

Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida

24

Aniversario



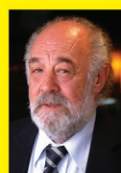
Opinión

¿Y si la Seguridad Social se involucrara con el “buen morir”?
Por el Dr. Carlos Felice



Informe Especial

HIMSS'22: Re imaginando la salud a través de la tecnología
Por Santiago Troncar



Columna

De causas y efectos: para una evaluación racional ante riesgos vigentes
Por el Dr. Ignacio Katz



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.



EFICIENCIA FLEXIBILIDAD DIGITALIZACIÓN

SOFTWARE INTEGRAL PARA FINANCIADORES DE LA SALUD

hms-tech.com/

Mayor
EFICIENCIA
en el gasto
prestacional, con
AUDITORIA médica
y administrativa

Planes de salud
FLEXIBLES según
las necesidades de
los beneficiarios

DIGITALIZACIÓN
de autorización de
prestaciones y
medicamentos, y
autogestión de los
prestadores

Esté preparado
para el **CAMBIO**,
la telemedicina y
la post
pandemia





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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6º 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)

Graciela Baldo (corrección)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400. Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. ISSN: 1514-500X. 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.

GRAGEAS

6

OPINIÓN

El sistema de salud ucraniano

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

8

VOCES

Reglamentaciones pendientes de la ley de empresas de medicina prepaga

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

10

COLUMNA

Un nuevo anuncio de reforma del sector salud: nada nuevo bajo el sol

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

12

OPINIÓN

¿Y si repartimos distinto?

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de AES

14

OPINIÓN

Enfermería: un colectivo marginado por el sistema de salud

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

16

OPINIÓN

¿Y si la Seguridad Social se involucrara con el "buen morir"?

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT

18

COLUMNA

"La AMM es una marca que quedará registrada para siempre"

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

20

OPINIÓN

Experiencias acerca del precio de los medicamentos

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

22

COLUMNA

Ajustes de las muertes por Covid-19 según el sistema de salud

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL

24

COLUMNA

De causas y efectos: para una evaluación racional ante riesgos vigentes

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

26

OPINIÓN

Ideogramas de la "Nueva Era"

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica Sanitarista - Epidemióloga

28

DEBATE

Las BigPharma y el target sobre enfermedades poco frecuentes - Nada es casual

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

30

INFORME ESPECIAL

HIMSS'22: Re imaginando la salud a través de la tecnología

Por Santiago Troncar - CEO de FutureDocs - @stroncar

32

COLUMNA

El trabajo en equipo, el vínculo con la calidad de las prestaciones y la seguridad de pacientes

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Profesor Titular - Universidad Isalud

38

OPINIÓN

Gestión de los incidentes y su pronto tratamiento

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

42

ACTUALIDAD

¿Qué aprendió la ciencia a partir del Covid-19?

Por la Dra. Karin Kopitowski - Directora del Departamento de Investigación

- Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

46

COLUMNA

De Josie King a Nicolás Deanna

Por la Dra. Mariana Flichman - Gerencia de Riesgo y Calidad Médica - Swiss Medical Group

48

OPINIÓN

Igualdad, equidad y justicia... Acerca de los principios sanitarios

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires

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.



DESCARGÁ LA APP GALENO Y LLEVÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL SIEMPRE.

Podés compartirla
con quien necesites
para que te compre
medicamentos
o acompañe a tus hijos
al médico.



Usa un token que se
actualiza
constantemente
para mayor seguridad.



No vence ni usa
plásticos, cuidándote
a vos y al planeta.



12:34 ✓✓



**LLEVÁS TODA TU VIDA EN EL CELULAR.
LA FORMA DE CUIDARLA TAMBIÉN.**

APSOT, la obra social de Techint: 50 años de servicios médicos de alta calidad

La Asociación del Personal Superior de la Organización Techint, que consolidó desde sus inicios un modelo en atención médica para todo el personal de la compañía y sus familias, cumplió en abril medio siglo brindando servicios de calidad a más de 11.000 afiliados.



El 6 de abril de 1972 se formalizó la creación de la Asociación del Personal Superior de la Organización Techint (APSOT), una Obra Social del Sistema Nacional del Seguro de Salud Argentino.

