamentos y tecnologías que dieron un paso adelante para prevenir o curar el Covid-19, sino también cuales conductas de los líderes exitosos salvaron más vidas.

Sin embargo, algunas culturas y algunos líderes merecen una mirada de atención no solo por sus buenos scores sino porque los obtuvieron teniendo condicionantes especialmente críticos entre su población. Uno de estos casos es el de Japón. Este interesante país insular tiene más de 126 millones de habitantes, con un 27% de mayores de 65 años y una alta densidad poblacional. En términos generales se pensaría que estos indicadores demográficos mostrarían un terreno muy propicio para el avance del Covid-19, sin embargo, pareciera ser un sitio bastante seguro para pasar la pandemia. De los más de 1.280.000 infectados, fallecieron solo 15.625 según los registros reportados esta semana por JHU CSSE.

La estrategia de Japón ha mostrado ser única por su mezcla de enfoque científico, flexibilidad y sentido común. "En Japón estamos usando un acercamiento diferente al que se ha utilizado en la mayor parte del mundo", afirma el doctor Hitoshi Oshitani, profesor de virología de la Facultad de Medicina de la Universidad Tohoku.

"En casi todo el mundo, la estrategia ha sido intentar contener el coronavirus. Desde el principio, nosotros no tuvimos ese objetivo. Optamos por algo diferente: decidimos aprender a vivir con este virus". Para ello agrega Oshitani "se trató de disminuir la transmisión tanto como fuera posible, a la vez que se mantenían las actividades sociales y económicas".

Las escuelas, restaurantes y bares estuvieron abiertos,

sus puntuales trenes volvieron a estar repletos y el gobierno implementó campañas nacionales para incentivar a la población a viajar dentro del país o a comer afuera, como estrategias para recuperar la economía.

"Aceptamos que este virus es algo que no se puede eliminar. De hecho, la gran mayoría de las enfermedades infecciosas no se pueden eliminar, por lo que entendimos que la mejor forma de combatirlo era coexistir con él", señala. Pocas semanas después de que se conociera sobre el virus en China, Japón también registró su primer contagio.

Era apenas el 16 de enero y faltaba poco para que la situación en el país se agravara por el crucero Diamond Princess, que se volvió un foco de infecciones en el puerto de Yokohama ya que a bordo de la nave casi el 80% de los embarcados tenían síntomas de Covid-19.

Los japoneses aprendieron de Wuhan, que el virus se podía contener, aunque era extremadamente difícil hacerlo ya que Japón no tiene ninguna forma legal para llevar adelante una cuarentena o de obligar a las personas a permanecer en sus casas. El país, pese a ser uno de los más desarrollados de Asia, tampoco contaba con la capacidad para producir y realizar pruebas masivas, como lo estaba haciendo la vecina Corea del Sur.

Cuando el entonces primer ministro Shinzo Abe levantó el estado de emergencia anunció también que la estrategia de Japón para enfrentar el virus sería "un nuevo estilo de vida" en la que el coronavirus comenzaría a ser visto como parte de la cotidianidad.

Las exigencias que se impusieron eran parte del sentido común: usar mascarilla, mantener la distancia social, lavarse las manos, no gritar, no conversar en alta voz, no besar o dar la mano...

Fue así como surgió la estrategia conocida como "san mitsu", una recomendación de salud pública que se ha vuelto la regla de oro para convivir con el virus:

- Evitar lugares con poca ventilación.
- Evitar lugares donde haya multitudes.
- Evitar lugares cerrados donde la gente habla en voz alta.

Como parte de este principio, los eventos deportivos, por ejemplo, están permitidos, pero la gente no puede gritar. En muchos bares y restaurantes, se les pide a los clientes hablar en voz baja o escuchar la música en lugar de conversar. A nadie en Japón le gusta ser señalado como responsable de haber contagiado a otros, la responsabilidad civil y su violación desencadenan la condena social.

La estrategia del gobierno, aún siendo exitosa, ha resultado poco popular: las encuestas de opinión muestran una insatisfacción generalizada de la población con el gobierno central, al que señalan de haber dado una respuesta lenta y confusa.

De la sabia cultura japonesa al orgulloso National Health Service inglés, las diferencias son notables al momento de encontrar los factores positivos de culturas que se caracterizan por pensar bien antes de actuar. Aún cuando la pandemia fue global, las medidas y acciones que se emprendieron fueron muy distintas de país a país.

El Dr. Bernard Crump, MD MPH, profesor de la Univ. de Warwick - UK, ante las consultas de sus alumnos latinoamericanos de Líder Latam, acerca de cómo se organizaron para enfrentar la dura batalla contra el Covid-19 luego del fuerte impacto inicial con la alta mortalidad pre vacunas, aseguró que fue un preciso trabajo en calidad y en equipo, el que les permitió salir al 2do round.

"Sabíamos que íbamos a tener dificultad con las camas de UCI y tuvimos que ir abriendo nuevas camas. Se volvieron a introducir a la práctica asistencial a médicos retirados y personal altamente calificado que estaba en tareas académicas. Se hicieron más flexibles los protocolos de compras y se buscaron ayudas en todos los sectores de la producción para abastecer de tecnología e insumos al sistema de salud".

Entre muchas acciones ingeniosas, se hicieron asociaciones con la industria de Formula 1 para que los ayudara a lograr consultas masivas remotas y para proveer soluciones para la limpieza de respiradores; la Academia tuvo que acelerar procedimientos para producir codificaciones nuevas para el desarrollo, ensayo y aprobación de vacunas y el sistema hospitalario compartió y reasignó su personal conforme a principios de calidad y eficiencia.

Resulta curioso escuchar que en la base del modelo de coordinación hospitalaria estuviesen los *procesos de calidad*, universalizados en sus acreditaciones de calidad, se transformaran en la autopista y el código de entendimiento por el cual los equipos de UCI de 5 hospitales pudieron trabajar coordinadamente a lo largo de los meses de pandemia dentro de una misma estructura. El Dr. Crump se explaya "partieron de un pensamiento simple, los equipos de las UCI tienen una alta experiencia y conocimiento en el trato con los pacientes, dejemos a ellos resolver y que los directivos aporten lo requerido con agilidad para responder a las demandas de los equipos de especialistas".

En definitiva, si bien el final de esta pandemia todavía está abierto, pudimos aprender algunas lecciones acerca del poder de la cultura civil y su proyección social, del liderazgo positivo y su capacidad de generar compromisos con los actores sociales *sin especulaciones*, aceptando que el ingenio y la innovación pueden ser las respuestas acertadas, cuando se trata de salvar vidas. □

(*) Presidente de ProSanitas BSC- Argentina y Uruguay.

***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.



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



ESTAMOS

Atendimos más de **160.000 llamadas por riesgo de vida** y enviamos más de **220.000 ambulancias** durante la pandemia.

www.osde.com.ar

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.



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.