

Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida

SALUD Modelo para armar



Columna
**¿Cómo avanzar
hacia la equidad en
el sistema de salud?**
Por el Dr. Hugo E. Arce



Empresas
**La evolución digital
de los financiadores
de la salud**
Por el Lic. Ariel Camporeale



Debate
**El opaco mundo de
los medicamentos
de alto precio**
Por el Dr. Sergio del Prete



GALENO

EN GALENO INNOVAMOS PARA CUIDAR TU SALUD
HACIENDO TODO MÁS FÁCIL, ÁGIL Y SEGURO.

• **DESCARGATE NUESTRA APP.**

Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583)
WWW.SSSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.

ESTAMOS

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

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 traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



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

Los beneficios de **operar** en **red**



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODOS
LOS PAÍSES



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección)

ASESORIA Y DESARROLLO

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

BYNET Web Design

E-Mail: info@bynet.com.ar

Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada 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

ACUDIR

Acudir presentó su nueva aplicación para video consultas médicas

8

COLUMNA

La salud pública: ¿desaparecida?

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

10

OPINIÓN

Un sanitarista que no olvidaremos

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

12

OPINIÓN

Moral y reforma

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

14

OPINIÓN

La necesidad de generar empleo

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES

16

OPINIÓN

Creando evidencia sobre medicina digital

Por Santiago Troncar - @stroncar

18

COLUMNA

Elecciones 2021: marcadas por la salud

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

20

COLUMNA

El sistema de salud y los nuevos desafíos

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

22

DEBATE

El hospital, un instrumento de cambio

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

24

COLUMNA

¿Cómo superar el estancamiento argentino? Salud y universidades, una propuesta

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

26

PRIMERA PLANA

"Hace muchos años que la Argentina vive en crisis de salud"

Reportaje al Prof. Carlos Vassallo Sella - Especialista en economía y gestión de la salud

28

OPINIÓN

El opaco mundo de los medicamentos de alto precio

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

32

EMPRESAS

La evolución digital de los financiadores de la salud

Por el Lic. Ariel Camporeale - Gerente General - Health Management Solutions (HMS)

34

COLUMNA

El precio de los medicamentos en la Argentina durante la pandemia

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

36

DEBATE

Cartesianos y nihilistas

Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión

38

VOCES

La ley de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Más incertidumbres que certezas

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

40

COLUMNA

¿Cómo avanzar hacia la equidad en el sistema de salud?

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS

42

OPINIÓN

Volvieron nuestras Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos

Por el Farm. Damián C. Sudano - Presidente de FEFARA

44

COLUMNA

Design Thinking in healthcare

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

46

COLUMNA

Ciberataque a la práctica médica

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

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

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD RENOVÓ SU COMISIÓN DIRECTIVA

El jueves 28 de octubre la Asociación Mutual SanCor Salud llevó a cabo su Asamblea General Ordinaria anual en las instalaciones del Salón de Actos de SanCor Cooperativas Unidas Limitada, en la ciudad de Sunchales. En un clima ameno y reflexivo, los delegados de diferentes distritos analizaron y evaluaron la Memoria y el Balance Económico del 47º Ejercicio Social cerrado el 30 de junio de 2020 junto al 48º Ejercicio Social, comprendido entre el 1 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021.

La compañía celebra un cierre de año exitoso consolidándose como Grupo a través del desarrollo de negocios diversificados conquistando nuevos espacios en el mercado.

En el encuentro se formalizó la nómina para la renovación de cargos finalizando con la designación de la nueva Comisión Directiva que llevará adelante la conducción del Ejercicio Social correspondiente al período 2021/2022. Los integrantes electos con sus respectivos cargos son los siguientes:

Comisión Directiva Asociación Mutual SanCor Salud - Período 2021-2022:

Presidente: Ferrero, Adolfo Valentín.
Vicepresidente: Garrone, Ricardo Alberto.
Secretario: Novara, Marcelo José.
Prosecretario: Salera, Oscar Juan.
Tesorero: Tamagnone, Juan Miguel.
Protesorero: Morgavi, Jorge Mario.
Vocales Titulares: Illa, Juan Carlos - Nari, Claudio - Rossetti, Alberto.
Vocales Suplentes: Coraglio, Héctor - Bersano, Jorge - Astesana, Ariel - Fagiano, Rubén - Cravero, Rafael - Sánchez, Jorge.

Órgano de Fiscalización:

Presidente: Altuna, Miguel Omar.
Titulares: Continelli, Carlos José - Perracino, Néstor Fabián.
Suplentes: Barcarolo, Diego - Favone, Gabriel - Manavella, Daniel.



NUEVO ANIVERSARIO DE DP CONSULTORA

La Consultora en servicios de salud cumplió tres años de actividad comercial, atendiendo a clientes del sector de la seguridad social, obras sociales sindicales, de dirección y empresas de medicina prepaga.

DP Consultora en servicios de salud inició sus actividades en el mes de setiembre de 2018, asesorando en todo lo relacionado a los servicios de salud a Empresas de Medicina Prepaga, Obra Sociales Sindicales y de Dirección, Mutuales Médicas, Empresas de Emergencia Médica, Internación Domiciliaria y otras ligadas al sector.



Daniel R. J. Piscicelli, titular de DP, comentó que: **"trabajamos sobre planificación y estrategia de acuerdo con la necesidad de cada cliente, optimización de recursos, herramientas de fidelización y acciones estratégicas de marketing de la salud, así como en consultoría de servicios de asistencia al viajero nacional e internacional por sistema de cápita y demanda B2B y B2C"**.

Más de 25 años en el sector de la asistencia médica en viajes, avalan a Daniel R. J. Piscicelli en este servicio como un referente en el mercado de la salud.

"DP Consultora, agradece la confianza de parte de nuestros clientes que año tras año nos siguen brindando la confianza de siempre", concluyó Piscicelli. ■

COOPERALA DESIGNÓ A JUAN JOSÉ MARCONI COMO SU NUEVO DIRECTOR EJECUTIVO

La Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos anunció la designación del Ing., Juan José Marconi como nuevo director ejecutivo.

El Ing. Marconi cuenta con una importante experiencia directiva, tanto en empresas de la industria farmacéutica como en organizaciones pertenecientes al sistema de Seguridad Social. Previamente a su designación en Cooperala se desempeñó como director comercial en Laboratorios Rontag y gerente general en Temis Lastalo y Bioprofarma. También fue gerente general en OSPOCE (Obra Social del Personal de Organismos de Control).

A partir del nombramiento, el **Dr. Marcelo Burstein presidente de la Cámara expresó**, **"Estamos muy entusiasmados y contentos de poder sumar a una persona de la trayectoria del Ing. Marconi a nuestra organización. Su experiencia y trayectoria en el sector, sin duda, facilitará el trabajo conjunto de nuestra Cámara con las restantes organizaciones que integran el sistema de Seguridad Social."**

Por su parte, el **Ingeniero Juan Marconi comentó**, **"Para mí es realmente un honor poder sumarme y formar parte de Cooperala. Nos encontramos en un momento clave de nuestra industria y desde la Cámara continuaremos trabajando para colaborar en el desarrollo del sector"**, y agregó **"Desde mi lugar espero poder aportar mi conocimiento y experiencia para que Cooperala continúe acompañando a todos sus socios y siga siendo un actor de relevancia en el sistema de salud argentino"**.

Cooperala es una entidad con 60 años de trayectoria en la Argentina que está compuesta por más de 80 laboratorios de origen nacional con presencia en todo el país. ■



GALENO

**EN GALENO INNOVAMOS
PARA CUIDAR TU SALUD
HACIENDO TODO MÁS FÁCIL,
ÁGIL Y SEGURO.**



+100.000
VIDEO CONSULTAS
MÉDICAS
POR MES

+200.000
GESTIONES ADMINISTRATIVAS
ONLINE
POR MES

+50.000
TURNOS MÉDICOS
POR MES

• DESCARGATE NUESTRA APP.
Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583)
WWW.SSSALUD.GOB.AR LEY 26.682. SOLICITUD INSCRIPCIÓN N°1285. DERECHOS RESERVADOS EXPEDIENTE 200.717/12.

Acudir presentó su nueva aplicación para video consultas médicas

La empresa de urgencias y emergencias médicas lanzó *Acudir Mobile* una aplicación de desarrollo propio que facilita el acceso a la atención de sus pacientes. La app ya está disponible en dispositivos con sistema operativo iOS y Android.

La telemedicina ha llegado para quedarse. Este nuevo servicio, que se popularizó años atrás gracias a los avances tecnológicos, explotó definitivamente a partir de la pandemia por COVID-19. En sintonía con los tiempos que corren, **Acudir Emergencias Médicas** implementó en 2020 el servicio de video consultas para patologías leves que –en principio– no requieren una práctica presencial, segundas consultas o seguimiento de pacientes crónicos en domicilio, con el fin de agilizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación. De esta forma, durante la etapa más cruda de la pandemia, la video consulta facilitó la atención integral de los pacientes, evitó la concentración de personas en las Instituciones de Salud, intentó prevenir el autodiagnóstico y la automedicación, entre otras ventajas.

Este año, siempre en la búsqueda de la mejora continua, la compañía presentó **Acudir Mobile**, una aplicación desarrollada por su Departamento de Sistemas, destinada a pacientes de obras sociales, medicina prepaga y Área Protegida que cuentan con el servicio de video consulta médica.

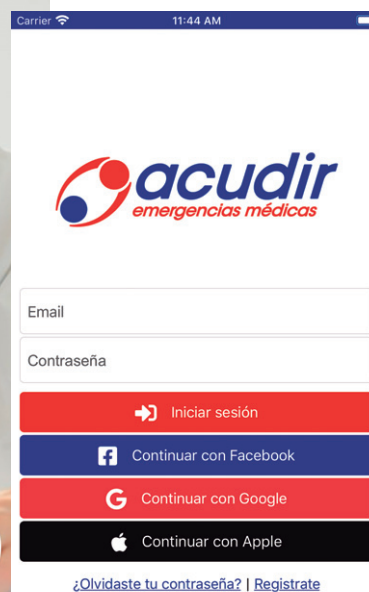
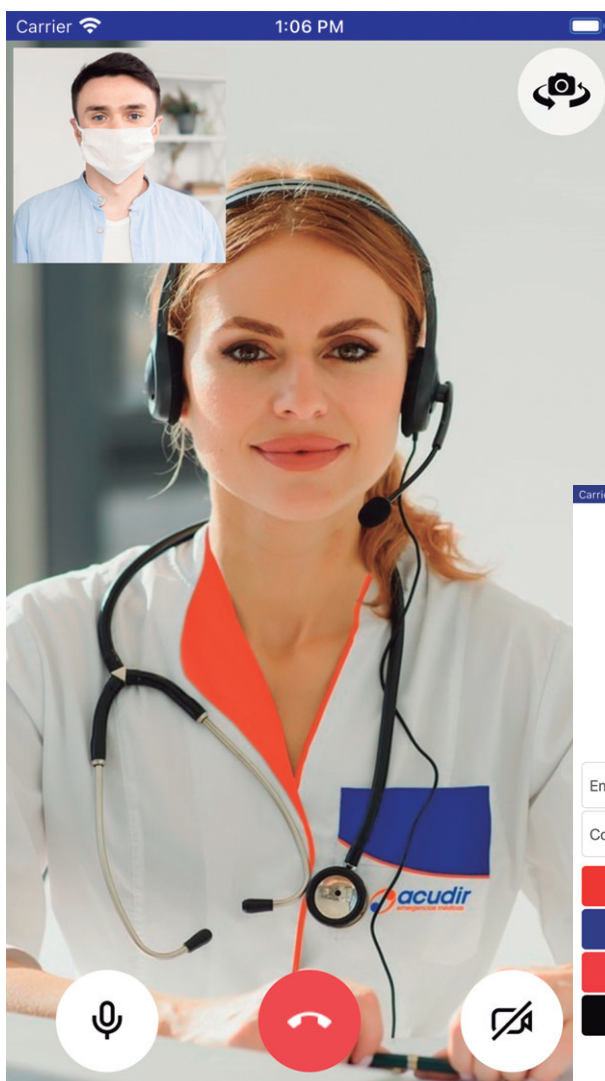
Los pacientes pueden descargar la aplicación en sus dispositivos Android o iOS, registrarse a través de Facebook o Google y acceder a una video consulta médica por *Streaming* con los profesionales de **Acudir**. Tras registrarse, los pacientes ingresan a una Sala de Espera Virtual donde aguardan que un médico los atienda. Aque-

llos pacientes que deban abonar un coseguro, podrán hacerlo desde la misma aplicación, a través de Mercado Pago. "Nuestro servicio de telemedicina está conformado por un cuerpo de profesionales altamente capacitados, con amplia experiencia en el área y con las aptitudes necesarias para contener y comprender a cada paciente en su caso particular", comenta el Dr. Agustín Apesteguía, Director Médico de la compañía.

Cumpliendo con los más altos

estándares de calidad, **Acudir Mobile** garantiza la seguridad de datos y ofrece un manejo intuitivo y amigable para los pacientes. Para el Dr. Apesteguía, "Acudir Mobile agilizó la vía de contacto entre el médico y el paciente; éste puede tener acceso a su historial de atención y a un menú de síntomas que les permite realizar un auto triage y brindar información relevante a los médicos antes de iniciar la video consulta".

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 emergencias, urgencias, traslados de pacientes, asistencia médica domiciliar, video consulta, área protegida y cursos de capacitación, en un gran radio de cobertura, buscando siempre la mejora continua de sus prestaciones. □





Seguí capacitándote en
Fundación Barceló

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS**
a carreras y cursos
de Posgrado.

La salud pública: ¿desaparecida?



Por el Dr. Rubén Torres
Rector de la Universidad ISALUD

Verdaderas columnas de males colectivos están avanzando sobre la población. ¿Cómo se combatieron? De manera totalmente irracional. A cada médico le dieron su ciencia y su título, y él fue solo a buscar los enfermos o los enfermos fueron a buscarlo a él para que los curara en trabajo individual. Es lo mismo que si el país se preparara para una invasión y llamáramos a cada ciudadano y le dijéramos: vea, cuando vengan los vamos a parar. Es probable que no paráramos a nadie. La lucha contra el mal colectivo hay que hacerla con un ejército colectivo. Salud pública es ese ejército que ha de combatir colectivamente a los males colectivos". J. D. Perón, ante un auditorio médico, julio de 1943.

Cuando en Europa aparecían múltiples denuncias sobre la deficiente situación sanitaria de la población asalariada, Alemania, cuna de un pensamiento que asignaba al Estado responsabilidad central en el progreso sanitario, tuvo en el creador de la patología celular, Rudolph Virchow, un apasionado promotor de la idea de la medicina como ciencia social, aseverando que la política no era otra cosa que medicina en gran escala.

Desde entonces, nuestro país ha tenido referentes a nivel local e internacional de ese pensamiento; como Emilio Coni, quien cuando Adolfo Alsina le encargó dirigir la Asistencia Pública, entendió que debía agregar una repartición encargada de la protección de la salud colectiva; Salvador Mazza, profesor de bacteriología tras Carlos Malbrán; Carlos A. Alvarado, infatigable luchador contra la malaria, son algunas de las figuras que contribuyeron a la construcción de un prestigio inmenso en la salud pública, hasta que en 1941 se creó en Santa Fe el primer ministerio argentino con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo, y finalmente el 23 de abril de 1946, se asignó a la Dirección Nacional, la categoría de Secretaría de Estado dependiente de Presidencia, con jerarquía de Ministro, para su primer titular, el Dr. Ramón Carrillo.

Muchos años después, sabemos qué médicos tratan del corazón y cuáles lo operan, pero habitualmente desconocemos a quienes se ocupan de procurar que la salud del conjunto de la población sea mejor. Esos profesionales muestran como el exceso de contaminación atmosférica en áreas metropolitanas causa miles de muertes al año e identifican qué políticas podrían evitar el desastre. Evalúan y aseguran que los productos químicos que usamos no nos causan perjuicios y vigilan la aparición de enfermedades contagiosas, para establecer las medidas preventivas.

Planifican la administración de vacunas, hacen que se alcancen coberturas muy altas y aplican intervenciones de promoción de salud para disminuir la frecuencia de obesidad en la población, o evalúan la efectividad de una acción preventiva como la detección precoz de cáncer de mama, que sólo puede juzgarse en poblaciones, viendo lo que ocurre con miles de mujeres, y las perfeccionan para recomendarlas cuando los beneficios superan los perjuicios.

Deben dominar complejas y diversas competencias y debería preocuparnos que las dominasen muy bien, pues cuando sufrimos una enfermedad respiratoria, la causa puede ser la exposición pasiva al tabaco o cuando enfermamos de cáncer por un contaminante ambiental, su trabajo acertado podría haberlo evitado. Si los fallecimientos de una enfermedad se muestran caso a caso como por ejemplo se ha estado haciendo con la pandemia de Covid-19 nos impresiona y alarma, pero saber que cada día se mueren

decenas de personas por contaminación, accidentes viales o exposición pasiva al tabaco nos pasa desapercibido, nos llama menos la atención.

Lo paradójico, es que mucha tragedia y sufrimiento es evitable si se adoptan adecuadas políticas de salud pública en cuya aplicación trabajan profesionales, cuya pericia nos debería importar, a pesar de que resultan poco menos que invisibles para nuestro sistema de salud. Tan invisibles o imperceptibles como esas muertes y enfermedades evitables.

Hace muchos años cuando la formación en salud pública era escasa y dispersa, ya nuestro país tenía iniciativas que contribuían a la formación y el interés por ella, y una brillante escuela se forjó con esfuerzos desinteresados y compartidos, reunió a personas, en un afán de innovar y mejorar la práctica de los que trabajan cuidando a toda la población.

Nuestros sanitaristas son poco reconocidos, especial y llamativamente cuando debe elegirse el ministro de salud. Es difícil agradecer por sucesos no ocurridos (cuando el trabajo perseverante logra que una población mejore su salud esta no lo sabrá); como todas las políticas cuyos resultados son tangibles a largo plazo en ellas se demuestra la calidad de la fibra democrática de una sociedad, y encarna ese compromiso democrático y cívico de trabajo compartido y perseverante por la mejora del bienestar de la comunidad.

Aun teniendo en cuenta que salud pública es un término muy amplio e implica arte, ciencia, conocimiento y acciones podría estar en riesgo de desaparición y que haya una correlación con determinadas ideologías políticas, pero no se nos ocurriría dejar de operar, aunque pudimos borrar la salud pública como algo accesorio. Sobre todo, esa que va más allá de las vacunas y los cribados.

Pero cuidado, y esta es una reflexión para aquellos que queremos mantener la visibilidad de la salud pública: puede que tengamos que ser más audaces a la hora de operativizarla. Al menos insisto, esa que está más allá de determinados programas ya muy bien institucionalizados.

Hacer buena salud pública también va más allá de mantener cargos e instituciones con esta palabra. Por ello y para evitar su desaparición es necesario generar entornos favorables donde puedan mantenerse ideas, discusiones y realizar intervenciones en su abogacía y defensa. Y esto tiene que ver con el poder real que no tiene ni ha tenido la salud pública en nuestro contexto en los últimos años. Se ha realizado por parte de casi todos un silencio épico e inquietante sobre la situación de la salud pública.

El análisis de las causas es complejo, pero está muy bien pararnos y pensar el porqué, se pueden paralizar estructuras y programas de eficacia probada en salud pública, pero no se deja de escribir sobre medicina personalizada, innovaciones tecnológicas en la era de la cronicidad, o de poco impacto en la salud colectiva de las poblaciones y sobre todo de las personas más desfavorecidas.