Desde sus inicios, la misión era consolidar su servicio de salud como la mejor opción de cobertura en prestaciones médico-asistenciales para los empleados fuera de convenio del Grupo Techint, satisfaciendo sus necesidades con la plena convicción de poder ofrecer tecnología de avanzada y servicios médicos de alta calidad.

La preocupación y el compromiso del Grupo Techint por la salud de sus empleados y sus familiares es una prioridad fundacional, inspirada por **Agostino Rocca**, su fundador, quien dedicaba especial atención al bienestar de los integrantes del Grupo y a las comunidades en las que habitan.

En consonancia, **Pablo Sturiale**, director de APSOT, remarca: "Nuestra obra social representa el beneficio de la salud, el más importante que se le puede brindar al personal. Por este motivo, el plan de APSOT es único y solidario, porque siempre se consideró que el cuidado de la salud era una prestación básica que debía recibir el personal. A lo largo de su trayectoria, APSOT estuvo marcada por su fuerte inserción en el mercado, lo cual nos permite tener acceso a los mejores prestadores. Somos sinónimo de seguridad y velamos por la salud de los empleados del Grupo".

A lo largo de los años, los servicios de APSOT han ido creciendo y la establecieron como una referente dentro de la industria.

Hoy, APSOT es conducida por personal del Grupo Techint y sigue en constante crecimiento gracias a la tarea de su cuerpo médico, enfermeras y empleados. ■

El Hospital Británico y la Universidad Católica Argentina celebran convenio para la ampliación de edificio educativo

El edificio se costeará en partes iguales, con aportes de la UCA y gracias a donantes particulares y corporativos del Hospital Británico, con el fin de mejorar las instalaciones actuales para las iniciativas conjuntas de docencia de las carreras de medicina y enfermería.

El Hospital Británico y la Universidad Católica Argentina (UCA), quienes brindan desde 2008 la carrera de medicina de manera articulada, refuerzan su alianza estratégica con un nuevo convenio que proyecta la construcción, sobre el predio de la Sede Central del Hospital en Barracas, de un espacio conformado por dos pisos y una terraza para el dictado, desarrollo e implementación de los programas, actividades teóricas y prácticas de sus carreras de ciencias médicas, enfermería, y especializaciones (Residencias y Fellows).

Además de contar con más de una decena de aulas, preparadas para el dictado presencial y/o virtual de las clases, incluirá una nueva biblioteca, un salón de simulación, baños, espacios y terraza de usos múltiples.



Dicho convenio se cerró con la firma del documento durante un encuentro del que participaron el Ing. Juan Irigoin, director general del Hospital Británico y el rector de la UCA, Dr. Miguel Angel Schiavone. Ambas instituciones financiarán la obra, y el aporte del Hospital Británico será posible gracias a la donación de donantes particulares y corporativos, que apoyan a la Institución en su rol de formador y como organización sin fines de lucro, sumándose a sus campañas de Recaudación de Fondos.

El Departamento de Docencia del Hospital Británico y los docentes de las carreras de Medicina y Enfermería de la UCA, trabajan diariamente compartiendo la misión de formar más y mejores profesionales para el sector de la Salud, mediante la incorporación temprana al ámbito hospitalario; el vínculo personalizado docente/estudiante; la realización de publicaciones por parte de los alumnos; el sistema de tutorías, las prácticas en el Hospital, y las nuevas salas de simulación especialmente equipadas para recrear escenarios de diagnóstico, tratamiento e intervención. ■



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

El sistema de salud ucraniano

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



El pasado 24 de febrero el ejército ruso comenzó la invasión a Ucrania. Al menos para los legos, la enorme disparidad de fuerza militar a favor de los invasores auguraba una corta y exitosa campaña militar.

Sin embargo, a dos meses de aquella fecha los combates continúan con gran intensidad, y la situación geopolítica en la región luce cada vez más inestable. Mientras rusos y ucranianos combaten fieramente en el terreno, las operaciones de desinformación y la ciberguerra suman su cuota de destrucción. Y, en un alucinante viaje hacia atrás en el tiempo, se ha reflatado el fantasma de la guerra nuclear.

Por otra parte, múltiples sanciones económicas aplicadas a los agresores por países que respaldan a Ucrania impactan negativamente, e impactarán más, sobre la economía de buena parte del planeta.

