

Mé^{di}cos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

SALUD & TENDENCIAS UN SECTOR EN PLENA TRANSFORMACIÓN

INFORME ESPECIAL

El sector sanitario ha sido uno de los principales protagonistas de una pandemia sin precedentes en el siglo XXI. ¿Hacia dónde se dirige tras dos años de pandemia? Este informe recoge las 12 claves, identificadas por el equipo de Healthcare de LLYC a escala global, que darán forma al futuro de la salud.



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

**Más de 27.830.000 consultas médicas
virtuales** realizadas durante la pandemia.

www.osde.com.ar

osde

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



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODOS
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral

EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION
Y PUBLICIDAD:

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

Web Site:

www.revistamedicos.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)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

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

ACTUALIDAD

La Facultad de Ciencias Médicas de la UCA se une al club internacional de pensadores clínicos de Practicum Script

6
OPINIÓN

Complejidad y gobierno

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

8
OPINIÓN

Más de un año de "opción de cambio digital" en la Argentina ¿Cómo estamos?

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT

10
COLUMNNA

¿Es posible comprender que los hospitales son empresas?

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

12
OPINIÓN

Escenario 2022: los desafíos de la economía de la salud

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES

14
COLUMNNA

Una mirada amplia y diferente del sistema de salud

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

16
VOCES

La obligatoriedad de la vacunación - La Constitución. La ley 27.491

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

18
COLUMNNA

La salud en la encrucijada: el sistema sanitario en un mundo en transición

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

20
OPINIÓN

Telemedicina internacional en América Latina: ¿una oportunidad para los médicos argentinos?

Por Santiago Troncar - @stroncar

22
COLUMNNA

La reforma - ¿Cuál reforma?

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

24
OPINIÓN

La dignidad perdida...

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

26
COLUMNNA

Reflexiones sobre la pandemia

Por el Dr. Miguel Angel Schiavone - Rector - Universidad Católica Argentina

28
INFORME ESPECIAL

Tendencias Salud 2022 - Un sector protagonista en plena transformación

Autores: Georgina Rosell, Javier Marín, y Adriana Ibargüen, en colaboración con José Martínez Olmos, Emilio de Benito e Iñaki Ortega.

30
DEBATE

Terapias disruptivas, precios y efectividad ¿Cómo ponerse de acuerdo?

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

36
COLUMNNA

Consensos básicos para sortear los intereses y construir una mejor salud

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Especialista en economía y gestión de la salud

38
OPINIÓN

Pandemia y después: ¿que nos queda para el recurso humano en salud?

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur

42
OPINIÓN

Desafíos en el sector sanitario

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

43
COLUMNNA

Salud 4.0 una ventana de oportunidad para la integración de los sistemas

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Director de la Especialización de Economía y gestión. Universidad ISALUD

44
OPINIÓN

Declaración de incidentes. Accidentes en los establecimientos de salud

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

48
OPINIÓN

INFODEMIA

La pandemia es dinámica, no podemos predecir el futuro

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de Salud

50

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

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

+200.000
TURNOS MÉDICOS
POR MES

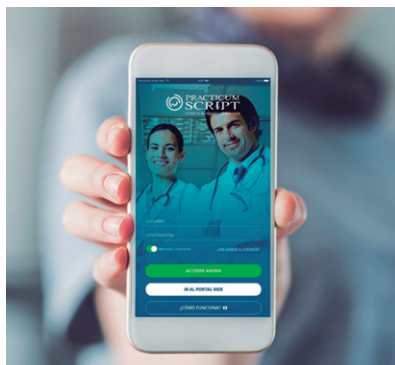
• DESCARGATE NUESTRA APP.
Y USÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL

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.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UCA se une al club internacional de pensadores clínicos de Practicum Script

En 2020 la Universidad Católica Argentina fue la única universidad del país en sumarse a una selecta red de universidades que apostaron por introducir el concepto de incertidumbre clínica en el currículo médico e incluyó al Imperial College London y la Universidad de California - San Francisco, llegando a más de 2.500 estudiantes de Europa y de América. Con el presente curso académico, la UCA mantiene su liderazgo y continúa apostando por formar médicos más competentes a través del programa de entrenamiento del razonamiento clínico Practicum Script. Para el director de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, el Prof. Lenin De Janon Quevedo, "el sello distintivo de Practicum Script es su verosimilitud con escenarios de la práctica real".

El Prof. De Janon Quevedo, que fue validador de los 20 casos clínicos del programa de grado de Practicum Script, afirma que enseñar a razonar empieza en la universidad: "Los médicos estudiamos enfermedades, pero tratamos a enfermos y ensamblar el conocimiento abstracto en la realidad concreta del paciente toma tiempo". Por eso, agrega, "trabajar con situaciones reales es mejorar la calidad de la futura atención médica". En su opinión, el razonamiento es la base de la praxis médica. En ese sentido, cuenta que, hace unos años, un estudio reveló que para 2010 el conocimiento médico se duplicaría cada 3,5 años y para 2020 el tiempo se acortaría a 73 días: "De ahí que lo que hay que enseñar es cómo transformar los datos en información, la información en conocimiento y el conocimiento en ayuda".



La propuesta actual para estudiantes de 4º, 5º y 6º de Medicina funciona como un juego de retos clínicos basados en pacientes reales de Medicina Interna. Practicum Script presenta casos de diagnóstico, tratamiento e investigaciones, confrontando las decisiones de los estudiantes con las dadas por un panel internacional de expertos y proporcionando al usuario literatura científica que respalda diferentes enfoques plausibles. A través de la combinación de medicina basada en la experiencia y en la evidencia, el programa ayuda a los alumnos a aceptar que la práctica asistencial es controversial y facilita el ejercicio de procesos cognitivos analíticos y no analíticos para resolver problemas sin poner en riesgo la seguridad de ningún paciente.

De acuerdo con el Prof. De Janon Quevedo, los formatos de respuesta correcta única "tienden a caer en el análisis de situaciones cuasi ideales: son los que llamamos casos de libro". El Dr. Eduardo Hornos, creador y director de Practicum Script, asevera que "la memoria de los libros y las clases magistrales sirven para aprobar exámenes, pero para resolver problemas clínicos la clave está en la práctica prolongada, que acrecienta la reflexión metacognitiva y la memoria de largo plazo". Los dos profesionales coinciden en que hay que superar el apego al paciente estadístico y consideran como una ventaja diferencial el hecho de que Practicum Script no se enfoque en un resultado específico sino en evaluar cómo se aplica el saber biomédico para tomar decisiones clínicas.

FORTALECIMIENTO DEL EXAMEN FINAL INTEGRADOR

El director de la carrera de Medicina de la UCA cuenta que Practicum Script se adentra en la mente del estudiante para enfocar su proceso de razonamiento, la utilización de la información disponible y la coherencia en el uso de los datos que describen cada uno de los 20 casos clínicos y 100 escenarios clínicos disponibles. Además, la validación de los contenidos por parte de un comité de expertos de diferentes países permite aplicar la máxima de pensar globalmente y ac-

tuar localmente al respecto de las enfermedades prevalentes, las pautas de manejo y los criterios terapéuticos del país de aplicación. "Después de todo -destaca el Prof. De Janon Quevedo-, la medicina, si bien es universal, debe ejercerse con los instrumentos que uno tiene a mano".



Todo ello genera numerosas posibilidades de intervención pedagógica. De hecho, los profesores a cargo de la experiencia de simulación clínica en la Facultad pueden acceder a los resultados individuales y grupales de su clase y cuentan con un recurso opcional para realizar sesiones de *debriefing* de casos clínicos. En la UCA esto ha permitido identificar si un estudiante tarda más o menos en avanzar dentro de una determinada área temática, así como monitorear el desempeño de los estudiantes a lo largo del ciclo formativo, dando lugar a una estrategia de aprendizaje personalizado. Al mismo tiempo, las sesiones de debate complementan el autoaprendizaje individual con el aprendizaje entre pares y la guía de un mentor.

Por su parte, la prueba final Practicum Script-ECOE para los alumnos de 6º curso que llevó a cabo en remoto la UCA a finales de noviembre de este año, ha aportado calidad en términos de objetividad y demostración de la competencia en razonamiento clínico. Un sólido análisis psicométrico de medición de resultados a cargo de especialistas de la Universidad de Maastricht respalda las decisiones de promoción y titulación. De puertas para adentro de la UCA, este recurso, que suele integrarse con varias estaciones del Examen Clínico Objetivo y Estructurado (ECOE), "fortalece el Examen Final Integrador con el que el alumno finaliza sus estudios de grado y se acredita como médico", concluye el Prof. De Janon Quevedo. □



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

Complejidad y gobierno

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



Hacer más sencillas las elecciones que necesitamos realizar cada día nos ayuda a sobrevivir, a eludir el agobio que produce el enorme bombardeo de estímulos al que estamos sometidos cotidianamente, a tolerar mejor la incertidumbre inherente al futuro, y a tomar decisiones casi automáticamente.

Para muchas de esas decisiones automáticas nos entrenamos.

Pero pensar el mundo en términos de polaridades extremas implica, en forma más o menos explícita, apartar de nuestra atención o ignorar datos potencialmente significativos, información valiosa (y probablemente cambiante) matices, miradas y relatos diferentes que podrían enriquecer la calidad de nuestras elecciones y nuestros actos.

Muchas veces, demasiadas, los políticos nos proponen visiones extremadamente simplificadas de los problemas (bastante se ha hablado, por ejemplo, de la lógica *amigo/enemigo*, tan difundida entre nosotros).

Muchas veces, demasiadas, nuestras elecciones se resumen finalmente en actos de fe: creemos o no creemos. De hecho, la política no solo apela a nuestra racionalidad como ciudadanos, sino que también, y probablemente cada vez con mayor intensidad, busca resonar en nuestras emociones.

Además, vivimos en el siglo de la información y la urgencia. Ese monumental flujo de estímulos e información que nos llega diariamente, principalmente a través de las redes sociales y los medios de comunicación, no es un fenómeno natural, sino tecnológico, es decir: producto de intencionalidad e intereses.

Esas tecnologías tienen capacidad para saturar nuestra atención con millones de datos cuya calidad no podemos discernir, nos urgen a decisiones inmediatas, e influyen o determinan nuestras acciones.

En el campo político internacional, las elecciones que ganó Trump en EE. UU., o el referéndum del Brexit, son muestras de esa capacidad de influencia. Y la potencial gravedad de sus consecuencias.

Por otra parte, desconocer los intereses detrás de la información nos expone a mucho de lo peor que hemos vivido durante la pandemia en términos de comunicación masiva. (Ya hemos escrito antes en esta columna sobre el problema de no explicitar los conflictos de interés).

Es riesgoso, entonces, adherir sistemáticamente y mansamente a la simplificación de cuestiones trascendentes. Aún aceptando que *lo trascendente* puede ser distinto para cada uno de nosotros, es imprescindible acordar en que hay ciertas cuestiones complejas en las que la extrema simplifi-

cación -del tipo cruzo / no cruzo frente a la luz de un semáforo- y eventualmente decidir nuestra conducta política como expresión de creencias, tiene un costo altísimo, potencialmente letal.

En el caso argentino, nos condena, como a Sísifo -aquel personaje mitológico condenado por toda la eternidad a empujar una enorme roca hacia la cima de una montaña, y nunca poder lograrlo- a no superar nuestras reiteradas crisis nacionales, y revivir cada vez (¿Cada cuatro años?) la fe de un nuevo comienzo, en unos ciclos de esperanza y desilusión, que cada vez son más costosos en términos sociales, y generan un progresivo desgaste de la calidad del sistema institucional en el que se fundamenta la república. Las consecuencias de ello no podrán ser menos que trágicas.

Una derivación práctica de estas consideraciones es la referida a la capacidad de los gobiernos para enfrentar los problemas cada vez más complejos que implica la administración de los problemas públicos, y la construcción de políticas de carácter estratégico.

Las categorías "militancia", "lealtad", "confianza", "acuerdo" o "conveniencia" para definir la ocupación de cargos en la conducción del gobierno -tan habituales en nuestra cultura política-, no son las adecuadas para generar confianza en la capacidad del aparato político para tomar las mejores decisiones posibles para todos, para hoy y para el futuro.

Un Estado sin capacidades técnicas y de gestión es impensable en los contextos complejos del mundo contemporáneo.

Buena parte de la calidad de un liderazgo político reside en la capacidad para simplificar adecuadamente lo que debe transmitirse masivamente, y al mismo tiempo reconocer y poder operar efectivamente en la complejidad de las cuestiones del gobierno, que en cada una de sus áreas requieren conocimientos y experiencias específicas.

Ya no hay lugar para el voluntarismo ni para la demagogia. Mucho menos cuando las naciones deben atravesar períodos de sufrimiento y sacrificio.

Como me decía un amigo recientemente, a muchos políticos les gustaría ser como Churchill, pero muy pocos (si alguno) se atreverían a prometer a su pueblo solo sangre sudor y lágrimas. □

* Médico. Master en Economía y Ciencias Políticas.



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

Más de un año de “opción de cambio digital” en la Argentina ¿Cómo estamos?

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



En octubre de 2020 y sin demasiado estruendo la Resolución 1216/2020 de la Superintendencia de Servicios de Salud estableció la digitalización de un trámite crítico, la “**opción de cambio**” de obra social. Es uno de los cambios significativos que impulsó la pandemia en el sistema de salud argentino y también lo es la digitalización de otro trámite relacionado, la “**anulación de opción de cambio**”, que llegó para contener los “traspasos fraudulentos” de obra social que asolaban al sistema.

En ambos casos, logró torcerse el curso de la historia de una compleja lógica de subsectores de salud que aún enfrentan desafíos para su articulación.

OPCIONES DE CAMBIO EN LA ERA PREDIGITAL

Como sabemos, en la era predigital (parece una eternidad, pero sólo ha pasado poco más de un año) los trabajadores con empleo registrado habilitados para ejercer este derecho podían cambiar de obra social anualmente mediante la firma presencial, por triplicado, en la sede de una obra social, certificada luego por escribano o en sede bancaria.

En forma de expedientes, a los que también se incorporaban fotocopias de documentación personal, la entidad aseguradora debía posteriormente, a su vez, ingresar el trámite en soporte físico por la Mesa de Entradas del ente regulador en su sede de la Ciudad de Buenos Aires. Para ser justos, también se enviaba un archivo digital, pero, por supuesto, esto no ahorra la presentación del expediente en soporte físico.

En síntesis, una opción firmada por un ciudadano en Tierra del Fuego, por ejemplo, debía viajar en avión en una caja de correo postal para ser luego entregada en mano por un empleado de la obra social en la sede de Diagonal Norte del centro porteño.

Este absurdo afortunadamente fue reparado con la Resolución que instruyó la digitalización de la opción de cambio en un trámite 100% digital, a través de un aplicativo que incluye validación con clave fiscal y confirmación del trámite mediante el correo electrónico personal.

Fue una transformación profunda dentro de la seguridad social. Ya ningún argentino debió moverse de su casa para ejercer su derecho de opción por la obra social que deseara.

¿QUÉ PASÓ EN OSPAT A PARTIR DE ESTE CAMBIO?

- La posibilidad de la firma digital hoy les está permitiendo a quienes quieren elegirnos, desde cualquier lugar de la Argentina, realizar todo el trámite vía online, con validación informática de su identidad y sin intermediaciones que garantizan el ejercicio del derecho en libertad.
- Especialmente en el nivel regional redujimos la dotación de personal que la obra social debía destinar a cumplimentar los engorrosos movimientos de documentación física y los reorientamos a la mejora de la calidad de la atención.
- Comprobamos la significativa reducción de los plazos para que los interesados puedan conseguir su alta en la obra social: para los trabajadores en relación de dependencia pasó de demorar entre 2 y 3 meses, a concretarse entre 1 y 30 días. Es una diferencia enorme y significó nuevos retos administrativos puertas adentro de la obra social.
- En la era predigital existía una cuota mensual de rechazos informados por la Superintendencia de Servicios de Salud,

motivados por errores técnicos. Problemas en la confección de la ficha de opción, errores administrativos de la obra social, etc. Esta cuota se redujo a cero. Si hay errores, surgen en el mismo momento de concreción del trámite digital y quedan resueltos en esa instancia.

- La incorporación de familiares al grupo siempre implica relativa demora, sin embargo, desde OSPAT nos acoplamos y logramos que, si los titulares del grupo obtienen su alta en la obra social el primer día hábil, los familiares también pueden obtenerla durante la primera semana del mes (para ello, transformamos nuestros propios procesos). Cabe aclarar que, de todas maneras, este aspecto sigue teniendo componentes analógicos, como la presentación de documentación en delegaciones locales.
- Credenciales OSPAT: lograda el alta efectiva rápidamente, los afiliados acceden al instante a una credencial digital provisoria que los acredita en caso de necesitar prestación urgente.

ANULACIÓN DE TRASPASOS COMPULSIVOS

Se hacían hace años, pero se habían intensificado de manera descarada para 2020.

Mediante prácticas fraudulentas, agentes del seguro de salud argentino se habían dedicado sistemáticamente a fraguar la firma de afiliados a obras sociales para traspasarlos contra su voluntad a otra obra social. También se recurría a engaños o a estafas varias.

En el caso de los monotributistas sociales, hubo en 2020 movimientos fraudulentos numerosos que la misma Superintendencia de Servicios de Salud hizo públicos.

Respecto a qué podían hacer los damnificados, era poco: embarcarse en una maraña burocrática lenta y poco productiva para reclamarlo.

Desde octubre de 2020 a esta parte la Superintendencia de Servicios de Salud ofrece una nueva herramienta digital para “Anular” una opción de cambio al momento de identificar que se ha sido víctima de una estafa de este tipo. Es de esperar que esto detenga o disuada a los estafadores del sistema.

CONCLUSIONES DESDE OSPAT

En definitiva, la accesibilidad y la seguridad del trámite de opción de cambio se ampliaron enormemente.

Aunque los traspasos fraudulentos persisten (con nuevos formatos informáticos), también es más sencillo ahora denunciar un cambio de obra social sin consentimiento del interesado y obtener una respuesta oportuna por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Por otro lado, a simple vista, esta transformación deparará nuevos desafíos para la competitividad de las obras sociales nacionales y la modernización interna. Nosotros ya hemos recogido el guante hace tiempo con entusiasmo. Aunque estamos comenzando el camino, claro está.

En un subsector que no se ha caracterizado por su elasticidad para aggronarse a la gestión que exige el siglo XXI, son grandes oportunidades. □

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

FEFARA

AVANZA



DEPARTAMENTO
HOSPITALARIOS



app.dsalud.com.ar



INSTITUTO
DE FORMACIÓN
EN GESTIÓN



SISTEMA FEDERAL
DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL



RESPONSABILIDAD
SOCIAL INSTITUCIONAL



FEFARA
PROYECTA



RED ESPECIALIZADA

► 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.ar 📱 @fefaraoficial

¿Es posible comprender que los hospitales son empresas?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

En el origen de nuestra formación profesional, el componente filantrópico cumple una función germinal. Es posible que muchos de los cimientos vocacionales de la profesión médica, se hayan gestado en la sublimación de un primario deseo de ayudar a otros. El ejemplo del Dr. Albert Schweitzer (Premio Nobel de la Paz 1952), más allá de su misión altruista, ha dejado en muchas generaciones de médicos del Siglo XX, no sólo la impronta benefactora de su ayuda a poblaciones sumergidas del África Ecuatorial, sino también una trayectoria ética ejemplar, que impregnó la figura del médico en el imaginario de las sociedades posteriores a la 2ª Guerra Mundial. Su desprendimiento profesional, su actitud misionera de raíz luterana, reforzaron la visión del sacerdocio en sus tareas científicas, para proteger a los vulnerables.