Le doy bastante importancia a los símbolos y nuestros organismos de salud pública, son elementos simbólicos imprescindibles. Tenemos proyectos y programas, personas y equipos, para seguir avanzando juntos hacia una nueva salud pública. Una de las preguntas claves que tendremos que hacernos no será qué ha hecho por la pandemia la salud pública en el último año, sino qué hemos hecho por la salud pública en los últimos treinta años. □



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

Un sanitarista que no olvidaremos

Por el Dr. Carlos Felice (*)



El pensamiento sobre sanitarismo en la Argentina está necesariamente atado a la figura del indiscutido y brillante Ramón Carrillo. En Colombia, en cambio, salud pública es sinónimo de Héctor Abad Gómez, una figura de gran significado para este país que trasciende sus fronteras y que renovó su celebridad gracias al estreno de la película **El olvido que seremos** (Fernando Trueba, 2020).

La película lleva el mismo nombre que el libro escrito por su hijo menor Héctor Abad Faciolince, que había visto la luz en 2006. Narra de manera personal la historia de su padre, un sanitarista cuyo final es conmovedor: murió asesinado en 1987 a los 66 años en Medellín, tras sus denuncias contra grupos paramilitares.

Todas las reseñas sobre su vida lo destacan como una eminencia en salud pública, pero además y sobre todo como un hombre bueno. La bondad se expresa en ese libro y en esa película, sostenidos sobre el amor del relato de su hijo escritor, que no juzga, pero sufre, la vocación de su padre a estar dispuesto a morir por una causa que excede a sus afectos. Cuenta que su padre decía que "hay muertes que honran".

"Para mí juzgarlo es muy difícil. Ofrecer la vida por los derechos humanos de los demás, de todos los que no son hijos -que puede incluir a los hijos- es más generoso, pero también es más misterioso y difícil de entender", dice Abad Faciolince en una entrevista, en la que reconoce haber dilatado casi 20 años la finalización del proyecto del libro sobre su padre.

La salud pública de los colombianos fue el mayor desvelo de Héctor Abad Gómez, por lo que practicó la docencia universitaria con pasión (había estudiado en Colombia y completado una maestría sobre salud pública en Estados Unidos) y escribió más de una decena de ensayos y obras académicas. Fundó, asimismo, varias escuelas de Salud Pública en su país.

Sus aportes fueron originales y quizá uno de los más célebres sea el de "poliatría" (*polis*= ciudad-Estado e, *iatria*= estudio, tratamiento, curación), una disciplina social y comprehensiva que concibió y propuso para abordar la complejidad. No la complejidad médica, sino la complejidad social. Esta nueva disciplina debía interesarse por los problemas sociales y, sobre todo, debía estar provista de una gran compasión por lo humano.

La idea de *poliatría* concebida por Abad Gómez implica una profesión totalmente nueva, multi y transdisciplinaria, destinada a armonizar medicina, salud pública, epidemiología, antropología, sociología, psicología social, economía, política. Postuló que esa disciplina debía entenderse como una orquesta sinfónica: una complejidad de partituras e

instrumentos variados que se expresarían en una ejecución armónica. Tender a desarrollar todos los instrumentos de solidaridad humana utilizando los elementos de la convivencia pacífica, ése era el postulado.

Su compromiso con la realidad social, económica y política de Colombia obedeció a esta fundamentación académica, a su concepción y posicionamiento ante la vida y a su ideal de ciudadano al servicio de la sociedad. En sus palabras: "El médico que de medicina sólo sabe, ni de medicina sabe".

Creó el año rural obligatorio para los médicos recién graduados y las promotoras rurales de salud. Participó de las primeras campañas masivas de vacunación antipoliomielítica. Pero también luchó activamente porque las poblaciones vulnerables accedieran a redes de abastecimiento de agua potable.

Realmente la vida de Héctor Abad Gómez es de película. Por eso no sorprende que también su nieta Daniela Abad dirigiera junto a Miguel Salazar un documental sobre su vida en 2015. El documental también retrata, con otro lenguaje, lo que se narra en el libro que ya es considerado el primer clásico de la literatura hispanoamericana del siglo XXI, una "novela sin ficción".

Héctor Abad Gómez también fue cronista fervoroso de la paz y la violencia colombiana desde el periodismo y desde la política: "La Universidad está en la mira de quienes desean que nadie cuestione nada, que todos pensemos igual; es el blanco de aquellos para quienes el saber y el pensamiento crítico son un peligro social, por lo cual utilizan el arma del terror para que ese interlocutor crítico de la sociedad pierda su equilibrio, caiga en la desesperación de los sometidos por la vía del escarmiento".

En sus últimos años se había abocado al cultivo de rosas en un jardín sembrado por él mismo. Cuando fue asesinado por dos sicarios en el velorio de Luis Fernando Vélez -amigo y dirigente gremial docente- había fundado y presidía el Comité para la defensa de los derechos humanos de Antioquia.

En épocas en las que se corre el riesgo de que intereses políticos primen por sobre la salud, la mirada sanitarista es necesaria e indispensable. Abad Gómez lo creyó así. □

(*) 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).



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

Moral y reforma

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



Hace un par de años en esta misma revista se publicó una columna de mi autoría bajo el título *"En defensa de la Medicina"*. En los párrafos finales de aquella nota, y haciendo referencia al impacto de la tecnología en la práctica asistencial, afirmaba que no podíamos saber cómo serían los pacientes del futuro, pero que sí podíamos afirmar - y citaba a Daniel Flichtentrei- que *"el objeto de la medicina no es el conocimiento sino el padecimiento. La información es un insumo, una herramienta, no un fin"*.

Agregábamos también que el dominio del padecimiento es el de la subjetividad, donde radica lo esencialmente humano.

En el mismo artículo reproducía una frase tomada de Henry Marsh: *"...la verdadera tragedia no es que Google se convierta en médico, algo muy improbable, sino que los médicos nos convirtamos en Google, en meros recopiladores de datos"*.

La conclusión era que la cuestión central de cómo se moldearía el futuro del ejercicio de la medicina dependía no tanto de las herramientas sino de los valores que sustentaran su utilización.

Y, al final alertaba sobre la importancia de no dejar que el mercado (o el mercadeo) convenciera a las personas de que el acto médico se resumía en una operación de recolección de datos y obtención de unos resultados lógicos -que eso eventualmente podría llegar a hacerlo mejor la tecnología- sino, por el contrario, demostrar cada día que el encuentro clínico es esencialmente un espacio de comunicación significativa entre personas.

Desde la publicación de aquella columna, en marzo de 2019, la cuestión de la necesidad de recuperar el carácter fundamentalmente humanístico del quehacer sanitario se ha vuelto más acuciante, y ya no sólo en relación con el valor instrumental de la tecnología en salud, o el ámbito de la microgestión clínica; sino también, creó a la hora de discutir sobre las reformas o cambios más o menos estructurales de los cuales, campaña electoral mediante, empieza a hablarse.

Sabemos que la cuestión de la reforma sanitaria no es un tema menor, considerando la historia, los intereses, culturas y posicionamientos de los principales actores del sector, nuestro sistema político, y las consecuencias sanitarias. Su futuro, de hecho, es hoy incierto. Pero en cualquier caso nuestro sistema requiere una revisión desde las bases.

En este punto la hipótesis que propongo es que sin la adopción de un conjunto de valores fundamentales -tales como la honestidad, la sensibilidad, la prudencia, el respeto y la responsabilidad- no habrá formulación técnica que pueda ser exitosa. Es decir: no habrá cambio o reforma que funcione.

De hecho, sobran los ejemplos de nuestra capacidad como país para fracasar en la implementación de modelos programáticos e institucionales que en otras tierras son útiles para gestionar exitosamente el conflicto social y asegurar

mucho mejores resultados en términos de desarrollo económico y social.

Hoy ya no alcanzaría con *dejar de robar por un par de años*, como alguna vez afirmó en tono de autocrítica un encumbrado dirigente sindical.

El deterioro es mayor que entonces. Tan mal está la situación que resulta muy difícil entrever alternativas en, al menos, el mediano plazo, aunque no falten entre nosotros capacidad técnica o inteligencia para salir del atolladero.

Tan complicado está todo que es necesario revisar las bases mismas donde se asienta nuestra confianza en el sistema democrático y republicano, y fortalecerlas.

Por supuesto, lejos de la ingenuidad, tal adopción no puede quedar librada a un mero ejercicio del voluntarismo - aunque implica, efectivamente, una apelación a revisar nuestras propias convicciones y elecciones personales al respecto- sino que requiere cuestionar desde la política las condiciones que promueven el cada vez mayor deterioro de la calidad de las instituciones de la república -que debieran funcionar como garantías de la libertad y la justicia- y, por lo tanto, el progresivo empeoramiento de la convivencia, la inequidad, el individualismo y, en definitiva, el agravamiento de la anomia social.

¿Es posible imaginar un peor escenario para la salud de los argentinos?

En términos filosóficos, una *ética social de mínimos*, implica establecer al menos un conjunto básico de principios que todos podamos compartir y que fundamenten condiciones de convivencia en un clima de justicia.

Esos principios básicos no tienen nada que ver con acuerdos instrumentales de carácter partidario, particularmente inútiles, además, cuando quien los convoca es parte de una dirigencia que ha hecho culto de exactamente lo contrario.

Una *ética de mínimos* se refiere al acuerdo sobre valores unívocos que permita construir una ética de la convivencia democrática, establecido socialmente un acuerdo general sobre este conjunto de valores fundamentales a respetar, para que luego cada quien pueda vivir según sus propias convicciones (sus *máximos* valores, filosóficos, religiosos o espirituales) con libertad.

Implica, por lo tanto, una ética laica: es decir, la existencia de un código moral de partida, independiente del mandato de la fe, y basado entonces en la racionalidad ante la necesidad de sobrevivir a la crisis y prosperar como comunidad. Hablar de moral no debiera resultarnos tan extraño. □

(*) Médico Paliativista. Master en Economía y Ciencias Políticas.



Hola doctor!

Un médico en tu celular 24hs



**Descargá
la App**



#SigamosCuidándonos

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

OSPAT

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

La necesidad de generar empleo



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

La Argentina vive uno de sus momentos socioeconómicos más críticos. La consecuencia de la pandemia y las acciones para mitigar sus efectos sanitarios, impactaron de lleno en la pobreza, el desempleo, la caída de la actividad económica y el déficit fiscal. Sin embargo, la caída ha sido más pronunciada, y las expectativas de recuperación son más lentas que en la mayoría de los países.

Esto se debe principalmente a las condiciones estructurales del país, como ser un piso de pobreza del 25% o el déficit fiscal crónico, donde apenas 12 de los últimos 60 años se logró tener superávit fiscal. Cuando se buscan soluciones, la mayoría de las voces apuntan a la generación de empleo genuino, y la herramienta elegida para la discusión, por una parte importante de estas voces, es la flexibilidad laboral.

UN POCO DE HISTORIA, LA DÉCADA DEL 90 Y LOS 2000

Bajo la doctrina del "Consenso de Washington", la política laboral adoptada durante la década del 90 se centró en la reducción del costo laboral como estrategia para lograr eficiencia y competitividad. Se formularon decretos y normativas con los objetivos del control del salario y la reducción de las cargas sociales, la refuncionalización de los convenios colectivos y el rol de los sindicatos, y, con especial énfasis, en la flexibilización de los contratos de trabajo y de la indemnización por despido. Se incorporaron los períodos de prueba, horarios flexibles, sobre horarios, contratos por tiempo determinado y contratos a tiempo parcial.

Contrariamente a lo deseado, el resultado en la década fue el mayor índice de desempleo registrado en la historia moderna del país y la creación de empleo precario (inestable, mal remunerado, con jornadas laborales prolongadas (sobreexplotación) o reducidas (changas). Por un lado, como señal del deterioro del salario, originando la necesidad de aceptar las jornadas por más de 45 horas semanales, con extensión de hasta 60 horas. Por otro lado, como contraste un aumento considerable del número de trabajadores que se incorporaron al mercado laboral trabajando menos de 30 horas por semana (changas, trabajo a tiempo parcial, etc.). Otro efecto observado fue el crecimiento del desempleo de larga duración.

Luego de la crisis del 2001-2002, donde se alcanzó el máximo desempleo en el país, las tasas bajaron abruptamente acompañando el crecimiento de la economía hasta 2010, donde se estancó durante varios años para luego crecer sostenidamente desde 2014 hasta nuestros días. El dato más destacable de la década es que se generó empleo aun cuando se rigidizaron las normativas laborales. Se dio la mejora del salario y las condiciones laborales, incluida la doble indemnización desde 2002. También es necesario resaltar que el piso de desempleo fue de 7.1%, es decir, más de dos puntos por encima del piso de la década del '80, dando a entender que el problema estructural se agravó, ya que es gente que permanentemente está fuera del sistema.

EL MERCADO LABORAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD

La consecuencia inmediata, en el sector sanitario argentino, del desempleo, informalidad y pérdida adquisitiva de los salarios

es la baja de recursos en el subsector de obras sociales y el aumento de población que depende de la asistencia del subsector público. A su vez, dicho subsector también tiene menos recursos dada la baja en la recaudación de impuestos por la consecuente caída del consumo.

Sin embargo, quiero destacar las consecuencias en la salud de las personas. Estudios de diversas universidades demuestran el impacto del desempleo en la salud como así también el impacto sobre la flexibilización laboral sobre los trabajadores. Algunos datos destacables son: el impacto en la tasa de mortalidad, donde las personas desempleadas tienen una tasa de mortalidad 20% más alta que las personas con empleo; la tasa de suicidios aumenta cuando aumenta el desempleo; y cuando la incertidumbre laboral crece aumenta la ansiedad, la depresión y el riesgo de enfermedades cardíacas. Según el investigador inglés Michael Marmot, el desempleo juvenil debería ser considerado una catástrofe sanitaria con efectos en las generaciones futuras.

En resumen, la consecuencia directa de los efectos de las caídas en el mercado laboral empeora las condiciones de salud de la población, siendo que a la vez, reducen los ingresos al sector salud. Un combo complicado para un sistema de salud argentino que se encuentra en crisis de recursos.

UNA CONCLUSIÓN ABIERTA

La primera conclusión a la que arribo es la coincidencia con aquellas voces que indican que la salida a la crisis es la generación de empleo genuino. Tanto desde el impacto económico como sanitario, la generación de empleo es la respuesta adecuada.

Sin embargo, es necesario dar la discusión de como generar este empleo. Como lograr que las empresas tomen personal, bajo condiciones dignas, siendo a la vez competitivas y eficientes. Según las lecciones que se observan en la historia inmediata de nuestro país, el "costo" del trabajador no es el principal problema para la generación de empleo, sino el crecimiento económico y el aumento de la demanda (interna y externa).

Es necesario mejorar las condiciones económicas que incentiven el ingreso de capitales productivos. Tener un plan económico consistente con nuestra realidad, donde la lucha contra la inflación no esté centrada solamente en la microeconomía (los precios de venta en el mercado) sino en revertir condiciones macroeconómicas que den estabilidad a los mercados.

Esto no significa que las condiciones laborales actuales sean las adecuadas y que algunos cambios se puedan dar. Pero hay que generar el debate con evidencia sustentable sobre la generación del empleo. Es probable que la solución no sea la flexibilización laboral de los 90, pero si sea necesario mejorar aspectos en la normativa que impida que la industria del juicio crezca o protección para las Pymes.

Los extremos no sirven. En definitiva, uno de los grandes problemas de la Argentina es no tener puntos medios. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810 - 345 - 0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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

Creando evidencia sobre medicina digital

Por Santiago Troncar

@stroncar



A pesar de que la medicina digital habita en algunos espacios pioneros de la comunidad médica desde hace ya décadas, en 2018 llamó la atención un artículo publicado en The New Journal of Medicine por Stacey Chang, MS, y Thomas H. Lee, MD, titulado "Beyond evidence-based medicine".

En tal artículo básicamente los autores introducían un concepto sorprendente al mundo de los médicos, afirmando que la medicina basada en la evidencia no era suficiente para generar los mejores outcomes para los pacientes.

Su explicación era sencilla y poderosa: de que sirve la mejor evidencia sobre tratamientos y los diagnósticos certeros y las indicaciones médicas adecuadas, si desconocemos si el paciente puede ser adherente y cumplir con éstos.

Como solución introducían el concepto superador de "interpersonal medicine", una práctica potenciada por las herramientas digitales que permite a los médicos meterse en la casa de sus pacientes, interactuar con su entorno y lograr una efectividad superior en sus tratamientos. "No se trata de ser buenos; se trata de ser efectivos", afirmaban, sentando una posición evolucionada sobre el concepto del médico contenedor.

Los últimos cinco años han sido explosivos para la medicina digital, ya no es novedad. Lo que sí es novedad es que la comunidad médica se ha sentado a investigar y publicar sobre estas nuevas prácticas médicas, comenzando a generar nueva evidencia médica, complementaria a la tradicional, sobre los resultados que genera el uso de herramientas tecnológicas en los tratamientos.

Según el estudio Digital Health Trends publicado recientemente por el IQVIA Institute of Human Sciences, hasta el año 2020 se habían publicado 2.009 Digital Health Efficacy Studies, incluyendo Meta-analyses como Systematic Reviews, de los cuales casi 1.500 fueron publicados en los últimos cinco años. Esto quiere decir que se ha abierto un nuevo mundo para los ensayos clínicos: hacer estudios sobre la eficacia que ofrecen las nuevas herramientas de la medicina digital.

El estudio indica la creciente consolidación y maduración en el uso de apps y wearables a través de los distintos pasos del "patient journey".

"La evidencia ahora promueve la inclusión de herramientas de medicina digital en guías de tratamientos de un grupo extendido de indicaciones. Estas incluyen aplicaciones en la especialidad cardiovascular applications (por ejemplo, el screening de fibrilación atrial y de disritmias cardíacas, manejo de CHF, rehabilitación cardíaca e hipertensión), su uso atado a la modificación de los comportamientos de los pacientes (manejo de medicación, ejercicio físico, comida sana, manejo del peso y cesación del tabaco) y el manejo de ciertas condiciones crónicas (dolor, enfermedades infecciosas, incluyendo HIV)".

Como impacto adicional, según el reporte mencionado, hoy un creciente porcentaje de los ensayos clínicos han incorporado tecnología de wearables o sensores en manos de los pacientes estudiados. "Desde 2016, el porcentaje de ensayos que usan devices médicos conectados se ha duplicado y es ahora el 8%, siendo el 10% ensayos de Fase II y III trials usando connected devices".

A título personal, recuerdo en mis incipientes comienzos de

humilde apóstol de la medicina digital, cuando años atrás encontré el famoso estudio "DIAL" (Randomized telephone Intervention in chronic heart failure), publicado hace ya casi 20 años por el Grupo de Estudio de Sobrevida de Insuficiencia Cardíaca en la Argentina (Gesica).

El estudio generaba evidencia de cómo el contacto periódico con los pacientes para asegurar el seguimiento de las indicaciones, a través de la modernísima tecnología de los llamados telefónicos desde un call center, había generado resultados claramente superiores en la eficacia de los tratamientos.