Las consecuencias económicas y sociales de la invasión se vislumbran ya en dimensiones catastróficas (especialmente en territorio ucraniano pero también fuera del mismo, especialmente en Polonia, principal receptor de familias ucranianas desplazadas, y agravada además por lo que el gobierno polaco ha denominado *terrorismo de estado* de sus vecinos bielorrusos).

Aún siendo impredecible el curso de los acontecimientos, la eventual reconstrucción de la infraestructura destruida en Ucrania requerirá un esfuerzo titánico. En ese contexto, ¿qué sabemos del sistema de salud ucraniano?

En 2015, la OMS y el Observatorio Europeo de Sistemas y políticas de Salud publicaron el informe *Ukraine Health system review*. En el mismo se resalta que desde la independencia de la URSS (1991) "los sucesivos gobiernos han tratado de superar los déficits de financiamiento y modernizar el sistema de salud" pero hasta la fecha del informe ninguna reforma estructural del sistema había sido aplicada, por lo que conservaba "las principales características del modelo Semashko". Es decir, un modelo totalmente centralizado, financiado por el presupuesto estatal, sin participación privada, con el personal asalariado, y cobertura universal. La constitución ucraniana reconoce el derecho a la salud: "Toda persona tiene el derecho a proteger su vida, salud y las vidas y salud de otras personas..." (art 27).

Sin embargo, aunque el gasto en salud (antes de la invasión) era de aproximadamente 7,6% del PBI, relativamente alto en comparación con sus vecinos, sólo el 55% de ese gasto era público.

Aunque ciertos grupos vulnerables de la población y los pacientes hospitalizados deberían estar cubiertos por la provisión pública, la mayor parte del elevado gasto de bolsillo (45,1% del total) se relacionaba con el pago de medicamentos, frecuentemente sin ninguna cobertura efectiva.

En 2010 se había iniciado un programa de reforma, pensado para desarrollarse en tres etapas durante cuatro años, orientado fortalecer la atención primaria, las emergencias, y cambiar el modelo de financiamiento "de uno basado en insumos a uno basado en productos". Los conflictos políticos y la inestabilidad fueron los mayores obstáculos, y el programa se abandonó en 2014. Año de la invasión rusa en Crimea.

En 2015 el Ministerio de Salud publicó una *Estrategia Nacional para la reforma en Salud para Ucrania 2015-2020*. El

diagnóstico inicial se resumía en: el país iba por detrás de sus vecinos europeos en términos de esperanza de vida, con patrones de mortalidad típicos de alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (en 2017 las enfermedades, diabetes, cáncer, EPOC y trastornos de salud mental contribuían a casi el 84 % de la mortalidad general); el gasto per cápita en salud era significativo en términos de PBI, pero su PBI per cápita era menor que el de los países europeos; y el sistema de salud se basaba en el modelo Shemashko, con procedimientos de gestión muy rígidos (una pesada herencia de la era soviética).

Los objetivos de tal estrategia se resumían en: centrar el sistema en las personas, focalizando en la calidad, la seguridad, la duración y profundidad del contacto con el sistema, la cercanía con las comunidades, y la capacidad de respuesta a los cambios; orientarlo a resultados, en términos sanitarios, de protección financiera, rentabilidad y capacidad de respuesta, lo cual incluía la evaluación del desempeño del personal de salud, y la incorporación de reformas tales como el mayor uso de proveedores privados en tanto se mejoraran los costos prestacionales y el fortalecimiento de la gestión en base a datos; y centrado en la implementación, fortaleciendo las capacidades para planificar, implementar y monitorear planes de acción y rendición de cuentas, incluyendo nuevos modelos de financiación, eficientes y realistas para reducir las barreras financieras de acceso y reducir los riesgos financieros de enfermedad.

A fines de 2016 el gobierno aprobó cambios en el concepto de financiación de la atención a la salud; un programa de desarrollo de la asistencia sanitaria pública en Ucrania; y el establecimiento de distritos hospitalarios.

A principios de 2017 se adoptaron nuevas medidas de reforma sectorial, con el respaldo del FMI. Se creó el Servicio Nacional de la Salud de Ucrania como principal administrador de los fondos y los programas de atención, a través de un seguro público solidario. El gobierno emitió unas *Directrices relativas a la reorganización de los centros sanitarios estatales en empresas públicas sin ánimo de lucro*.