La vertiente filantrópica de la actividad asistencial tuvo un precedente más cercano en nuestro país. Hasta mediados del Siglo XX, la administración de los hospitales construidos por el Estado era cedida a organizaciones benéficas, que en su mayoría incluían un compromiso confesional. Aún hoy muchos hospitales, además de su capilla —que en algunos casos es una iglesia con todos los atributos litúrgicos—, tienen un pabellón para alojar a las monjas, que se ocupan de controlar la higiene y la limpieza de ropa de cama. A menudo el capellán vive dentro del hospital y recorre las salas prestando apoyo espiritual a los enfermos. Viejos hospitales viven en un clima recoleto, que se acentúa en horarios vespertinos, debido a que la atención médica funciona a pleno durante la mañana; pero por la tarde sólo circulan los residentes —cuando los hay— y funciona la guardia de emergencias. Como un remanente anacrónico, en muchos hospitales los pacientes hacen cola desde la madrugada, para ser atendidos después de las 8 o 9 de la mañana. Este escenario transcurre, mientras proyectos innovadores están promoviendo instrumentos de atención, ¡Con *inteligencia artificial*!

Es difícil imaginarse una estructura organizativa de naturaleza empresarial, para este modelo institucional más adecuado para monasterios de retiros espirituales. Sin embargo, pude apreciar en Berlín, un hospital público universitario —*Charité*—, inaugurado por el emperador Guillermo I de Prusia, a mediados del Siglo XVIII. Tras una entrada majestuosa del sector administrativo, se abre un edificio complejo de pabellones totalmente reciclados, rodeados de jardines, con instalaciones modernas y equipamiento de última generación. Pese a ser público, su funcionamiento asistencial está financiado por la Seguridad Social, y todas las actividades están meticulosamente registradas y facturadas al ente recaudador. Las instalaciones de la Facultad de Medicina, que están al fondo del predio, tienen su propio financiamiento, que forma parte de los recursos *educativos* del país. En 2010 asistí a una jornada en la Legislatura porteña, donde relataban el funcionamiento del Complejo Hospitalario Universitario de Poitiers (Francia), con una dotación de 2.000 camas y un edificio cercano de la Universidad. Fue llamativo el relato de que el complejo se autofinanciaba con los recursos de la Seguridad Social y las actividades universitarias. Sólo un

20% de sus gastos totales los recibía del Estado, para tratamientos de alto costo e inversiones especiales.

Por el contrario, nuestros hospitales públicos facilitan gratuitamente sus instalaciones para las prácticas de los estudiantes de universidades estatales, que se financian también con recursos del Estado, pero de carácter *educativo*, no asistencial. Aunque existen modalidades de financiamiento de la demanda, como el Plan Nacer, la eficiencia administrativa de los hospitales para facturar todas las prestaciones que realizan está muy por debajo de lo aceptable. No hay razones para que los servicios sólo funcionen plenamente durante la mañana, sin explotar su equipamiento durante el horario vespertino, porque implica un lucro cesante, al que el personal y las autoridades están acostumbrados, porque no existe conciencia económica de *sustentabilidad*, ni una gestión controlada del presupuesto. Los servicios funcionan con una lógica *adolescente*, si los recursos no alcanzan habrá que requerirlos al Ministerio respectivo, sin otro contralor que la voluntad política de las autoridades. Los presupuestos son ajustables, sin un régimen de *premios y castigos*, ya que las direcciones hospitalarias no fueron asignadas por competencia de méritos, sino por lealtad política. Tampoco el personal está sujeto a calificaciones de desempeño en su carrera, porque la influencia de los diversos sindicatos de ese ámbito considera que la evaluación vulnera derechos adquiridos por los trabajadores. Curiosamente, un texto de la Fundación Soberanía Sanitaria consideraba que los servicios privados estaban motivados por el lucro, mientras que el propósito de los públicos era la equidad. Con un rendimiento ocioso del patrimonio estatal, como el señalado, seguramente el costo relativo de su producción es mucho mayor que el de las inversiones privadas. ¿Se supone que el objetivo de producir es lucrativo, mientras que el comportamiento ajeno al costo presupuestario favorece la equidad?

Aliviados del peso moral de que el gasto dispendioso de esos recursos lo financia toda la sociedad, las autoridades, los profesionales y el personal no profesional de los servicios públicos, no se consideran responsables del nivel de salud de los usuarios de su área programática, sino *operadores* de una maquinaria de propiedad estatal, sobre cuyo destino, la principal responsabilidad le cabe al indefinido titular de ese patrimonio. El camino, entonces, parece ser el de introducir reformas que vinculen el desempeño hospitalario con su evolución: una especie de *adultez* de gestión, donde todos los bienes que genera el hospital queden *atados* a su propio desenvolvimiento. ¿Por qué no va a ser posible, si en otros lugares del mundo lo han logrado? ¿Existen reservas morales para que los actores del campo de la salud se hagan cargo de este mandato social, aún a expensas de sus intereses particulares? □

(*) Médico sanitarista. 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. Miembro del Grupo PAIS.



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

Escenario 2022: los desafíos de la economía de la salud

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



La economía mundial ha sido jaqueada por el Covid-19 y las medidas para controlarlo. Los efectos han sido devastadores para gran parte de la población, con la caída del empleo, aumento de la pobreza y caída del salario real. Muchas empresas han desaparecido, muchas otras se han reconvertido y otras han soportado pérdidas millonarias.

Por supuesto, ha habido empresas ganadoras, en general del sector tecnológico y del comercio electrónico. A pesar de un 2021 marcado por un fuerte crecimiento de la economía mundial, la recuperación prepandemia no ha sido total. Se espera un crecimiento moderado para el 2022 con mayores desafíos a enfrentar en materia de inflación, deuda y pobreza.

LA PREVISIÓN ECONÓMICA MUNDIAL

El gasto público para enfrentar la pandemia ha generado déficit fiscal y endeudamiento en la mayoría de los países. Consecuentemente las economías tienen menos margen de maniobra, apuntando a disminuir el déficit fiscal y encuadrando sus deudas en un marco de sostenibilidad tanto en el corto como en el largo plazo. La ayuda económica pública tiende a desaparecer y deberá ser reemplazada por crecimiento económico real.

Paralelamente, y principalmente en los países desarrollados o que han alcanzado su recuperación, la inflación crece de la mano de la recuperación y la política monetaria se hace presente incrementando las tasas de interés. Las economías sobreendeudadas y los mercados emergentes y en desarrollo con necesidad de financiamiento externo, deberán prepararse para turbulencias en los mercados financieros y restricción de créditos. El pago de las deudas pasará a ser un tema central en estos países que deberán reestructurar prolongando en la medida de lo posible los vencimientos.

Dentro de las economías domésticas, el mayor desafío es enfrentar la pobreza. El crecimiento en 2021 no ha logrado recomponer la situación previa a la pandemia. Es decir, el crecimiento social no acompañó al crecimiento económico, incrementando las inequidades sociales preexistentes. La economía informal ha reemplazado parte de la economía formal. El desafío es lograr el mentado crecimiento económico con mejor redistribución en la población.

UN DURO AÑO PARA LA ARGENTINA

El año que recién comienza estará marcado por las negociaciones con el FMI. La aprobación, o no del acuerdo, por parte del Congreso, cambiará el probable escenario económico.

En caso de que se apruebe, comenzaremos un período de ajuste fiscal en búsqueda del superávit. El gasto deberá recortarse, sintiéndose en el bolsillo de la gente. La apuesta será lograr estabilidad macroeconómica, generar inversiones y empleos. Para esto, la Argentina deberá cumplir con lo pactado económicamente, y a la vez, calmar las internas políticas. Caso contrario, poco se logrará.

En caso que no se apruebe el escenario será aún peor. Las exportaciones e importaciones se verán afectadas, generándose problemas de provisión de mercadería y, por supuesto, de divisas. Las especulaciones dominarán el escenario, ocasionando desequilibrios constantes.

Al mismo tiempo, las presiones hacia el gasto estatal impulsarán mayor emisión monetaria y consecuente mayores niveles de inflación. Las tensiones políticas, sociales y económicas casi paralizarán al Gobierno, pero fundamentalmente generan mayor pobreza en las personas.

Es necesario destacar que el acuerdo para evitar la cesación de pagos es condición necesaria pero no suficiente. Luego se deberá cumplir con lo acordado. El camino será arduo, con altos costos políticos que deberán asumirse. Lograr el equilibrio y crecimiento económico no es fácil ni se alcanzará en el corto plazo. Sin embargo, lograr estos hitos económicos tampoco es condición suficiente. El verdadero desafío es lograr disminuir la pobreza drásticamente, cambiando las condiciones de vida estructurales. En resumen, aprobar y cumplir con el acuerdo de nada servirá si no mejora las condiciones sociales.

DESAFÍOS PARA LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Los escenarios económicos, tanto a nivel internacional como nacional, plantean repensar la economía de la salud. Se deben generar modelos aplicables que se adapten a las nuevas realidades económicas y sociales.

Los ejes que se deben enfocar son:

1) Modelos de desarrollo del sector generando crecimiento económico y social: el sector salud debe promover tanto inversiones públicas que generen impulso hacia el crecimiento y desarrollo económico en zonas poco favorecidas como inversiones privadas que aporten a la generación de empleo. Se debe pensar la inversión en salud como eje de desarrollo económico y la lucha contra la pobreza.

2) Modelos de financiamiento: la economía de la salud ha desarrollado herramientas importantes como la evaluación de tecnologías sanitarias y evaluación del impacto presupuestario. Sin embargo, poco se ha enfocado en buscar alternativas de financiamiento. La contención del gasto es necesaria pero el desafío es buscar nuevas fuentes complementarias no basadas en el riesgo individual ni atadas al vaivén del mercado laboral. Se deben desarrollar modelos que recauden por nivel de ingreso (solidarios) y que los financiadores reciban los fondos por nivel de riesgo (edad, sexo y enfermedades preexistentes).

3) Modelos integrales de generación de valor: una crítica importante es la medición que se hace sobre la salud de la población y el verdadero impacto de los sistemas sobre la misma. Deben desarrollarse modelos que midan la salud y puedan relacionarse con el esfuerzo económico que hacen las sociedades para el sector. También estos modelos deben desarrollar nuevos sistemas de remuneración en función del valor generado por las consultas y prácticas realizadas. En otras palabras, se debe remunerar por conseguir salud y no solo por curar enfermedades.

En resumen, quienes trabajamos en economía de la salud tenemos desafíos importantes. En la coyuntura económica complicada en que estamos inmersos debemos aportar para generar un cambio positivo del sector con impacto en la sociedad. □

(*) 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

Una mirada amplia y diferente del sistema de salud



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

Es el comienzo de un nuevo año, diferente, distinto, con una carga sobre nuestros hombros muy fuerte, pero con el horizonte claro, donde fijar objetivos y una agenda acorde a los tiempos que se viven es fundamental.

La pandemia queda atrás, el virus está entre nosotros y vacunas mediante ya dejará de ser tema de debates y charlas estériles, quizá en el futuro cercano ni preguntemos cuántos contagios se produjeron en el día, aunque el dolor por los que ya no están será eterno.

Después de estos años de angustia aprendimos y nos queda claro qué es lo que tenemos que hacer como equipo y sociedad. Nosotros los médicos estuvimos y vamos a seguir estando al pie del cañón.

Hoy tenemos la obligación de mirar y exigir que pensemos en el "hospital del futuro", en el de los próximos meses, del próximo invierno que está en el horizonte y al que debemos ganarle.

Las Unidades de Terapias Intensivas seguirán estables, pero volverán aquellas atenciones típicas de los meses más fríos del año y además las que quedaron fuera de la agenda mientras duró la pandemia.

Es el momento para rearmar los equipos de trabajo y diagramar cómo serán los nuevos mecanismos de trabajo porque de todo se aprende y se debería salir mejor parados. Hay que lograr una nueva dinámica que esté acorde a las urgencias que se avecinan.

En nuestro caso eso será fundamental porque recibimos miles de pacientes que llegan de todo el país y de acuerdo con las estimaciones oficiales este año serán de un volumen elevado. Desde la AMM proponemos un debate sobre los grandes temas que consideramos deben ser el eje de la clase política: ¿qué modelo de sistema queremos y hacia dónde apuntamos?

Quizás tengamos que unificar el sistema de salud a nivel nacional para que no haya desfases y diferencias que se visibilicen a la hora de tomar, por ejemplo, diferentes regiones del país.

Pero sin dudas, el gran tema que debemos discutir y analizar es el salario médico y su conformación; no se trata de un número y un porcentaje que se coloca arriba de la mesa, sino de cómo unificar los criterios para que nos preguntemos: ¿cuánto debe ganar un profesional de la salud en el país?, del mismo modo que el docente y el personal de seguridad.

Más allá de nosotros, que somos los actores principales de esta obra, debemos comprometer a la clase política y a la sociedad para establecer las necesidades porque la salud es una de las prioridades fundamentales en cualquier país del mundo.

Durante la pandemia hemos sentido un acercamiento por parte de la sociedad. Hubo, como lo denunciábamos en su momento, hechos de violencia, pero fueron los menos si los comparamos con las muestras de afecto que hemos recibido.

Hubo gente que se acercó para preguntarnos cómo estábamos, qué necesitábamos y darnos un abrazo cuando uno de los fallecidos era un médico, sí esa persona de guardapolvo blanco que te cuida todos los días, que te asiste, esa persona de blanco también fue víctima del Covid-19 y la sociedad se sorprendió cuando empezaron a aparecer los nombres de colegas que se fueron por obra de esta maldita enfermedad y empezó a tomar real dimensión de la gravedad de la situación.

Sentimos una empatía general y muchos se dieron cuenta que se trabajaba en condiciones que no eran buenas y que se matizaban por el amor al trabajo de todo el personal de salud.

Es por ello que debemos pensar en el hospital del futuro, en la mesa donde se le haga una autopsia a nuestro salario porque nos debemos a nuestras familias y a la sociedad, a esa gente que nos exige durante los 365 días de año.

Hoy transitamos una nueva realidad con los cuidados de siempre, pero nos empezamos a ver las caras, a medias, pero las caras al fin. En la AMM los pasillos comenzaron a revivir con la dinámica que se perdió en el 2020, nos pone muy contentos que comiencen a realizarse las tareas de antaño, que la casa del jubilado entre en acción nuevamente, que el Polideportivo -ése del que todos los médicos municipales estamos orgullosos- tome el color que supo tener en las mejores épocas.

Estamos contentos de tener estabilidad laboral, de haber logrado sumar más de 580 cargos con colegas nuevos, de eso se trata de trabajar en todos los frentes, de cuidar al que cuida, a su familia y a su bolsillo.

La AMM vive con mucha intensidad cuando se aproxima una elección, este año será en abril próximo y nos llena de orgullo que las urnas nuevamente estén en un hospital y que nuestros colegas puedan elegir con libertad después de años tan difíciles. Para una entidad que defiende la vida democrática dentro y fuera de los hospitales en un honor vivir todo este proceso.

Mientras tanto es tiempo de poner al sistema de salud en el centro de un debate que debe contener a todos los actores de la sociedad y comenzar a entender que no se trata de una frase común, sino de parecerse a un país del primer mundo donde junto a la seguridad y a la educación se sostiene a una sociedad que quiera parecerse seria. □

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

La obligatoriedad de la vacunación

La Constitución. La ley 27.491



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

Se escuchan diferentes voces, generalmente en los medios de comunicación, sobre la obligatoriedad o no de vacunarse. Algunas de esas voces, seguramente con la mejor intención, confunden y banalizan la discusión. A partir de la pandemia, y cronológicamente desde la aparición de las vacunas en todo el mundo, se ha generado la polémica acerca de ello.

Varios países han intentado establecer reglas para transformar en obligatoria la vacunación contra el Covid-19. Austria ha sido el primer país de Europa Occidental que así lo ha dispuesto. En los Estados Unidos de Norteamérica, el presidente Biden ha intentado (mediante una disposición presidencial) imponer la obligatoriedad en las grandes empresas, y la Corte Suprema de ese país le negó la facultad. Aclaremos que la Suprema Corte de los Estados Unidos no se pronunció sobre la obligatoriedad en sí, sino que se limitó a señalarle al Presidente de ese país que él no tenía facultades para hacerlo. Que necesitaba una ley del congreso para poder imponerla. ⁽¹⁾

No es nuestra intención ahondar opiniones sobre la moral y las decisiones sobre la autonomía de la voluntad como deseo del ser humano. Simplemente analizar cuáles son las normas vigentes en esta materia. Y las hay.

La pregunta por formularse es: ¿es obligatoria la vacunación (en general) en la República Argentina? ¿Es obligatoria la vacunación contra el Covid-19 en nuestro país?

LA CONSTITUCIÓN NACIONAL

Nuestra carta magna dispone expresamente en su artículo 14.

"Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: de trabajar y ejercer toda industria lícita, de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender".

"Conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio". No es una expresión vacía de contenido. Pensemos un ejemplo: **durante la pandemia** y mediante Decretos de Necesidad y Urgencia **se limitó el derecho de entrar, transitar y salir del territorio argentino**. ⁽²⁾

Tengamos en cuenta (y hagamos memoria) que el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 297/2020 dispuso la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" (ASPO) a fin de "proteger la salud pública", en el marco de la declaración de pandemia emitida por la Organización Mundial de la Salud.

No éramos libres de transitar a partir de la vigencia de este decreto. Nuestro derecho a esa acción, como a la de entrar y salir del territorio argentino estaba limitada **"conforme a la ley que reglamenta su ejercicio"**.

Pero no vayamos a ese extremo. Basta otro ejemplo de la vida cotidiana para darnos cuenta que el principio en cuestión se aplica de manera automática: no todos conocemos la ley 24.449. Es la ley de tránsito. Pero todos sabemos (conocemos) que debemos detenernos frente a la luz roja. ¿Alguien podría invocar, de manera unilateral y en pos de su derecho a decidir, violar todas las

luzes rojas que se encuentren a su paso mientras conduce un vehículo?

No es nuestra intención comparar una norma de tránsito con una campaña de vacunación en una pandemia. Es simplemente un ejemplo destinado a compartir con los lectores cómo se desenvuelve una sociedad en la vida cotidiana. Vivimos en sociedad y bajo un conjunto de reglas que establecen (y reglamentan) nuestros derechos.

LA LEY 27.491

Esta norma, calificada como la ley de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, se sancionó el 12 de diciembre de 2018 y se publicó en el Boletín Oficial el 4 de enero de 2019. Es importante recordar su fecha, porque no creemos que hubiera siquiera señales de una posible pandemia al momento de su sanción.

Dice expresamente en su artículo 1 que la norma tiene por objeto **"regular la implementación de una política pública de control de las enfermedades prevenibles por vacunación"**. Y su artículo 2 establece que **"se entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública preventiva y altamente efectiva. Se la considera como bien social, sujeta a los siguientes principios:**

- a) Gratuidad de las vacunas y del acceso a los servicios de vacunación, con equidad social para todas las etapas de la vida;
- b) Obligatoriedad para los habitantes de aplicarse las vacunas;**
- c) Prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular;
- d) Disponibilidad de vacunas y de servicios de vacunación;
- e) Participación de todos los sectores de la salud y otros vinculados con sus determinantes sociales, con el objeto de alcanzar coberturas de vacunación satisfactorias en forma sostenida".

Obsérvese que las características que la norma le impone a la población en general tiene como fin último establecer una estrategia política pública de control de enfermedades prevenibles por vacunación (pareciera que las estadísticas le dan la razón en materia de Covid-19 a los vacunados) y como una estrategia de salud pública.

Pero el "plato fuerte" de su aplicación al tema que nos ocupa se encuentra en la redacción del artículo 7 de la ley. Dice:

"Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación, las recomendadas por la autoridad sanitaria para grupos en riesgo y las indicadas en una situación de emergencia epidemiológica, son obligatorias para todos los habitantes del país conforme a los lineamientos que establece la autoridad de aplicación".

Las leyes organizan las actividades y regulan el comportamiento de las personas. Como dijimos antes, su etiología impone su cumplimiento a la población involucrada porque así funcionan las sociedades modernas. La libertad de cualquier ser humano y su derecho a ejercerla, termina donde empieza el derecho de los semejantes.

En aplicación de esos conceptos, corresponde hacer notar también que el inciso c) del artículo 2 ya citado le otorga prevalencia a la salud pública por sobre el interés particular.

Como dijimos al principio de este artículo. La norma existe.

LA RESOLUCION 2883/2020 DEL MINISTERIO DE SALUD

En diciembre del 2020, más concretamente el 19 de diciembre de ese año, el Ministerio de Salud de la Nación dictó la Resolución n° 2883/2020 que

aprueba el Plan Estratégico para la Vacunación contra el Covid-19 en la República Argentina.