Los escasos oyentes de mis charlas debieron soportar mis especulaciones y proyecciones, improbables hasta ese momento: "Imaginen el impacto que tendrán las nuevas tecnologías como apps, wearables y sistemas de telemedicina si el mero uso del teléfono pudo hacer semejante diferencia", afirmaba como speaker y entusiasta tecnológico, mientras observaba como se arqueaban las cejas de mi abnegada audiencia.

Pero ya no se trata de opiniones de entusiastas ni profesionales tecnológicos; hoy son los médicos, las publicaciones científicas, las sociedades médicas y las agencias reguladoras de salud de primera línea mundial que ponen sus nombres y prestigios en juego, promoviendo la incorporación de tecnología en los tratamientos, publicando nueva evidencia, y hasta aprobando (como es el caso de la FDA) flamantes tecnologías de terapias digitales que hasta hace 10 años podían considerarse poco serias o simplemente pertenecientes al campo de la ciencia ficción.

El 1 de mayo de 2019 la revista The Lancet lanzaba su nueva publicación enfocada en "medicina digital" desde el artículo titulado "A digital (r) evolution: introducing The Lancet Digital Health". Su línea editorial era muy clara: "Este approach ha guiado a los objetivos de nuestra publicación desde su lanzamiento: darles soporte a los estudios de digital health robustos y reproducibles, y a unir investigadores y clínicos de distintas disciplinas, ayudándoles a descubrir, colaborar y a inspirar".

A nivel local, tanto en la Argentina como en el resto de Latinoamérica, los profesionales médicos avanzan todos los días en el uso de tecnología con sus pacientes, primero desde sus prácticas privadas, más ágiles y autónomas, y después desde sus espacios institucionales y de representación desde Sociedades Médicas.

Desde 2018 se volvió habitual encontrar publicadas periódicamente nuevas guías, recomendaciones, consensos o guías que se expiden sobre la experiencia clínica de sumar tecnologías de distinto tipo en los tratamientos y ensayos.

Los websites oficiales de gobiernos, sociedades médicas, medios científicos e instituciones líderes son la evidencia de que la comunidad médica ha abrazado la tecnología y crece diariamente en la generación de nueva evidencia alrededor de ella.

Se sabe que, en la medicina, como en la tecnología, todos somos alumnos y sólo podemos aprender y crecer a partir de la experimentación y el análisis profesional de los resultados que generamos. Una vez más suena el timbre, y es tiempo de volver a clases. □



Representamos empresas de Internación Domiciliaria de todo el país

Sede Central

C.A.B.A - 54 11 4342 2260
info@cadeid.com.ar

Sede Pcia de Bs. As.

La Plata, sedeprovsas@cadeid.com.ar

Sede Regional Centro

Córdoba, sedecentro@cadeid.com.ar

Sede Nordeste

Resistencia-Chaco, sedenordeste@cadeid.com.ar



CÁMARA ARGENTINA DE EMPRESAS
DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Construyendo juntos el futuro del sector.



www.cadeid.com.ar

ELECCIONES 2021: marcadas por la salud



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Pocas veces hemos llegado a las elecciones en condiciones como las actuales. La situación económica del país, sumada a un contexto social acuciante sin dudas condicionaron los resultados. Luego del negativo resultado para el oficialismo se generó un nuevo escenario donde la política (o la falta de) condiciona la respuesta de los votantes más que la situación sanitaria que lejos esta de ser resuelta.

Por eso no debemos olvidar el lugar que ocupó la salud en la agenda y en la visibilidad pública todo el 2020 y buena parte del 2021. La salud le sacó el sueño al oficialismo hasta las PASO. Apostó por llegar con baja tasa de incidencia y muchos vacunados. No fue la oposición el adversario fueron sus propios yerros y contradicciones junto con groseros errores comunicacionales cometidos.

Tanto oficialismo como oposición quisieron capitalizar los aplausos y la empatía generada por los profesionales de salud ofreciendo candidaturas a médicos en todos los niveles, llamativamente esto ocurrió tanto con afines al Gobierno como a la oposición.

La salud ha sido siempre marginal en las propuestas de gobierno, en el mejor de los casos un slogan de campaña, y las carteras sanitarias siempre moneda de cambio de acuerdos electorales. Pero sobrevuela un ánimo reformista que no debemos desatender ya que estos legisladores en el Congreso decidirán aspectos que condicionan que sistema de salud tenemos.

Desde la añorada Ley Neri al Programa Médico Obligatorio (PMO) se aprobaron allí. Mucha de la fragmentación que sufre el sistema es producto de las leyes vigentes o de la ausencia de ellas. Combinamos una extraña forma de federalismo sanitario atravesado por obras sociales sindicales y un elefantiásico PAMI de alcance nacional junto con transferencias a las provincias desiguales en relación con las respuestas que deben dar.

Cercano al Gobierno, el Instituto Patria elaboró una propuesta en las que fustiga al sector prestador privado, que en la pandemia ha dado casi la mitad de la respuesta sanitaria porque el subsector público no tiene capacidad instalada para la respuesta total. La propuesta es fuertemente estatista sin clarificar como ese subsector va a asumir lo que hoy no cubre o como lo va a lograr.

Señala como responsabilidad exclusiva de la fragmentación al conjunto de prestadores privados sin revisar la fragmentación que sufre el subsector público entre sus jurisdicciones, así como la falta de articulación de obras sociales provinciales y el PAMI. No se abordan problemas tales como el incremento sostenido de los costos del PMO, ni muchas otras problemáticas quedando en declaraciones voluntaristas y un deseo de administrar los fondos.

Todos los sistemas deben definir un modelo financiero, uno de gestión y uno prestador. Otros países federales en el mundo como Canadá o Brasil lograron acuerdos para dotar de equidad al sistema y asegurar una cobertura y modelo similar en todo el país, dejando a las provincias los trazos finos. Son numerosas las intervenciones que pueden hacerse en el Congreso.

Se puede ordenar el financiamiento del sistema de obras sociales, se puede promover la provincialización de los núcleos de financiamiento si hay valentía de revisar la caja de los sindicatos y perder poder centralizado. Se puede revisar la gestión y la cobertura revisando el modelo del PMO, haciéndolo también obligatorio para quienes están fuera del sistema de seguridad social y solo son cubiertos por el Estado.

Se puede poner en marcha de una vez por todas las Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías que permitiría que un país con las dificultades del nuestro elija más sabiamente, informado por evidencias científicas, las intervenciones que son efectivas y deberían ser cubiertas por el sistema. Se puede regular la oferta prestadora haciéndola más racional y acorde a las necesidades y esto se puede hacer desde la habilitación de servicios a la planificación del recurso humano.

Debemos interpelar a los candidatos sobre estos temas. La salud que construyamos en el futuro inmediato será la que nos protegerá (o no) en lo que queda de pandemia y en las que vendrán. □

(*) Médico (MP 18877). Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur. Ex Director Nacional de Capital Humano Ministerio de Salud.

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

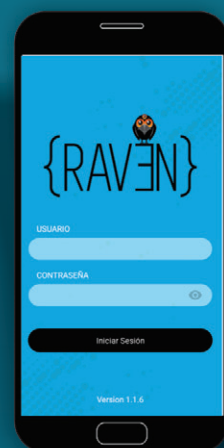


GRUPO
Proyectar

Ahora Internación Domiciliaria también en Buenos Aires

A diario más de **1500 pacientes** reciben prestaciones domiciliarias a través de más de **1000 profesionales** de la Salud.

Exclusivo y único
Sistema Online de
Monitoreo de Prestaciones.
Aplicación móvil propia
para garantizar la calidad de
nuestros servicios domiciliarios.



www.gproyectar.com

Casa Central Córdoba
Av. San Martín 58 - Villa C. Paz
(03541) 431984 - 433898
Sucursal La Falda
San Lorenzo 80 - Loc. 6.
(03548) 423993

Sucursal CABA
Lavalle 391 - 6° A
(011) 43138284 /
43129034

Sucursal Mendoza
Serú 165, Mendoza
(0261) 4240327)

Sucursal La Rioja
San Nicolás de Bari 110
Ciudad de La Rioja
(0380) 4442720

El sistema de salud y los nuevos desafíos

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



Con las aperturas casi generales que se están realizando en todo el país y la aceleración de la vacunación podemos hablar de un punto de inflexión que sirve para poder mirar hacia atrás, hacia adentro y para adelante.

El mundo va camino a la convivencia con el Covid-19, pero en tanto y en cuanto la vacunación logre atenuar y frenar sus efectos pasará a formar parte de una de las tantas patologías estacionales, aunque habrá que mirarla de cerca.

Lo más significativo tiene que ver, claro está con la no obligatoriedad del uso de tapabocas en espacios abiertos y cuando no haya aglomeraciones; sin dudas unos de los símbolos de esta pandemia que aún está con nosotros y de la cual deberemos aprender a convivir y a seguir cuidándonos.

¿Es el fin de una etapa? No. Pero es el comienzo de los nuevos tiempos con un virus al que debemos seguir de cerca y no perderle pisada ni atención, mucho menos distraernos en discusiones banales.

Con todo, la apertura de aforos, de circulación y de la nueva normalidad nos coloca a todos frente a una nueva dinámica en lo familiar, en lo social y en lo laboral.

A todos nos corresponde pensar el sistema de salud que se viene y en cómo prepararnos para las nuevas exigencias y esto tiene que ver con políticas que tengan en cuenta la formación de equipos de trabajo formados para una nueva manera de trabajar y hay que remarcar la nueva relación paciente-médico, de modo presencial en la mayoría de los casos y en la telemedicina en otros.

Es importante porque el sistema de salud volverá a su día a día con la llegada del grueso de pacientes de la Ciudad de Buenos Aires y de todo el país que se acercan al hospital público. Tenemos que estar preparados porque el invierno que viene será otro desafío por enfrentar.

Es imprescindible que el hospital del futuro, que en realidad es del mañana, aglutine de manera coordinada equipos de trabajo, medidas de seguridad para médicos y pacientes, estructuras edilicias adecuadas porque este virus que se acaba de instalar es impredecible, letal y ya lo ha demostrado. Los hospitales deben estar adecuados para la atención de los miles de pacientes que llegarán a los mismos.

Pero atención, en el día a día mientras "celebramos" la realidad sin barbijos tenemos que ser muy responsables y seguir cumpliendo con los protocolos que nos han acompañado hasta hoy, una manera de cuidarnos de manera individual y colectiva protegiendo, claro está al equipo de salud; si lo hacemos no volveremos a tener la tensión que hemos tenido no hace mucho.

Como Institución, la Asociación de Médicos Municipales está comenzando a recuperar la normalidad, con burbujas, aforos y el protocolo correspondiente porque somos responsables, pero sabemos que la presencia en el puesto de trabajo y la socialización es un bien que ayuda a la salud mental.

En este sentido, el Polideportivo volvió a abrir sus puertas también respetando las condiciones de seguridad correspondientes. Es una foto muy linda ver como nuestro espacio comienza a recuperar la vida y como nuestros mayores y

menores comparten el día en lo que para nosotros es un orgullo.

Estamos con un 70 por ciento de aforo y vestuarios abiertos para quienes concurren a realizar las prácticas deportivas habituales, aunque habrá que esperar un poco más para realizar reuniones sociales en espacios cerrados. Hace bien a la salud y mucho mejor al corazón.

Desde el punto de vista gremial seguiremos trabajando más que nunca para estar a la altura de los tiempos que se vienen y acompañar en la nueva etapa que está por llegar. Recientemente hemos alcanzado, luego de una larga lucha, un logro por demás trascendente: la homologación de la estructura de guardia de los hospitales ex nacionales a la de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Con este enorme objetivo cumplido, los jefes de guardia de Sección pasarán a Unidad y dicho servicio en su conjunto será reconocido como departamento de urgencia. La AMM trabajó mucho para que se haga realidad un reclamo histórico de nuestros colegas que redundará en mejores condiciones salariales y de desarrollo profesional.

¿A las autoridades qué le pedimos? Sencillo: que cuiden al que cuida. Que haya refuerzos en la vacunación, que seamos los primeros en recibir las terceras dosis de las vacunas, que se respeten los descansos y se piense en una red de contención para el que atiende.

El mundo atravesó una pandemia que hizo estragos y que aún nos sigue castigando. Nos dejó heridas y cicatrices profundas y puso al sistema de salud al límite, con un stress inimaginable en todos los componentes que forman parte del equipo de salud.

Es importante y no nos cansamos de decirlo que tenemos que mirar al que cuida, no abandonarlo, trazar esquemas de trabajo que permitan gradualmente formar nuevas burbujas para que los colegas puedan tener el descanso adecuado, que muchos no tuvieron o tuvieron muy poco. Tenemos la ventaja que pronto llegará el verano y es una nueva oportunidad para prepararnos para lo que viene, para que la convivencia de las enfermedades estacionales con esta nueva cepa no sea traumática.

Deseamos que las autoridades cumplan con los compromisos asumidos y que no gastemos energías en discusiones sobre temas que ya están sobreentendidos, como fue el de la recuperación de los 10 días de licencias. Por eso, nuevamente desde Médicos Municipales queremos destacar la tarea de quienes transitan por los pasillos de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, de los que trabajan en los centros de salud, en los vacunatorios y a todos los colegas del resto del país.

Durante este tiempo hemos demostrado que estamos plenamente capacitados para la tarea titánica que demanda esta nueva enfermedad que hace estragos en el mundo, también saben que somos un elemento de consulta para tener en cuenta. Conocemos los pasillos, las terapias, hemos trabajado codo a codo durante la pandemia poniendo en riesgo nuestra propia vida y lo seguiremos haciendo. Es el momento para que nos pregunten por que en la foto final será el equipo de salud quien será reconocido con el correr de los años. □



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

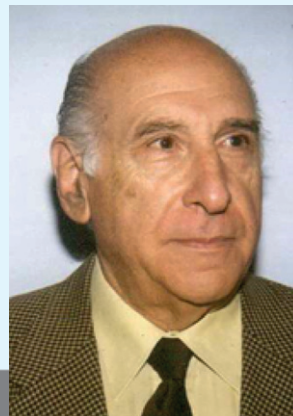
Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



El hospital, un instrumento de cambio

"Hoy lo único permanente es el cambio"
(Charles H. Mayo, 1907)

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Los hospitales cumplen funciones relevantes por constituir un miembro clave en una *Red de Servicios*, siempre que estén preparados para ello y para responder a los cambios que se producen en su entorno, en materia de salud.

Por tal razón en los *Sistemas de Atención Sanitaria* con gran segmentación de la población es donde adquieren relevancia en el camino de la reducción de las desigualdades, lo que obliga a producir cambios en su funcionamiento y constituir un hospital para la igualdad y posiblemente para la equidad.

El reto de alcanzar eficiencia y calidad se mantiene desde hace tiempo pero con avances modestos debido a la falta de asignación de objetivos consecuentes a la escasa autonomía de la gestión.

Cualquier reforma que se plantee con independencia del modelo sanitario debe tener en el hospital la garantía al acceso a los servicios en condiciones de equidad, siempre que, como organizaciones complejas puedan desplegar todos sus potenciales.

El hospital como proveedor de servicios de alta relevancia social debe atender al desarrollo organizativo y tecnológico, no sólo para adaptaciones temporarias, como se observó en la pandemia, sino para llevar a cabo acciones estratégicas de gran alcance.

Es cierto que algunos han progresado ediliciamente y otros incorporaron tecnología, pero la estructura de funcionamiento y los procedimientos es lo que no ha cambiado. Es así, que la innovación y las mejoras que se produzcan en los sistemas de atención podrán ser mayores o mejores, pero necesitan que la financiación y la gestión alcancen al hospital por ser los componentes que hacen a su desarrollo.

Interesa caracterizar al hospital como una organización que requiere un uso intensivo, tanto del RR.HH., como el tecnológico y financiero, para ser protagonista de la cobertura del II y III nivel de atención en una *Red de Servicios*, con responsabilidad sobre la población.

La definición de los servicios, prácticas y prestaciones no requieren de un nomenclador.

Son las patologías y diagnósticos que le llegan para su atención, los "clientes" que condicionan y orientan su capacidad resolutoria. Se trata de responder a una necesidad y no a una demanda aislada, a un servicio o a un médico.

En la actualidad los hospitales presentan escasa capacidad de decisión debido al marco jurídico que los regula, lo que dificulta avanzar sobre su descentralización. Su organización

vertical y división por especialidades conspira sobre el funcionamiento horizontal y el trabajo en equipo.

A su vez la precarización del modelo de contratación y remuneración salarial regulada por escalafones sólo aseguran la subutilización de los recursos técnicos, edilicios y económicos asignados.

En otros países han innovado en esta materia con la finalidad de incentivar la productividad y la eficiencia por medio de los llamados compromisos o contratos de gestión, vinculando la asignación de los recursos económicos al cumplimiento de metas asistenciales que privilegien la demanda de la población.

Ello implica pasar de la organización burocrática dirigida por presupuestos según partidas a otra de comportamiento estratégico sobre la base de una estructura matricial funcional, que reconozca el área del conocimiento y las de aplicación de esos conocimientos y que incorpore o fortalezca el concepto de la gestión clínica.

La tercerización de algunos productos y la asociación con el sector privado hacen posible la incorporación de tecnología y la reducción de las inversiones y ciertos costos. En materia retributiva pueden coexistir distintas modalidades según fuera la relación con el servicio. En cuanto al personal estable y en relación de dependencia, el salario tiene como unidad la hora que como en cualquier otra modalidad tratan de maximizar sin aportar beneficios al hospital.

La gestión en este modelo de pago debe destacar las ventajas haciendo posible la dedicación y desarrollo profesional. Su valor está vinculado a la responsabilidad y riesgo de la tarea, si hay o no contacto con el paciente, si la atención es programada o no, el nivel de adiestramiento y habilidades necesarias, el grado de estrés, la carga administrativa, sin perjuicio de los incentivos que procuren asegurar los resultados esperados.

El objetivo del *Hospital Igualitario* debería formar parte del interés político de las jurisdicciones, obviamente con la correspondiente asistencia técnica necesaria. Los recursos con financiación externa que han originado un nuevo subsector invadiendo competencia de las provincias, podrían ser reorientados para sostener estos cambios. □

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

**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.





PREVENCION QUE LIMITA RIESGOS ECONOMICOS

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

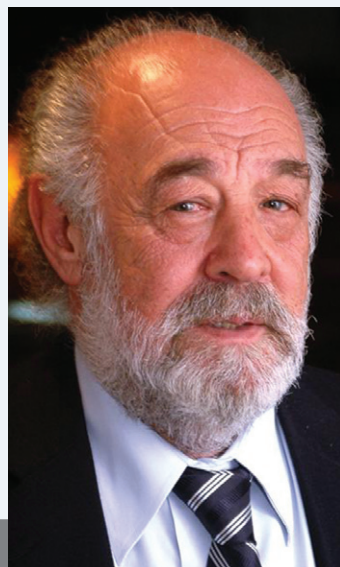
 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

¿Cómo superar el estancamiento argentino?

Salud y universidades, una propuesta

"Usted perdone", le dijo un pez a otro, es usted más viejo y con más experiencia que yo y probablemente podrá ayudarme. – Dígame: ¿Dónde puedo encontrar eso que llaman Océano? He estado buscándolo por todas partes, sin resultado. – "El Océano", respondió el viejo pez, "es donde estás ahora mismo". – ¿Esto? Pero si esto no es más que agua... Lo que yo busco es el Océano, replicó el joven pez, totalmente decepcionado, mientras se marchaba nadando a buscar en otra parte.