Pero los sindicatos de salud rechazaron frontalmente estas reformas, sosteniendo que implicaban reducción de personal, pérdida de beneficios adquiridos por los trabajadores, y aumento de la carga de trabajo y responsabilidades sin adecuada remuneración.

Luego de dos meses de guerra, la OMS reporta que las instalaciones sanitarias en Ucrania han recibido 164 ataques, de ellos 138 fueron realizados con armas pesadas, en 149 se afectaron edificios y en 14 a transportes. En 12 ataques se impactó a pacientes (heridas o muertes), y en 24 al personal sanitario. Se produjeron 73 muertos y 52 heridos.

Por ahora, todo indica que la tragedia se agravará, y aunque la guerra no se extienda a otras regiones, los desafíos para la salud pública serán enormes, y no solamente para Ucrania. □

* 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

Reglamentaciones pendientes de la ley de empresas de medicina prepaga



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

En el ejemplar N° 74 de la *Revista Médicos* del mes de mayo de 2013, presentamos un artículo titulado "Balance de dos años de vigencia de la ley de medicina prepaga". En él, planteábamos los objetivos propuestos por sus impulsores y su correlato con la realidad, a ese tiempo.

Más de un año después de ese artículo y más de tres años de la sanción de la ley 26.682, en el ejemplar N° 80 de esta revista, en junio de 2014, publicamos otro artículo que titulamos "¿Alguien tiene interés en continuar con la regulación de la medicina prepaga?".

Con el dictado del decreto 1993/11, reglamentario de la ley 26.682, se comenzaba un proceso de reglamentación que, entendimos, se iba a continuar.

Después de transcurridos más de 10 años de dictado el decreto referido se emitieron algunos decretos y resoluciones reglamentarios de la ley de empresas medicina prepaga, pero aún continúan pendientes de reglamentación numerosas cuestiones vinculadas con esta materia.

La primera pregunta que debemos formularnos es si es relevante o no esa falta de reglamentación. Al final de la nota contestaremos esta pregunta, pero antes analizaremos algunas de las reglamentaciones pendientes de emisión.

Consideramos importante destacar que hay algunos temas sobre los que sí se ha avanzado, por ejemplo, el vinculado a los **aumentos de los planes**.

Desde el comienzo de la vigencia de la ley de medicina prepaga se han dictado numerosas resoluciones del Ministerio de Salud que han autorizado el incremento de los valores de los planes y se han pronunciado respecto de aquellas entidades que se hubieran excedido en la aplicación de los porcentuales autorizados.

De todos modos, podría mejorarse esta situación si se pudiere regular la estructura de costos y el procedimiento que debe seguirse para determinar las autorizaciones de aumentos de cuota a las empresas de medicina prepaga (conf. art. 17, ley N° 26.682). Ello brindaría más transparencia al sistema, a la vez que dejaría menos margen de discrecionalidad para aplicar aumentos que no respeten los parámetros preestablecidos.

Como criterio de buena práctica legislativa consideramos necesario que la reglamentación de las cuestiones aún pendientes debe concebirse de un modo integral. Ello así porque es frecuente que, cuando tratamos algún aspecto específico sobre el tema que fuere, perdemos perspectiva de la consecuencia e impacto que tiene esa reglamentación especial con relación al todo.

Creemos que sería conveniente definir un criterio y regular la forma en que se deben aplicar las **frangas etarias** en los planes que ofrecen las empresas de medicina prepaga (conf. arts. 12 y 17, ley N° 26.682).

Existen numerosas denuncias de usuarios presentadas ante la Superintendencia de Servicios de Salud e incluso denuncias judiciales individuales y colectivas—impulsadas por diversas asociaciones de consumidores—, con respecto a este tema, por la opacidad normativa y/o por la falta de claridad de las empresas mencionadas al momento de ofrecer y suscribir los contratos con sus clientes.

Esta cuestión debería ser complementada con una resolución que imponga la obligación de que estos contratos de adhesión contengan **cláusulas mínimas** (conf. art. 8 de la ley 26.682).

Se debería también regular la forma de presentación de pedidos de valoriza-

ción de **situaciones preexistentes** (con criterios de cuándo proceden) y fijar valores predeterminados para las patologías que más se requieren (conf. art. 10, ley N° 26.682).