En sus considerandos, dice "Que la campaña de vacunación contra el SARS-Cov-2 constituya una estrategia de salud pública nacional, prioritaria, equitativa, solidaria y beneficiosa para el bienestar de la salud tanto individual como colectiva de nuestros ciudadanos".

Pero sorpresivamente en otros de los considerandos dice "Que teniendo en cuenta que la vacuna contra Covid-19 provista por el Estado Nacional **no será de aplicación obligatoria**...". Es del caso señalar que en el Visto de la norma ⁽³⁾ no se cita a la ley 27.491.

Finalmente, el artículo 6 de la Resolución dice que "**la vacunación, en el marco del Plan Estratégico para la Vacunación contra la Covid-19 será volun-**

taria, gratuita, equitativa e igualitaria y deberá garantizarse a toda la población objetivo, independientemente del antecedente de haber padecido la enfermedad".

No está de más aclarar cuál es el **orden jerárquico de nuestro ordenamiento jurídico**. Las resoluciones no pueden ir en contra de lo que disponen leyes que se encuentran por encima en la pirámide normativa. Sin embargo, no tenemos conocimiento que esta resolución haya soportado cuestionamientos en la Justicia, tanto Federal como Provincial.

Ello nos hace concluir que la ley 27.491 sigue vigente sin que pueda inferirse que la resolución pueda haber "interpretado" una voluntad que no surge de la norma jerárquicamente superior. □

REFERENCIAS

1) Aquí también los medios de comunicación han mal interpretado la decisión judicial. Basta ver los titulares. <https://cnn.espanol.cnn.com/2022/01/13/corte-suprema-mandato-vacunacion-biden-trax/>

2) El decreto de necesidad y urgencia 260/2020, del 12 de marzo del 2020, dispuso ampliar la emergencia sanitaria por el plazo de un año (en su redacción original) y el Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 estableció el ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio).

3) El VISTO de cualquier norma se refiere a la porción de ella que referencia los antecedentes tenidos en cuenta para su dictado.

Tenemos experiencia



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

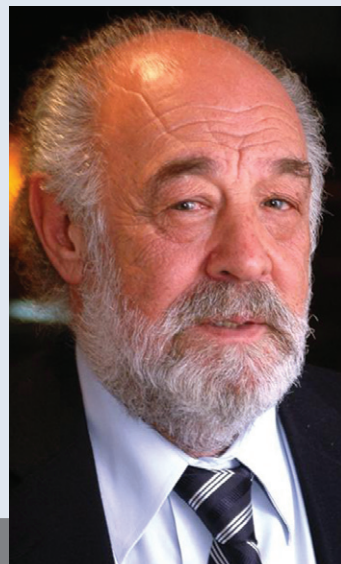
En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.

La salud en la encrucijada: el sistema sanitario en un mundo en transición

"Los principios son los capaces de producir los motivos de acuerdo con los cuales la voluntad de un ser social se determina a la acción".

Percy Bysshe Shelley

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



La pandemia ha puesto a prueba a los sistemas sanitarios del mundo entero, y aunque resulte excesivo una evaluación global, algunas experiencias nos ayudan a pensar nuestra posición. Desde el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, por caso, han destacado una **serie de indicadores** sobre lo que constituye una respuesta resiliente de los sistemas a la crisis pandémica con reducción de la desigualdad.

En primer lugar, destacaron una **gobernanza eficaz**, como vector clave que une todo lo demás, porque da confianza en el sistema y permite que los demás órganos funcionen. Lo cual trasciende al sistema propiamente sanitario y lo fortalece. Proporciona una base y una palanca para la obtención de los necesarios recursos y su aplicación idónea.

Además, incluyeron:

- Sistema de seguimiento, vigilancia, alerta precoz.
- La coordinación eficaz dentro del gobierno, de todas las jurisdicciones, de manera horizontal y vertical.
- Comunicación clara y transparente con la población, personal e instituciones.
- Involucrar a organizaciones de la Sociedad Civil.
- Coordinación internacional.
- La importancia de la solidaridad.

Si posamos la mirada hacia nuestro país, resulta evidente que *debemos rectificar mucho de lo realizado para mejorar el rumbo*. Debemos volver a las prioridades relegadas, fortalecer los pilares indispensables y atrevernos a innovar. Efectivamente, el sistema sanitario, así como el mundo entero, está en transición. Su cambio es incierto pero irreversible. La digitalización, por mencionar un ejemplo, seguirá avanzando. Pero para eso necesitamos fortalecer dos pasos previos que carecemos en pasmosa medida: la confección de datos certeros y su transparencia, que en medicina se corresponde en buena medida al **concepto de trazabilidad**. Es decir, el seguimiento, rastreo y monitoreo de medicamentos o procedimientos (vacunación, testeos, etc.) como así también de resultados. Algo que las herramientas tecnológicas actuales hacen posible en una nueva dimensión, acorde a su complejidad.

Pero además se trata de volver a las **prioridades esenciales**, con una clara consciencia de *nuestro estado de indefensión estructural*, más allá de "desbordes" puntuales. En este sentido, entre otros, debemos encarar casi desde cero aspectos como el sistema de (ciber) vigilancia, la

transparencia financiera y la formación profesional continua.

Este último punto merece ser subrayado. Todavía seguimos pensando en camas como antes en respiradores y ahora en los "autotests", en lugar de suficiente personal idóneo. Debemos avanzar en la capacitación en protocolos procedimentales del personal de salud, lo cual se logra con práctica, es decir, la formación junto a profesionales experimentados, lo que antes llamábamos "maestros". Las salas de terapia intensiva deben contar con personal competente, entrenado y descansado. La sobrecarga de trabajo genera el ya estudiado agotamiento (burnout), que compromete la calidad del trabajo.

Frente al escenario actual, debemos distinguir el concepto de *problema* del de *dilema*. No se trata de resolver un problema sino de decidir sobre un rumbo a seguir. Crecientemente esto se hace evidente a diversos actores y sectores de la medicina, pero el camino a recorrer no resulta tan prístino. No se trata de elegir entre dos o tres portales luminosos con indicaciones sobre su evolución, sino más bien de un bosque oscuro con múltiples senderos estrechos y peligrosos. Más que bifurcación de caminos se trata de un verdadero laberinto.

Nadie duda de la necesidad del cambio, la pregunta que se impone es doble: ¿qué cambiar y cómo? Ambas están entrelazadas. El cambio debe empezar por reconocer y precisar la mutación en la configuración social y partir de diferenciar *situación de condición*. La pandemia no implica una situación puntual, sino que expresa (y magnífica) toda una condición sanitaria y social estructural a la vez que dinámica.

A su vez, ello remite a identificar las nuevas necesidades, partiendo de la diferencia entre grieta política o brecha económica, por un lado, y desgarró social, por otro. *Nuestra sociedad tiene una herida abierta, a lo que debemos responder reordenando las prioridades*.

En segundo lugar, reconocer la complejidad en juego. No se trata de un solo elemento que pueda resolver lo que constituye un *fenómeno tan amplio y complejo como lo es una pandemia*, o la salud en general. Al decir de H. L. Mencken: para cada problema complejo hay una respuesta sencilla... ¡Pero equivocada! Efectivamente, **la complejidad** impone evitar la confusión (aturdimiento), y evaluar la interacción y multidimensionalidad con equivalentes diagnósticos y especialidades disciplinares.

En definitiva, reconocer el **efecto ocaso** oculto bajo distintas categorías (válidas, pero ya "lavadas" en discurs-

sos repetidos): fragmentación, ineficiencia, deficiencia institucional. Se trata en el fondo de una *indefensión sanitaria* de la cual esos son nodos centrales pero propios de una regresión histórica y estructural.

Nuestra propuesta es la *integración* mixta de todos los subsectores sanitarios, en un Sistema Federal Integrado de Salud, lo cual no debe confundirse con su *fusión*. Pero no se trata de un *pacto* al que se arribaría con un *consenso*. Hay que pasar a un *acuerdo* resultado de *negociaciones*. El consenso, en todo caso, ya está suficientemente alcanzado en términos de reconocer las falencias estructurales. La dificultad pasa por *efectuar las transformaciones* que modificarían esta realidad. En lograr compromisos de acción por parte de los sujetos que pueden empujar el cambio y que son de manera conjunta e inseparable los actores políticos (en funciones de gobierno ejecutivo, sobre todo, pero también de la oposición) y los actores corporativos (colegios médicos, sindicatos, empresas de medicina privada, laboratorios y farmacéuticas, etc.). Y la *garantía de acuerdo* entre ellos (que no son dos actores monolíticos, sino múltiples y heterogéneos e imbricados de muchas maneras) es la propia ciudadanía involucrada en lo que constituye en definitiva un pilar de su propio proyecto vital como objetivo común.

La regulación estatal es insustituible: la ley instauro su imperio y revela su necesidad allí donde existe o es posible el conflicto. Pero tampoco se trata de una imposición trasnochada, que está predestinada al fracaso. Debe responder a una negociación con los actores involucrados, al tiempo que se efectúe un proceso de debate abierto a la opinión pública para que la ciudadanía funcione como tutor de los acuerdos y garantía de su cumplimiento.

El principio guía es reconocido e indelegable para el progreso de nuestra democracia: el derecho al acceso a la atención de salud de manera oportuna, equitativa y eficiente. Este norte sólo puede ser alcanzado haciendo uso de todos los recursos existentes, maximizando su rendimiento con su complementariedad y evitando la dupla de carencia y derroche. A la vez que **planificando estratégicamente** avances en formación, prevención y atención a partir de un mayor conocimiento y evaluación de los recursos, población, necesidades, prioridades, etc.

Esto se logra con una concertación de comando pero que no implica ni verticalismo, ni estatismo ni impedimento de lucro del sector privado. Lo que significa es una **coordinación con regulación** que corrija abusos y evite dilapidar recursos. Una firme *gobernanza* que coordine y conduzca estrategias sanitarias con conocimientos rigurosos de salud pública y de epidemiología en particular. Seguramente haya readecuaciones que impliquen compromisos, pero el funcionamiento de un verdadero sistema que integre a todos sus componentes redundará en mejoras que beneficiarán a todos los subsectores y, sobre todo, claro está, a los pacientes, es decir, a la población en su conjunto dado que ésta es su genuina finalidad. □

(*) 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



Telemedicina internacional en América Latina: ¿una oportunidad para los médicos argentinos?

Por Santiago Troncar - @stroncar



Según un estudio reciente de la investigadora de mercado Global Market Inside, el mercado global de la telemedicina ya superó los U\$S 224.000 millones. Otra consultora, la Fortune Business Insights pronostica que este mercado alcanzará los U\$S 396.760 millones con una tasa compuesta anual de 25,8% durante el período de pronóstico de 2021 a 2027, según un reciente artículo de Cintia Perazo en América Economía.

Con la irrupción de la telemedicina desde 2020, práctica ya habitual entre médicos, pacientes y sistemas sanitarios de todo el mundo, surge una pregunta interesante para hacernos, y hacerle a la comunidad médica... ¿Es la telemedicina internacional una oportunidad para los profesionales médicos argentinos? Factores como la alta penetración de internet en nuestro país, el reconocido nivel académico y clínico de nuestros profesionales, y la cantidad de profesionales médicos existentes deberían convertirse en factores clave para capitalizar esta demanda creciente en el mundo de la salud.

En 2021 el Banco Interamericano de Desarrollo publicó un interesante y profundo trabajo llamado "Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas". El objetivo principal del trabajo encargado por el BID a un grupo de expertos consistía en "Estudiar los factores de adopción y desarrollo de la telemedicina a nivel nacional e internacional entre diferentes servicios de salud en América Latina y permitir reorientar la atención asistencial hacia un sistema integral centrado en el paciente y basado en la interoperabilidad".

La hipótesis general consistía en entender "cómo se está desarrollando la telemedicina internacional en América Latina permitirá conocer los factores determinantes, así como las barreras y los facilitadores a la hora de implementar estos programas y establecer nuevas hojas de ruta que potencien los factores de éxito y mitiguen las limitaciones en base a la evidencia recogida". El análisis está basado en tres componentes: (i) un **análisis bibliográfico sobre la telemedicina internacional** con foco en sus barreras y facilitadores y en la descripción de experiencias internacionales; (ii) **una encuesta en línea a 1.443 de profesionales de la salud de 19 países de América Latina y el Caribe**, de los cuales casi un 37% fueron argentinos, y (iii) una serie de **entrevistas a 29 expertos en telemedicina**.

La encuesta online fue realizada sobre 1.443 participantes, 53,8% mujeres y 46,2% hombres, con media de edad de 44,4 años (SE=0,359), un 71,4% de los profesionales de la muestra realiza funciones de actividad médica, siendo un 36,9% del total de participantes provenientes de la Argentina.

- Si bien un 46% de ellos utiliza sistemas de telemedicina nacional, únicamente un 17,4% de los entrevistados ha utilizado o utiliza un sistema de telemedicina internacional. Sin embargo, entre los no usuarios cabe señalar que un 20,6% señala su intención de uso o preparación para la utilización de la telemedicina internacional.
- Un 43,0% de los profesionales que usan la telemedicina nacional desde antes de 2019, es decir los early adopters que lo hicieron antes de la aparición de la pandemia, ya son usuarios de sistemas de telemedicina internacional.

¿Cuáles son entonces los facilitadores de la telemedicina internacional que deberían aprovechar y desarrollar nuestros profesionales y las organizaciones para las que trabajan?

a) Tecnológicos: parte de la tecnología requerida está disponible a bajo costo y puede proporcionar comunicación directa, uso de tecnología sencilla pero robusta y de tecnología asincrónica. **b) Humanos:** aumento de la información de los pacientes a través de internet, que incrementa su implicación en salud y la aceptación creciente de recibir asistencia relacionada en salud de forma transfronteriza. **c) Regulatorios:** flexibilización de las regulaciones. **d) Profesionales:** valoración positiva por parte de los profesionales, oportunidad de obtener créditos de educación continua por realizar la labor. La formación permite poner a disposición de los profesionales pautas actualizadas. Aliciente de la comunicación en tiempo real. Los módulos de aprendizaje e-learning superan las barreras geográficas, de limitación de tiempo y hacen accesible el material. **e) Organizacionales:** condiciones para la apertura a la innovación y la creatividad, con equipos motivados con compromiso de liderazgo. **f) Sociales:** campañas explicativas sobre teleconsultas para superar las barreras de no alfabetización tecnológica. **g) Pacientes:** valoración positiva de los pacientes. **h) Financiación:** bajo costo de las tecnologías utilizadas.

En función de esto, dicho Estudio hace las siguientes recomendaciones de política para fomentar la telemedicina internacional en América Latina y el Caribe:

1. Impulsar mecanismos que promuevan el consenso entre países para el uso de la telemedicina internacional, como la creación de una agencia de telemedicina supranacional.
2. Promover políticas públicas de telemedicina nacional sólidas y sostenibles en el tiempo, incorporadas en una estrategia nacional de salud.
3. Fortalecer las agencias gubernamentales responsables de la transformación digital de la salud, incluyendo el tema de la telemedicina.
4. Establecer un marco claro para un sistema de pago a los profesionales por la prestación de los servicios de telemedicina.
5. Fomentar la reglamentación, regulación y protocolización de los servicios de telemedicina cuando el médico y el paciente se encuentran en diferentes países.
6. Facilitar la regularización de las licencias profesionales internacionales.
7. Promover medidas de seguridad en la gestión, recopilación, almacenamiento y transferencia electrónica de información de pacientes internacionales.
8. Impulsar la interoperabilidad de los sistemas tecnológicos de información en salud entre los países de la región.
9. Fomentar la incorporación de las universidades y redes académicas para hacer frente a la falta de conocimiento que permita aumentar la confianza en la telemedicina entre pacientes y los profesionales de la salud.
10. Facilitar la capacitación profesional para el uso de herramientas de salud digital.

La tecnología nos pone una vez más frente a una oportunidad de insertarnos en mercados globales y brindarle servicios de excelencia a distintos países, sin abandonar nuestro país. Oportunidad que algunos profesionales y especialistas ya han comenzado a capitalizar.

La pregunta tal vez sea... ¿Estamos trabajando para explotar masivamente este nuevo diferencial que tenemos como país? ☐

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



La reforma ¿Cuál reforma?



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

A fines de 2020, en un discurso en el Estadio Único de la Ciudad de La Plata, Cristina Kirchner, acompañada por el gobernador de la provincia Axel Kicillof, puso en agenda la necesidad de una reforma integral del sistema de salud. En junio del 2021, otra vez en la Ciudad de La Plata y nuevamente acompañada por el gobernador de la Provincia de Buenos Aires volvió a abogar por una reforma del sistema de salud.

El proyecto de reforma que se mencionaba estaba plasmado en un documento denominado "Ejes centrales para un programa de salud 2020-2024" elaborado y difundido por la agrupación política "La Cámpora" en donde se propone la sanción de una Ley Nacional de Salud, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino, (SNISA) y el aumento de la inversión directa en salud del Estado nacional a través de un Fondo Nacional de Salud entre otras iniciativas. A la fecha nada de esto ocurrió.

Sin embargo, esto no quiere decir que no se estén produciendo cambios o reformas en diferentes ámbitos de la salud relacionados con el Estado. Específicamente en dos obras sociales administradas por el Estado se están produciendo cambios en sus modelos prestacionales.

Ambas obras sociales son conducidas por integrantes del mismo grupo político autor del documento de reforma mencionado más arriba: "La Cámpora". Una es el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI) y la otra es el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires.

Lo curioso de esto es que, a pesar de ser conducidos por el mismo grupo político, planteen propuestas de reforma en la atención totalmente diferentes.

EL CASO PAMI

Recientemente (el 18/02/2022) el presidente de la Nación Alberto Fernández y la titular del PAMI, Luana Volnovich anunciaron un cambio en el modelo de pago a proveedores pasando de una modalidad capitada a un sistema de pago por prestación a especialistas y la libre elección de algunas prestaciones.

Según el propio PAMI anunció a través de un comunicado de prensa, *"a partir del 1 de marzo, el Instituto pone fin a un sistema de asignación fija, donde las personas mayores no podían seleccionar a los especialistas"* (Diario El Cronista del 18/02/2022).

Según la propia página web del PAMI este cambio se da *"para conseguir turnos más rápido y recibir una mejor calidad de atención"*.

Según el propio diario El Cronista, la titular del PAMI afirmó: *"El sistema capitado es lo que hoy empezamos a demoler, ahora funcionamos como cualquier obra social, o como cualquier prepaga"*. Incluso, siempre según el matutino,

el propio presidente en su discurso cuestionó el sistema capitado.

Si bien el PAMI modificó varias veces las formas de pago, en términos generales podemos afirmar que en sus inicios pagaba por prestación y en la década de los 90, bajo la titularidad de Matilde Menéndez, paso a un sistema capitado y así continuó (con ciertas variaciones del sistema de cápitales y de modelo de atención como las UGP de la Alianza u otras modalidades de pago, pero siempre dentro del concepto de cápita) hasta estos días.

Según el PAMI en esta etapa habrá libre elección de especialistas y centros de diagnóstico por imágenes y pago por prestación para estos.

EL CASO IOMA

El IOMA es la obra social de los empleados estatales de la Provincia de Buenos Aires y desde su creación aboga por la libre elección (figura en su estatuto de creación por ley).

Si bien paga por cápita a algunas federaciones médicas, al médico se le paga finalmente por prestación, así como las internaciones y otras prácticas, siendo esta modalidad la dominante.

La actual conducción del IOMA, que como dijimos pertenece al mismo grupo político que la titular del PAMI, está avanzando hacia un cambio de modelo en una dirección contraria a la anterior. Básicamente están creando efectores propios (Policonsultorios y clínicas propias de IOMA) con médicos que perciben un sueldo, con una carga horaria determinada, independientemente de la cantidad de consultas que realicen. O sea, un modelo más cercano a la cápita que al pago por prestación.

"Al mismo tiempo que el PAMI emite una señal clara de que el modelo de capitación y cartillas cerradas (de la forma que se implementó) fracasó, el IOMA avanza hacia un modelo similar al que el presidente y la titular del PAMI acaban de denostar".