Anthony de Mello



Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La necesidad de cambios profundos en la sociedad argentina resulta indiscutible, pero lo cierto es que más allá de discrepancias sobre el sentido de los mismos, lo que comparten los distintos gobiernos y expresiones políticas es la total impotencia para efectuarlos. Se limitan, en el mejor de los casos, a administrar el presente estado de cosas, en lugar de gestionar su transformación hacia el futuro.

Efectivamente, transformar el aparato productivo, crear puestos de trabajo, revolucionar la educación y la formación profesional, modernizar el sistema de administración pública, transparentar el sistema judicial y reformar el marasmo sanitario, son poco más que buenos deseos, y no agendas de trabajo político. Ni siquiera fueron eslóganes de campaña electoral. Todo se reduce a "escuchar a la gente", "volver a ser felices", o vociferar sustantivos abstractos.

Cuando hubo propuestas de reforma (sanitaria, judicial) terminaron cajoneadas antes de empezar frente al veto cruzado y la falta de acuerdos. Tenemos una sociedad civil intensa y demandante pero anestesiada o domesticada frente a los grandes condicionamientos; corporaciones reticentes al cambio que buscan acomodarse frente a la adversidad más que adaptarse creativamente involucrándose con transformaciones conjuntas de fondo. Por último, una pobreza estructural sedimentada en décadas, que deja en el archivo histórico a la sociedad de estándares más parecidos a países desarrollados que a los vecinos latinoamericanos.

¿Cómo superar este estancamiento? El cambio social requiere del encuentro de la ciudadanía con una dirigencia que la escuche, pero que no la obedezca ciegamente. Que la lidere pero que no la arree. Que no le diga lo que quiere escuchar, sino que la convenza de hacer lo que necesita ser hecho. Que en definitiva interprete las necesidades y que no se haga eco de sus demandas.

Por allí hay que empezar. Por conocer, reconocer y detallar *las necesidades*, y con ellas, las falencias, negligencias y errores, como puntapié inicial para trazar un plan de recomposición. En medicina, necesitamos un plan de formación y capacitación a lo largo y ancho del país, que surja del trabajo combinado del Consejo Federal de Salud y del Consejo Federal de Educación, con énfasis en la Secretaría de Políticas Universitarias, y la colaboración de los colegios y sindicatos médicos.

Pero esta y otras transformaciones requieren de

precisar el diagnóstico, y transparentar el verdadero estado de situación en que nos hallamos inmersos. Poder ver **"el océano"** y no simplemente agua. Entonces, ¿cómo abordar la complejidad? En primer lugar, evitando la confusión que genera el *"efecto de aturdimiento"* alimentado con información no sistematizada ni verificada. En segundo lugar, con un detenido estudio de *la configuración social pospandémica*. En tercer lugar, estudiar el grado de **interacción** entre los *contenidos* y las *estructuras*.

Los contenidos dependen de conocimiento validados, pericias en su empleo y normas y procedimientos. Las estructuras, por su parte, dependen de la gobernanza, responsabilidad e idoneidad. Todo lo cual debe ser articulado por un Gabinete Estratégico de Gestión Operativa (GEGO), que he desarrollado en otros escritos a propósito de la gestión de la pandemia, pero más allá de ella.

Pero volviendo a las universidades, ¿cómo enseñar cuando la necesidad es el requerimiento de *replanteos estratégicos* en una Argentina más pobre, más desigual y sufriente? Se debe enseñar no solo a hablar, escribir y leer, sino también a pensar, analizar, proponer e innovar con audacia intelectual. Hoy, por el contrario, prevalece un conformismo que equivale a pasividad. En ese estado de beligerancia, su rol era primario: ¿cómo formar nadadores salvavidas sin piletas de natación? Con universidades "en cuarentena", donde predominó la resignación y el silencio, una universidad minimalista que nos obliga a recordar a la frase de Edgard Faure: "la inmovilidad se ha puesto en marcha y no sé cómo detenerla".

En plena bruma, la pandemia deslumbró en toda su magnitud:

- La indefensión sanitaria.
- La fragmentación y reducción de los "nidos de maestros".
- La postergación de las tareas primordiales en el espacio sanitario.

Diariamente, vemos cómo se reiteran errores, clara muestra del no inicio de una acción en correspondencia con la planificación estratégica. Como advirtió Tartakower Savielly: "la táctica consiste en saber qué hacer cuando hay algo por hacer; la estrategia, en saber qué hacer cuando no hay nada que hacer". Así, seguimos "esperando a Godot" y dándole la razón a José Ingenieros por

aquello de que “la mediocridad es más contagiosa que el talento”, con una dirigencia que ensaya golpes tácticos cuando se trata de erigir tres grandes pilares del verdadero cambio: *estrategia, estructura y cultura laboral*, que son las que infunden metas y el sentido a nuestra labor a fin de revertir la decadencia.

No necesitamos médicos héroes, enfermeros resilientes, ni ministros salvadores, necesitamos transformar las estructuras de formación, atención y gestión sanitaria (universidades y facultades, hospitales y centros de atención primaria, ministerios y secretarías) *para readecuar los contenidos* (especializaciones y enfoques, pedagogía y didáctica, práctica de protocolos procedimentales, de clínica, laboratorio, de prioridades, investigación, monitoreo, registro de eventos adversos, transparencia de las partidas presupuestarias, y un largo etcétera). Como herramientas “dispositivas” que den sustento a una **gobernanza** hoy inexistente que conjugue contenidos con estructuras que interactúen.

Necesitamos una nueva Reforma Universitaria que retome y redoble las banderas de la centenario de 1918, pero que readecúe valores y prácticas a las realidades de este siglo. A su población, al mundo globalizado, a los desafíos y oportunidades tecnológicas, a la altura de la ciencia actual, a la práctica profesional. *Que se transforme para transformar.*

Que su autonomía no signifique aislarse de las realidades profesionales, laborales, económicas, políticas; sino que sea un aporte de fortalecimiento académico no servil a ninguna corporación ni dirigencia, pero en diálogo con ellas al servicio de la sociedad. En definitiva, que se involucre en un proyecto de Nación, en lugar de esconderse en la comodidad de la virtualidad y en la inercia burocratizada de expender títulos crecientemente degradados.

Debemos retornar a un *pensamiento crítico* como sustento de una planificación estratégica acorde a fines concretos en confluencia con un *pensamiento operacional administrado* con honestidad y responsabilidad. Para alcanzar así un nuevo paradigma sanitario que articule la diversidad coordinando un sistema de salud dinámico en correspondencia con las pautas científico-técnicas y a una población en constante evolución. Tal sería un aporte a la democracia del siglo XXI: construir gobernabilidad al fortalecer instituciones que se legitiman brindando soluciones a problemas acuciantes y permanentes.

En otras palabras, empecemos a bucear en las profundidades del océano, en vez de ahogarnos en un vaso de agua. □

(*) 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 Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” – (2012) “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



“Hace muchos años que la Argentina vive en crisis de salud”

En una charla imperdible con *Revista Médicos*, Carlos Vassallo Sella (*), especialista en economía y gestión de la salud, analiza y describe con particular agudeza la situación actual y el futuro del Sistema de Salud.

¿Estamos ante una crisis en el sistema de atención de la salud?

Hace muchos años que la Argentina vive en crisis de salud así que ya constituye un estado natural. Lo que sucede es que la gente no tiene elementos para evaluar y el sistema se dedica a esconder debajo de la alfombra la ineficiencia y la corrupción.

Este es un sistema particularmente estresado. Millones de argentinos no tienen un seguro formal de salud y no pueden pagar su atención médica. La prevención y promoción de la salud es muy débil y la población pobre asiste y/o accede al sistema de atención cuando ya la enfermedad invadió su cuerpo.

El Covid-19 desnudó problemas estructurales del sistema sanitario que ahora han quedado a la vista, como la fábula del rey desnudo. Los ciudadanos y los políticos se han percatado que algo no funciona bien. La pregunta es si van a hacer algo al respecto.

¿Quién está en mayor riesgo?

Los riesgos mayores son las personas bajo la línea de la pobreza, los que tienen bajos ingresos y los que están trabajando en la economía no formal y por supuesto sus familias. Ninguno de ellos cuenta con un seguro de salud. Eran aproximadamente 15 millones de personas que se ampliarán enormemente por la pérdida de trabajo y el empobrecimiento general del país.

Asimismo, existirá una mayor presión sobre el sistema público considerando la población que se desgranará de la seguridad social (empleos formales e informales) y que ahora deberá atenderse en el sec-

tor público que está siendo benévolo, 20 años atrasado en materia de gestión sanitaria.

¿Cómo los expertos de otros países suelen ver nuestro sistema de atención de la salud?

Cuando asistimos a los congresos y conferencias regionales e internacionales y uno intenta explicar la diversa y compleja cobertura sanitaria de los argentinos, se suelen observar dos cues-

tiones: por un lado, admiran lo que se hace en clínica médica en la Argentina, que tiene algunos nichos de atención y áreas de investigación (2 nobeles de medicina y prestadores de excelencia (Italiano, Fleni, Alemán o Austral) e incluso en el sector público (Garrahan y El Cruce).

Pero, por otro lado, observan con preocupación cuestiones de calidad, seguridad del paciente y del personal sanitario por un lado y se muestran sorpren-

didos del malgasto de recursos y altos costos de transacción del sistema en general por la falta de coordinación y gobernanza en el funcionamiento del sistema.

Un país que gasta casi 10% PBI y que tiene 40% de la población sin seguro de salud tratando de no enfermarse porque dependerá de la caridad y de la compasión que pueda encontrar en el personal sanitario público que trabaja con salarios bajos y en pésimas condiciones organizativas, para poderse recuperar.

Afortunadamente la mayoría de la población es sana y sólo un mínimo % requiere de prestaciones de alta complejidad. Que no se pueden asegurar porque cada grupo social atiende su propio juego y no se termina de organizar el pool de riesgo adecuado para brindar las prestaciones que requiere esa minoría de la población.

¿Cuál es su opinión acerca del sistema de seguros?

En la Argentina el 60% de la población tiene un seguro de salud de diferente origen puede ser Seguridad Social Nacional (obras sociales sin-



dicales y empresariales) PAMI (jubilados), seguridad social provincial (obras sociales e institutos provinciales), seguridad social universitaria (obras sociales universidades) y seguros privados de salud (medicina prepaga).

Los seguros han crecido promoviendo la utilización y con escasa atención al cuidado y mantenimiento de la salud de la población asegurada. En el caso de la Seguridad Social Nacional el incentivo perverso que las personas cuando se jubilan se van al PAMI no ha colaborado para fortalecer un enfoque preventivo. La pandemia ha permitido comprender que el modelo de pago por servicios tiende a animar a los profesionales a ocupar el mayor número de camas y realizar la mayor cantidad posible de procedimientos de alta complejidad. Esto conlleva a aumentar el costo de la asistencia, pero no ayuda a mejorar los resultados de los pacientes.

El resto de la población se atiende en el sector público provincial que es el responsable de los centros de salud y hospitales públicos, hay una pequeña participación del estado nacional mediante programas específicos donde podemos destacar el Plan Sumar, el Plan Remediar (medicamentos ambulatorios) y alguna cobertura para medicamentos especiales.

Rescato especialmente el Plan Sumar como una iniciativa nacional que intenta articular la demanda y oferta de servicios públicos con instrumentos de gestión moderna para intentar mejorar la productividad y la performance de los niveles provinciales de atención de la salud.

Además, existe una especie de seguro para los más vulnerables que es el programa Incluir Salud (discapacidad, pensionados, etc.) que tiene 1 millón de beneficiarios.

La participación de los municipios es menor en casi todo el país salvo en Córdoba, Rosario y algunos partidos de la provincia de Buenos Aires donde son la verdadera oferta pública de servicios de salud.

¿Qué pasa con el problema de la cobertura para las personas y las condiciones preexistentes?

Hay un verdadero problema en la Argentina que deben enfrentar las personas con bajos ingresos, personas que trabajan en forma irregular dado que establecer una formalización del empleo es muy caro para un pequeño y mediano empresario y el Estado y los sindicatos no han querido o no han podido entender que una disminución de la presión de los impuestos al trabajo podría traer au-

mento de la oferta y la posibilidad de incluir mayor cantidad de personas dentro de la cobertura.

Con todos los beneficios que trae una economía en blanco. Estas personas que se declaran como monotributistas para poder trabajar e insertarse constituyen una deuda pendiente en la modernización de las relaciones laborales. Por otra parte, los sindicatos se quejan del bajo aporte de los monotributistas y otras categorías, pero la verdad se hace muy poco para regularizar el funcionamiento de la actividad laboral y lograr incorporar esta población a un régimen formal.

Los mecanismos de doble indemnización aportan hipocresías porque en la realidad los trabajadores cuando tienen que desvincularse y sabiendo lo que demoran los juicios en la Argentina terminan arreglando con los empresarios para poder desvincularse y cobrar algún dinero. La vía es promover la creación de empleo para ampliar la cobertura de las personas y la base de sustentabilidad de la seguridad social. Y por otro lado un cambio organizativo de las provincias creando aseguradoras públicas que puedan nominalizar y brindar cobertura sanitaria esencial a las personas con bajos ingresos o desempleados.

¿Le parece que cada vez más personas perderán la cobertura?

Creo que el sistema basado en el empleo en la Argentina tenía una gran virtud que era ser automático en la recaudación. Cuando la persona ingresaba a trabajar de manera inmediata tenía la cobertura de salud propia y de su familia y todos formaban parte de un grupo y se compensaban los riesgos. La Argentina llegó a tener pleno empleo en los años setenta y toda esta gente aportaba a las obras sociales siendo joven.

Desde los noventa cambió el panorama con gente desempleada, y mayor rigidez en las relaciones laborales que condenaron a mucha gente a perder el trabajo y quedar en ese status. Sin embargo, el sistema de estar atado al empleo tiene desventajas y son que uno pierde la cobertura si pierde el empleo y así en el peor momento de la vida, cuando uno más necesita la cobertura de salud se pierde después de 6 meses.

Hace años que la generación de empleos formales que sustentan la seguridad social ha estado cayendo y se han colgado de ese subsistema diferentes colectivos que aportan muy poco (monotributistas, amas de casas, etc.) y los legisladores de manera irresponsable siguen aumentando la cobertura sin considerar el financiamiento necesario para solventar esas prestaciones. Es un

cóctel explosivo que termina en el ajuste por restricción en el acceso y calidad de los servicios.

El esquema de financiamiento procíclico tiene esta debilidad y en los países donde el financiamiento no está atado al empleo sino a la ciudadanía las personas nunca quedan sin seguro de salud. En Canadá, Francia, Inglaterra, Italia o en Alemania, las personas nunca se quedan sin seguro.

¿Qué es el tema del racionamiento?

El racionamiento es cuando un gobierno retiene y contiene determinados bienes y servicios que son beneficiosos para las personas. Se puede hacer de dos maneras, utilizando el sistema de precios. Se podría resumir de la siguiente manera: "Si no tienes dinero, no podrás acceder". O como sucede en Europa o Canadá los gobiernos definen un listado de prioridades para evitar el riesgo moral del uso excesivo de los recursos o bien se plantean ciertas definiciones explícitas: por ejemplo, una persona es demasiado vieja para recibir un trasplante o una prótesis.

En la Argentina para un conjunto de ciudadanos pareciera no existir límites. El cielo es el límite. Y ahora convivimos con la judicialización que le da el visto bueno a todo tipo de requerimientos sin evidencias y se ponen a la cabeza del gasto dejando de lado prestaciones costo efectivas en materia de prevención de la salud para toda la población.

Los jueces niegan pocos o casi ningún procedimiento. Pero los no asegurados 15-18 millones de personas conviven con un racionamiento brutal por parte de los precios y sus ingresos. Para este grupo el mercado no puede evitar el racionamiento a través del sistema de precios, pero también existen políticos que intentan construir protecciones sanitarias ilimitadas sin tener un mínimo de responsabilidad fiscal, prometiendo el paraíso a todos y en todo lugar y momento.

Lo que sucede en la realidad es que la gente que consume es la que llega primero y el resto pasa para después. Nadie pondrá el límite ni saldrá a hablar en nombre de la racionalidad. De esta manera se acumulan los reclamos y los consumos hasta que aparece la mano invisible del default que no genera costo político específico dado que lo hizo el mercado y nadie en particular. Esta es una metodología muy utilizada para todas aquellas decisiones desagradables.

Nadie quiere tomar el toro por las astas y tampoco creamos instituciones

para sostener las decisiones de manera científica (Agencia de Evaluación de Tecnologías). Desgraciadamente la irresponsabilidad fiscal y el populismo en este país está muy difundida entre los partidos políticos mayoritarios y esto nos ha conducido a una situación terrible en materia de administración estatal de los servicios sociales. La política pareciera concentrarse en los mecanismos de distribución ignorando la producción y la exportación que debe sostener los ingresos.

En su opinión: ¿tenemos una confusión acerca de nuestro enfoque de la atención de la salud?

Bueno, los argentinos se han centrado en el individuo como la unidad de ética y la educación que se imparte a todos los médicos se podría resumir de la siguiente manera: usted debe hacer lo mejor para ese paciente, independientemente de lo que los efectos indirectos pueden afectar a otros pacientes. El problema es que si utiliza todos los recursos en un paciente no tendrá para atender y cuidar a otros pacientes con el mismo derecho (costo de oportunidad).

Esto se convierte en una carrera quien llega primero tiene servicios y si lo hace último se quedó sin poder acceder. Esta tensión es realmente una contradicción porque, por un lado, pretende ser una comunidad, pero, por otro lado, todo se estructura en torno a la persona. La base de cualquier sistema de salud es la ética social (reglas) que debe obedecer. Y esto tiene que ser explícito.

Si usted va al continente europeo, se encontrará con el denominado principio de solidaridad. Ese es el principio ético, y por eso, no van a hacer ciertas cosas que pueden tener sentido económico. Ellos dicen: "Oh, esto violaría el principio ético de la solidaridad". En los países sin reglas claras nunca hemos discutido abierta y seriamente la cuestión ética. Es algo que siempre ha sido barrido debajo de la alfombra y nadie quiere participar en un debate abierto sobre cuál debe ser la ética social que impulsa nuestro sistema de salud.

¿Cree Ud. que los argentinos piensan que el cuidado de la salud es una obligación social o una mercancía?

En primer lugar, cuando se dice los argentinos no hay tal variedad cuando se hace una encuesta. Si los encuestados son argentinos con trabajo formal o informal la mayoría dirá que los cuidados de la salud deberían ser un derecho. La salud debe ser igualitaria. Si a continuación, consultamos a los tomadores de

decisiones, los ejecutivos de empresas, las personas que dominan en el Congreso, no se puede decir abiertamente: "No estamos de acuerdo con esto".

Pero, de hecho, si usted sabe lo que han hecho en los últimos 30 años, creen que la salud es responsabilidad del Estado y de las obras sociales y legislan sin responsabilidad ampliando derechos y protecciones sin límites. Esa es la ética social oficial de las clases dirigentes. Me gustaría que alguien tuviera el coraje de decir la verdad, pero no lo van a hacer porque está fuera de la sintonía con que la gente juzga la salud.

¿Cómo podemos hacer frente a los no asegurados?

Para las personas que no están aseguradas, suele suceder que si son enfermos leves se los deja valerse por sí mismos. Si ellos pueden darse el lujo de ir al médico, muy bien. Si no pueden es un problema. Cuando se ponen en estado crítico en que corre peligro la vida, tienen derecho por ley de asistir a cualquier hospital que está obligado a atenderlos, estabilizarlos y cuidar de ellos. Podríamos decir irónicamente que tenemos una política universal de seguro catastrófico en vigor en la Argentina y es la sala de emergencia de los hospitales públicos.