También se deben reglamentar los **datos demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros** a requerir a las empresas de medicina prepaga, sobre la base de lo dispuesto por el art. 5º, inc. I) de la ley N° 26.682.

Por su parte, propiciamos regular la forma en que los **beneficiarios desregulados** deben aportar al Fondo Solidario de Redistribución.

Cabe recordar el art. 23 de la ley 26.682:

"Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales".

Es decir, entonces, que la consecuencia de tener adherentes y planes superadores representa no efectuar aportes al Fondo Solidario de Redistribución, así como la pérdida de recuperos y/o subsidios del Sistema Único de Reintegro (SUR).

Consideramos oportuno proceder a la derogación de este artículo, a los efectos de que todos los beneficiarios de las obras sociales aporten el porcentaje previsto para integrar el Fondo Solidario de Redistribución.

Tampoco se ha avanzado acerca de las condiciones que impone la ley para ser considerada una Empresa de Medicina Prepaga en cuanto a los **capitales mínimos**. En síntesis, éstas son algunas de las cuestiones que aún hay que reglamentar.

Contestando el interrogante que formulamos al comienzo de esta nota, estamos convencidos que es importante proceder a la reglamentación pendiente de la ley de empresas de medicina prepaga porque de ese modo, entre otras razones, se otorgará una mayor certidumbre jurídica a los usuarios y a los propios financiadores, se podrá controlar de modo más eficaz la calidad de la cobertura médico-prestacional que deben brindar las empresas, se asegurará una asignación más eficiente de los recursos, se podrán adoptar medidas políticas de carácter sanitario, sobre la base de antecedentes más sólidos y precisos. □



Cada vez más especialidades.

Cada vez más comodidad.

Cada vez mejor.

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

Para acceder a Cam Doctor, descargá la app móvil o ingresá desde nuestra web. El servicio está disponible los 365 días del año, de 8 a 24 hs.

Medifé
está conmigo

con el respaldo de



Un nuevo anuncio de reforma del sector salud: nada nuevo bajo el sol



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Nuevamente las máximas autoridades de la provincia de Buenos Aires anunciaron la puesta en marcha de una reforma en el sector sanitario. Lo hicieron recientemente, el gobernador Axel Kicillof y el ministro de Salud bonaerense Nicolás Kreplak, acompañados por el diputado nacional Daniel Gollán, al cierre de un Congreso provincial de Salud en la ciudad de Mar del Plata.

Es la tercera vez en dos años que se anuncia una reforma en salud. 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, 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.

En esta oportunidad la propuesta de reforma fue publicada en una "Carta por un sistema de salud integrado y fortalecido". Allí se enumeran seis pasos claves que según los autores se deben transitar de cara a esa reforma:

1. "Avanzar en la articulación del sistema de salud para que no existan ciudadanía diferentes según el tipo de cobertura, el lugar de residencia, la edad, la nacionalidad, el género o cualquier otro factor que por su sola existencia vulnere el derecho a la salud de todos, todas y todos".
2. "Fortalecer el rol del Estado en sus funciones de rectoría sectorial, de regulación de los agentes económicos que proveen tecnologías e insumos esenciales, de coordinación de una red integrada de servicios asistenciales de los distintos subsectores y de prestación efectiva de servicios de acceso universal, georreferenciados con responsabilidad territorial".
3. "Transparentar toda forma de subsidios directos o indirectos al sistema de seguridad social, así como a los seguros privados (prepagos, seguros de riesgos del trabajo, seguros de siniestros viales, etc.) promoviendo mecanismos que estimulen, promuevan y garanticen la recuperación financiera de las prestaciones brindadas por el subsector público a los ciudadanos/as que cuentan con coberturas de seguros públicos o privados, lo que habitualmente se denomina terceros pagadores".
4. "Reducir el multiempleo profesional en salud como un mecanismo que contribuya a incrementar la pertenencia institucional, la calidad de los servicios, la seguridad de los pacientes y de los propios trabajadores de salud, la educación permanente y la investigación traslacional".
5. "Considerar la atención primaria como una estrategia de reforma sanitaria continua orientando las transformaciones necesarias del modelo de atención y de cuidado de la salud articulando los diversos niveles de prevención con los diferentes niveles de capacidad resolutoria integrando desde la promoción de la salud y el primer nivel de atención hasta la reorganización de los servicios más complejos con criterios de cuidados progresivos del paciente".
6. "Desarrollar mecanismos y dispositivos concretos que fortalezcan la participación social en salud tanto a nivel provincial como municipal sumando la invalorable perspectiva de ciudadanos y ciudadanas a la construcción conjunta del derecho a la salud".