También están promoviendo el pago a especialistas a través de las clínicas y sanatorios intentando también un pago del tipo salarial (ya lo están logrando en las denominadas áreas cerradas como son las guardias, terapias, etc.).

Si bien este modelo está en estado embrionario, ha trascendido que un paso posterior será el acuerdo con clínicas y sanatorios que estén dispuestos, a través de un sistema capitado o del tipo presupuestal. En definitiva, se está avanzando a un sistema muy similar al del que el PAMI intenta salir.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

Estos cambios de modelo en dos instituciones conducidas por un mismo grupo político que pertenece a su vez a un mismo signo político (Nación y Provincia están gobernadas por el Frente de Todos) son muy llamativas y preocupantes.

En principio porque muestran una falta de rectoría muy grande, enviando mensajes contradictorios a todos los actores del sector. No solo no se cumplió con la reforma anunciada por la vicepresidenta y plasmada en un documento, sino que integrantes del mismo grupo político que escribió aquel documento, realizan reformas contrapuestas en las dos principales obras sociales del país.

La importancia de esto radica que entre ambas instituciones dan cobertura a alrededor de unos ocho millones de personas (4,8 millones el PAMI y más de 3 millones el IOMA). Ambas son instituciones referentes del sector (el PAMI a nivel de obras sociales nacionales y el IOMA dentro de la COSSPA para el resto de las obras sociales provinciales).

Al mismo tiempo que el PAMI emite una señal clara de que el modelo de capitación y cartillas cerradas (de la forma que se implementó) fracasó, el IOMA avanza hacia un modelo similar al que el presidente y la titular del PAMI acaban de denostar.

Estos mensajes contradictorios generan alta incertidumbre, ponen de manifiesto una baja capacidad técnica de quienes conducen y administran los presupuestos millonarios de las dos principales instituciones de cobertura de salud del Estado (no se presentaron estudios ni análisis serios que justifiquen los cambios), disminuyen aún más la pobre gobernanza y rectoría del sector y lo peor de todo, no muestran grandes ganancias de años de vidas saludables de la población beneficiaria.

Si las reformas iniciadas en el PAMI se producen por las largas listas de espera y la baja calidad de atención, según el propio Instituto admite, es dable esperar que el camino emprendido por el IOMA vaya en esa dirección, totalmente perjudicial para los afiliados.

Se requiere en forma urgente de una coordinación de políticas dentro del partido gobernante y un análisis profundo de la realidad sanitaria y sus problemas para elaborar una propuesta seria y coherente de reforma del sistema de salud.

Estos manotazos de ahogados que estamos presenciando solo contribuyen a deteriorar cada vez más nuestro pobre sistema sanitario que ya está totalmente vapuleado. □

(*) 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

La dignidad perdida...

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



La definición de dignidad es "Cualidad del que se hace valer como persona, se comporta con responsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí mismo y hacia los demás y no deja que lo humillen ni degraden".

Dicho esto, **dignidad humana** significa que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado. Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan.

Asimismo, un gran número de constituciones nacionales, sobre todo las adoptadas en la segunda mitad del siglo XX, hacen referencia explícita al respeto de la dignidad humana como fundamento último de los derechos enumerados y como la finalidad esencial del Estado de Derecho.

En tal sentido, se destaca la Constitución alemana de 1949, que, como reacción a las atrocidades cometidas durante el régimen nazi, establece en su artículo 1º que: **"La dignidad humana es intangible. Los poderes públicos tienen el deber de respetarla y protegerla"**.

La dignidad humana, contiene elementos subjetivos, que corresponden al convencimiento de que las condiciones particulares de vida permiten alcanzar la felicidad y de elementos objetivos, vinculados con las condiciones de vida que tiene la persona, para obtenerla. Siendo así se determinó a la dignidad humana, como un derecho fundamental.

En el comienzo de la pandemia el trabajo del equipo de salud fue sorprendentemente aplaudido. Fue un retorno al camino de la dignidad y al reconocimiento perdido.

Con el correr del tiempo, y con la aparición de los antivacunas y de un grupo anticuarentena, la decisión de no vacunarse perjudicó al conjunto de la sociedad: la vacunación no es una cuestión médica relativa a la esfera individual sino un tema de salud pública, un asunto colectivo.

En abril de 2020, menos de dos meses después de que comenzara el primer confinamiento, circuló una invitación para desafiar las restricciones a la circulación que el Gobierno nacional, con el acuerdo de los gobernadores de

la oposición incluso, acababa de extender como medida preventiva contra la pandemia.

Pronto los manifestantes pasaron de ser unas pocas decenas a varios miles, y tanto los líderes de partidos de derecha minoritarios como importantes dirigentes y referentes de grupos opositores expresaron su adhesión entusiasta y participaron activamente de las convocatorias.

Por supuesto, asisten a las marchas personajes que enarbolan visiones conspiranoides y defienden perspectivas contrarias a la de la Organización Mundial de la Salud y a los epidemiólogos y sanitarios argentinos.

Hasta hace muy poco los criterios científicos elementales parecían ser ampliamente aceptados, al menos en la población educada de las capas medias urbanas. Sin embargo, algunos fenómenos recientes parecen poner en duda la confianza pública en la ciencia empírica.

Terraplanistas, negadores del cambio climático y antivacunas se han convertido en los protagonistas de un nuevo drama público. En el contexto de la pandemia de Covid-19 estas desconfianzas se han hecho más evidentes, y en muchos casos se han convertido en un problema público que atañe a las formas de cuidado.

Las sospechas sobre la existencia real de un virus, la crítica a los números públicos, a las políticas de cuarentena y el cuestionamiento de la vacunación masiva son los ejemplos más visibles de un manto de desconfianza pública durante la pandemia.

¿Es la desconfianza pública en las vacunas un nuevo oscurantismo? ¿Es la venganza de la ignorancia generalizada? ¿Es culpa de un déficit de información promovida por *fake news* y redes digitales? ¿Es culpa de las políticas neoliberales que fomentan el individualismo? ¿Cómo gestionar la vida pública en lo que aparece como un mar de irrationalidades?

Es en este contexto que se empezó a perder de nuevo la dignidad de los médicos. Agotados física y psicológicamente, por ser la primera frontera de la atención de los infectados, **el contacto con las muertes masivas fue atroz.**

"Seguimos con los mismos problemas en el sistema: gran fragmentación, pluriempleo generalizado de los diferentes actores del equipo de salud, lobby sobre las ideas progresistas para degradarlas o para hacerlas desaparecer, hiperconcentración de empresas prestatarias con calidades deficientes y sin control del Estado".

Nadie puede estar preparado para este shock de realidad. Mientras en las calles comenzó a generalizarse el "no cuidado" la desesperación de los médicos iba en aumento.

Asistimos en este momento al retorno al maltrato a los médicos, mal pagados, con pluriempleo intolerable.

Parece que la esperanza de un debate sobre el sistema de salud se hubiera esfumado de las agendas.

Seguimos con los mismos problemas en el sistema: gran fragmentación, pluriempleo generalizado de los diferentes actores del equipo de salud, lobby sobre las ideas progresistas para degradarlas o para hacerlas desaparecer, hiperconcentración de empresas prestatarias con calidades deficientes y sin control del Estado.

Un Estado que continua sin un aparato de fiscalización acorde a los tiempos y a la nueva realidad sanitaria del país.

Si es verdad, que el Ministerio de Salud retorno hace sólo dos años, después del oprobioso descuido de la administración anterior, errática y sinsentido.

En esta publicación hemos hablado en ediciones anteriores, sobre la infinidad de problemas del sistema prestacional argentino, ya que no es un sistema que produzca salud. Desigualdades extremas entre regiones de un mismo país.

Los problemas económicos y sociales crónicos de la Argentina vienen de la mano de un Estado nacional quebrado. Una situación de larga data, que podemos ver reflejada hoy **en sus elevados niveles de endeudamiento heredado**, déficit e inflación y ni hablar de los índices de pobreza.

Ese problema de fondo tiene nombre: el federalismo argentino. Es un federalismo muy argentino, porque no hay

otro igual. Más del 80% de los países son unitarios, aunque el selecto club de los federales tiene otros miembros prominentes, como Estados Unidos, Rusia, Alemania o Brasil.

Sin embargo, a diferencia de la nuestra, el resto de las federaciones tienen al menos una de estas dos características fundamentales: los estados (provincias) que las componen recaudan sus propios impuestos y administran sus propios recursos, o hay una autoridad nacional fuerte, por encima de todas las provincias, que define la macroeconomía y las grandes políticas nacionales como las estratégicas de salud.

La singularidad argentina consiste en que carecemos de ambas.

El sistema prestacional argentino es un reflejo de este federalismo clientelista y desigual. Cada provincia hace lo que considera efectivo con su sistema sanitario.

Todo esto colabora con las desigualdades regionales.

Aún estamos a tiempo de retomar la discusión sobre el *Sistema de Salud Argentino...* hemos escrito en estas páginas sobre el *Sistema Nacional Integrado de Salud* como única respuesta a los males que nos aquejan. Seguimos pensando igual. Actuemos con responsabilidad...

No escribamos el guion de la República perdida III... □

(*) Director Médico Nacional Obra Social de Televisión



www.sanidad.org.ar

Reflexiones sobre la pandemia



Por el Dr. Miguel Ángel Schiavone (*)

Nunca imaginamos vivir una pandemia con sus secuelas de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte. *¿Será este un punto de inflexión en nuestra historia? ¿Seremos más humanos, más solidarios? ¿El bien común suplirá al creciente egoísmo? ¿El consumismo dará paso a un ecologismo? ¿El sentido de la vida y la trascendencia superarán la autorrealización? ¿Olvidará la humanidad estos críticos momentos y las reflexiones que surgieron? ¿El virus habrá detenido a la humanidad en su carrera enloquecedora, en esa aceleración sin sentido de la historia y la vida? ¿Qué será de esa cultura humanista que cultivamos durante tantos años? ¿Seguiremos siendo iguales, pero ahora solo con un barbijito para ocultar nuestro fracaso?* Para evitar el olvido es necesario recordar, reiterar, repetir y repetir.

El hombre "todo poderoso" se redescubrió como débil y vulnerable ante un invisible organismo viviente.

El ser humano que se consideraba omnipotente, dominador de la tierra y del resto de los seres vivos, que ocupó "pandémicamente" el mundo, se reclusó asustado en su "caverna". La cultura que idolatraba al triunfalismo de bienes materiales, de derechos, de tecnología, engañó al ser humano quien creyó haber usurpado el poder creador de Dios. Pero hoy recuerda que es una débil criatura, vulnerable ante un ser invisible a sus ojos. Un virus que le dice "yo también quiero un espacio en este planeta y hay otros seres vivos que luchan igualmente por encontrar un lugar".

"La finitud de la vida".

Se visibiliza ante el dolor de la enfermedad y la muerte que la pandemia nos enrostra. La modernidad tendió a cerrarse frente a la trascendencia, pero la pandemia nos obliga a recordar que no somos inmortales, que la vida no se agota en la mera existencia terrena. Según Tati Soler "Cuando el ser humano abraza la finitud de su vida, al fin gozará del infinito milagro de vivir". La religión externaliza nuestra espiritualidad, y esta nos impulsa a la experiencia de la trascendencia.

El temor al contagio "humanizó" a las personas que comenzaron a preocuparse por la salud del "otro".

El dolor y la enfermedad del otro nos preocupa, las enfermedades infectocontagiosas hacen más visible esta preocupación, pero solo por temor al contagio. La enfermedad y el dolor del otro siempre te llegan, será a través un virus, una bacteria, un mosquito o a través de la violencia social. Esta inquietud impulsada por el temor debería estar guiada por el amor al otro.

El ser humano forma parte del tejido social, así como una

célula forma parte de un tejido biológico. La enfermedad de una célula seguramente afectará al resto. En su encíclica *Fratelli tutti* el Papa Francisco, hace un aporte a la reflexión para que, frente a las diversas actitudes para eliminar o ignorar a otros, seamos capaces de expresar un sentimiento de fraternidad y de amistad social que trascienda las palabras.

El ecosistema encontró que el agente etiológico de su enfermedad era el hombre viralizando el planeta.

El daño ambiental que propició la humanidad contribuyó al desarrollo de esta pandemia y favorecerá las que vendrán en un futuro no muy lejano. En los últimos dos siglos nos encargamos de "extirpar", término que prefiero al de "extraer", recursos de las entrañas de la tierra para transformarlos en petróleo, gas y carbón. Al consumo de fósiles se le agregó la deforestación del planeta, la contaminación de las aguas y las siembras de monocultivos. Las especies animales están en extinción y su espacio es ocupado por animales para el consumo humano. El cambio climático provocó movimientos de la población y de otras especies; la vida animal y la humana se acercaron como consecuencia del cambio climático y sus virus viajaron junto a ellos.

Al fenómeno de que el virus exista, pero no entre en contacto con nuestra especie se lo conoce como "huésped de final del camino" (dead-end host). Diversos estudios sugieren que una mayor diversidad de especies, incrementan las posibilidades de que el virus no llegue nunca a las personas. Los mercados húmedos y la ingesta de animales exóticos completaron el cuadro de un *homo sapiens* consumista y depredador. Ya en 2015 el Papa Francisco en *Laudato Si* nos alertaba sobre el daño que le estábamos ocasionando a la madre tierra.

Todos estamos expuestos, pero no en la misma magnitud.

La pandemia demostró que frente a un agente agresor como el Covid-19 todos somos susceptibles y expuestos a riesgo, pero la magnitud de esa exposición no es la misma para toda la población, así como tampoco la accesibilidad al sistema de atención de la salud. Gran parte de la población vive bajo la línea de pobreza.

Las condiciones de hábitat impiden el distanciamiento social, hacinamiento y viviendas precarias favorecen la difusión viral. Niños y adultos que comparten cochones para dormir. Viviendas sin agua potable o en algunos casos sin agua, hacen utópica la recomendación de la higiene de manos. Como en el caso del hundimiento del Titanic, todos estaban en el mismo barco, pero algunos viajando en primera clase accedieron a los botes salvavidas mientras que las otras categorías no tuvieron igual posibilidad.

Las estadísticas volvieron a confirmar que se pueden utilizar para confundir a la opinión pública con notable razonabilidad.

Un ministro de salud relativizó una noticia periodística que decía que su país en el mes de octubre tenía en la región la tasa de mortalidad por Covid-19 más alta, y decidió que era mejor publicar que en noviembre su país era el que había tenido el mayor descenso de esa misma tasa... No hace falta alterar los resultados estadísticos, solo hay que ver la forma y el momento en que se presentan. Anunciar cuantas vacunas se administraron no es lo mismo que informar que porcentaje de la población recibió las dos dosis para llegar al 80% de cobertura que requiere la inmunidad de rebaño. Las estadísticas no mienten, pero los que las presentan las manipulan. El sector salud de la Argentina tiene una importante deficiencia en cuanto a la demora y oportunidad en que las estadísticas son presentadas y utilizadas para la toma de decisiones.

Un sistema de salud ineficiente, inequitativo y falta de calidad.

Fue necesaria una pandemia para recordar que nuestro sistema de salud está fragmentado, segmentado, sin políticas de recursos humanos, sin gestión y cargado de una retórica dialéctica inconducente. Un sistema que no se resuelve con más equipamiento o más camas, tampoco "importando" médicos generalistas con formación mínima y básica como para desempeñarse en el primer nivel de atención; sino que requiere de una verdadera reingeniería, una reconversión integral que proponga un nuevo modelo de atención, de gestión y de financiamiento.

Reforma que no debe ser a través de una revolución sino una evolución del sistema, reforma que no atente contra la libertad de elección, reforma que respete al sector privado ya que su afiliación es voluntaria, reforma que garantice la equidad dentro de cada uno de los subsectores, reforma que promueva la calidad asistencial, reforma que revierta la ineficiencia del actual sistema, reforma que considere su propia sustentabilidad.

Un falso debate entre salud y economía.

Volvimos a confundirnos en el debate si la enfermedad lleva a la pobreza o la pobreza lleva a la enfermedad. Ambas están íntimamente relacionadas. Desde hace más de un siglo Chadwick nos enseñó que enfermedad y pobreza forman parte de un círculo vicioso en donde una retroalimenta a la otra.

También R. Virchow afirmaba que una epidemia es un fenómeno social con algunos aspectos médicos en donde se debe valorar la salud de la población, pero también la economía, el impacto social y psicológico, el componente educativo, los movimientos poblacionales, la comunicación social y tantas otras dimensiones que concurren a la salud.

El golpe que recibió la humanidad ha sido brutal, el virus nos obligó no solo a recluirnos en nuestras cavernas y parar nuestro enloquecido rumbo hacia la nada, sino también nos dio el tiempo para reflexionar nuestra misión y sentido en este mundo. □

(*) Rector - Universidad Católica Argentina





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

TENDENCIAS SALUD 2022

UN SECTOR PROTAGONISTA EN PLENA TRANSFORMACIÓN

Este informe recoge las 12 claves, identificadas por el equipo de Healthcare de LLYC a escala global, que darán forma al futuro de la salud.

INTRODUCCIÓN

¿Hacia dónde se dirige el sector salud tras dos años de pandemia? El ámbito sanitario ha sido uno de los principales protagonistas de una pandemia sin precedentes en el siglo XXI, que ha cambiado radicalmente el contexto social, económico e, incluso, cultural en el que nos moveremos a partir de ahora.

Los diferentes stakeholders sanitarios, industria farmacéutica, profesionales, instituciones, pacientes, investigadores, científicos y todas las empresas del sector, tendrán que adaptarse y adoptar medidas, cada uno desde su ámbito de responsabilidad y actuación, para preservar la salud pública, respuesta a las nuevas necesidades de los pacientes, hacer que los sistemas sean cada vez más eficientes y sostenibles, y garantizar el acceso a una salud digna desde cualquier rincón del mundo.

01

TRANSFORMACIÓN DIGITAL A MARCHAS FORZADAS

La pandemia, y el cambio estructural y social que ha generado han hecho inevitable el impulso de la digitalización en el sector sanitario. Es momento de que este proceso de transformación digital se termine de consolidar en aquellos países donde ya se ha iniciado, como ocurre en Europa, y que termine de arrancar en otras regiones como América Latina, donde la digitalización sigue siendo deficiente y avanza lentamente.

En muchos mercados, no existían procesos tecnológicos previos a la pandemia que hubieran permitido una gestión mucho más eficiente de un problema de salud pública mundial como el que ha habido que afrontar. Esta realidad ha hecho que la transformación digital y el uso de tecnologías por parte de los sistemas de salud se haya ido implementando en algunos países a golpe de imprevistos provocados por la pandemia. Todo ello ha demostrado que **es el momento de invertir en procesos estructurales basados en las nuevas tecnologías, de planificar y de adoptar medidas para impulsar una verdadera transformación digital del sector sanitario, creando sistemas de salud modernos e interconectados.**

Tecnologías como **la inteligencia artificial, la robótica, el big data, la monitorización remota del paciente (RMP), la telemedicina, las aplicaciones y dispositivos móviles, o el diseño de hospitales líquidos** van a revolucionar el futuro de nuestra salud. Este tipo de tecnologías mejorarán el acceso a las prestaciones sanitarias y aportarán a la sociedad un sistema de salud capaz de mejorar la experiencia del paciente, su calidad de vida y, en definitiva, su salud. Y **tienen un potencial enorme en la mejora de la calidad y la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y en la mejora de la eficiencia de las organizaciones sanitarias.**

Un ejemplo muy claro de los beneficios que aporta el uso de la tecnología para el cuidado de la salud es el uso de la teleconsulta, que en muchos países ha sido la mejor manera para mitigar el colapso de los servicios de Atención Primaria durante la crisis del Covid-19. Las aplicaciones móviles para seguimiento remoto de pacientes y adherencia a tratamientos son otro claro ejemplo de las eficiencias y mejoras que puede aportar. Por último, el uso del big data en hospitales, investigación clínica o para extraer información relacionada con enfermedades, favorecen una medicina personalizada y una mejor toma de decisiones para parte de médicos y gestores sanitarios.