Eso es sin duda una manera ineficiente para brindar atención médica, ya que por lo general esperan hasta que la gente esté muy enferma y entonces el sistema tiene que hacer una serie de intervenciones muy caras. Además, sabemos que las personas sin seguro médico mueren antes y a una tasa más alta de las mismas enfermedades, simplemente porque ingresan al sistema demasiado tarde. ¿Por qué dejamos que se vaya a esta fase crítica? Por qué no podemos dar a estas personas la nominalización, la definición de una cobertura preventiva, de diagnóstico y esto podría ser más económico.

¿Dónde ve Ud. que estamos yendo?

Si miro hacia los próximos diez años por delante, lo primero que podemos darnos cuenta es que se aumentará la población que se atenderá en el sector público por la pérdida de empleo y la consecuente pérdida de la cobertura de la seguridad social. Hace muchos años que venimos ajustando por calidad y la inflación general suele superar el aumento de precios del sector salud.

La pandemia ha desnudado ante el ciudadano lo que sabíamos los expertos y especialistas que este sistema de salud no estaba preparado para enfrentar de-

safíos en extensión (cantidad de gente) cuando si lo está para la profundidad (islas de conocimientos, y nichos de excelencia). La Argentina tiene problemas en materia de bienes y servicios públicos para resolver la masividad. Y lograr conciliarla con la calidad que requiere.

Para los que estamos convencidos en la necesidad de avanzar hacia un país más federal hay dos limitaciones muy importantes, las diferencias de nivel de ingreso entre una provincia y la otra, pero también la falta de rectoría y gobernanza nacional en la materia.

La ausencia de una ley de coparticipación moderna y adecuada a los nuevos tiempos impide pensar en un estado trabajando de manera conjunta nación, provincias y municipios. La mayoría de las veces uno los encuentra superpuestos o compitiendo para ver quien desempeña tal o cual actividad mientras que hay una serie de funciones que no cumple nadie.

No soy optimista respecto del futuro creo que sin consensos amplios que trasciendan los partidos políticos, toda reforma será muy difícil de concretar. La Argentina tiene un sistema complejo de comprender, de analizar y de cambiar y existen retrasos importantes desde el punto de vista político y técnico para conducir este cambio.

Ya a comienzos del siglo XVI Nicolás Maquiavelo advertía a Lorenzo de Medici: "Debe notarse bien que no hay otra cosa más difícil de manejar, ni cuyo acierto sea más dudoso, ni se haga con más peligro, que el obrar para introducir nuevos estatutos. Tiene el introductor por enemigos a cuantos sacaron provecho de los antiguos estatutos, mientras que quienes podrían sacar el suyo de los nuevos no los defienden más que con tibieza. Semejante tibieza proviene en parte de que ellos temen a sus adversarios, que se aprovecharon de las antiguas leyes, y en parte de la poca confianza que los hombres tienen en la bondad de las cosas nuevas, hasta que se haya hecho una sólida experiencia de ellas". □

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



El opaco mundo de los medicamentos de alto precio

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



En el último libro editado junto a Mario Glanc "Gestión del Alto Costo en Salud en Argentina. Un dilema pendiente", resultado de una investigación sobre el tema solicitado por la Federación Argentina de Mutuales de Salud ⁽¹⁾ a la Universidad ISALUD hacíamos mención - entre otros aspectos - a la necesidad imperiosa de generar transparencia sobre los astronómicos precios de los medicamentos innovadores.

Sin duda, lo reconocíamos como parte importante de las estrategias regulatorias para avanzar hacia la conformación de un Fondo Fiduciario de cobertura a partir de la integración de entidades aseguradoras y de la solidaridad como ejes vertebradores.

Un elemento clave para establecer mecanismos racionales de financiamiento del alto costo consiste en transparentar el precio real de las moléculas, lo que debe surgir de información precisa respecto de la I+D y los costos de producción (incluyendo manufactura, marketing y cadena de valor en la distribución).

Sin dejar de lado las reglas de precios implícitas que utiliza la industria cuando el mercado no le provee adecuados incentivos para promover la I+D. Y de la efectividad real del producto. También es necesario considerar que la cuestión de la información confidencial respecto de los precios reales que se acuerdan con los financiadores por parte de las compañías farmacéuticas no implica el mismo riesgo de guardar secreto que el publicar precios y adoptar esquemas de tipo precio-referidos. Por lo cual -en oportunidades- esta información se suele eludir.

No obstante, los procedimientos de información siempre pueden establecerse de forma tal que se preserve la confidencialidad comercial entre financiadores y compañías rivales, siempre y cuando los precios sean justos y equilibrados.

En los últimos años, la incorporación de nuevos modelos de pago basados en resultados (*valuebased health care*), con erogaciones pre pactadas que pueden incluir bonos y penalidades relacionadas a resultados positivos o negativos definidos en un contrato explícito, abre un camino para cambios respecto de la modalidad de simple pago por precio del producto.

Estos nuevos acuerdos de mercado pueden llegar a resolver dos cuestiones claves asociadas a la innovación: la incertidumbre respecto de la efectividad real y contrastada del nuevo producto, por un lado, y los requerimientos de reducción de precios por parte de los financiadores por el otro. Sin que ello ponga en peligro las relaciones de mercado con la industria, que podrían verse afectadas en caso de búsqueda de enlaces con precios internacionales de referencia.

El problema es que se trata de un mercado opaco, donde el tema del precio de los medicamentos innovadores entre países muchas veces se ignora o soslaya.

El "Termómetro de precios de referencia internacional de medicamentos" que desarrollara hace pocos años atrás el Ministerio de Protección Social en Salud de Colombia bajo la conducción del Lic. Alejandro Gaviria como política de

regulación de precios, fue un paso adelante en el sentido de lidiar con las nuevas tecnologías innovadoras y sus costos.

Pagar todo a cualquier precio, fijado bajo condición monopólica y hasta donde el mercado aguante, obliga a analizar la heterogeneidad y dispersión de lo que paga el sistema por un mismo producto.

Hoy, en función de la aceleración de la escalada de precios y frente al riesgo que esto implica para la sustentabilidad de los financiadores y del propio sistema de salud, resulta estratégico reformular y diseñar mecanismos de regulación, gestión de compra y pago. Lo suficientemente innovadores como lo son los propios medicamentos que deben ser adquiridos para tratar las enfermedades denominadas de Alto Costo. Más precisamente en nuestro país, con los precios más altos de la Región.

Colombia estableció una metodología para los principios activos químicos o biológicos con carácter monopólico tomando 17 países de referencia -entre latinoamericanos y europeos- y efectuó un percentilado determinando que no debería pagarse por encima del percentil 25 o como máximo del 50. Se fijó el precio de cada país en dólares para idéntico componente y presentación -incluyendo el precio de Colombia- y después se aplicó la tasa de cambio a moneda local.

Tomado como precio de referencia, ese percentil se convierte en el precio del mercado regulado. Posteriormente se publica la fuente para garantizar transparencia completa y se ofrece a la industria farmacéutica que también busque en todas las fuentes. Y esa regulación de precios es seguida atentamente y corregida si corresponde, en tanto el regulador antimonopolio vigila su cumplimiento y aplica multas si corresponde.

El resultado fue que la disminución de precios fue sustancial, del orden del 40% pero en algunos casos mayores al 50%. Por supuesto que este modelo es temido por la industria, pero ayuda a consolidar una política regulatoria.

Hacer esto en un mercado con libertad de precios como el nuestro, donde las empresas perciben la elasticidad de precios de la demanda y fijan precios en base a lo que la sociedad y sus aseguradores esté dispuesta a pagar implica dejar al descubierto un juego del gato y el ratón.

Tabla 1. Precios y rango percentil para abatacept en 2019

País	Precio x mg	Rango Percentil
Sudáfrica	USD 0,46	0
Australia	USD 0,73	8
Colombia	USD 0,93	15
Brasil	USD 0,93	23
Grecia	USD 1,16	31
Turquía	USD 1,25	38
Canadá	USD 1,37	46
Noruega	USD 1,52	54
Reino Unido	USD 1,55	62
Francia	USD 1,68	69
Chile	USD 1,76	77
México	USD 3,05	85
EE. UU.	USD 3,65	92
Argentina	USD 4,06	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del proyecto DIME

Por ejemplo, un ámbito latinoamericano de estudios denominado Proyecto DIME ⁽²⁾ ha puesto en evidencia como países que lo integran pagan por un mismo producto precios superiores a los de los países desarrollados. E incluso entre ellos mismos, lo que implica ineficiencias por discriminación negativa de precios. La Tabla 1 expone que posición ocupa la Argentina para un monoclonal determinado (*abatacept*) dentro del percentilado de precios por mg de éste: *el percentil 100 con un precio de U\$ 4,06 el mg*. Es decir, el precio más alto.

En base a estos elementos, y teniendo en cuenta el caso muy reciente en nuestro país de un paciente joven con Esclerosis Múltiple cuya prepaga no le autoriza la provisión de la molécula *cladribina*, aprobada en 2019 por la FDA como primer y único tratamiento oral de corta duración para la Esclerosis Múltiple en las formas Recurrente-Remitente y Secundaria, me propuse hacer una comparación de precios con la misma droga, marca y presentación requerida por el joven afectado respecto de lo que se paga en nuestro país. El hallazgo no dejó de ser una sorpresa (ver Cuadro 1).

Las diferencias entre los cuatro países en términos nominales tomados como referencia contrastada con el precio en la Argentina oscilan entre el 55,2 % y el 100,2%, lo que demuestra la importante brecha de precios que incluye además dos países vecinos de Latinoamérica. Quizás con los 17 países elegidos por Gaviria como comparadores esta brecha se hubiera mostrado con mayores particularidades.

Cuadro 1. Precios de Cladribina 10 mg comp x 1 según país elegido al 25/10/2021

País	Molécula	Marca	Precio en moneda del país	Precio en U\$	Brecha en % con Argentina en términos nominales	Brecha en % con Argentina En términos relativos
México	Cladribina	Mavenciad	\$ 67.392	3.339	55,2	35,56
Chile	Cladribina	Mavenciad	\$ 2.062.544	2.545	100,2	50,88
España	Cladribina	Mavenciad	• 2.253	2.615	98,1	49,53
Canadá	Cladribina	Mavenciad	C\$ 3.212	2.596	99,7	50,09
Argentina	Cladribina	Mavenciad	\$ 515.713	5.182	-	-

Fuente: Elaboración propia según datos extraídos de fuentes primarias válidas en Google. Precios en dólares ajustados a la tasa de cambio del país.

Pero un ejemplo vale mil palabras. ¿Por qué un financiador en la Argentina debe hacerse cargo de esa privatización de beneficios económicos y de socialización de los problemas, en este caso una demanda justificada como es disponer de un medicamento adecuado en el momento oportuno y dentro del derecho a la salud de un habitante y no poder cubrirla solidariamente sin el costo de oportunidad que ello implica?

Es sólo un sencillo ejemplo de por qué el mercado de Medicamentos de Alto Precio (MAP) exige una regulación. Que no es más que una decisión política. □

Referencias

- 1) <http://famsa.org.ar/2021/06/15/libro-gestion-del-alto-costo-en-salud-en-argentina>
- 2) <http://www.proyectodime.info/>

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





DEPARTAMENTO
HOSPITALARIOS



FEFARA
PROYECTA



INSTITUTO
DE FORMACIÓN
EN GESTIÓN



SISTEMA FEDERAL
DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL



RESPONSABILIDAD
SOCIAL INSTITUCIONAL



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



IECS
INSTITUTO ECUATORIANO
DE CLÍNICA Y SALUD



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

La evolución digital de los financiadores de la salud

Por el Lic. Ariel Camporeale (*)



Con más de 20 años de trayectoria en la industria del software para empresas financiadoras de la salud (Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga), desde Health Management Solutions (HMS) hemos estado siempre enfocados en eficientizar el gasto prestacional, mejorar el proceso de relacionamiento con los prestadores y optimizar los servicios brindados a los afiliados.

Es así, que nuestro devenir, y el de nuestros clientes y la industria de la financiación de la salud, ha estado profundamente marcado por la evolución del negocio, sus procesos y reglas, la evolución de la tecnología que utilizamos y las soluciones que se requieren y ofrecemos.

NUESTRA HISTORIA

Cuando HMS lanzó la primera versión de SaludSoft®, la operatoria de la industria estaba fuertemente basada en trabajo manual y soporte físico en papel. En aquel entonces, gran parte de las aprobaciones requerían la presencia del afiliado en una sede del financiador para solicitar autorizaciones (generando tiempos de atención sanitaria más largos a los que hoy estamos acostumbrados), y muchas otras terminaban resultando en débitos a los prestadores (lo que generaba rispideces en la relación entre los prestadores y el financiador).

Es por ello, que desde la concepción inicial de SaludSoft®, nuestra solución, estuvo basada en un: **Centro Autorizador altamente configurable y una plataforma de servicios que permitiera explotar la conectividad e interoperabilidad entre todos los actores de la industria.**

Ciertamente, en los albores del siglo 21, internet y la seguridad de la información no tenían el estado de madurez actual, y esta concepción no pudo ser inicialmente aprovechada en su máximo potencial.

A pesar de esto, SaludSoft® brindaba todos los servicios necesarios para la gestión administrativa de nuestros clientes, poniendo principal énfasis en dos aspectos: servicios a los beneficiarios (socios/afiliados), y servicios y control a los prestadores.

Con la incorporación y crecimiento de los POS que permitían la validación en línea de las transacciones utilizando las reglas de negocio definidas en nuestro Centro Autorizador, se produjo un gran paso en la mejora de la gestión y servicios. Los procesos dejaron de requerir una autorización en forma presencial en una sede.

Los prestadores tuvieron menos débitos. Y los financiadores pudieron acceder en menor tiempo con mejor calidad

y cantidad de información. Esto les permitió realizar mejores análisis de costos, ampliar y ofrecer nuevos servicios orientados a los requerimientos de los afiliados, realizar controles de topes, auditoría médica y análisis de tasas de usos.

LA EVOLUCIÓN DE LA CONECTIVIDAD

Desde hace unos años, el aprovechamiento de la concepción inicial de SaludSoft® es una realidad. La conectividad se ha democratizado y está al alcance de nuestras manos. Nuestros clientes operan apoyados en la difusión de internet, la evolución de la seguridad de la información, y la proliferación de dispositivos y aplicaciones que nos conectan, y nos dan acceso a contenidos y capacidades extraordinarias e impensadas hace tan sólo una década. Este contexto, nos permite incluso elaborar escenarios en los cuales el POS y el Carrier ya no son necesarios para poder operar.

Es por ello que SaludSoft® continuó madurando, con principal énfasis en la evolución de los procesos de negocio de los sistemas de salud, y la problemática de los beneficiarios, quienes reclaman soluciones informáticas actuales, y a los que los financiadores instan a involucrarse cada vez más en los procesos.

En este contexto, a fines del año 2019, ideamos nuestra nueva arquitectura de solución que nos permitió garantizar la evolución de la misma, plena de novedades para respaldar las nuevas necesidades de los financiadores de la salud. Dicha definición, se basó en dos grandes ejes:

- Aplicaciones móviles y web concebidas con una visión omnicanal, que apelan a recursos tecnológicos a los que nos van acostumbrando las billeteras digitales y otras apps altamente interactivas, dirigidas a una audiencia amplia compuesta por afiliados, prestadores y las organizaciones de la salud.
- Inteligencia artificial, capacidades de análisis de grandes volúmenes de datos e inteligencia de negocios que permitan tomar mejores decisiones.

EL DESAFÍO DE LA PANDEMIA

La pandemia ha sido, y es, un reto disruptivo en la vida de cada uno de los habitantes del planeta. Esto represento un nuevo desafío en nuestro proceso de evolución. En los últimos 18 meses avanzamos 5 años de innovación e implementación de mejoras, sobre todo en el ámbito digital.

Las acciones que hasta marzo de 2020 estaban orientadas a la construcción de futuro, se transformaron en actividades y proyectos para la resolución de necesidades coyunturales e incluso higiénicas para poder seguir operando. En este lapso, se han generado avances tecnológicos, con necesidades de ejecución en el corto plazo y con presión por la urgencia que tenía su implementación.

Los sistemas de salud contaban, históricamente, con dos grandes retos que eran la eficiencia y la equidad. Estos retos cobraron una mayor visibilidad en este nuevo contexto. Se necesitó dar respuesta en forma rápida a necesidades nuevas (o no tanto): los pacientes no debían salir de sus casas, pero requerían acceso a consultas médicas. Necesitaban la prescripción de medicamentos, pero no podían acudir al consultorio para la consulta y obtener la receta en papel, por citar algunos ejemplos.

En este contexto incierto y cambiante, las distintas organizaciones que conforman el sistema de salud se encontraron resolviendo urgencias, y llevando adelante la implementación de nuevas herramientas y procesos. Por otro lado, los usuarios -ya sean prestadores o beneficiarios- debieron adoptar estos cambios. Algunas transformaciones ya se habían comenzado a realizar siguiendo los tiempos de cada institución, pero este nuevo escenario llevó a una rauda implementación. Las evoluciones más destacadas fueron: credenciales digitales, telemedicina y prescripciones digitales o electrónicas.

MIRANDO AL FUTURO

Ahora, con lo urgente resuelto, la evolución de SaludSoft® continúa con foco en:

- Evolucionar las herramientas de autogestión de los prestadores, y afiliados.
- Eliminar de forma definitiva las barreras de ingreso que los esquemas de conectividad basados en Carrier imponían a los prestadores y a los financiadores.
- Seguir acercando el mundo físico al digital, mejorando experiencias y ampliando los escenarios de uso de las nuevas soluciones.
- Estar preparados para las nuevas legislaciones.
- Incorporar de forma definitiva los estándares de interoperabilidad que se están desplegando en la industria.
- Revisar y repensar procesos, para no seguir haciendo lo mismo, pero con herramientas, sino evolucionar el negocio.
- Dar herramientas a los financiadores para hacer más asertiva y efectiva su comunicación con afiliados y prestadores.

Estamos entonces dejando atrás la coyuntura que la pandemia nos generó, respetando nuestra historia y nuestra esencia, con una mirada fresca y sabiendo cuales son nuestros próximos desafíos. □

(*) Gerente General – Health Management Solutions (HMS)

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

El precio de los medicamentos en la Argentina durante la pandemia



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

En nuestro país el precio de los medicamentos crece constantemente por encima del índice general de precios al consumidor (IPC). Depende el período analizado, esto puede ser en mayor o menor medida, pero el resultado final siempre es muy superior el incremento de los precios de los medicamentos sobre el IPC y la inflación.

El precio de los medicamentos impacta fuertemente en las economías familiares ya que conlleva en general un alto gasto de bolsillo ya sea por los medicamentos de venta libre (OTC), por los copagos que deben realizarse, aunque se tenga cobertura social o privada, o incluso muchas veces por faltantes en la provisión pública lo que obliga al paciente (mayoritariamente el más desprotegido) a comprarlo directamente en la farmacia.