Faltan definiciones concretas

Al igual que los anuncios y documentos anteriores, esta "Carta por un sistema de salud integrado y fortalecido" plantea ejes muy genéricos, a los cuales todos pueden suscribir, pero no plantea ninguna definición importante de reforma. Entonces, volvemos a preguntarnos: ¿de qué tipo de reforma estamos hablando?

En primer lugar, ¿será una reforma a nivel Nacional o Provincial? Los ejes enumerados no dan ninguna pista al respecto. Son tan genéricos que pueden ser aplicados en cualquier jurisdicción. Al ser anunciados por el gobernador y el ministro de la provincia y no ser refrendada por el gobierno nacional, se puede suponer que la reforma será provincial.

Si se tratase de una reforma provincial cabe preguntarse si la articulación del sistema planteado en el primer punto de los ejes enumerados incluirá en primera instancia integrar el sector público, hoy altamente fragmentado en niveles municipal y provincial. ¿Se plantea entonces una provincialización de hospitales municipales y del primer nivel de atención? Si este fuera el caso, ¿qué pasara con la ley de coparticipación en salud de la provincia? ¿Se modificará?

En segunda instancia, ¿esta articulación involucra al IOMA (Obra Social Provincial)? Nos hemos referido en artículos anteriores a las modificaciones que están implementando en el IOMA avanzando hacia la incorporación de efectores propios para un primer nivel de atención (los denominados Policonsultorios).

Por otro lado, se propone reducir el multiempleo. ¿Esto significa cambios en la ley 10.471? ¿Se dispondrá de un bloqueo de matrícula con un régimen horario full time para los profesionales de la salud? ¿Qué rol jugará el sector privado? ¿Cuál será el rol de los municipios?

Estas y muchas otras dudas más se plantean ante los anuncios rimbombantes de reforma, pero, más allá de enunciados genéricos con los que la gran mayoría coincide, no se describen las políticas reales a impulsar.

La improvisación como característica de esta gestión

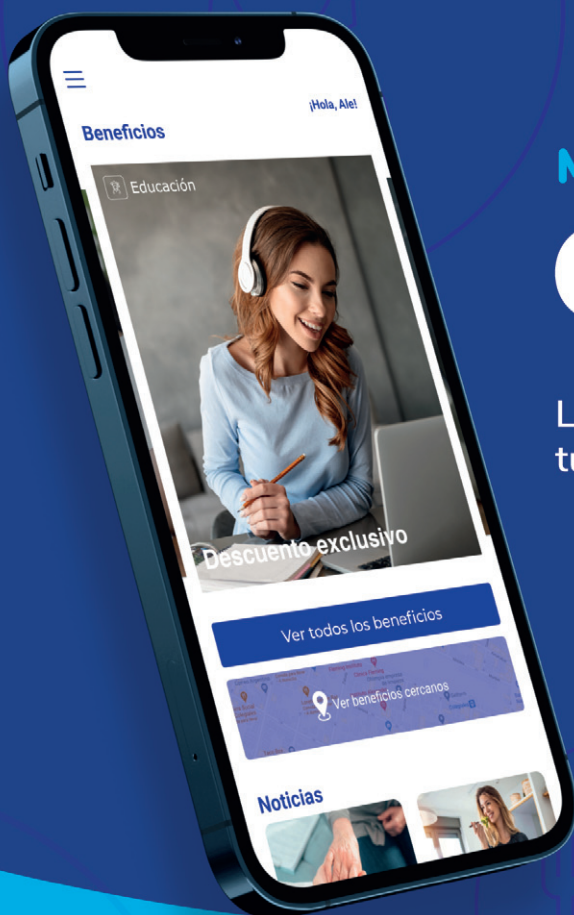
No existe planificación alguna que pueda llevar a una posible reforma a buen puerto. La improvisación en salud ha sido una de las características de este gobierno. Ya lo hemos visto y analizado largamente en el accionar de los gobiernos nacional y provincial frente a la pandemia y luego en el Plan de Vacunación. Improvisación, falta de rectoría, falta de gobernanza, corrupción, mal manejo comunicacional, otros.