"El uso de la teleconsulta en muchos países ha sido la mejor manera para mitigar el colapso de los servicios de Atención Primaria durante la crisis del Covid-19"

02

SOSTENIBILIDAD Y SALUD: CONECTADOS POR UN FUTURO JUNTOS

La sostenibilidad y la salud deben de ir de la mano para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030. Uno de los principales retos es abordar el cambio climático y su impacto en la salud. Tanto desde el punto de vista de la prevención de enfermedades, como desde el papel activo que deben tomar las empresas del sector y los sistemas sanitarios para trabajar en la reducción de las emisiones de CO² y la huella ambiental de sus actividades.

Esta conexión de salud y medio ambiente para la búsqueda de soluciones es una prioridad a nivel institucional, desde la OMS, a los diferentes gobiernos nacionales, como el de España, que ha presentado recientemente el *Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2022-2026*. Pero también es un compromiso que cada vez van adquiriendo más actores y empresas, desde los profesionales sanitarios y científicos, hasta la industria farmacéutica.

Se calcula que un 23% de las muertes en todo el mundo están relacionadas con el medio ambiente ⁽¹⁾; prácticamente la totalidad de los casos de diarrea (94%) son debidos a factores ambientales, y aproximadamente el 20% de las infecciones respiratorias son atribuibles a causas ambientales ⁽²⁾. Estos datos demuestran la **urgencia de buscar soluciones y medidas, no solo a nivel regulatorio, sino también en términos de concienciación e incremento de información de cara a la población general para que también, desde el compromiso individual, se pueda seguir reduciendo el impacto ambiental.**

Por parte de las **compañías farmacéuticas y empresas del sector sanitario, tendrán que trabajar su posicionamiento y comunicar su compromiso en el ámbito de la sostenibilidad.**

03

ENFOQUE ONE HEALTH: UNA SOLA SALUD PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR

En línea con el apartado anterior, surge el enfoque *One Health* como propuesta de solución a los retos que enfrentan el futuro de la salud y del planeta. Este concepto de una única salud nace en el año 2000 para reflejar la relación existente entre la salud humana y la salud animal y explicar cómo estas dependen, a su vez, del ecosistema en el que conviven.

A nivel de búsqueda de soluciones, el **enfoque *One Health* pretende unificar los esfuerzos y fomentar la colaboración entre diferentes disciplinas** (veterinaria, médica, ambiental, investigadora, salud pública, instituciones) **para trabajar local, nacional y globalmente con el objetivo de lograr una salud óptima para humanos, animales y el planeta.**

La globalización, las migraciones, la resistencia antimicrobiana y el cambio climático han favorecido la transmisión de enfermedades de animales a humanos, lo que conocemos como zoonosis. Un ejemplo claro y reciente sería el Covid-19, enfermedad que, según los expertos, probablemente surgió de una transmisión de murciélagos a humanos, posiblemente a través de otro animal.

Y no solo será importante la **búsqueda e implementación de políticas, medidas y leyes concretas que integren este enfoque para seguir avanzando hacia el futuro de la salud, sino que habrá que explicar a la población los riesgos derivados de las interacciones entre humanos, animales y medioambiente**, para que entiendan los beneficios de la prevención de problemas de salud pública, como el que acabamos de afrontar.

En países como España, por ejemplo, la inminente creación del futuro Centro Estatal de Salud Pública, que puede terminar teniendo forma de Agencia, abre una oportunidad para favorecer la incorporación de líneas de acción, nuevas estrategias de trabajo y la aportación de empresas y organizaciones profesionales a las estrategias a desarrollar cuando comience a desarrollar sus funciones.

*“El enfoque *One Health* pretende unificar los esfuerzos y fomentar la colaboración entre diferentes disciplinas”*

04

LA EQUITAD EN SALUD: UN DESAFÍO COMPLEJO A LARGO PLAZO

La pandemia ha evidenciado la importancia de asegurar la equidad en salud, no solo de los sistemas de salud nacionales, sino de los globales. Un hecho que ha acercado este complejo concepto de equidad en salud a la población general es la vacunación contra el Covid-19. Es fácil de entender, según está evolucionando la pandemia, que, hasta que la vacunación no llegue a todos los rincones del planeta, es probable que no veamos un control definitivo de este virus. **Ante un mundo cada vez más global, la equidad en salud será uno de los grandes retos a abordar desde las instituciones.**

Nos referimos a la equidad entendida como igualdad de atención sanitaria y acceso a los medicamentos en todos los rincones del planeta. Múltiples datos evidencian que estamos muy lejos de conseguirlo y que hay mucho trabajo por hacer. Un dato revelador es que existe una diferencia de 18 años de esperanza de vida entre los países de ingresos altos y los de bajo ingresos ⁽³⁾, según la OMS.

La salud es un derecho humano fundamental y la OMS entiende la equidad en salud como un componente fundamental de la justicia social, considerando que las diferencias que puedan existir no son resultado de aspectos biológicos, sino que derivan de procesos sociales y económicos.

La inequidad es, por tanto, evitable. Sin embargo, las soluciones para abordarla son muy complejas. Será necesaria **la toma de decisiones políticas y regulatorias que permitan modificar las estructuras sociales que existen en todos los niveles de la sociedad. A una escala global, conseguir la equidad en salud es un desafío aún más complejo de abordar, que necesitará un compromiso a largo plazo y una colaboración estratégica entre los gobiernos, la sociedad y el sector privado.**

05

SALUD MENTAL: LA PANDEMIA SILENCIOSA

Si hay algo importante de lo que, por fin, empieza a hablarse, es de los problemas de salud mental y son muchas las noticias al respecto en los medios de comunicación. Se comenta que hacen falta soluciones, se plantean programas desde las instituciones, y la población conoce el impacto que la pandemia ha tenido en la salud mental de muchos sectores.

De hecho, **ha sido probablemente la pandemia la encargada de destapar algunos tabúes asociados a este tipo de patologías y la responsable de impulsar a la salud mental en las agendas a nivel institucional, político, social y mediático.** Sin embargo, siguen siendo patologías silenciadas con alto estigma social y un alto impacto a nivel social, personal y económico. En el caso de España, van a tener su abordaje con una estrategia renovada por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el periodo 2022- 2026 y cuyo contenido fue aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial.

En el caso de América, la Organización Panamericana de la Salud tiene la salud mental como una de sus prioridades y ha confirmado que casi la totalidad de los países de América Latina y el Caribe reciben cooperación técnica por parte del organismo para atender esta problemática ante requerimientos concretos de los gobiernos.

El 12,5% de todos los problemas de salud se corresponde con los trastornos mentales, cifra que supera al cáncer y los problemas cardiovasculares. En este sentido, una de cada cuatro personas tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida ⁽⁴⁾. Cifras de alto impacto que

contrastan con el poco interés que han despertado este tipo de patologías por parte de los diferentes actores sanitarios, políticos y sociales. De hecho, la OMS acaba de ampliar su Plan de Salud Mental a 2030 porque la mayoría de los países no han alcanzado los objetivos previamente fijados para 2020.

Se necesitan nuevos abordajes desde diferentes ámbitos para encontrar soluciones en los próximos años. Desde el plano institucional, con la puesta en marcha de programas de prevención, promoción y aportación de fondos públicos para la salud mental. Desde la **investigación farmacéutica, con nuevos tratamientos eficaces, capaces de cambiar el paradigma de estas enfermedades y mejorar la calidad de vida de los pacientes**, considerando que entre el 35% y 50% de los afectados con problemas de salud mental no recibe ningún tratamiento o no recibe el adecuado ⁽⁵⁾. Desde un punto de vista asistencial, es prioritaria la integración de la salud mental en la atención primaria. Y desde la comunicación, **es necesario dar voz a estos pacientes y visibilizar las patologías que merman la salud mental para acercarlas a la sociedad, normalizarlas, reducir estigmas asociados y liberar a muchos pacientes que aún silencian su condición.**

“El 12,5% de todos los problemas de salud se corresponde con los trastornos mentales”

06

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT): EL RETO DE SUPERAR LA BRECHA TRAS LA PANDEMIA

Estos dos últimos años se ha puesto el foco en la preocupación que provocan las enfermedades transmisibles, provocadas por un virus como el SARS-CoV-2, capaces de poner en jaque a la población mundial en unos pocos meses. Pero ¿qué pasa con las enfermedades no transmisibles (ENT)? Estas enfermedades crónicas, que incluyen, entre otras, los cánceres, accidentes cardiovasculares, diabetes, obesidad, siguen siendo la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Según la OMS, las ENT matan a 41 millones de personas al año, lo que equivale al 71% de los fallecimientos que se producen en el mundo ⁽⁶⁾.

La mayoría se pueden prevenir si se abordan los factores de riesgo que las provocan. La OMS ya cuenta con una estrategia mundial para su prevención y control, al igual que el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España y en otros países, pero la pandemia las ha dejado en un segundo lugar, generando brechas de atención para estos pacientes.

Tradicionalmente, se ha trabajado mucho en la prevención y el abordaje de estas patologías. Son además enfermedades bien conocidas por todos. Hemos querido

incorporarlas entre las claves del futuro de la salud porque **las circunstancias de la pandemia han producido retrasos en los programas de cribado y diagnóstico, la cancelación de consultas, el incremento de las listas de espera quirúrgicas, etc., que han impactado a estos pacientes.**

Por tanto, **las ENT necesitarán el foco de atención de los diferentes actores sanitarios para retomar el ritmo de diagnósticos precoces necesario; para continuar avanzando en nuevos abordajes clínicos y en la investigación de nuevas terapias innovadoras.**

Además, **la coordinación con el sector socio-sanitario para dar mejor respuesta a las personas con necesidades de apoyo a su situación de dependencia, estén en instituciones residenciales o en su domicilio familiar, es un reto en cuya superación se van a incorporar estrategias y recursos específicos.** En algunos países de Latinoamérica, por ejemplo, se están desarrollando iniciativas de servicio a estos pacientes desde la industria farmacéutica, con el objetivo de acercarles la medicación, evitando desplazamientos, mejorando su adherencia y cuidado.

07

SALUD SILVER: UNA RESPUESTA AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

La población mundial está envejeciendo. La mayoría de los países del mundo está experimentando un aumento en el número de personas mayores, a lo que se une un aumento en la esperanza de vida y un descenso de la natalidad. El crecimiento de la población mayor de 65 años es más rápido que el del resto de los grupos de edad y, según Naciones Unidas, para 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, frente a una de cada once en 2019 ⁽⁷⁾. En España, y son datos de Oxford Economics para el Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE), en 2050, el 50% de la población tendrá más de 50 años. La longevidad es una tendencia que terminará transformando la sociedad, el mercado laboral, las estructuras familiares y la demanda de productos y servicios.

La conocida en inglés como silver economy (economía plateada) es la respuesta a los retos que supone la longevidad. Más mayores puede suponer un crecimiento de la actividad económica enfocada no solo por los productos y servicios destinados a este segmento de población sénior (mayores de 50 años) sino también por las oportunidades de aprovechar el talento senior (mayores de 55 años) en el mercado laboral.

La economía plateada, también conocida como sénior, aglutina a diferentes sectores, entre los que se encuentra la salud. Los mayores se convertirán en el motor económico en sectores como el turismo, el ocio, la vivienda y la educación ya que muchos son consumidores con un alto poder adquisitivo.



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

En concreto, **en el ámbito de la salud, esta tendencia de envejecimiento activo y aumento de la esperanza de vida llevará a un mayor número de pacientes crónicos que necesitarán asistencia, seguimiento y tratamiento para mantener su calidad de vida.** Las compañías del sector (como farmacéuticas, aseguradoras o al servicio del cuidado de personas mayores), necesitarán orientar sus procesos, terapias y servicios para responder a las necesidades concretas de este target senior.

De cara a la asistencia sanitaria, por ejemplo, **tendencias como la teleasistencia, la telemedicina o la teleconsulta, aportan soluciones para facilitar el seguimiento y cuidado de estos pacientes con capacidad de acceso a las nuevas tecnologías** que, en muchos casos, cuentan con patologías crónicas como la insuficiencia cardíaca, la diabetes, la hipertensión o la EPOC. Por otro lado, la investigación de terapias que mejoren el manejo de las enfermedades derivadas del envejecimiento será clave para preservar la salud y calidad de vida de esta población.

Además, la comunicación de todos los agentes – administración, profesionales, medios, pacientes – será importante para promover una vida activa y saludable para estos perfiles, fomentar la adherencia a los tratamientos y el diagnóstico precoz; mientras que, mediante políticas de salud, se tendrán que adoptar estrategias específicas para garantizar el bienestar social.

08

NANOMEDICINA Y GENÓMICA: LA MEDICINA PERSONALIZADA DEL FUTURO

La componente más puramente científica de este informe nos lleva a analizar hacia dónde avanzarán los nuevos tratamientos y terapias que la ciencia será capaz de brindar a una sociedad donde aún hay graves enfermedades que no tienen cura, donde las dolencias crónicas son la principal causa de muerte y, como hemos comprobado en estos dos años de pandemia, surgen nuevas patologías y virus que nos ponen contra las cuerdas como sociedad.

El futuro de la ciencia, según identifica el Observatorio de Tendencias en la Medicina del Futuro, impulsado por la Fundación Instituto Roche, avanza hacia la **farmacogenómica, la nanomedicina y la epigenómica** ⁽⁸⁾.

La farmacogenómica, que está dando ahora sus primeros y experimentales pasos, estudia de qué manera afectan los genes de un paciente en su respuesta a un medicamento. Permite saber de antemano cual podría ser el mejor medicamento o dosis para una persona en concreto y es capaz de garantizar la eficacia de un tratamiento en base a su perfil genético.

La epigenómica estudia los cambios epigenéticos que se producen en una célula, que se refieren a la manera en que los genes se activan o desactivan sin cambiar la secuencia del ADN. El potencial de esta ciencia permitirá avanzar hacia la identificación de biomarcadores, en la investigación genética y en el desarrollo de epifármacos.

La nanomedicina, por su parte, es la aplicación de la nanotecnología en el ámbito de la medicina. Contempla el nanodiagnóstico, que permitirá avances en el tratamiento precoz de enfermedades; la nanoterapia, que ya se está utilizando para la investigación, principalmente en enfermedades como el cáncer o las enfermedades degenerativas, pero podría aplicarse en muchas más; y las aplicaciones para medicina regenerativa, como el desarrollo de órganos y tejidos artificiales.

Todas estas tendencias en investigación supondrán grandes avances para la medicina personalizada o de precisión. En España, la Ponencia de

Estudio sobre Genómica creada por el Senado en la legislatura 2015-2019 y sus conclusiones, aprobadas por unanimidad y apostando por una Estrategia de Genómica y Medicina de Precisión en el SNS, es un punto de partida de enorme interés en el desarrollo ya en marcha de dicha Estrategia.

“Todas estas tendencias en investigación supondrán grandes avances para la medicina personalizada o de precisión”

09

EL RETO DE LAS FARMACÉUTICAS: UN MODELO ASOCIADO A VALOR

La tendencia de las compañías farmacéuticas será garantizar modelos innovadores de acceso en donde las terapias sean reconocidas por el valor que aportan a la sociedad y no por el precio que suponen a los sistemas de salud. Además, será importante que, en este modelo de acceso, los sistemas de salud se beneficien de la transparencia en asignación de precios y sobre todo del beneficio real para los pacientes.

Para entender los tratamientos como un valor o una inversión a largo plazo, y no como un coste, es clave que se entienda el beneficio y ahorro que aportan los tratamientos desde un punto de vista clínico, médico y social. Esto se mide por el número de pacientes que un tratamiento es capaz de curar, en la capacidad de ampliar la supervivencia o mejorar la progresión de una enfermedad o en su capacidad para mejorar su calidad de vida. Estos beneficios en el paciente implican, a su vez, un ahorro de costos y un menor impacto en los sistemas de salud, reduciendo, por ejemplo, el importe de hospitalización, consulta o bajas laborales provocadas.

Pero el valor que aporta la industria farmacéutica va más allá del medicamento. El sector es uno de los principales dinamizadores de la economía de los países que cuentan con compañías farmacéuticas asentadas ⁽⁹⁾, según indica el informe “El valor del medicamento desde una perspectiva social”, elaborado por el centro de investigación en salud Weber y Farmaindustria.

La diferente perspectiva que sobre este asunto tienen las administraciones sanitarias estatal y autonómicas **requiere un trabajo sistemático y profundo para aunar los puntos de vista y solventar los desafíos presupuestarios y (a veces) organizativos que la innovación supone para los sistemas sanitarios.** El papel de Europa como mercado común y como espacio regulatorio común, ofrece oportunidades de mejora que deben ser exploradas.

Para trasladar esto a la población general, lo que permitirá **seguir construyendo en una mejor reputación de las compañías farmacéuticas y en un mayor entendimiento por parte de la sociedad de su labor y contribución social**, es importante explicar todos estos conceptos, así como comunicar el complejo y largo proceso que siguen las investigaciones farmacéuticas.

“El sector es uno de los principales dinamizadores de la economía”

10

EL PODER DE LA COLABORACIÓN EMPRESARIAL Y PÚBLICO-PRIVADA

La colaboración empresarial es una tendencia que ha venido para quedarse en muchos sectores, tanto a un nivel interno como externo de las organizaciones. En el

caso del sector que nos ocupa, con la pandemia hemos visto como una industria altamente competitiva, como la farmacéutica y los poderes públicos, han colaborado sin precedentes para avanzar hacia una solución para el Covid-19.

También en el ámbito sanitario asistencial se ha producido una destacada colaboración público-privada, con los hospitales privados prestando apoyo a los sistemas públicos de salud para salir cuanto antes de esta crisis.

La pandemia ha evidenciado el poder de la colaboración entre empresas y los ámbitos públicos y privados por el bien común. Gracias a la cooperación de la compañía AstraZeneca con la Universidad de Oxford o de una empresa biotecnológica como BioNTech y una gran farmacéutica como Pfizer, se logró en varios meses una vacuna contra el Covid-19. Un hito que, sin la cooperación empresarial, o sin la colaboración público-privada, se habría dilatado entre 10 y 15 años.

A partir de aquí, **es el momento de aprovechar las lecciones aprendidas durante la pandemia para seguir construyendo hacia una mayor apertura y colaboración en los procesos de investigación biomédica y atención a los pacientes, con criterios de transparencia y evaluación de resultados.**

“Las farmacéuticas y los poderes públicos han colaborado sin precedentes para avanzar hacia una solución para el Covid-19”

11

DE LA ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD A LA DEMOCRATIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD: PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO

Si el abordaje histórico del sector sanitario ha sido poner el foco en la enfermedad, en curarla o tratarla, y acompañarla para mejorar la calidad de vida de los pacientes; la tendencia desde hace años es apostar por un enfoque orientado al autocuidado y a un mayor protagonismo de la prevención de la salud. En la aproximación que plantea el autocuidado, la población y el individuo pasan a ser un sujeto activo de su propio bienestar. Con el foco en prevención, podemos adelantarnos a la enfermedad para mejorar la salud pública de la sociedad.

El concepto de autocuidado no es nuevo. En 1983 se empleó por primera vez y, desde entonces, se ha avanzado mucho para democratizarlo. El autocuidado ha demostrado beneficios para la salud en términos de mejora de la calidad de vida, prevención de enfermedades graves y por su contribución a la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. El autocuidado está directamente vinculado a la teoría de la prevención.

Por su parte, el enfoque de prevención es más amplio e integra no solo la capacidad de evitar la aparición de enfermedades, enfocando en los factores de riesgo, sino también en detener su avance y atenuar sus consecuencias.

La tendencia en prevención y autocuidado es conseguir una democratización que permita alcanzar a todas las capas sociales y grupos de edad para que interioricen estos dos planteamientos y adopten un abordaje de su salud como individuos activos. Para conseguirlo, se necesita mucha educación, información y concienciación, que debe ir acompañada de estrategias de formación y empoderamiento como las desarrolladas por la Escuelas de Pacientes y estrategias de comunicación eficaces para llegar de la manera correcta al público clave, así como la implicación y responsabilidad, no solo del sector sanitario, sino de otras industrias que también tienen un impacto indirecto en nuestra salud y estilo de vida.