También, por supuesto, el precio está muy relacionado con el gasto global. Si analizamos el gasto total en medicamentos de nuestro país vemos que representa un porcentaje muy alto del gasto total en salud. Según un estudio, para el 2019 representó el 17,6 % de ese gasto. En términos de PBI, para ese mismo año representó el 1,65 % del mismo. Si lo analizamos dentro del PBI Industrial (28,1% del PBI) el porcentaje crece hasta llegar al 5,9% mostrándonos la importancia de esta industria. ⁽¹⁾

Pero el impacto de los precios en la canasta familiar no es igual para todos. Por el contrario, es altamente inequitativo. Según la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2005 y 2010), el análisis por quintil de ingresos muestra que, si bien el quintil de más altos ingresos familiares gasta en medicamentos más que lo que gasta el quintil de menores ingresos, en términos proporcionales los grupos más pobres gastan un 58% de su gasto en salud en medicamentos, mientras que el quintil de mayores ingresos destinó el 38% de su gasto total en salud a medicamentos.

EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA PANDEMIA

Los precios de los medicamentos registraron incrementos superiores al alza de la inflación en 2020 según un informe del Observatorio de precios de costos de la salud de la Unión Argentina de Salud (UAS). Según este informe, los medicamentos de uso hospitalario aumentaron en promedio un 278%. Específicamente los medicamentos de terapia intensiva aumentaron un 439% durante la pandemia.

Según el trabajo, los medicamentos de alto costo tuvieron aumentos superiores al 55%, mientras que los fármacos de uso común en pacientes ambulatorios aumentaron 46,1%. Por su parte, los fármacos para el tratamiento de VIH, hepatitis, ITS y tuberculosis aumentaron 84% en promedio. La variación acumulada de medicamentos y descartables

con insumos Covid-19 fue de 119,7%; mientras que en los últimos cinco años los medicamentos aumentaron un promedio de 487%.

Según un relevamiento de Adecra-Cedim publicado en el diario La Nación, en el segundo y en el tercer trimestre de 2020 se registraron los mayores aumentos (77% y 72%, respectivamente). En el último período del año y a inicios del 2021 el encarecimiento fue menor (en el primer trimestre el aumento de precios llegó a ser menor a la inflación del período).

Esto se debió, según el informe, a la resolución conjunta 1/2020, emitida en noviembre 2020, que establecía por 150 días corridos precios máximos de venta institucional a los organismos de salud de los subsistemas público, privado y de la seguridad social de todo el país para los medicamentos de terapia intensiva. Pero una vez finalizado este acuerdo, en el segundo trimestre de este año, los precios volvieron a dispararse con un aumento promedio de estos insumos del 18%, es decir, 10 puntos porcentuales más que el período anterior.

Por otro lado, otro informe, en este caso realizado por el Centro de profesionales farmacéuticos argentinos (Ceprofar) indica que durante el primer semestre de 2021 los medicamentos más usados aumentaron en promedio un 31%, mientras que la inflación general (IPC) en el mismo período fue del 25,3%. Estos mismos medicamentos ya habían aumentado un 10% por encima de la inflación a lo largo de 2020. En total, dice, los aumentos acumulados en 2020 y lo que va de 2021 superan a la inflación general en un 15,7%.

Según el mismo informe, si bien se observaron aumentos en todo tipo de medicamentos (medicamentos recetados más usados, medicamentos más recetados a través de obras sociales y prepagas, medicamentos de uso pediátrico, medicamentos anticonceptivos), los que se ubicaron entre los de mayores aumentos fueron los medicamentos de venta libre de uso habitual. ⁽²⁾

LAS CAUSAS DE LOS INCREMENTOS

Muchas y muy variadas son las causas que determinan semejantes aumentos. En el caso de los medicamentos utilizados en terapia intensiva, es claro que el aumento desmedido de la demanda en todo el mundo de esos productos en tan corto período de tiempo con una oferta que no estaba preparada para ello fue determinante. En nuestro país el agravante es que las moléculas, excipientes, envases se importan. Esto produjo incluso escasez de ciertos productos.

Pero éste no es el caso de otros medicamentos. Como señalamos anteriormente, uno de los grupos de medicamentos que más aumentos sufrió es el de venta libre. Evidentemente la raíz del mal es la inflación. Sin un programa antiinflacionario no será posible estabilizar estos precios. Pero aun con un programa antiinflacionario, debieran realizarse acciones específicas en este mercado de precios tan complejo.

Un trabajo publicado por el CECE (Centro de Estudios para el Cambio Estructural), afirma que los precios medidos en dólares en el año 2016 prácticamente duplicaban a los de una década anterior. Los valores facturados crecieron más que las unidades vendidas por lo que no sorprende que el precio promedio en dólares tenga una tendencia claramente creciente a lo largo de la última década y media.

Por otra parte, la evolución de la facturación en pesos de los medicamentos en nuestro país durante el quinquenio 2011-2016 tuvo una tendencia positiva en el tiempo, con una tasa promedio anual de crecimiento de 31,5%, mientras que las ventas en dólares lo hacen en un 2% promedio anual para ese mismo período. Los precios promedios medidos en pesos superaron la tasa de inflación desde hace más de una década. ⁽³⁾

ALGUNAS ACCIONES POSIBLES PARA DESARROLLAR

El problema del incremento de precios de los medicamentos por sobre la inflación es un problema crónico que debe ser abordado con ciertas especificidades más allá de la necesidad obvia de un programa antiinflacionario.

El desarrollo de ciertos instrumentos y programas específicos son básicos para el desarrollo de una política nacional de medicamentos que incluya los precios. En primer lugar, se debe poner en la agenda nacional este problema. Hoy no lo está. En segundo lugar, se debe contar con información confiable de precios de medicamentos. Se debe desarrollar un sistema de información nacional, sustentable en el tiempo, que reporte en forma transparente y actualizada y que sea de dominio público. En tercer lugar, se deben centralizar las políticas de medicamentos, hoy altamente fragmentadas, en un organismo único.

Este organismo rector debe desarrollar una política de medicamentos que tenga como objetivos el uso racional del mismo, desarrollar un verdadero mercado de genéricos, generar un listado nacional de medicamentos mandatorio para las compras de organismos oficiales y agentes del seguro, eliminar o disminuir la propaganda de medicamentos en medios de comunicación masiva. Cuarto, debemos, de una vez por todas, generar la Agencia Nacional de Tecnologías Sanitarias con incidencia real en la política de medicamentos.

Estos son algunos instrumentos básicos por desarrollar para avanzar hacia una política nacional de medicamentos que incluya los precios. El gasto en medicamentos en nuestro país es muy alto y con tendencia creciente, genera inequidades profundas, contribuye al círculo vicioso de la pobreza, genera nuevos pobres y se está devorando la torta de la salud por sobre la atención médica, la gran perdedora de la puja distributiva. Resulta urgente tomar medidas. □

REFERENCIAS

- 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 Oggier, Rubén Roldán y Carlos González Malla).*
- 2) <http://www.ceprofar.com.ar/2021/07/18/informe-de-precios-de-medicamentos-primer-semester-de-2021/>
- 3) *El mercado de los medicamentos en Argentina. Roberto Bisang, Juan Pedro Luzuriaga, Mariano San Martín. Centros de Estudios para el Crecimiento Estructural. CECE. Septiembre 2017.*

(*) Médico Especialista en Salud Pública. Secretario General del Grupo PAIS.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería



DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB;
4349-0419/20

Cartesianos y nihilistas

"Una sociedad bien organizada, podrá con el paso del tiempo progresar más eficazmente".
August Comte

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)
mklajman@satsaid.com.ar



El **Método Cartesiano**, creado por René Descartes, consiste en el escepticismo metodológico -se duda de cada idea que puede ser dudada-.

Descartes establece la duda: sólo se puede decir que existe aquello que pueda ser probado ("Sólo tenemos acceso a nuestra mente").

El propio Descartes consiguió demostrar la existencia de su propio yo que duda, por lo tanto, es sujeto de algo **-cogito ergo sum: pienso, luego existo, considerando el acto de dudar como indudable.** ⁽¹⁾

Asimismo, el método consiste en realizar cuatro tareas básicas: **verificar** si existen evidencias reales e indudables acerca del fenómeno o cosa estudiada; **dividir** al máximo esas cosas en sus unidades de composición, fundamentales; **analizar** o **estudiar** esas cosas más simples que aparecen; **sintetizar**, o sea, **agrupar** nuevamente las unidades estudiadas en su conjunto real; y **enumerar** todas las conclusiones y principios utilizados, a fin de mantener el orden del pensamiento. Se puede considerar como el método actual del *método científico*.

La contribución de Descartes, con su nueva metodología, fue de extrema importancia para la constante búsqueda del conocimiento "verdadero" a partir de las ciencias. ⁽²⁾

PRINCIPIOS

1. Principio de duda o evidencia sistemática: no aceptar como verdadero algo hasta que se compruebe con evidencia clara y distintamente- aquello que es realmente verdadero. Con la duda sistemática, se evita la prevención y la precipitación, aceptándose como cierto lo que sea evidentemente cierto.

Aplicado al sistema prestacional argentino-véase que no dije sistema de salud, ya que no estoy seguro de que el sistema prestacional otorgue salud- permite dudar de la veracidad de que existe un mercado de la salud. Este llamado "mercado" no sería aplicable a un sistema prestacional e incluso a uno de salud, ya que los sistemas biológicos se comportan en forma caótica, por ende, no son exactos, ergo las leyes de mercado no son aplicables.

2. Principio del análisis o descomposición: dividir y descomponer cada dificultad o problema en tantas partes como sea posible y necesarias para su comprensión y solución y resolverlas por separado.

Dividir o descomponer en partes, es exactamente lo que tenemos que cambiar: la fragmentación del sistema. De este principio equivocado es que se aprovecha el mercado para operar y obtener enormes ganancias subdividiendo continuamente y en forma creciente al sistema.

La extrema corporativización de nuestro sistema es un ejemplo del avance continuo de la fragmentación de éste. Hay que pensar que desde que se quiso comenzar con un sistema integrado en los 70, la subdivisión es cada día mayor. Por lo tanto, es inversamente proporcional a un Sistema Nacional Integrado de Salud.

3. Principio de la síntesis o la composición: conducir cuidadosamente los pensamientos y razonamientos, a partir de las formas más fáciles y simples de conocer para pasar gradual-

mente a los más difíciles, y así ir armando pensamientos para poder probar su funcionamiento.

Al subdividir en muchos subsistemas y a su vez, éstos en cada vez más pequeños grupos, la creación y manejo del pensamiento complejo se aleja cada vez más de la integralidad.

4. Principio de la enumeración o de la verificación (comprobación): hacer verificaciones, recuentos y revisiones para asegurarse de que nada fue omitido o pasado por alto, y poder comprobar si la evidencia es falsa o verdadera.

Dada la creciente fragmentación, el sistema se torna cada vez más difícil de controlar. El alcance de la fiscalización sanitaria no aumenta sus RR.HH. ni sus algoritmos, yendo siempre por detrás de la oferta. Entonces la fragmentación creciente es inversamente proporcional a la fiscalización sanitaria. **Las estadísticas nacionales se tornan misteriosas y relativas.** ⁽³⁾

El **nihilismo** (del latín *nihil*, "nada") es una doctrina filosófica que considera que al final todo se reduce a nada, y por lo tanto nada tiene sentido. ⁽⁴⁾

Nietzsche estructuró la conceptualización del término, pero éste ya existía como corriente en la antigua Grecia representado por la escuela cínica y en el escepticismo. ⁽⁵⁾

El nihilismo niega lo que pretenda un sentido superior, objetivo o determinista de la existencia puesto que dichos elementos no tienen una explicación verificable. En cambio, es favorable a la perspectiva de un devenir constante o concéntrico de la historia objetiva, sin ninguna finalidad superior o lineal.

Es partidario de las ideas vitalistas y lúdicas, de deshacerse de todas las ideas preconcebidas para dar paso a una vida con opciones abiertas de realización, una existencia que no gire en torno a cosas inexistentes.

Introduzco estos conceptos, porque el **nihilismo** en algunos protagonistas del sistema prestacional argentino nos otorga una explicación cruzada de lo que está pasando:

Por un lado, están **los que se aprovechan del concepto de que nada es verificable** e inventan cínicamente teorías amigas del mercado que, al ser el sistema general no verificable, se comportan como "verdades".

En la vereda opuesta están los **nihilistas con expresiones de buenos deseos**, sin que medie un desarrollo programado y posible para cambiar al sistema.

Venimos hablando de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Algunos desde hace décadas, otros desde un tiempo más cercano.

Los problemas del **"pseudo sistema argentino"** fueron en aumento.

Por nombrar algunos:

1. Falta de enfermeras/os universitarios.
2. Distribución geográfica inequitativa de la oferta de servicios prestacionales con concentración de éstos en las zonas urbanas de alto conglomerado.
3. Falta de especialistas en zonas alejadas de los conglomerados urbanos.

4. Zonas de la República con prestaciones alejadísimas entre sí.
5. Formación de grado en las universidades con gran influencia de intereses económicos del llamado "mercado de la salud".
6. Residencias médicas en prestadores privados de relativa calidad, donde se sospecharía mano de obra barata.
7. Medicalización creciente de la sociedad.
8. Corporaciones en aumento.
9. Influencia del sector privado en la toma de decisiones sanitarias. Hasta incluso en la comunicación neurolingüística de difusión de los temas sanitarios.

Podríamos señalar cantidades de problemas en el sistema, pero no es el motivo de esta nota.

La percepción generalizada es que no hay ningún modelo concreto único y puro que permita resolver todos los problemas de salud de la población en nuestro entorno. El modelo sanitario ideal no existe, cualquier modelo que elijamos tiene defensores y detractores por sus propias características y complejidades. La salud en su concepción tiene una dimensión ética que se apoya en valores sociales y políticos, entrecruzados con distintas visiones ideológicas e intereses de todo tipo que no siempre tienen apreciaciones comunes.

El Modelo hace al ámbito de la política y se lo puede definir como: el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios. En él se determinan aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública-autoridad sanitaria.

Esto sería el modelo de salud.

Mientras que **el Sistema hace a la operatividad y ejecución del Modelo**, pero al momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizarlo propio de las características y complejidades que guarda. **Sería el sistema de prestaciones.**

No hay que confundir sistema de salud que es el modelo para alcanzarla, que el sistema prestacional, que son los efectores, que no producen salud, sino que tratan las patologías, justamente cuando no hay salud. ⁽⁶⁾

La propuesta es que pensemos distinto, que la fragmentación en aumento nos conduce a un precipicio donde pierden todos.

Asimismo, la **OMS** visualiza los distintos actores que lo componen al explicar que *"sistema es el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente"*.

Y añade que **"todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo** que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: **garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho humano y universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona y de su comunidad"**.

La conclusión es la misma, el Sistema Nacional Integrado de Salud. □

REFERENCIAS

- (1) Discurso del método / Rene Descartes / Paris / 1637.
- (2) La ciencia / Su método y su filosofía / Mario Bunge-DCC Universidad de Chile / 1959.
- (3) Chasing Reality / Strife over realism / Mario Bunge / Toronto University / 2006.
- (4) Iván Serguéyevich Turguénev / Imperio Ruso / 1879.
- (5) Ecce Hommo / Friedrich Nietzsche.
- (6) El sistema de salud argentino / Dr. Mauricio Klajman / 2021

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión.



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

www.osim.com.ar

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

La ley de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia

Más incertidumbres que certezas



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

En enero del año en curso, se promulgó la ley 27.611 que tiene por objeto *"fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la mal nutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia"*, tal como surge del artículo 1 de esa norma.

Conocida comúnmente como la ley de protección y cuidado de los mil (1000) días, o plan de los 1000 días, se encuadra en los objetivos del Estado Nacional de brindar protección en la maternidad y la niñez.

La norma establece diferentes principios rectores (artículo 3) y contiene varios capítulos en donde se detallan las coberturas incluidas: así, el CAPÍTULO II establece derechos a la seguridad social (fundamentalmente asignaciones por cuidado integral, embarazo, nacimiento y adopción), el CAPÍTULO III vinculado al derecho a la identidad (mecanismos de registración) un CAPÍTULO V sobre el derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad, el CAPÍTULO VI se refiere al derecho a la información (guías de tratamiento y líneas de atención), y el CAPÍTULO VII vinculado a la autoridad de aplicación, que en esta materia es el Ministerio de Salud.

Dejamos expresamente fuera de

este listado el CAPÍTULO IV porque es el que vamos a analizar en este artículo, ya que es el vinculado al DERECHO A LA SALUD INTEGRAL. En él, se detallan diferentes acciones a desarrollar, comenzando con un modelo de atención (que deberá establecer la autoridad de aplicación y coordinar con las diferentes regiones federales), capacitación de personas e instituciones, así como diferentes estrategias para la salud perinatal y los primeros años de vida.

Las previsiones del artículo 20 de la ley merecen especial atención: *"Provisión pública de insumos fundamentales. El Estado nacional deberá implementar la provisión pública y gratuita de insumos fundamentales para las mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo y para los niños y las niñas hasta los tres (3) años, en los casos y condiciones que determine la reglamentación. En especial, se atenderá a la provisión de:*

- a) Medicamentos esenciales;
- b) Vacunas;
- c) Leche;
- d) Alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto".

En el mes de agosto de 2021, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el Decreto 515/2021 ⁽¹⁾ que en su Anexo I contiene la reglamentación a la ley 27.611.