Estas características se trasladan a las actuales propuestas de reforma. Dos años han pasado desde el inicio de esta gestión y no han producido ningún cambio de mejora. Por el contrario, el sistema sanitario está peor que antes.

La inversión en salud no se incrementó, los recursos humanos están en condiciones pésimas de trabajo, los medicamentos aumentan muy por encima de la inflación y la cobertura de la seguridad social es cada vez menor, aumentándole el gasto privado e incrementándose la inequidad en el acceso.

El momento político tampoco les es favorable para plantear una reforma estructural del sistema. Por lo pronto estos anuncios debemos tomarlos como un relato (uno más de tantos). □

(*) Médico - Especialista en Salud Pública.



MÁS
osde

La app de beneficios que cuidan
tu bienestar integral.

Alimentación saludable ⇌ Actividad física y meditación

Carreras y cursos ⇌ Entretenimientos ⇌ Cuidado personal y prevención

¡Y mucho más!



¡Descargá la app!



Consíguelo en el
App Store



Google Play

**Porque disfrutar
también es salud.**

osde

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, informate de los términos y alcances del Plan 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, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. Para conocer tarifas sobre los planes que OSDE pone a disposición, comunicate con el 0810-555-6733, a través de nuestra web o por mail a contacto@osde.com.ar.

¿Y si repartimos distinto?



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

La economía estudia como una sociedad crea, distribuye y utiliza sus recursos para satisfacer las necesidades humanas. En economía de la salud, las necesidades son aquellas que tienen impacto en la salud de las personas. Estas necesidades son crecientes por múltiples motivos, entre los que se destacan: el envejecimiento de la población, la transición demográfica, la evolución de la medicina y los avances tecnológicos. Todas tienen tendencias crecientes en el corto y largo plazo, siendo incluso deseables (como la prolongación de la vida o la aparición de nuevos tratamientos para mejorar la calidad de vida) que sucedan a pesar de sus consecuencias honorosas.

En otras columnas me he referido a la financiación del sector salud en cuanto a la posibilidad de aprovechar espacios fiscales. Sin embargo, la creación de nuevas fuentes es cada vez más acotada, requiriendo cambios estructurales de la economía en la Argentina que demandarán varios años. Cambios para generar empleo, cambios para atraer inversiones productivas, cambios en el sistema financiero y cambios en el sistema bancario.

Claramente, la crisis coyuntural del sector hace que, aunque debemos comenzar ya con los cambios estructurales, se deban buscar soluciones de financiamiento a corto plazo. Lamentablemente de los análisis realizados por diferentes organismos, la creación de recursos específicos para salud en el corto plazo, coinciden en esta visión poco auspiciosa de escaso o nulo espacio fiscal. En resumen, difícilmente se pueda conseguir financiamiento para el sector en el corto plazo, e incluso en el largo plazo, sin cambios estructurales.

Respecto a la utilización de los recursos, desde el punto de vista económico lo medimos como eficiencia o ineficiencia. Hoy la eficiencia en las organizaciones y el sistema en general se ha vuelto un punto clave ante las necesidades crecientes y los recursos limitados. En este aspecto, hay mucho para trabajar, así como hay mucho escrito y desarrollado.

Encontramos una serie de herramientas en pos de la eficiencia como algoritmos diagnósticos, guías de uso clínico, vademécums cerrados, cuadros de mando integral o evaluaciones de tecnología sanitarias. La incorporación de estas y otras herramientas económicas-administrativas junto al planeamiento estratégico y niveles adecuados de control, orientan a la mejor utilización de los recursos. En otras palabras, la profesionalización de la gestión, por parte de un equipo multidisciplinario, es requisito ante la compleja situación actual del sector, y probablemente futura, al menos en lo que implica adoptar estrategias eficientes.

Siendo que tanto la creación de recursos como el uso de los mismos ya fue analizado en múltiples ocasiones y por diversos especialistas, queda observar cómo es la distribución de recursos dentro del sector salud. ¿Será necesario una nueva forma de distribuir los recursos que se generan?