“El enfoque de prevención integra no solo la capacidad de evitar la aparición de enfermedades, sino también en detener su avance y atenuar sus consecuencias”

12

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA: NUEVOS CANALES Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La divulgación científica tiene más peso que nunca para llegar a las diferentes audiencias con mensajes correctos sobre salud. Gracias a las redes sociales y su alcance, surgen nuevos perfiles de profesionales sanitarios que dedican un tiempo extra a informar sobre salud fuera de su consulta. Y lo hacen de una forma cercana, con un formato y lenguaje adaptado a sus audiencias y sin perder rigor, basando sus afirmaciones en la evidencia disponible.

El paciente y la población en general están cada vez más empoderados y tienen más capacidad de acceso a información sobre salud de forma autónoma. Sus fuentes ya no son solo los profesionales sanitarios en la consulta o los medios de comunicación, que utilizan fuentes autorizadas para dar voz a mensajes rigurosos; sino que Internet, las redes sociales, familiares y amigos, se convierten en canales prioritarios donde fuentes que, en muchos casos, no están autorizadas para informar de manera correcta sobre cuestiones de salud emiten sus mensajes y teorías.

Esta nueva forma de acceder a la información sanitaria también se ha visto impulsada durante la pandemia, cuando la necesidad de información para entender cómo debíamos enfrentarnos a un virus desconocido y la falta de presencialidad para la relación médico-paciente, han incrementado las búsquedas de información sanitaria en el entorno *online*.

Esto ha favorecido la proliferación sin control de las *fake news*, los bulos sobre salud o las informaciones que no cumplen con la regulación vigente en materia de publicidad de medicamentos. **Por eso, es importante que la información rigurosa esté disponible en los canales donde se encuentra nuestra audiencia: el paciente y la sociedad. Pero también que las voces con criterio y autoridad para informar sobre salud (profesionales sanitarios, científicos, investigadores, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc.), estén presentes de manera activa en estos canales.** Y esto incluye tanto los digitales no tradicionales, como las nuevas redes sociales o nuevos formatos digitales que vayan surgiendo. El objetivo es que estos profesionales sigan siendo los prescriptores de la información sobre salud en cualquier canal, momento y lugar.

REFERENCIAS:

- 1) OMS (2012). Infografía del impacto del Medio Ambiente en la Salud. https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/PHE-prevention-diseases-infographic-ES.pdf?ua=1
- 2) Prüss-Ustün A and Corvalán C (2006). Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf
- 3) El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS. Organización Mundial de la Salud. 4 de abril de 2019. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>
- 4 y 5) Confederación Salud Mental España. <https://comunicasaludmental.org/guia-de-estilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
- 6) Enfermedades No Transmisibles. Organización Mundial de la Salud. 12 de abril de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 7) Desafíos Globales: Envejecimiento. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- 8) Fundación Instituto Roche. Jornada Anticipando la Medicina del Futuro. 30 de noviembre de 2020. https://www.institutoroche.es/notasdeprensa/229-La-farmacogenomica_la_nanomedicina_y_la_epigenomica_centran_la_IV_Jornada_Anticipando_la_Medicina_del_Futuro/?any=2021
- 9) Informe “El Valor del Medicamento desde una perspectiva social”. Fundación Weber y Farmaindustria. 20/03/2018. <https://www.farmaindustria.es/web/documento/informe-valor-del-medicamento-desde-una-perspectiva-social/>

Fuente: IDEAS LLYC

Autores: Georgina Rosell, Javier Marín, y Adriana Ibagüen, en colaboración con José Martínez Olmos, Emilio de Benito e Iñaki Ortega.



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



Terapias disruptivas, precios y efectividad ¿Cómo ponerse de acuerdo?

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



Dentro de la franja de la innovación terapéutica, las denominadas terapias génicas que consisten en la transferencia o manipulación de material genético para el tratamiento o prevención de ciertas enfermedades se han tornado francamente disruptivas.

Su mecanismo de acción se basa en tratar de generar un cambio de los mecanismos celulares a partir de los cuales determinada proteína o grupo de ellas es producida, tanto a partir de reducir o aumentar su producción o bien sustituir la información genética defectuosa y permitir que se produzcan ciertas enzimas nuevas o modificadas. O modificar genéticamente los linfocitos T para codificarlos con una proteína CAR que reconoce el antígeno producido por ciertos tumores líquidos o sólidos.

Sin duda una modalidad terapéutica revolucionaria, respecto de dar respuesta oportuna en forma definitiva o casi definitiva a ciertas Enfermedades Poco Frecuentes (sean neurológicas, oftalmológicas o metabólicas) como a las oncológicas.

Su condición de disruptivas señala el alto impacto terapéutico que pueden producir, para lo cual se asocian tres características. La primera consiste en provenir de un escenario de ensayos clínicos de naturaleza experimental y efectividad no plenamente demostrada. La segunda por recibir autorización de uso de tipo excepcional, que implica ingreso temprano al mercado para su comercialización bajo condición de monopolio.

Finalmente, la última y quizás más compleja para su abordaje, es que las compañías farmacéuticas han puesto **precios astronómicos** a este tipo de terapias de alta especificidad, que impactan riesgosamente en las finanzas tanto de los aseguradores como de los propios gobiernos. En especial dado que tales precios *están inversamente relacionados al número de pacientes potenciales que podrían tratarse*.

Un caso lo constituye Luxturna® (*voretigene neparvovec*), terapia de reemplazo de un gen defectuoso (RPE65) que restaura, aunque no devuelve totalmente la visión a pacientes con distrofia hereditaria de retina que incluye la retinitis pigmentaria y la amaurosis congénita de Leber. Inyectada en el ojo, un virus transporta el gen RPE65 a las células retinianas y las habilita para producir la enzima que falta contribuyendo a ralentizar la progresión de la enfermedad. Este gen se encarga de codificar una proteína que ayuda a convertir la luz que entra en el ojo en señales eléctricas que se transmiten al cerebro y que crean las imágenes que vemos.

Más allá que los datos clínicos demuestran que funciona hasta cuatro años en algunos pacientes y hay evidencia -aunque no contrastada- que los efectos podrían durar más, su costo de U\$S 850.000 (U\$S 425.000 dólares por ojo) la convierte en una de las más caras del mundo después de Zolgensma®.

La prueba primaria de la eficacia del tratamiento con Luxturna® para su aprobación por la FDA se basó en un estudio de Fase 3 con 31 participantes, en el que se evaluó el cambio en la capacidad de los sujetos para superar una serie de obstáculos con distintos niveles de luz desde el momento de referencia inicial en comparación con un año después.

Dado el escaso tiempo para contrastar efectividad y como parte del anuncio del precio, el dueño original de su patente -Spark Therapeutics- anunció en EE. UU. la posibilidad de un reembolso parcial si el medicamento no funcionaba en los primeros tres meses, agregando otra posibilidad de reembolso a los dos años y medio.

Según la incidencia estimada, puede ser beneficiosa para entre 1.000 y 2.000 personas en EE. UU. De esta forma surge una fuerte correlación entre el número probable de pacientes y el precio de una terapia génica. Cuanto menos pacientes mayor su precio, ya que las enfermedades poco comunes tienen mucho más poder para fijar los precios de mercado.

Como el sistema de aprobación actual favorece que primero se fijen los precios en países como Estados Unidos, se garantiza un máximo de partida para después negociar individualmente con el resto de los países. Esto lleva dichas terapias primero a los grandes mercados, y finalmente condicionan su entrada en otros menos desarrollados y con dificultades para enfrentar sus costos al que muchas veces incluyen la modalidad de administración.

Volviendo al caso de Luxturna®, ya aprobada en nuestro país por ANMAT y con siete candidatos a recibirla según lo publicado por el Consejo Argentino de Oftalmología, acaba de recibir recientemente un fallo a favor de su provisión local en base a una demanda presentada por un paciente que posee una de las formas de la poco frecuente enfermedad y está afiliado a una pequeña mutual sin fines de lucro. Para un financiador de este tipo, con exigua capacidad de pago, lo que está de por medio -además del precio a afrontar y la crítica situación financiera a que se lo somete- es la real efectividad de la terapia en el mediano y largo plazo.

Independientemente que se termine haciendo solida-

rio al Estado, existe la necesidad urgente de abordar este problema a partir de analizar la posibilidad de establecer con la industria "acuerdos de riesgo compartido" (*risk sharing*) mediante los cuales se supedite el precio y/o el reembolso del precio de un medicamento innovador y disruptivo a una serie de variables de objetivos y resultados.

De esta manera resulta posible pactar ciertas condiciones de pago en base al grado de efectividad a obtener, más aún cuando el ciclo de vida de la terapia puede ser breve. Un ejemplo en este campo ha sido la negociación efectuada entre el Ministerio de Sanidad español y las farmacéuticas Novartis y Gilead para llegar a un acuerdo confidencial que permitiera financiar las costosas terapias CAR-T en base a un sistema diferido de pago, por el cual las empresas no cobrarán la segunda parte -hasta un 64% del monto total- si el paciente no sobrevive más allá de 18 meses.

Los acuerdos de riesgo compartido no están aún regulados en la Argentina, como tampoco se han implementado de manera consistente. Se trata de fórmulas de "pago por resultados" que han sido diseñadas para paliar la incertidumbre que aún pesa sobre la efectividad de muchos tratamientos disruptivos, y permitirían en parte mitigar el impacto que a presente y futuro tendrán sobre los costos del sistema de salud en su conjunto.

El principal inconveniente es no contar con la capacidad técnica y/o logística para desarrollar este tipo de acuerdos, dadas las dificultades no solo para definir los parámetros de medición sobre las diferentes enfermedades poco frecuentes sino dada la complejidad asociada para su seguimiento efectivo, que debe ser garantizado en forma segura y eficiente.

Los problemas judiciales que vienen ocurriendo con Zolgensma® y ahora con Luxturna® son solo una muestra de lo que está por venir. Esto abre un interesante panorama de estudio en países como la Argentina para que los acuerdos de riesgo compartido frente a las enfermedades poco frecuentes y los altísimos costos de su tratamiento se resuelvan en base a un triple juego de intereses.

En primer lugar, de los pacientes, que podrían recibir el tratamiento innovador y disruptivo requerido sin necesidad de recurrir a la judicialización que luego dificulta cualquier tipo de negociación. Por otro, el de la propia industria representante de la terapia génica, que tiene absoluta confianza en que su tecnología funciona y está dispuesta a resignar parte del precio si esta no actúa como se espera, lo que facilita pautas de comercialización a partir del acuerdo celebrado.

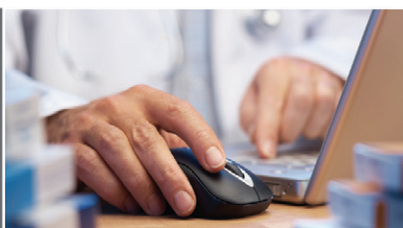
Y finalmente de los financiadores (sean el Estado, los seguros sociales o las entidades aseguradoras privadas) quienes estarían en mejores condiciones de asumir el riesgo del costo, bajo garantía que si no funciona conforme los términos acordados de efectividad comprobada recibirán el reembolso de una parte o la totalidad de la inversión efectuada.

La pelota está en el campo. Habrá que ver entonces cómo juega este partido el gran regulador nacional del sistema de salud. □

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS



ASESORIA LEGAL



RECURSOS HUMANOS



CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

Consensos básicos para sortear los intereses y construir una mejor salud

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com



En 1978 Italia atravesada por la violencia de las Brigadas Rojas y en particular por el asesinato de Aldo Moro vivía desde el punto de vista institucional una estación de colaboración impensable que permitió aprobar el texto de la Ley 833 (Ley de salud) pasando de las deudas de las mutuales (heredadas del fascismo) a la salud como un derecho ciudadano.

Un movimiento modernizante en el marco de un entorno difícil de gobernar pero que permitió el encuentro y las coincidencias por encima de las diferencias de los partidos políticos. Desde la democracia cristiana hasta el partido comunista italiano votaron la reforma.

En Italia existían tres centrales sindicales (una comunista, una socialista y otra demócrata cristiana) con mayor o menor representatividad y combatividad, pero ninguna tenía en su ideario la administración de los servicios de salud de la población en relación de dependencia, el objetivo básico de un sindicato ha sido en todo el mundo la defensa de los derechos de los trabajadores que representa salvo en la Argentina.

Me pregunte muchas veces que falló en la Argentina que ingresaba a la democracia en 1983 para no alcanzar los acuerdos que él momento exigía y lograr avanzar hacia una verdadera democracia social. El presidente Alfonsín ganaba las elecciones con una propuesta para avanzar en la democratización de un país agobiado, hastiado y arruinado por la dictadura militar.

Entre las propuestas modernizadoras estaba presentar una ley para crear un seguro de salud para todos los ciudadanos de esa naciente democracia que fue liderado intelectualmente por el Dr. Aldo Neri. Sería muy fácil decir que el peronismo dilató la discusión hasta el momento donde el oficialismo perdió las elecciones y fue imposible avanzar en la línea de progreso que permitiera consagrar un seguro de salud para todos los habitantes con independencia de su ingreso o su condición laboral. Pero sería una explicación que no representaría la complejidad del momento.

El país tenía grandes deudas. La primera una deuda externa que era una carga muy pesada en un mundo muy difícil, pero también la cuestión clave de los derechos humanos que mostraba toda su veta de dificultad, dado que el gobierno se debía enfrentar diariamente con un sector que había dejado el poder (los militares) y que tenía todavía muchos poderes intactos, metidos en la estructura del Estado.

Adicionalmente el sistema político estaba atrasado

con la presencia de un radicalismo que había estado en el poder entre 1963-66 y tenía un diagnóstico correcto desde la política, pero carecía del conocimiento y la experiencia en el manejo de la economía.

La dictadura había impedido que los partidos funcionaran como alternativas de poder y que se prepararan para el ejercicio del gobierno. Pero lo más grave era la presencia de un partido que había sido mayoritario en las urnas en 1973 y que había fracasado estrepitosamente con esa combinación amplia de izquierda y derecha que condujo a un enfrentamiento que dejó a la mayoría de los habitantes como testigos de una violencia y un fundamentalismo sin razón.

En 1983 el peronismo era como siempre lo fue un partido vertical donde además para agravar las cosas, la muerte de su líder en 1974 había generado variantes infinitas y la lucha política que se desató por su control terminó por embarcar a todo el país en un clima de violencia. Ese peronismo emergente de la dictadura militar tenía comportamientos retrógrados en primer lugar por las dificultades para reconocerse como minoría y luego por los intereses que representaba.

Respecto de la deuda todavía podemos recordar "Hay patria mía, yo quiero un presidente como Alan García" que había propuesto romper y no pagar la deuda con una irresponsabilidad propia de la postulación del Teorema de Baglini (más lejos del poder se está, más irresponsable resultan las propuestas).

Y por el otro lado es ya conocida la negativa a formar parte de la CONADEP y el escaso reconocimiento a la proeza que significaban en ese momento los juicios a las juntas militares. Recuerdo que en ese momento los militares no eran leones mansos que no tenían mando sobre la tropa como lo fueron algunas décadas después donde fueron vapuleados por algunos gobiernos que aprovecharon para pegarle al caído y construir un relato de valentía que no había tenido en los tiempos aciagos.

Y por supuesto en esta línea de confusión, no fue distinto el comportamiento respecto de la cuestión sanitaria. El peronismo con serios problemas de identidad intentó hacerse fuerte con el sindicalismo y las obras sociales. Los sindicatos de estado o más cercano en el tiempo los sindicatos – empresas que se han construido en la Argentina, le da a este sector un poder muy grande en materia de salud y de manejo económico.

Ya los sindicatos habituados al manejo de la caja de las obras sociales habían desafiado al mismísimo Perón en

1974 cuando se presentó el proyecto del SNIS. Los legisladores sindicalistas desarmaron en el Congreso la iniciativa de crear un sistema integrado de salud que había tenido el apoyo del Poder Ejecutivo, armado por un grupo de técnicos independientes y que contaba con la anuencia del jefe de la oposición (presidente de la UCR - Dr. Ricardo Balbín).

Y porque no iban a entorpecer y generar cuestionamientos al proyecto de ley presentado ahora por el gobierno radical cuando el mismo desafiaba junto con la ley de democratización sindical una de las estructuras de poder más importantes dentro del peronismo. El PJ se puso espalda contra espalda para defender el poder que daba la administración de las obras sociales y poco a poco fueron recuperando los gremios el manejo de las mismas.

Pero también el partido oficial tuvo sus problemas internos. En primer lugar, no contar con una masa crítica de legisladores dispuestos a analizar, profundizar y avanzar sobre esta ley. No estaban convencidos de cómo democratizar el derecho a la salud y la gobernabilidad con los gremios siempre fue más fuerte que la vocación de organizar un sistema sanitario de calidad para todos.

No estaba preparada la sociedad que no tenía grupos reclamando por el acceso. Es cierto que los resultados sanitarios, el acceso y la calidad de los servicios de salud en la Argentina siempre fueron mejores que en el resto de los países de la Región, también es cierto que siempre tuvieron diferentes estándares según la posición económica y social de la población. Tampoco las universidades participaron del debate en el Congreso dado que estaban normalizándose.

Había otras prioridades y cuando una ley carece de debate social y no se amplía y perfecciona la discusión, las palabras que expresa la ley quedan en manos de pocas

personas que muchas veces están alejadas de las verdaderas necesidades sanitarias, se corre el riesgo de negociar por arriba perdiendo de vista los grandes objetivos y valores que se dice o se intenta expresar más allá de las buenas intenciones.

En el debate parlamentario de diciembre 1988 los partidos fijaron sus posiciones respecto de los proyectos de ley que se estaban por aprobar. El Partido Justicialista había alcanzado su objetivo de desdoblarse el proyecto del Seguro Nacional de Salud, por un lado, lo que terminó siendo la Ley 23660 y que regula el sistema de obras sociales ("como agentes naturales del seguro de salud") y por el otro la Ley 23661 que si bien fue reglamentada nunca el Estado Nacional durante los años posteriores tuvo la vocación de avanzar en esta línea.

Como bien expresó Jorge Mera: "Debe recordarse que la imagen objetiva que se tuvo en cuenta al presentar el Seguro Nacional de Salud fue el sistema canadiense, y que el de Canadá no es tanto un seguro nacional de salud, como un conjunto de seguros provinciales de salud unidos por una normativa muy flexible y una modalidad compartida de financiación".

En esa sesión memorable, la última vez que el Congreso Nacional discutió el tema salud en términos sistémicos el Dr. Aldo Neri que era Diputado en ese momento expresó: "Nos tuvimos que pelear un poco con la dirigencia sindical, con la dirigencia profesional, con las empresas vinculadas al área de la salud, con la industria de equipamiento y de medicamentos. Pero con quien nunca nos tuvimos que pelear fue con el pueblo argentino cuyos intereses – apuntando siempre al bien común – sentíamos representar con estos proyectos de ley que hoy vamos a votar".



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

www.osim.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud / Órgano 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

"Aunque nuestros amigos de la oposición hablen exclusivamente de las obras sociales que agrupan a los trabajadores organizados deseo destacar que estas iniciativas constituyen un **progreso manifiesto como consecuencia de la incorporación progresiva al seguro de un tercio de la población argentina, que no tiene obra social**. Se trata de un paso fundamental en la búsqueda de una mayor equidad para el funcionamiento de este sistema, ya que inclusive estarán encuadrados en esta normativa los trabajadores autónomos y los indigentes asistenciales, que solo han sido cubiertos desparejamente por el Estado o por sus propios recursos cuando realmente los tenían".

Y el presidente del bloque de la oposición en ese momento el diputado José Luis Manzano expresaba lo siguiente: "Está no es la norma que queríamos sino la posible. Está era el argumento que permitía a tirios y troyanos convencer a los propios partidarios de unos y otro modelo, de que esto era lo mejor en virtud de que se habían mezclado dando a luz este híbrido". "Perón que era un gran conocedor de las cosas simples, decía que el peor mueble inventado era el sofá-cama porque era malo para dormir y peor para sentarse. Este proyecto de ley es el sofá-cama del sistema de salud, porque es malo para curar y peor para prevenir, peor aún, es muy malo para ahorrar dinero, que era otro de los objetivos buscados".