Volvamos sobre el artículo 20 de la ley (en este caso sobre su reglamentación), que atañe al contenido de este artículo. El citado anexo dispone expresamente:

"ARTÍCULO 20.- Provisión pública de insumos fundamentales. La provisión pública de insumos fundamentales será gratuita para quienes no posean cobertura por parte de Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga. Para aquellas personas con cobertura por parte de Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga u otros agentes del seguro de salud cualquiera sea su figura jurídica serán dichas entidades las encargadas de brindar la cobertura. A efectos del presente artículo son:

- (a) Medicamentos esenciales: Todo fármaco designado como medicamento esencial dentro del listado de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, destinado a embarazo, parto, posparto y durante los primeros TRES (3) años de vida de toda persona, quedando asimismo incluido todo aquel que sea incorporado como medicamento esencial por parte de la Autoridad de Aplicación, a efectos de la ley que se reglamenta por el presente. Los medicamentos esenciales quedarán incluidos en el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO, con una cobertura del CIENTO POR CIENTO (100 %).*
- (b) Vacunas: Todas las vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación, obligatorias para las personas gestantes y niños y niñas de hasta TRES (3) años, con una cobertura del CIENTO POR CIENTO (100 %).*
- (c) Leche: Toda leche fortificada y/o de otras fórmulas alimentarias requeridas por niños o niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y cuentan con prescripción del médico o de la médica o equipo de salud en los términos en que fije la Autoridad de Aplicación, las cuales tendrán una cobertura del CIENTO POR CIENTO (100 %).*
- (d) Alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto. La Autoridad de Aplicación dictará las normas que resulten pertinentes con el fin de determinar los alimentos a ser cubiertos y su porcentaje de cobertura".*

Toda esta descripción normativa nos permite hacer algunas reflexiones sobre los cambios en la cobertura que establece esta ley 27.611 y su reglamentación:

1. La ley establece la cobertura del embarazo y extiende la cobertura hasta los 3 años de edad en los menores.

2. La reglamentación al artículo 16 de la ley incorpora las prestaciones comprometidas en esa norma al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO.
3. Hasta el dictado de esta norma, el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO incluía la cobertura del PLAN MATERNO INFANTIL durante todo el embarazo y el primer año de vida. ⁽²⁾
4. Por lo tanto, se incorporan como prestaciones obligatorias para las obras sociales nacionales, las empresas de medicina prepaga, así como para otros sujetos obligados a brindar prestaciones y sobre los que la legislación nacional tenga jurisdicción, con una cobertura del CIENTO POR CIENTO (100%) para sus afiliados y usuarios.
5. También incorpora esas prestaciones a brindar a cargo del Sector Público Nacional.
6. En cuanto al suministro de "insumos fundamentales" como los define la ley, la regla es la "provisión pública". Ahora bien, el artículo 20 del decreto reglamentario (515/2021) establece que para aquellas personas que posean obra social y/o tengan cobertura a través de las empresas de medicina prepaga, serán estas entidades las encargadas de **brindar** ⁽³⁾ la cobertura.
7. En lo que hace al detalle de esos insumos fundamentales, la reglamentación al artículo 20 es poco descriptiva en cuanto a lo que incluye y, en algunos casos, se limita a señalar que la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud) será la encargada de reglamentar las prestaciones y la forma en que se brindará la cobertura.
8. En consecuencia, vamos a tener que aguardar "la reglamentación de la reglamentación" para saber cuáles son algunas de las prestaciones incluidas como fundamentales.
9. Para ello, veamos el caso de los medicamentos esenciales: dice la norma que son aquéllos que la OMS establece como tales. La inclusión es por el máximo del porcentaje establecido en el Programa Médico Obligatorio, es decir, al ciento por ciento (100%).
10. En el punto c) se incluye la "leche fortificada y/o de otras fórmulas alimentarias requeridas por niños o niñas que no acceden a la lactancia por razones justificadas y cuenten con prescripción del médico o de la médica o equipo de salud", también con cobertura al (100%). En este caso, deviene oportuno aclarar que el Programa Médico Obligatorio incluía, hasta el dictado de esta norma, la leche "medicamentosa" de conformidad con las previsiones de la ley 27.305. ⁽⁴⁾ Sin ser médicos, sabemos que hay una importante diferencia entre leche **fortificada** y leche **medicamentosa**, aunque en ambos supuestos sea requisito la prescripción profesional que así lo disponga.
11. Incluye también como obligación de obras sociales y empresas de medicina prepaga, la de brindar "alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable", tanto en el embarazo como en la niñez, es decir para la mujer embarazada como para la cobertura del menor hasta los tres años. Si bien aquí también se recurre a la figura de la "reglamentación de la reglamentación" a través del Ministerio de Salud, ya hemos tenido otra experiencia en el Sistema a través de la reglamentación de la ley de celiaquía. ⁽⁵⁾ El artículo 9 de esa ley incluyó como obligación de obras sociales y empresas de medicina prepaga la de prestaciones que incluyen las harinas, premezclas u otros alimentos industrializados libres de gluten. La reglamentación de esa norma mediante el decreto 528/2011-MS estableció una cobertura monetaria a esos fines, que se va actualizando periódicamente. ⁽⁶⁾
12. Nada dice la norma sobre las prestaciones para aquellos afiliados que se encuentren cursando su segundo año de cobertura, en cuanto a si la norma los incluye o no.
13. En el mes de agosto del corriente año, la Superintendencia de Servicios de Salud dictó la resolución n° 1403/2021-SSSALUD, a través de la cual estableció las pautas para la confección de la cartilla que tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga ofrecen a sus usuarios. En el Anexo I, ya se incluye la cobertura de los tres (3) años previstos en la ley 27.611. ⁽⁷⁾
14. Señalamos expresamente en el punto 6 que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga son las encargadas de brindar la cobertura aquí desarrollada. La referencia a la palabra "brindar" en un apartado de la norma que reglamenta el artículo 20 de la ley que expresamente dispone la "provisión pública de insumos fundamentales" nos lleva a concluir que "brindar" no es "financiar".
15. Y ello se complementa con el último párrafo del artículo 29 del decreto reglamentario (N° 515/2021) en cuanto dispone que "El PODER EJECUTIVO NACIONAL deberá asignar anualmente a la Autoridad de Aplicación las partidas presupuestarias necesarias para la implementación y ejecución de la LEY NACIONAL DE ATENCIÓN Y CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA N° 27.611 y de la presente reglamentación". En nuestra interpretación, y de conformidad con la terminología utilizada en la ley, es el Estado Nacional quien debe disponer de los fondos destinados a la cobertura de las prestaciones previstas en la ley, que pueden ser brindadas a través del sistema público o de las obras sociales o empresas de medicina prepaga.
16. En suma, son mayores las incertidumbres que las certezas respecto de la ejecución de los preceptos de la ley. Los alcances de la cobertura en materia de salud, reglamentadas por el decreto ya citado, sobre todo en aquellos aspectos que se incluyen en el Programa Médico Obligatorio y que deben ser brindados a través de los agentes del seguro de salud y de las empresas de medicina prepaga, requieren de otra reglamentación. La incertidumbre se dará sobre la ejecutoriedad de la norma en lo inmediato y hasta que el Ministerio de Salud reglamente los "insumos fundamentales" que la reglamentación establece. Parece un trabalenguas o un error de escritura, pero no es así. □

REFERENCIAS

- 1) Boletín oficial del 14 de agosto de 2021.
- 2) Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud, Anexo I, puntos 1.1.1 y 1.1.2
- 3) Volveremos sobre este término en el apartado 14 de este artículo.
- 4) La ley 27.305 fue sancionada el 8 de noviembre de 2016 y no ha sido derogada (por lo menos expresamente) por la ley 27.611.
- 5) Ley 26.588, con las modificaciones introducidas por la ley 27.196.
- 6) Para el año 2021, la Resolución 695/2021 establece un valor de pesos un mil ochocientos cuarenta y tres con cinco centavos (\$ 1.843,05).
- 7) La Resolución n° 1403/2021 ha sido suspendida en cuanto a sus efectos a través de la Resolución n° 1550/2021, también de la Superintendencia de Servicios de Salud, por el plazo de sesenta (60) días.

¿Cómo avanzar hacia la equidad en el sistema de salud?

Por el Dr. Hugo E. Arce (*)



El pasado mes de julio, destacados funcionarios estatales enrolados en la Fundación Soberanía Sanitaria rescataron el proyecto de reforma integral, formulado en 1973 durante la 3ª Presidencia del General Perón, y despojado de su mayor fortaleza legislativa por los legisladores de origen sindical en el Congreso Nacional. Una década después, durante la Presidencia de Dr. Raúl Alfonsín, un proyecto de objetivos similares corrió la misma suerte al enfrentarse a la resistencia corporativa de los administradores de las Obras Sociales (OS's), los dirigentes sindicales.

En el primer intento se procuraba concentrar el poder de decisión del Sistema de Salud, en un organismo federal, que asumía la incorporación de la totalidad de los recursos, incluyendo la obligatoriedad de las OS's y una carrera integrada del personal de salud. En la segunda oportunidad, el carácter obligatorio de la integración al sistema respetaba la individualidad jurídica de sus actores, haciendo hincapié en la concentración de los recursos económicos, con distribución federal. El destino parlamentario fue similar y, finalmente, las normas aprobadas retornaron a la configuración original con predominio sindical, que habían adquirido en 1970, negociada entre la corporación gremial y la corporación militar.

El fracaso de aquellos proyectos no fue casual: proponían metas que estaban más allá de su poder efectivo para imponerlas. Ahora ese agrupamiento ideológico reproduce el proyecto de 1973, casi con el mismo nombre, basándose en un poder de gestión que no tienen y que, cuando debieron ejercerlo para controlar la pandemia, lo hicieron con una notoria ineficiencia y con escasa capacidad para conducir ordenadamente al personal que actuaba bajo su dependencia.

Más que integrar la atención médica proporcionada por el sistema, los autores están preocupados por *integrar el manejo* de los fondos que financian la parte *privada* del sistema, ya que la *pública* que nominalmente controlan, no les da poder de decisión suficiente para conducir el conjunto.

Habiéndose sometido al veredicto popular de las PASO

del pasado 12 de setiembre, y tras sufrir una contundente derrota, es posible que el ímpetu que los llevó a proponer una reforma de tanta significación se haya atenuado, por una visible pérdida de poder ante la sociedad y una generalizada sospecha ciudadana de deshonestidad y abusos en la gestión.

El primer paso en una estrategia virtuosa debería promover un amplio acuerdo político para impedir que cualquier interés corporativo pueda eludir el respeto a las normas establecidas. Desde 1970, en que se sancionó la Ley de Obras Sociales 18.610, la gestión y las cuentas de estas entidades, deberían haber estado claramente separadas de los sindicatos que las originaron.

Los fondos que las debían financiar habían adquirido una naturaleza pública compulsiva, que obstruiría todo manejo arbitrario por parte de organizaciones de la sociedad civil, como los sindicatos. Esa condición jurídica se mantuvo con las leyes 23.660 y 23.661, que actualmente las regula. Sin embargo, la dirigencia sindical sigue manejando discrecionalmente esos fondos, sin que el organismo estatal al que reportan, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD), se atreva a cumplir eficazmente su misión.

Los sindicatos, aunque son asociaciones civiles de adhesión voluntaria, obligan a empresas y trabajadores a aportar *cuotas sindicales*, ya sea por presiones ilegales o por

inclusión en convenios colectivos. Por otro lado, pese a que administran fondos asignados por legislación pública, gestionan contratos de naturaleza privada con los prestadores de servicios de salud.

En 1991, el decreto 2.741 unificó la recaudación de los componentes de la Seguridad Social (SeS), incluyendo los previsionales, en la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS). En 1993, el decreto 507 asignó a la DGI la capacidad de fiscalizar todos los aportes y contribuciones con esa finalidad. En 1996 el decreto 1.615 creó la SSSALUD, que luego extendió el alcance de su jurisdicción sobre la medicina prepaga, a partir de la ley 26.682 de

“Lo que está en discusión no es la organización del sistema de salud, sino quién gestiona los recursos de salud unificados, como lo han logrado nuestros vecinos Chile, Brasil y Uruguay. ¿Quién tiene poder suficiente para ejercer la *rectoría* del sistema? Eufemismo que sólo se obtiene controlando los *recursos operativos*. El Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 5% del gasto global en salud”.

2011. Sin embargo, la concentración del proceso recaudatorio de la SeS sólo derivó en un asiento contable, ya que se admite que la titularidad de los recursos es de las OS's y no del ente recaudador.

Diversas interpretaciones atribuyeron la inequidad y la ineficiencia del sistema, a su configuración institucionalmente fragmentada. La estructura federal de nuestra Constitución y la responsabilidad sanitaria de las provincias dificultaría un comportamiento equitativo de los servicios de salud.

Sin embargo, el Seguro de Salud de Canadá, que es tan federal como la Argentina, garantiza un funcionamiento uniforme en todo el país, porque el ente recaudador retiene el poder de fiscalizar la administración del sistema, y distribuye los fondos a las provincias mediante un régimen de premios y castigos.

La misma concentración decisoria se verifica en la Seguridad Social alemana —que también tiene una organización federal— y actúa a través de más de 300 administradoras de fondos, denominadas “cajas de enfermedad”. La clave es que ambos entes recaudadores/reguladores son únicos —estatales pero autárquicos— y de funcionamiento estable, pese a los cambios políticos.

En la Argentina las organizaciones sindicales resistieron incorporar la medicina prepaga a la SeS, como pretendía una carta de intención con el FMI de 1991, argumentando que los fondos de las OS's son “salario diferido”, mientras que los prepagos son seguros privados. En realidad, defendían su facultad *recaudatoria*: a la mayoría de sus afiliados de mayores ingresos, ahora les ofrecen servicios de *alta gama*, pagando cuotas adicionales, para ser atendidos por la medicina prepaga.

Lo que está en discusión no es la organización del

sistema de salud, sino quién gestiona los recursos de salud unificados, como lo han logrado nuestros vecinos Chile, Brasil y Uruguay. ¿Quién tiene poder suficiente para ejercer la *rectoría* del sistema? Eufemismo que sólo se obtiene controlando los *recursos* operativos. El Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 5% del gasto global en salud.

Los fondos que gestionan los ministros provinciales para que funcionen los servicios públicos en las 24 jurisdicciones, triplican en conjunto los que ejecuta el ministerio nacional. Pero no son los ministros de salud los que manejan esos recursos: las OS's provinciales las manejan los gobernadores y los políticos locales.

Asimismo, el PAMI, aunque nació independiente por la ley 19.032 de 1971, está bajo la órbita del presidente de la Nación y no responde a la SSSALUD. Todos disponen de un mínimo poder, que resulta insuficiente para tomar decisiones estructurales en la organización general del sistema.

Para que —sumergido en esta fragmentación logre ser equitativo— el dilema central no son las jurisdicciones que deben intervenir en las decisiones sanitarias, o la individualidad jurídica de los actores, sino cómo se concentra el poder de decisión en una *única fuente* de los recursos. Y esto no depende del enfoque *ideológico* con que se reforme la organización, sino llegar a un acuerdo para lograr un ente recaudador central, que distribuya los fondos con sentido federal, pero con políticas unificadas. □

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



www.sanidad.org.ar

Volvieron nuestras Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos

Por el Farm. Damián C. Sudano (*)

Presidente de FEFARA



Bajo el lema "Los Sistemas de Salud y las Organizaciones Sanitarias ante la Pandemia", el 4 y 5 de noviembre se llevaron a cabo las 18^{as} Jornadas Federales y 17^{as} Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos, en el Centro de Convenciones Los Maderos, Dique 1, Puerto Santa Fe de la ciudad de Santa Fe.

Como es ya tradición, en el marco de las mismas se concretaron dos eventos que años tras año crecen en participantes y contenidos de calidad:

Las 7^{as} Jornadas Profesionales Farmacéuticas, con la habitual presentación de trabajos referidos a diferentes aspectos del quehacer profesional farmacéutico seleccionadas por un Comité Científico, el cual además decide el otorgamiento de las respectivas menciones y premiaciones.

Con la realización de estas Jornadas Profesionales hemos logrado generar un espacio para los colegas, independientemente del lugar de trabajo en el que se desempeñen; y un ámbito donde comparten experiencias farmacéuticas hospitalarios, del sector público, de farmacias oficiales, del ámbito académico, estatal y privado.

La respuesta lograda, además de haber colmado nuestras más optimistas expectativas, nos deja un claro mensaje: hay en nuestros profesionales una capacidad de producción y una necesidad de expresarla, que motiva a seguir propiciando espacios donde estas cosas puedan materializarse.

El 7º Encuentro de Jóvenes FEFARA, un espacio de participación, debate y propuestas llevadas a cabo por jóvenes profesionales y estudiantes avanzados de farmacia provenientes de Universidades Nacionales, no sólo de provincias que componen nuestra FEFARA sino de diversos puntos del país.

La realización de estos eventos ha tenido siempre como finalidad concretar un encuentro en el cual se sienten las bases para un trabajo futuro en conjunto, coordinado

y apoyado por nuestra Federación. Como primer logro tenemos para computar la voluntad de los Jóvenes para involucrarse en esta idea, habiéndose dispuesto al final de cada una de las actividades la constitución de grupos de investigación sobre distintas temáticas que consideramos centrales para el presente y el futuro del ejercicio profesional.

UN POCO DE HISTORIA...

El 20 de setiembre de 2002 se realizó en la ciudad de Santa Fe la primera edición de las Jornadas de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. La profunda crisis que atravesaba nuestro País en esos años repercutía en el sector de la Salud generando inéditos desafíos que requerían de nuevos análisis, nuevos debates y nuevas propuestas para responder a las urgentes demandas de la población.

Desde entonces y hasta el presente, en las sucesivas ediciones nuestras Jornadas fueron afirmando su carácter federal e internacional, logrando un importante nivel de reconocimiento por su convocatoria plural e interdisciplinaria. Colaboró mucho para ello la participación de notables disertantes nacionales y extranjeros, que hicieron sus aportes a un democrático debate de los temas que integraron la agenda nacional de los últimos años sobre la salud y los medicamentos, desde su producción hasta su dispensa y consumo.

Todas estas ideas y debates se encuentran documentados en una colección bibliográfica para consulta de todos los interesados en las cuestiones del medicamento y la salud en el mundo, la cual tiene libre acceso en: <https://www.fefara.org.ar/category/jornadas-de-politica-economia-y-gestion-de-medicamentos/>

"Mucho tiempo y muchas cosas han pasado, desde la primera edición hasta el presente. El rasgo común entre aquellas y estas ha sido la situación de crisis que exhibe el sector salud. Es por eso que desde FEFARA, tanto hoy como ayer, nuestra postura se mantiene inalterable: ante el problema, vamos a estar siempre del lado de la solución, dejando de lado la queja para afirmarnos en las propuestas".

RECORDANDO LUGARES Y LEMAS DE NUESTRAS ANTERIORES EDICIONES

2002 - Santa Fe: **Surge una nueva política de medicamentos.**
2003 - Rosario: **Regulación del mercado de los medicamentos.**
2004 - Santa Fe: **El Plan Federal de Salud.**
2005 - Rosario: **Programa médico obligatorio y evaluación de tecnologías médicas.**
2006 - Santa Fe: **Medicamentos biológicos y producción pública.**
2007 - Rosario: **Uso racional del medicamento.**
2008 - San Nicolás: **Error médico y judicialización de la salud.**
2009 - Córdoba: **Precio, acceso y calidad de los fármacos.**
2010 - Mar del Plata: **Enfermedades raras y medicamentos huérfanos.**
2011 - Tigre: **Sustentabilidad de la red farmacéutica profesional.**
2012 - Rosario: **Necesidad de la reforma sanitaria.**
2013 - Posadas: **Genéricos. Calidad y accesibilidad.**
2014 - San Luis: **Servicio Farmacéuticos. Integración público-privada.**
2015 - Pilar: **Políticas de accesibilidad, asequibilidad y calidad del medicamento para la población.**
2016 - Santa Rosa: **El desafío de construir valor agregado en la gestión farmacéutica.**
2017 - Termas de Río Hondo: **El servicio farmacéutico ante los cambios epidemiológicos y tecnológicos.**
2018 - Neuquén: **La construcción de la alianza de los pacientes con la red farmacéutica.**

2019 - Mar del Plata: **La sustentabilidad del financiamiento pasa por el uso racional, precios asequibles y calidad de los medicamentos.**

Mucho tiempo y muchas cosas han pasado, desde la primera edición hasta el presente. El rasgo común entre aquéllas y éstas ha sido la situación de crisis que exhibe el sector salud. Es por eso que desde FEFARA, tanto hoy como ayer, nuestra postura se mantiene inalterable: ante el problema, vamos a estar siempre del lado de la solución, dejando de lado la queja para afirmarnos en las propuestas. Ofreciendo y solicitando aportes creativos de todos los actores del mercado. Con la riqueza de nuestra diversidad; apelando al debate constructivo y con la gestión como herramienta principal.

Llegados a este punto, consideramos un deber hacer un público reconocimiento para todos los expositores que han aceptado las invitaciones para expresar libre y comprometidamente sus ideas, y a quienes nos acompañaron dándole el marco acorde a este gran esfuerzo organizativo. A todos ellos se debe la superación en calidad académica, trascendencia y convocatoria de estos encuentros.

Para el final queremos volver a hacer público nuestro compromiso de involucrarnos en un proceso transformador, poniendo a disposición del sector la totalidad de los recursos técnicos y humanos de los que dispone nuestra Federación, para darnos a la tarea de construir juntos un futuro mejor. □

(*) Federación Farmacéutica de la República Argentina.