El Poder Ejecutivo que asumió en 1989 ignoró la Ley 23661 dejando de lado el debate y la construcción de consensos parlamentarios tan importantes para que las definiciones políticas trasciendan los gobiernos. Siempre la ansiedad de querer ir más rápido y de imponer el pensamiento del ejecutivo de manera absoluta.

Desafortunadamente la aún joven democracia argentina sigue teniendo un sistema de gobierno fuertemente presidencialista y los ministros de salud más allá de los mejores o peores antecedentes que ostenten se concentraron en el bronce del corto plazo sin pensar un poco más allá del poco tiempo que dura la función pública.

El consenso para alcanzar una reforma sanitaria o educativa tiene que ser amplio y sostenido en el tiempo. No es suficiente con ganar las elecciones y poder poner en marcha una transformación. Los cambios que se proponen en democracia deben ser sostenidos y apoyados institucionalmente por una mayoría transversal de los partidos políticos. Ganar a lo pirro no da ningún beneficio.

En el corto o en el largo plazo esas reformas terminan quedando en el camino. Nos guste o no se requieren pactos y consensos amplios para sostener el rumbo durante más de 30 años por lo menos para pasar la barrera de las idas y vueltas. Uruguay acaba de pasar la prueba de fuego, cuando un gobierno opositor gana y los cambios quedan y se mantienen y todos trabajan en pos de las mejoras. México en cambio por razones fuertemente ideológicas no lo ha pasado.

Salomón Chertorivski (ex titular de salud en el sexenio de Felipe Calderón) criticó a la actual administración por haber hecho desaparecer al Seguro Popular sin un diagnóstico previo, ya que ahora los pacientes están sufriendo. "Lo que tenía el Seguro Popular es que **generaba certeza de ciertos derechos**, un catálogo de servicios, a **partir de ello es que tú puedes hacer exigibles tus derechos**. Cuando ahora te dicen que no, **que ya no requieres la afiliación, que es todo para todos de manera gratuita** en lugar de generar certeza **lo que generas es una ilusión**".

¿Y dónde estamos ahora? Luego de dos intentos de reforma para coordinar e integrar el sistema sanitario argentino durante los años setenta y finales de los ochenta, la sociedad y la política parece haber dejado a un costado el interés por una modernización del funcionamiento del sistema de salud y cada uno intenta arreglarse como puede.

No existe una misión y menos aún una visión sobre hacia donde se quiere ir. La diaria invade las agendas y se trabaja para superar los escollos, pero no hay tiempo para el futuro, la sustentabilidad del sistema y menos aún para la innovación.

Si no sabes adónde ir, no vas a llegar a ninguna parte era lo que el gato le contestaba a Alicia respecto a que puerta debería abrir. El sistema necesita urgentemente trabajar en tres líneas de acción: eficiencia, mejor calidad de servicios y uso racional.

El problema es que los tres subsistemas que conviven muchas veces se chocan entre sí y se anulan los esfuerzos realizados. Resulta clave definir un consenso sobre un rumbo común y la conformación de autoridad para gobernar un sistema pluralista y diversificado. Dejemos de pensar en una reforma al estilo de la inglesa, italiana, española o brasileña y comencemos a valorar y aceptar lo que tenemos y lo que hemos construido.

Vivimos con una crisis de valores importantes que se requieren para construir sistemas sanitarios como son la equidad y la solidaridad a lo que debemos agregarle una alta cuota de desconfianza en todo lo que intenta hacer el Estado. La pandemia abrió una puerta de oportunidad para plantear un camino de construcción diferente pero esa puerta comienza a cerrarse en la medida que nos alejamos del peligro que la misma entrañaba. □

(*) **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). Presidente de Grupo PAIS.**

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.





PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

Pandemia y después: ¿que nos queda para el recurso humano en salud?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Para muchos la pandemia ya terminó. Es cierto que este nuevo pico alcanzó su techo hacia fines de enero y hoy los casos van en descenso, pero aún tenemos más muertes por millón que Alemania y el Reino Unido. Esta nueva ola trajo una nueva alerta sobre los problemas del recurso humano en salud: el requerimiento de testeos que no podía ser cubierta en los centros específicos terminaba en las guardias hospitalarias, saturadas por esta nueva demanda. Esto se superpuso a períodos vacacionales y dificultad para conseguir relevos y reemplazos temporarios. Así en diversos lugares del país volvió a ser tema de tapa de diarios el déficit de recursos humanos en salud, los bajos salarios, y se volvió a hablar de aquellas especialidades llamadas críticas.

Sería simplista creer que con ofrecer más cargos de formación en estas especialidades se soluciona el problema. No hay incentivo de ningún tipo para tomar estos lugares.

En primer lugar, las condiciones de trabajo no son adecuadas, alta carga laboral, guardias y horarios extendidos. No hay pago diferencial por la elección como forma de atracción y fomento. Asimismo, el futuro para estos especialistas carece de atractivo ya que el modelo asistencial sigue atado a un sistema de guardia, sin progreso a otras tareas al avanzar en la carrera profesional. En suma, más cargos solo significaría más vacantes sin cubrir, son suficientes los cargos actuales para aquellos con vocación para estas especialidades.

La organización del sistema de salud, en particular de las seguridad social y privada, tampoco contribuye a la solución. En la Argentina hay una atomización de pequeñas y medianas instituciones hospitalarias, lo que lleva a números apenas suficientes de camas, sobre todo en ciudades medianas y grandes, pero con un número alto de instituciones diferentes que obliga a la multiplicación de servicios. Las regulaciones las obligan a tener guardias y servicios lo que hace ineficiente el sistema y aumenta la demanda de profesionales.

A todo eso hay sumar los problemas estructurales históricos que siguen allí. Cargas horarias semanales bajas que promueven el multiempleo y disfrazan salarios míseros. La falta de una carrera profesional que contenga a los profesionales en la medida que pasan los años. Todo esto sumado a un sistema previsional sin respuesta, que obliga a los profesionales a mantenerse activos para sostener los ingresos que la múltiple

contratación les permite y jamás se reflejara en sus jubilaciones.

La pandemia además nos abofeteó con algo más. La afectación de la salud mental que produce la tarea en salud. La sensación de desamparo, de desazón por no encontrar soluciones y salida. Los profesionales en pandemia debieron dejar trabajos por lo que, además de tener una enorme carga de responsabilidad, redujeron sus ingresos. Ningún incentivo ni iniciativa, por bien intencionada que haya sido, logro reducir los efectos deletéreos en el plano emocional que se han reflejado en numerosas publicaciones científicas en todas las profesiones de salud, en particular las que estuvieron en la primera línea.

Por dónde empezar a buscar soluciones. Sin intentar escribir recetas hay algunas acciones que deberían empezar sin mayor demora:

1.- Buscar progresivamente la forma de que el entrenamiento de postgrado especializado sea obligatorio y permita planificar esta formación en función de las necesidades.

2.- Promover signos de integración entre subsistemas e instituciones de modo que el número de empleos se reduzca por concentración de tareas.

3.- Promover aumento de carga horaria y carreras como forma de combatir la inseguridad percibida y la permanencia en los empleos.

4.- Asegurar progresivamente ingresos que reflejen la responsabilidad, que incluyan estímulo para las tareas y especialidades que se desea promover, y sobre todo con mecanismos de actualización que eviten la necesidad de protegerse con múltiples empleadores.

5.- Finalmente, promover el bienestar actual y reducir la incertidumbre futura, generar espacios de trabajo agradables y contenedores que promuevan el trabajo en equipo y mejoren la percepción de ser cuidado por los gestores, y ser considerados una parte importante del sistema.

Es un camino difícil, no exento de amenazas, y que sobre todo requiere inversión del estado y el resto de los financiadores, pero si no miramos por fuera del paradigma actual seguiremos leyendo notas y artículos que relatarán una tragedia que ya conocemos. □

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



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

www.cempra.org.ar

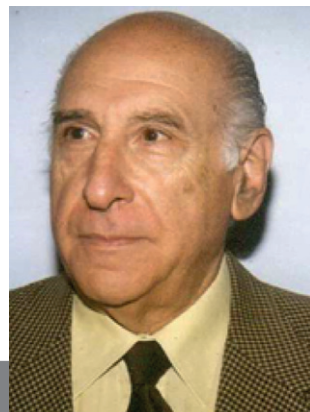
administracion@cempra.org.ar

LIMA 355 4J CABA (5411) 15 4472 3423

Desafíos en el sector sanitario

"La política es el arte de disfrazar el interés general en interés particular".

Edmond Thiaudière



Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

La discusión sobre las ventajas de los modelos sanitarios se ha desplazado hacia los cambios que procuren calidad, eficiencia y equidad en la cobertura de los servicios de salud. Responder a las necesidades y expectativas de la población es el gran desafío de la gestión sanitaria y de los actores políticos dentro del condicionante marco económico en que se desempeña.

Existen algunos antecedentes prometedores pero que nunca resolvieron los problemas existentes. Así por ejemplo el Decreto 1269/92 aprobó las Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud Nacional, en razón de la urgente necesidad de reorganizar los sistemas y recursos de salud teniendo como eje un adecuado desarrollo de los niveles locales en base al principio de la descentralización con el objetivo de mejorar la eficiencia y calidad de la atención médica.

Cabe concluir que los decretos o las leyes no producen los cambios necesarios por sí mismos si no existe la decisión política y el consenso sobre las estrategias y el camino a seguir, despejado de trincheras ideológicas y teóricas, así como las expectativas que se originen en un ámbito socioeconómico complicado. Cuando alguna de estas circunstancias ocurre y se modifica el curso a seguir se producen nuevos problemas que concentran la atención y olvida el objetivo al que se pretendía llegar.

Dentro de los antecedentes deben considerarse dos aspectos. El financiero que en el caso del SNIS no parece sostenible. Distinto el previsto en la ley 23.660 que mediante el aporte del Tesoro hubiera permitido la atención de la población con lo que seguramente el giro de los acontecimientos hubiera sido distinto. El otro aspecto por destacar, tanto en el SNIS como en la ley 23.661 la implementación de contratos como integración de los sectores, pero también de centralización en las autoridades nacionales.

Lo que nunca ocurrió o se propuso o se pensó es la utilización de esa modalidad para descentralizar los recursos y crear una nueva relación Nación/Provincia, fortaleciendo la gobernanza y la rectoría del sistema algo más integrado o al menos más articulado.

En la actualidad sólo existen coincidencias en el diagnóstico y en los problemas a resolver, pero no en cómo producir los cambios necesarios. Los cambios pueden ser buenos o malos. Los buenos son aquellos que producen mejoras en el desempeño, cómo sería la reducción de las desigualdades. Los malos son los que contemplan o facilitan las expectativas o los intereses de personas o instituciones.

Los cambios también pueden ser disruptivos modificando la fuente de financiación como ha sucedido en Italia y en España. La necesaria adecuación da origen a modelos híbridos al plantear características distintas en su estructura, organización, formas de contratación y responsabilidades compartidas.

Quizás no hemos advertido que con la aparición de las Obras Sociales también cambió la fuente de financiamiento, dando lugar a un modelo de mercado en el que esas contribuciones no se tradujeron en más responsabilidad social, en un escenario continuista centrado en el pago por prestación con un PMO que no es más que Nomencladores que disponen una cobertura imperfecta (receta para el desastre, Num).

Esta financiación, directa o indirectamente sale del bolsillo de la gente, lo que sugiere una retirada del Estado, que afectó fundamentalmente a los hospitales e identifica la tendencia contributiva como forma de financiación del sistema de atención. Esta circunstancia debe tenerse en cuenta ante la creación de nuevos fondos para financiar nuevas necesidades colectivas y económicas en atención al avance tecnológico. Estos fondos debieran ser gestionados por organizaciones específicas de orden público y no por las OSN que son de carácter privado, modelo de múltiples cajas que han dado lugar a una gran segmentación de la población beneficiaria.

Distinta es la situación de las demás Obras Sociales, cajas en las que el Estado, directa o indirectamente, es uno de los contribuyentes. El mosaico se completa con el PAMI que dicta sus propias reglas de funcionamiento y se financia con aportes del trabajador activo y del pasivo, del empleador y del Estado, con la particularidad que dichos aportes son cautivos de la Institución.

El cuadro de situación se completa con los Programas Verticales que con fondos externos financia el Ministerio de Salud. El mismo funciona como una suerte de otro subsector toda vez que tiene población definida, listado de cobertura y una modalidad de contratación para la provisión de servicios.

Los aludidos aportes y contribuciones están establecidos por ley, son obligatorios y se penaliza su incumplimiento, lo que les da características de impuesto destinado a la Seguridad Social para financiar un sistema de atención médica solidaria. Esta condición sustentaría competencias del Estado, sin que ello signifique cambiar la finalidad de los fondos, en asegurar eficiencia en el manejo de un impuesto por entidades de orden privado.

Hay situaciones que deben ser contempladas en las estrategias a seguir, por formar parte del acervo cultural tanto de la población beneficiaria como la de los profesionales.

Entre ellos señalamos dos. El éxito de las Obras Sociales se basó fundamentalmente en el acceso a la atención privada, en particular la ambulatoria, en tanto que la oferta incorporó una clientela que no tenía, punto de partida del gran desarrollo del sector privado. Este interés aún se mantiene, si bien trasladado a los Planes y Prepagos.

Las formas de pago al profesional deben contemplar un componente olvidado, la remuneración asalariada para los puestos de Atención no Programada, así como la edad útil para tal desempeño. La preferencia de los médicos por el honorario es viable siempre que el pago por acto médico sea un instrumento de distribución de un presupuesto dentro de una adecuada gestión clínica.

Las asombrosas herramientas han hecho que una medicina razonable sea un privilegio en función del financiador, del proveedor y de los precios de los medicamentos que se desenvuelven en un mercado totalmente monopólico y desregulado, lo que implica una importante participación en la composición del gasto. □

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

Salud 4.0 una ventana de oportunidad para la integración de los sistemas

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)



NECESITAMOS UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO E INTEGRAL

El modelo de atención de la actualidad debería ser integral, integrado, longitudinal, continuo, en red de servicios, personalizado, poblacional al mismo tiempo, customizado para los casos especiales, inteligente para tener respuestas rápidas, de precisión para orientar diagnóstico y tratamiento, con población asignada y conectada, proactivo, gestión de la enfermedad crónica, digitalizado para el manejo de la información, que se nutre de los modelos prestadores con responsabilidad sobre las personas, la familia, la comunidad, en la eficiencia, la continuidad en el tratamiento, que debe desarrollar modelos de contrato por hacer, por conseguir, en lo que se llama medicina basada en el valor, en un modelo de prescripción adecuada, con identificación, nominalización, y referenciación, que exige impulsar medidas de cuidados tan profundas como las farmacológicas, preventivas, curativas, de rehabilitación, o paliativas. Estamos frente a lo que podríamos llamar una ventana de oportunidad, entre ellas con profesionales de la salud en el área legislativa, varios sanitaristas y con experiencia en gestión pública. Con las urgencias de profesionalizar áreas en la gestión de la seguridad social y los prepagos, para mitigar la inflación en salud y lograr que sea sustentable el sistema.

A pesar de la larga historia de los orígenes del término, **atención integrada** debe ser analizado como una preocupación política sanitaria que requiere una respuesta al cambio significativo en la demografía mundial enmarcada en las condiciones crónicas relacionadas con la edad y reemplazó la prevalencia de las enfermedades transmisibles como el desafío más significativo al que se enfrentan todos los sistemas de salud y de atención sin precedentes.

Este cambio en la carga de enfermedad de la sociedad moderna significa que el costo económico de las enfermedades crónicas representa ahora hasta el 80% del gasto en salud (Nolte y McKee 2008). Este crecimiento se asocia significativamente con el envejecimiento de la población, pero no solo por ello, sino también por la tecnología, las innovaciones terapéuticas, la exigencia de la población, la inflación de la salud, y el advenimiento del Covid-19, que modificó normas de seguridad de atención. Por ejemplo, se ha estimado que en **2034 más del 5% de todas las personas de Europa occidental tendrán más**

de 85 años y una quinta parte de ellas vivirán con cinco o más comorbilidades (necesidades físicas y de salud mental simultáneas) (Comisión Europea y Comité de Política Económica de 2009). Pero una cosa es la cronicidad, que es parte de sufrir el éxito de la atención sanitaria, y otra el **"consumerismo" que es utilizar, demandar, o la inducción de los agentes y peticionar prácticas, que no tienen indicación,** que hay que combatir mediante la **prevención cuaternaria de la iatrogenia.**

La realidad en nuestro país especialmente en las grandes ciudades (fundamentalmente la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) muestra una población crecientemente envejecida casi Europea junto con una carga progresiva de enfermedades crónicas, de acuerdo con las encuestas de salud, y los controles realizados en distintos colectivos, con manifiestas expectativas de los consumidores y avances innovativos (ensoñación tecnológica) desafían la prestación de atención médica, medicamentos, dispositivos, intervenciones y prácticas, que aumentan el gasto. Al mismo tiempo, las enfermedades infecciosas, no retroceden como debieran, porque hay un 50% de la población, que vive en condiciones desfavorables, de vivienda, ingresos, empleo, acceso a servicios que lleva al aumento de patologías como la tuberculosis, y las enfermedades de transmisión sexual. Claramente tenemos muchos países dentro de un mismo país, muchas ciudades dentro de una misma ciudad. Donde muchos conciudadanos están excluidos y otros expulsados del sistema. Esto genera una transición demoepidemiológica híbrida.

En un contexto general de limitaciones económicas y financieras crecientes, de interesarnos por sostener las fuentes de financiamiento y la inversión en salud (la caja de Busse), por la eficiencia y la prescripción adecuada, **predomina el modelo bismarkiano, de seguros sociales y privados de salud, pero por debajo de él existe otro, Beveregiano, que ofrece una capacidad instalada de hospitales y centros de atención primaria, públicos financiado por tres jurisdicciones que son la nacional, la provincial y la municipal, sin un plan estratégico de organizaciones sanitarias integradas,** sin complementación de camas, que expresan las pulsiones diacrónicas del poder a lo largo de los años, **este desorden hace que no tengamos la población nominalizada, ni georreferenciada,** ni asignada a un sistema de atención, el paciente, el ciudadano y su familia, no conocen su sistema de salud hasta

que lo necesitan y son pocas las estructuras que censan la población en su área programática y determinan la carga de enfermedad, los programas de salud siguen esa lógica anárquica por enfermedad vinculada con la demanda, que superpone oferta, desconectada, no tenemos una historia clínica que permita que el paciente se mueva dentro del sistema de salud y que pueda ser consultada por varios proveedores. Algunos de nuestros ciudadanos, con capacidad de pago reciben prestaciones similares a la de los países más desarrollados y de elevado PBI, pero tampoco integradas, mientras que otros no tienen una consulta al año.

La integración pretendida se da en un contexto y entorno de provisión de servicios de salud y sociales atomizada del individualismo positivista, la acumulación sin sentido, con una demanda compleja, en un ambiente de fragmentación de proveedores muy clara, que obliga a procesos de ajuste permanente, y genera gastos de ineficiencia notorios, no mensurados, pero con ejemplos de gestión que construyen evidencia empírica, que muchas veces involucra a los pacientes, las familias, las etnias, las poblaciones, segmentadas por sus ingresos, que los hacen o no elegibles como clientes.

SALUD 4.0 PODRÍA SER UN CRISTALIZADOR DE LA INTEGRACIÓN

La prestación de atención médica se encuentra en los albores de un cambio fundamental hacia la nueva era de atención médica inteligente y conectada, conocida como Atención médica 4.0. que nos propondrá unos desafíos que, si se colocan en el radar estratégico, y en la

voluntad política en condiciones de desarrollar, tanto en el sector público y privado, en términos de manejo de datos, tecnología, modelos asistenciales, procesos esbeltos, dinámica de implementación, integración prestadora, involucramiento de las personas, de los pacientes, profesionales, sistemas y los resultados de salud.

Los avances recientes en las tecnologías de la salud digital (tanto en registros médicos electrónicos, monitoreo de la salud y dispositivos portátiles) no solo son transformadores para rediseñar los procesos de atención y mejorar los resultados de la atención médica, sino fundamentalmente como la calidad de la atención, la seguridad del paciente y disminuir desperdicios.

Para lograr una atención individualizada o personalizada al mismo tiempo que integrada, primero es necesario comprender mejor las necesidades y características de los pacientes para poder estratificarlos en diferentes clases (por ejemplo, herramientas de estratificación de riesgo para accidente cerebrovascular, cáncer y delirio (Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group, 2008; Rodrigues y otros, 2012; Newman y otros, 2015). La estratificación es fundamental, pero visibiliza la demanda. Obligar a los prestadores a poner a los pacientes bajo programa.

Utilizando entonces herramientas de estratificación y clasificación, se pueden identificar factores importantes correlacionados con una enfermedad específica. Podemos ir más allá del estudio de esta asociación y descubrir la relación causal positiva entre los factores del paciente y una enfermedad específica, lo que puede ayudar a los médicos a crear planes de intervención específicos para el paciente dirigidos a esos factores. Esto puede proporcio-

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones



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



nar la base para desarrollar un apoyo a la toma de decisiones clínicas para el diagnóstico y el tratamiento que pueda satisfacer las necesidades específicas de cada paciente. Los programas de gestión de enfermedad deben nutrirse de herramientas de estratificación y evaluar cual es el mejor tratamiento, de acuerdo con el grado evolutivo de la enfermedad, con una decisión compartida con el usuario, además en función de una customización.

Con esos elementos establecer medidas de seguimiento, intervención y tratamiento óptimo. Para mejorar los resultados de los pacientes, se necesita una estrecha monitorización de los signos vitales y otros factores críticos específicos del paciente (p. ej., Zois, 2016; Shah et al., 2016; Correll et al. 2018) y un análisis y predicción continuos del estado del paciente para actualizar dinámicamente intervenciones de atención y planes de tratamiento y apoyo a la toma de decisiones médicas óptimas para cada paciente. Los sensores inalámbricos, los dispositivos portátiles, así como la computación perimetral y los portales de pacientes, brindan la posibilidad de autocontrol o monitoreo remoto. Los modelos avanzados de análisis y optimización de datos pueden ayudar a desarrollar planes de intervención y tratamiento adecuados e individualizados.

Otro elemento de integración y de salud 4.0 es la Atención preventiva y proactiva. Los resultados de los análisis de predicción se pueden utilizar para crear planes de atención preventivos y proactivos (Vlaeyen et al., 2017; Struckmann et al. 2018; Hendry et al., 2019). Además de prevenir o ralentizar el desarrollo de enfermedades, podemos abordar mejor cómo prevenir errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente (Wetterneck et al., 2011; Carballón et al., 2015). La investigación de los factores críticos que afectan los resultados del paciente y la respuesta al tratamiento puede proporcionar recomendaciones para desarrollar planes de atención. Exige un plan de salud que recuerde la vacunación, los estudios que debe realizarse, ingesta adecuada de los fármacos, controles de salud adecuados.

La inteligencia artificial, la historia clínica electrónica, los dispositivos transmitiendo datos por 5G mediante IoT y IoS, confluyendo en una nube, ajustada por nodos de middleware, no reemplazarán al juicio clínico, lo fortalecerá, mejorará la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica, nos ayudará a pensar, nos dará tranquilidad, y difundirá más rápidamente el conocimiento, pero la independencia del mismo dependerá de la importancia de la función de rectoría y las sociedades científicas, que no entreguen el patrimonio deontológico a los intereses comerciales del complejo industrial médico.

Se están introduciendo de forma continua y exponencial varias opciones de diagnóstico y tratamiento, se generan e informan datos extensos, **se han instalado numerosos equipos, sensores y dispositivos cableados e inalám-**

bricos en hospitales, clínicas, hogares, farmacias y muchos otros entornos de atención. Además, se han logrado actualizaciones revolucionarias en el poder de cómputo, **los algoritmos novedosos de aprendizaje automático, estadísticas e inteligencia artificial (IA) se están generalizando, se han desarrollado técnicas nuevas y complejas de modelado y optimización, y se consideran cada vez más los impactos cognitivos y los factores humanos.**

La integración necesita de la digitalización, de los datos, de la historia clínica como elemento de amplia disponibilidad para la referencia y contra referencia, para la evaluación del desempeño, la información de las imágenes, de los dispositivos, de la interoperabilidad, de la transmisión de los datos, de los resultados de las imágenes, de la tele interconsulta, de la teleconsulta, el seguimiento para desarrollar una atención integrada, esto con el desarrollo de la salud 4.0 es posible.

La atención inteligente, humanizada, cibernizada, y sostenible, en calidad, eficiencia, productos y servicios serán nuestra responsabilidad.

CONCLUSIÓN DE ESTA INTERVENCIÓN

Las oportunidades siempre tienen la perspectiva del desafío, y estamos frente a ella, no pudiendo hacer los cambios si no conocemos la forma de implementarlos, en relación, con liderazgo, la motivación, la enseñanza permanente, el entrenamiento, las herramientas de la ingeniería de sistemas, la gestión Lean, las otras innovaciones organizacionales, la interoperabilidad que requiere esa corriente de información, ordenada, para conformar el conocimiento relacionado con la toma de decisiones.

Es necesario abordar el problema de tener registros médicos fragmentados, historias clínicas y sistemas informáticos incompatibles, no interoperables, carencia de datos de salud pertinentes y en múltiples divisiones, con la imposibilidad de unificar la información de la red de prestadores. Tener formas más seguras para captar los datos reales de los pacientes, métodos confiables, oportunos y eficientes de automatización de los servicios, modelos efectivos para garantizar la ciberseguridad, tener servicios de monitoreo efectivo de los pacientes, facilitar la integración de datos heterogéneos, sumar adicionalmente los determinantes sociales a los sistemas de seguimiento y la toma de decisiones. Mejorar el acceso a los dispositivos inteligentes. Ayudar a profesionalizar la gestión sanitaria y a los gerentes, que se planifique en función a tener sistemas de información seguros, que manejen la big data y posteriormente la inteligencia artificial, para mejorar la calidad y la seguridad de la atención. □

(*) Director de la Especialización de Economía y gestión. Universidad ISALUD.

www.revistamedicos.com.ar

Médicos

La revista de salud y calidad de vida

GALENO



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.



CADEID



cadeid



cadeidok

www.cadeid.com.ar

Declaración de incidentes Accidentes en los establecimientos de salud



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

En los establecimientos de salud, la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente se estructura a menudo en torno a la implementación de un sistema centralizado de señalamiento de incidentes y de accidentes (Kavaler y Spielgel, 1997), cuyo origen bien podría ser el Formulario Interno de Recolección de Incidente. Ese sistema suele ser considerado como la fuente principal, y a veces exclusiva, de identificación de los riesgos. ⁽¹⁾

Más de 25 años de práctica y trabajo de campo, especialmente en la Argentina y otros países de la región, me permiten precisar, mediante el análisis de la literatura, los diferentes objetivos y usos de esos sistemas de señalamiento, definiendo mejor su interés y sus límites, identificando los requisitos previos y los factores de una implementación exitosa.

Esto en la Argentina no existía en esa dimensión ni metodología, hasta la aparición de los *Sistemas de Acreditación en Establecimientos*. Sin embargo, no se advierte la efectiva presencia de sistemas de prevención de daños y de seguridad del paciente desde, por y para el recurso humano de los establecimientos. Están más bien basados en transferirle la responsabilidad al paciente. Y en anunciar la preocupación sobre la seguridad del paciente, *pour la gallerie*.

Para empezar, habría que recurrir a la memoria de los más "antiguos" del plantel, al menos será un comienzo, para recordar los accidentes y los incidentes. Pero luego habrá que adoptar un método. ¡Habrá que innovar! ⁽²⁾

LOS OBJETIVOS Y LOS USOS

Verónica De Keyser identifica cuatro categorías de utilización de los sistemas de señalamiento de incidente, cuyos diferentes objetivos pueden ser sometidos a un seguimiento simultáneo (De Keyser), 2001. ⁽³⁾

a) La prevención

Puede aplicarse caso por caso y/o sobre una base estadística. Y requiere:

- que cada incidente sea tratado por expertos en el campo correspondiente para que quede el dato y luego pueda prevenirse -en realidad tratar de evitarla- la **recurrencia**; (tratar de no tropezar dos veces con la misma piedra).

Por ejemplo: aquellas situaciones francamente aleatorias que se han repetido más de una vez, y no se incluyen entre los riesgos a comunicar en un Consentimiento Informado de una determinada especialidad.

- que la confidencialidad no impida la aplicación de acciones correctivas, no punitivas.

Es importante definir las modalidades de clasificación y de análisis de los incidentes y de sus causas (Van Veuuren, 1999).

Los enfoques, generalmente empíricos se estructuran progresivamente: la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (**JCAHO**) propuso, para los accidentes, una actitud sistemática de análisis de las causas (root cause analysis); el enfoque desarrollado por Charles Vincent para analizar los incidentes se puede ver en los anexos 4 y 4 bis (ALARM: Association of Litigation and Risk Management). ⁽⁴⁾

El **ITAES** en nuestro país ha diseñado estándares para la creación de lo que denomina un **"Sistema de Prevención de Incidentes de Seguridad"** ⁽⁵⁾ que incluye herramientas como la documentación que un establecimiento médico polivalente de atención de agudos debería tener disponible, es decir un programa de gestión de riesgos, normas para investigar retrospectivamente, designación de un responsable y/o la creación de un comité de seguridad, ejemplo documental de comunicación no punible (Reporte de incidentes interno), capacitación del personal para la prevención de incidentes y normas para el control de la gestión del comité de seguridad.

b) La formación y la sensibilización de la organización ante los fenómenos de incidente y de error.

Es menos importante tratar un número elevado de casos que seleccionar casos ocurridos en la propia Institución, que aporten enseñanzas. Este tipo de tarea fue desarrollada por los anestesiólogos, a partir del trabajo de Harvard School of Medicine de 1986. ⁽⁶⁾

En ambos casos, la identificación y evaluación de los incidentes ya ocurridos y la puesta a disposición de los actores de primera línea en terreno de medidas de prevención o, de casos ejemplificadores, fue más importante que la recolección de un número importante de datos, para ayudarlos en la evolución y mejoramiento de sus prácticas. El sistema de recopilación y de análisis de los incidentes ocurridos debe ser completado por una amplia difusión de esas informaciones por medio de formales presentaciones en ocasión de las reuniones de servicio, publicaciones en el newsletter interno, o el método que el sanatorio prefiera o vea como más eficaz.

c) La vigilancia de la confiabilidad de un sistema, es decir la comparación de su performance actual con respecto a su estado anterior.

Dentro de esa perspectiva, la recopilación procura medir la evolución de un sistema comparado con su estado anterior, para poder detectar una degradación o, por el contrario, un mejoramiento. Se puede realizar cada 365 días. Es una de las tareas más difícil. El "follow up" en la Argentina es una de las estrategias más difíciles de cumplir. El plazo de dos años es muy razonable.

Su realización es difícil pues la cantidad de incidentes declarados, varía en el tiempo (es clásico constatar que después de un aumento en el momento de implementar el sistema, la cantidad de declaraciones tiende a bajar, sin que por eso haya mejorado la confiabilidad); por lo tanto las informaciones recogidas no son representativas, lo que explica las dificultades para definir comparaciones a través del tiempo (de un año a otro) o en el espacio (de un servicio o de un establecimiento de salud a otro). Un ejemplo burdo y sencillo: caída de camas.

d) Administrar mejor las quejas

La primera finalidad del sistema debería ser detectar los acontecimientos que podrían poner en juego la responsabilidad del establecimiento de salud, pensando que la investigación precoz de los accidentes permitirá la construcción de una defensa mejor en caso de litigio. Su eficacia ha quedado demostrada para identificar los acontecimientos que requieren una reacción importante (a raíz una potencial o real difusión mediática, o de un litigio potencial), mejorando así la gestión de las quejas (Lindgren y otros, 1991).⁽⁷⁾

Reconocemos que demostrar su eficacia para reducir efectivamente la ocurrencia de daños para los pacientes, el patrimonio institucional, los profesionales, los visitantes, o el

prestigio del establecimiento, dentro de la Institución, no nos resulta posible siempre, pues en general en la Argentina el *Formulario Interno de Recolección de Incidentes* casi no se utiliza, y tampoco existe la persona indicada en la Institución para ocuparse de una tarea casi de Mediación.

Sin embargo, en todos aquellos casos sobre los que hemos podido actuar casi inmediatamente, hemos tenido la suerte de evitar el disgusto. □

REFERENCIAS

- 1) Un "accidente" es un acontecimiento repentino e inesperado que suele tener consecuencias negativas para alguien (profesional, institución, paciente, pariente, paramédico, asegurador, prepaga, obra social, empresa de emergencias médicas). Un "incidente" tiene lugar de manera imprevista y a diferencia del anterior no tiene porqué causar daño.
- 2) "Principios de Gestión de Riesgos y Seguridad del paciente". Bárbara Youngberg, James & Barlett Learning, 2010.
- 3) De Keyser, V. "Le risque de défaillance et son contrôle par les individus et les organisations" Séminaire CRS, Université de Liege, 12-13 mars.2001.
- 4) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: "What every hospital should know about sentinel events". Oakbrook Terrace (IL), JCAHO 2000.
- 5) ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) Manual de Acreditación, pág. 90.
- 6) "Estándares mínimos para monitoreo del Departamento de Anestesia del Harvard Medical School, y en octubre de ese año la American Society of Anesthesiologist (ASA) crea el Comité para la estandarización de los cuidados en Anestesia.
- 7) Lindgreen, DH, Christensen R, Mils DH "Medical malpractice riskmanagement early warning systems" Law Ccontempt Pro bl 1991:54 (1-2) 22-41

(*) 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.



Es nuestro compromiso
brindar atención de
excelencia personalizada,
aplicando el tratamiento
radiante indicado
para cada paciente

- SBRT – Radioterapia estereotáctica extracraneal
- IGRT – Radioterapia guiada por imágenes
- IMRT – Radioterapia de intensidad modulada
- RC – Radiocirugía estereotáctica cerebral
- 3D – Radioterapia conformal tridimensional
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

VIDT 1924/32 (1425) C.A.B.A. Central única de turnos: 5278-6005 Contacto 4824-6326 info@vidtcm.com.ar /vidtcm.com.ar

INFODEMIA

La pandemia es dinámica, no podemos predecir el futuro

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)



Debemos prevenir la propagación de la información errónea, diletante e intelectualoide. Además, dado lo cambiante de la misma, se va diseminando y confundiéndonos por más permanente que fuere la comunicación del Estado. Así como el virus y su contexto mutan, muta la data.

"Cuando nos enteramos de los peligros del Covid-19 vamos al lugar donde más fácil es obtener información **-las redes sociales-**. Como toda situación de crisis **-por cambio-** quien puede mantiene la calma, quien no, entra en pánico e incertidumbre. La lectura en las redes causa emociones dispersas. Piensa en su familia y en su trabajo. Y aparecen datos sobre la cura y las vacunas, entonces el individuo se replantea o lo inducen a hacerlo en las mismas redes del porqué no los está proveyendo el Estado y si esto es un experimento".

Surge una primera confusión... Por qué no se le provee de los tratamientos que leyó, y en vez de ello se indican los tapabocas u otras medidas preventivas de los cuales los latinos no estamos tan acostumbrados. Ya el pueblo sabe lavarse las manos, evitar a las personas enfermas **y el barbijo que dificulta la respiración. (SIC)**

El habitante desesperado llama y consulta. Pregunta sobre un tratamiento del cual leyó. Quien es consultado, sabe y se encuentra con alguien que además de desesperado está lleno de información errónea. Y no es el único porque la Organización Mundial de la Salud ha identificado una **infodemia** que surgió con la pandemia.

Gunter Eysenbach acuñó el término **infodemia** en el año 2002, con relación a la demasiada información o data engañosa que puede afectar negativamente causando confusión y produciendo efectos negativos en la salud de la población".

Internet y las **-redes sociales-** la información falsa y engañosa tiende a difundirse especialmente en un momento traumático emocionalmente como una pandemia. Puede abrumar, provocando comportamientos riesgosos del individuo y generando desconfianza en las autoridades de salud, es decir el Estado.

Pese al esfuerzo en la comunicación y acciones de salubridad. Una infodemia puede provocar o alargar brotes como el Covid-19 porque las personas se sienten inseguras de cómo protegerse, o que hacer si se enferman. Aquí se produce una alteración externa de la denominada: *Contención de la Atención Primaria -o mejor dicho Primera-*.

"Se accede a datos no bien diseñados para la comprensión, no están claros para el público que la consume, porque la cantidad la deforma y el consumidor se ve acosado. En **-las redes-** se citan a médicos que el consumidor no sigue y está tentado a confiar más en lo que se dice que en lo que diariamente informa el Estado. Más aún quien es personal de salud debe ayudarlo a las personas a poder identificar la información correcta y distinguirla de la desinformación, muchas veces intencional".

Ahora, ¿alguien consultó a su médico? - poco, o casi nada.

"Y todos hablan de como verificar una información y de las organizaciones de investigación. Los profesionales de la

salud ante la infodemia tampoco somos inmunes a la información o datos erróneos. Según los autores mencionados en la fuente entender la información implica: 1. Quién escribe o lo expresa. 2. Que los datos estén basados en investigación y estadísticas, como cuál es su fuente de información. 3. El propósito y el sentimiento que hacen repercutir en el lector. 4. Qué sesgo tiene... es noticia, es opinión, expresa los aspectos negativos y positivos. 5. Está bien diseñado o tiene errores tipográficos. 6. Cuándo se publicó, - y agregaría el contexto del país de donde emanan las informaciones".

Se empieza a hablar de los estudios previos y la aprobación de los organismos gubernamentales, como la FDA y en nuestro país la ANMAT. No sirven las propias experiencias, sirven los estudios de investigación que deben realizarse rápidamente porque la pandemia apremia.

Lo anecdótico no sirve, si la investigación basada en la evidencia. Tampoco es suficiente un sólo artículo - todos sabemos que muchas investigaciones sufren revisiones sistemáticas y que no cuentan toda la realidad. Aquí surgen las publicaciones de las bases de Cochrane como un ejemplo de ello.

Se debe leer más allá del titular para comprender lo real o exacto de la información y cuáles son los sitios del Estado que informan sobre las campañas de acción en el contexto del País. **También a evitar los conceptos de política partidaria que pueden desagregar la información, por sobre la política pública. Además, que en todos los países suelen darse -errores no forzados- aún a nivel mundial.**

Cuando apareció la vacuna el concepto era su aplicación, a pesar de leer en las redes que se produjo muy rápido y era insegura. Debemos como profesionales de la salud explicar y enseñar cuando la información es de calidad y creíble. Así se distribuye la información correcta. Se combate la infodemia cumpliendo todos los preceptos enunciados por los autores. La información de salud debe ser fácil de entender, no demasiado técnica con aporte visual y conclusiones claras. Recordemos, se debe verificar que la información sea confiable, Cochrane, la OMS, el CDC y sobre todo el Estado y la ANMAT escriben y utilizan revisiones sistemáticas.

El papel del médico consultado es fundamental.

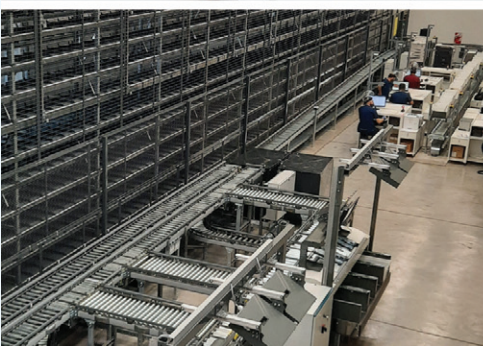
La guerra es continua o continúa, no es una cuestión de acentos. □

FUENTES

Paige Jarreau - Jordan Collver, 2021
<https://app.us.lifeology.io/viewer/lifeology/sciomm/what-is-an-infodemic-and-how-can-we-prevent-it-es>
[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(02\)01473-0/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(02)01473-0/fulltext)
<https://www.cochrane.org/news/what-cochrane>

(*) Médico y Doctor en Medicina - Magister en Administración de Servicios y Sistemas de 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.