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

Design Thinking in healthcare



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

El pensamiento de diseño del cuidado, cuando pensamos en mejorar la gestión de procesos en la gestión de salud, la prestación asistencial, la calidad, la experiencia de los pacientes, la seguridad y continuidad, en los modelos de atención médica, en una prestación centrada en la persona, en una atención más humanizada, tenemos que implementar el **Design Thinking**, que es una metodología, que, desde la innovación, aplica un **santo grial** que es **la dosis de empatía**, que necesitamos urgentemente y que nos obliga para desarrollar prestaciones que tengan menos burocracia, más coproducción de los usuarios (participación activa), para que respeten las indicaciones, el cambio, los hábitos de vida saludables, para que cumplan con el seguimiento indicado por su plan de salud. La innovación es un proceso de diseño. Desarrollando miradas de exploradores y del detalle.

El pensamiento de diseño es, en esencia, un proceso de innovación sistemático que prioriza la empatía profunda de los pacientes, en conocer los deseos, necesidades y desafíos del usuario final para comprender completamente un problema con la esperanza de desarrollar soluciones más integrales y efectivas.

El marco del método ayuda a las personas a abordar los problemas con un enfoque centrado en el usuario; el énfasis está en comprender la experiencia del usuario, sus desafíos y las posibles soluciones de diseño que estén alineadas con sus necesidades.

Es una metodología para entender y resolver problemas **centrado en las personas, Patient Centricity**. Buscan formas diferentes de recibir el servicio, distinto, interviene la tecnología, pero como un habilitador, lo más importante es entender el problema desde lo humano, focalizar en las personas, resolver, cambiar la unión de los conectores, los momentos de verdad, los point of care de manera diferente, lo importante es la interacción. Los emergentes que surjan de ese proceso creativo, en aquellas cosas que no habíamos descubierto, hasta el momento.

El design thinking es una metodología para la resolución de problemas complejos y toma de decisiones, hasta aquí nada nuevo... la gran diferencia y ventaja competitiva se basa en la conexión emocional con el cliente, que es el centro de atención en todo el proceso integrando soluciones tecnológicas.

En general requiere que lo traten con dignidad, que le informen, que no tenga dolor, que le expliquen los riesgos, su evolución y la continuidad de cuidados, que su familia esté enterada, que no tenga demoras innecesarias. Que se le provean de dispositivos wearables para controlar sus parámetros, y "regular" su vida.

En un postoperatorio de una cirugía programada en general están no tener dolor al despertar, no tener frío, ni vómitos, que el cirujano le dé el informe, que lo visite todos los días, que las enfermeras sean amables.

Es comprender el problema para que las soluciones sean más eficaces y adaptadas al paciente. Otro secreto es que requiere un trabajo en equipo transdisciplinar, inter y Cross-disciplinar, sino no sirve, porque hay que incorporar todas las miradas, erradicando la contemplación desde la oferta de servicios. Se enriquece precisamente, entre otras cosas, de la multidisciplinariedad de los miembros del equipo asistencial de diseño e innovación ad hoc. La diversidad en la formación y experiencia de los miembros del equipo enaltece el proceso. El diseño del proceso debe ser una parte sustancial de la elaboración en la microgestión.

Lo primero es entender el problema, pero para ello hay que abrir la mente, desde la visión de los protagonistas de los procesos y los pacientes, el objetivo principal consiste en generar la mayor cantidad de ideas posible a través de técnicas basadas en la creatividad como *brainstorming* (lluvia de ideas), blue slip, lista de atributos y *brainwriting* (escritura de ideas). El banco de ideas inicial es reducido a un menor grupo de propuestas priorizadas permitiendo a los miembros del equipo seleccionar aquellas que quisieran ver materializadas en forma de prototipo.

Quiero significar que el objetivo no es vender la solución a los problemas asistenciales crónicos de los hospitales o de los sistemas de salud, sino evolucionar desde los insight de las ideas.

La clave para ello es el trabajo de campo, observar, registrar, visibilizar, el escritorio no es el Gemba. Aplicando **técnicas etnográficas**, para identificar las necesidades reales de nuestros pacientes, familiares, sociedades y comunidades. Utiliza para ello una fase de recopilación de datos, y otra de análisis. La de recopilación es entrevistas, encuestas y observación contextual.

Primer paso: **entender y definir**, lo que requiere el usuario, lo que desearía, lo que superaría sus expectativas, o incrementaría su empowerment, realizando entrevistas con los usuarios, con los que ejecutan los procesos, para ello debemos mapear los problemas. Seguidamente definir el problema, con diversas metodologías, con no más de siete palabras definir el objetivo, y siempre emplear un verbo: cambiar, mejorar, reducir.

Lo segundo es pasar a una **fase de ideación**, generar la mayor cantidad de ideas disruptivas y diseñar una solución brillante, el proceso de ideación cambia, para generar quince ideas por minutos en cada uno de los participantes, investigar, e inspirar como otras industrias u otros sectores, **pensar fuera de la caja**, pensar en grande, pensar de forma radical, y resolver problemas radicales, en la generación de ideas no hay riesgos, si grandes dificultades, para romper los obstáculos naturales, y encontrar una solución brillante, combinando ese montón de ideas.

Luego **prototipar y testear**, esa solución y ver sus fallas en caliente, se debe aceptar el feed back negativo, finalmente **implementar**. En general la solución resulta de una combinación de las ideas pensadas y las que surgen del proceso de realizar pequeñas experiencias que contribuirán al enriquecimiento de la

idea original. Por último, ponemos en marcha el proceso con los usuarios reales, pero observando desde muy cerca, para ver si tenemos que realizar pequeñas modificaciones.

- 1.- Observar- Entender y definir.
- 2.- Ideación.
- 3.- Prototipar y testear.
- 4.- Implementar.

Detectar fallas que se puedan producir, o que no se genere el resultado que los gestores asistenciales desean. **Los prototipos ideados** por este esquema de pensamiento, y planteo de cambios, una vez testeados se mejoran y se ponen en práctica. **Es un kaizen permanente**, pensado en que siempre los procesos están abiertos a nuevas iniciativas y oportunidades.

Debemos aplicar el design thinking por ejemplo en los cambios de turnos de enfermería, de los médicos, en la transición de cuidados dentro y fuera de los hospitales, en los programas de gestión de la enfermedad crónica, en la implementación de decisiones compartidas, en evitar la fragmentación de la atención en la provisión de medicamentos luego de una consulta.

El Whittington Hospital tenía un objetivo muy claro: **reducir los tiempos de espera** y aumentar la **satisfacción de los pacientes**. Aplicando el Design Thinking crearon unos puntos de entrega de recetas, con una sala de espera específica, **evitando las colas** y las largas esperas. Por otra parte, mejoraron la **comunicación farmacéutico-paciente** y el seguimiento de la medicación con áreas reservadas para consultas más confidenciales y privadas. Todo ello se tradujo en una **mayor satisfacción de los pacientes y familiares** con el nuevo servicio. Un **aumento en las ventas** y un **incremento de la motivación del personal** del hospital.

Otro ejemplo de aplicación exitosa fue en la Mayo Clinic a través de una App: Se trata de un entorno sencillo a través de **aplicación móvil para pacientes y visitantes** de la **Clínica Mayo**. Esta App ayuda a las personas a encontrar información, itinerarios y tiempo de permanencia de las actividades dentro y

fuera de la Clínica, así como recibir **información centrada en el paciente, relacionada con mensajería, educación y citas.**

La aplicación se lanzó en la Apple Store y en MayoClinic.org el 15 de mayo de 2012. En el primer día, se descargó más de 1.000 veces. Los usos actuales de esta App son citas de visión, documentos clínicos, resultados de laboratorio, el equipo de atención, medicamentos y vacunas, así como la comunicación con los proveedores.

Invito a los gestores sanitarios, que para implementar mejoras valoremos más y más la experiencia de los pacientes, y observemos las soluciones, que beneficien al sistema, los compradores, los financiadores, los pacientes y su familia, coproducción orientada a la mejora de los procesos.

Pensando a través de la escucha y la empatía, la simplicidad y agilidad, son los conceptos de las nuevas formas de hacer y entender en el sector salud, basadas en actitudes, en la forma en la cual reaccionamos ante los cambios y los problemas.

Requiere de una inversión en equipos de personas, en desarrollar las competencias, capacidades y habilidades que les permita proponer soluciones a problemas de una forma simple y ágil con la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios.

La capacidad que tengan las personas para gestionar los cambios y adaptarse a ellos de forma natural y de la forma adecuada será donde más se deberá invertir en el futuro.

CONCLUSIÓN:

Es una metodología que es útil para incorporar la experiencia del usuario, en la percepción de los momentos de verdad asistenciales, para efectuar un diseño de los procesos, que empaticen con los requerimientos de los usuarios, mejoren la efectividad, la satisfacción, la eficiencia y los resultados, para consolidar la adherencia y la aceptación de los usuarios. □

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

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



Ciberataque a la práctica médica

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



EL CASO

Una paciente ingresó en un centro asistencial polivalente el 16 de julio de 2019, durante la vigencia del nuevo Código Civil y Comercial, para tener a su bebé, y no tenía idea de que el sanatorio estaba inmerso en un ataque de *ransomware* ⁽¹⁾, como luego se supo.

Un ultrasonido una semana antes a su ingreso no había mostrado signos preocupantes del embarazo, según se conversó en el sanatorio y en la mediación prejudicial, pero un aumento en su presión arterial preocupó al médico tratante lo suficiente como para programar en lo inmediato su ingreso sanatorial para ser inducida en la unidad de trabajo de parto y parto de un establecimiento asistencial de la provincia de Buenos Aires.

Durante casi tres días, previos al ingreso programado, las computadoras habían estado desactivadas en todos los pisos, sistemas y servicios. Un rastreador inalámbrico en tiempo real que podía localizar al personal médico en el sanatorio estaba caído. Años de historias clínicas de pacientes que habían sido digitalizadas, poco después de la sanción de la ley 26.529, (Derechos del Paciente, Historia Clínica, Consentimiento Informado y Voluntades Anticipadas) eran inaccesibles.

El responsable técnico de soporte informático no podía resolver el inconveniente. Los servicios de diagnóstico y tratamiento están automatizados y disponen de sistemas de tratamiento de la información. Estos sistemas están integrados al *Sistema de Información del Sanatorio y a la Historia Clínica electrónica*.

Y en el office de las enfermeras de la sala de partos, el personal del staff auxiliar había quedado desconectado del equipo que debía monitorear los latidos cardíacos fetales y del diagnóstico por imágenes.

Los accionistas del sanatorio habían decidido no acceder al pedido de una suma de dinero para el "rescate" del sistema secuestrado.

Los médicos de guardia activa de obstetricia durante esos tres días y enfermeras de la unidad se enviaron mensajes de texto con actualizaciones. "No tenemos registros computarizados por no sé cuánto tiempo, se nos ha caído el sistema". Las "tiras de control no se podrán imprimir". No habría forma de imprimir los resultados de los controles.

La hija de la paciente nació con el cordón umbilical envuelto alrededor de su cuello. La afección desencadenó señales de advertencia en el monitor cardíaco cuando el cordón cortaba el suministro de sangre y oxígeno al feto, pero no podía ser diagnosticado por ninguna de las personas que estaban en la sala de partos.

Post nacimiento Carolina fue diagnosticada con daño cerebral irreversible. Murió nueve meses después.

En medio del *hackeo* ignorado por los médicos, menos ojos estaban en los monitores cardíacos, que normalmente se registran en una pantalla grande en la estación de enfermería, además del interior de la sala de partos, a la espera de una solución informática.

La médica obstetra de guardia a cargo ese día, le envió un mensaje de texto a la obstétrica encargada y al obstetra tratante, a modo de justificación, de que habría dado a luz a la bebé por cesárea si hubiera visto la lectura del monitor. "Necesito que me ayudes a entender por qué no me notificaron antes", escribió la médica tratante en su respuesta, mientras se acercaba al sanatorio en su transporte.

Capturas de pantalla de textos de *WhatsApp* entre la obstetra de guardia, la médica tratante y la obstétrica y quien hacía las veces de jefe de Servicio de Obstetricia del sanatorio y otro colega, fueron presentadas como prueba, más adelante tanto en el juicio penal cuanto en el civil, por la defensa judicial de los médicos y sus aseguradoras.

La madre y el padre de Carolina denunciaron penalmente a médicos, obstétrica, enfermeras y director del sanatorio, alegando que la información sobre la condición del bebé nunca llegó a la médica de guardia de obstetricia, porque el sistema del sanatorio que hacía funcionar el monitor de frecuencia cardíaca no había recibido la información pertinente, y además, porque al ingreso al sanatorio en trabajo de parto, la pareja no había sido informada de la "caída" del sistema y el correspondiente riesgo de la falta de controles en esas instancias finales. Obviamente, mucho menos del *ransomware*. Más adelante llegó la demanda civil.

En sede judicial civil, fue ofrecida como prueba, la existencia de la caída del sistema por *hackeo* extorsivo. De poder probarse y de ser aceptada la exclusión de responsabilidad sanatorial, el caso marcaría la primera muerte confirmada por un ataque de *ransomware*. Pero ¿de quién sería la responsabilidad? ¿Cuál podría ser considerada la extensión del daño? ⁽²⁾ ¿Cabría considerarse la existencia de responsabilidad derivada por la intervención de cosas? ¿La conducta de los accionistas fue omisiva? ¿La utilización de un sistema informático transforma a la actividad médica en más riesgosa? ¿Cuál sería la relación de causalidad adecuada?

LA ACTUALIDAD

Hace una década, el *ransomware* era una novedad en el mundo del ciberdelito: ⁽³⁾ una molestia para los consumidores y las pequeñas empresas que a menudo

costaba a las víctimas unos cientos de miles de pesos. Hoy en día, las autoridades de algunos países centrales están alarmadas por la creciente sofisticación de los operadores de *ransomware*, que han recibido cientos de millones de pesos y han provocado importantes interrupciones en los sistemas de transporte, energía y otras infraestructuras críticas como el cuidado de la salud, tanto pública como privada. Una firma de seguridad "Recorded Future" de los Estados Unidos de Norteamérica estima que hubo alrededor de 65.000 incidentes de *ransomware* en todo el mundo el año pasado.

Los hospitales, clínicas y sanatorios se han convertido cada vez más en objetivos, y los piratas informáticos apuestan a que los propietarios o accionistas, pagarán rápidamente para restaurar la tecnología que salva vidas, lo que agrega aún más presión a los proveedores de atención médica, que como es sabido, ya han sido afectados económicamente por la pandemia.

En mayo, el FBI advirtió que los continuos ataques de *ransomware* contra proveedores médicos estaban poniendo al público en peligro y arriesgaban retrasos en la atención médica.

Algunos se niegan a nombrar a los piratas informáticos, pero Allan Liska, un analista senior de inteligencia de Recorded Future, dijo que probablemente era la pandilla Ryuk con sede en Rusia, la que estaba interviniendo en hospitales en este momento.

El *Journal of Medicine* informó en junio que Ryuk había atacado al menos 235 hospitales generales e instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados, además de docenas de otras instalaciones de atención médica en los EE. UU.

Desde 2018, Ryuk *ransomware* recaudó al menos u\$s 100 millones en pagos de rescate en *bitcoins* el año pasado. La demanda de rescate promedio del grupo es de poco menos de u\$s 700.000, según la firma de negociación de *ransomware* Coveware.

Los piratas informáticos firman sus notas de rescate con la imagen de un dios de la muerte ficticio, Ryuk, de una novela gráfica japonesa, dándoles su nombre. Las consultas del *Journal of Medicine* a las direcciones de correo electrónico utilizadas en algunos de los ataques de Ryuk quedaron sin respuesta.

Los ataques están aumentando en número y escala a medida que miles de personas, por cuestiones relacionadas con la pandemia del Covid-19 en todo nuestro país, trabajan, hacen visitas médicas (Telemedicina), hacen negocios, compran, venden o asisten a la escuela de forma remota, en algunos casos abriendo puertas traseras a redes sin protecciones de seguridad corporativas o institucionales, dicen los investigadores de seguridad. Cada vez le damos más información personal a los delincuentes informáticos. Toda esa información tiene un "mercado negro" donde se compra y se vende. ⁽⁴⁾

Los piratas informáticos se han vuelto expertos en comunicarse sobre vulnerabilidades en la llamada *Dark Web*, una red de computadoras que pueden compartir información de forma anónima. Ya sabemos que esa información hasta puede ser usada por los partidos políticos para saber por quién vamos a votar, o al menos nuestra preferencia.

La capacidad de exigir el pago en *criptomonedas* (moneda preferida de los hackers) limita las capacidades de seguimiento de las fuerzas del orden. ⁽⁵⁾

Tendrán que pensar los establecimientos médicos y las Aseguradoras del riesgo de RC Profesional Médica Institucional en solicitar y otorgar o en no otorgar la cobertura de *ransomware* de la actividad médica, o un eventual crecimiento de emisión de las pólizas de seguros que cubran los pagos de *ransomware* ayudarán a sembrar una industria del hackeo y secuestro de la información y manejo del Sistema del Cuidado de la Salud, cada vez más profesionalizada. ¿Habrà que pensar en una nueva Exclusión de Cobertura?

Hasta ahora, ninguna muerte se ha relacionado definitivamente con un ataque a una clínica, sanatorio u hospital. Sin embargo, un análisis estadístico realizado por la Agencia de Seguridad de Infraestructura y Ciberseguridad (USA) encontró evidencia de que el *ransomware* puede tener consecuencias nefastas para los establecimientos de salud.

Por casa, ¿cómo andamos? ☐

REFERENCIAS

- 1) **Ransomware, o "secuestro de datos" en español, es un tipo de programa dañino que restringe el acceso a determinadas partes o archivos del sistema operativo infectado y pide un rescate a cambio de quitar esta restricción.**
- 2) El art. 185 del Código de Ética Médica prescribe "...evitar el accionar de violadores de información reservada" y la Recomendación 5/97 del Consejo de Ministros del Consejo de Europa sobre Protección de datos médicos, se refiere a ".... A la permanente evaluación de los riesgos potenciales".
- 3) Fuente: The Wall Street Journal. 1/10/2021. Kevin Poulsen, Robert McMillan y Melanie Evans.
- 4) Zurdo, Gabriel. Titular Cátedra de Auditoría y Seguridad Informática de la Facultad de Ciencias de la Administración USAL. Entrevista de Carlos Pagni, programa "Odisea Argentina" del 11/10/2021. Canal LN+.
- 5) Zurdo, Gabriel. Titular Cátedra de Auditoría y Seguridad Informática de la Facultad de Ciencias de la Administración USAL. Entrevista de Carlos Pagni, programa "Odisea Argentina" del 11/10/2021. Canal LN+.

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

www.revistamedicos.com.ar

Médicos

La revista de salud y calidad de vida

Más cerca de tu Salud



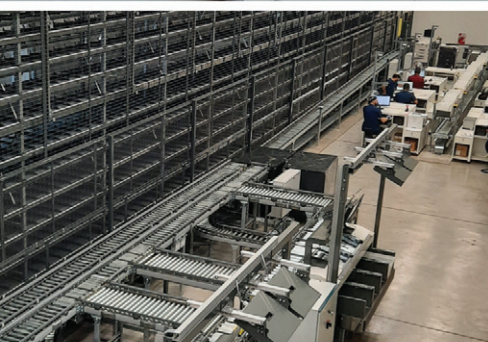
*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

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



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.

Una búsqueda constante por superarnos.

Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001



2021



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

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

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300
Comercial y capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar



LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.