Según los resultados presentados por el Ministerio de Salud de la Nación en su informe "¿Cuánto gasta la Argentina en Salud?" de 2019, analizando la participación relativa de los

diferentes subsistemas en el gasto total, la seguridad social recibe el 41,8% de los recursos (3,9% del PBI), seguido por el sector privado con el 29,5% (2,8% del PBI) y el sector público recibe el 28,7% del total (2,7% del PBI). Dado el impacto de los recursos destinados, y la cobertura del sector de la seguridad social del 62.7% del total de la población, se analiza este sector en particular.

La seguridad social en la Argentina tiene tres grandes subsectores: el INSSJP (PAMI), las obras sociales nacionales que se rigen por la ley 23.660, y las obras sociales provinciales. Mientras que el primero recibe aportes de empleados activos y jubilados más contribuciones patronales, los otros dos sectores reciben aportes de empleados activos y contribuciones patronales.

El INSSJP cubre al 11,6% de la población, sin embargo, es casi toda población de alto riesgo. De esta manera, podemos decir que, desde el punto de vista actuarial, se construyó en forma inversa, en lugar de dispersar riesgos, se han concentrado. Lo cual hizo que las necesidades cubiertas crecieran exponencialmente, mientras que el financiamiento caía. Recibe el 0,9% del PBI, que representa el 9,57% del gasto. El nivel de accesibilidad a los servicios profesionales es complejo y diverso a lo largo del país, mostrando dificultades permanentes.

Las obras sociales nacionales cubren al 35% de la población, incluyendo a los trabajadores y sus respectivos grupos familiares. Estas obras sociales reciben el 2% del PBI, representando un 21,28% del total del gasto. Este sector obtiene entre el 80% y 85% (según si es obra social de dirección o sindical) de los salarios de sus asegurados, mientras que el Fondo Solidario de Redistribución le envía el resto en forma de reintegros por alto costo o subsidios por diversos riesgos.

Las obras sociales provinciales cubren al 16,1% de la población, siendo trabajadores y sus grupos familiares. Recibe en forma directa de los trabajadores el 1% del PBI, representando el 10,64% del total del gasto. La realidad de estas obras sociales cambia mucho por provincia, ya que no tienen ningún tipo de reaseguro y su ingreso dependerá de la cantidad de empleados estatales y sus salarios.

Hoy quienes más aportan al sector han derivado parte de sus aportes al sector de prepagos, mientras quienes menos aportan, empleados domésticos y monotributistas, así, como los empleados con salarios más bajos, sufren permanentes trabas administrativas para acceder a las prestaciones.

Todas las obras sociales reciben la mayor parte de sus ingresos en forma proporcional al salario de sus beneficiarios y no en función de sus riesgos. Mi opinión es que deberíamos repensar una forma de redistribuir los recursos por riesgo individual de los beneficiarios, según edad, sexo y patologías preexistentes. De esta manera, cada obra social equilibraría sus cuentas y mejorarían las prestaciones. □

(*) Asociación de Economía de la Salud.

UIUDPT

Instituto Universitario para el Desarrollo
Productivo y Tecnológico

Instituto Universitario
para el Desarrollo Productivo y
Tecnológico Empresarial de
la Argentina

*Educación para la era
del conocimiento*

CONTACTO

 11-6715-3520

 11-5263-0976

 Sánchez de Loria 2364 · CABA

 info@iudpt.edu.ar

 www.iudpt.edu.ar

CONOCÉ NUESTRAS PROPUESTAS EDUCATIVAS



iudpt.edu.ar



IUDPT whatsapp

Fundado por



Desarrollo Productivo y
Tecnológico Empresarial
de la Argentina



CÁMARA
DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO
MÉDICO

Enfermería: un colectivo marginado por el sistema de salud

Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)



Cualquiera que se vincule, en cualquier rol, al sistema de salud, puede dar cuenta de la relevancia de la tarea que llevan adelante los miembros de los equipos de enfermería. Las evidencias son incontestables en la relación directa entre los niveles de desarrollo de la enfermería y la calidad en la atención en todos los niveles del sistema de salud. ⁽¹⁾

Sin embargo, la deuda del sistema de salud con el personal de enfermería debe ser incluida en cualquier agenda de reforma. Sin querer recorrer toda la problemática, algunos aspectos merecen llamar la atención de quienes se encuentran en puestos decisivos.

Los aspectos de la formación, así como la condiciones laborales y salariales, junto con aspectos regulatorios y legales, son tal vez los que deberíamos revisar primero. Hoy en la Argentina, el número de personal de enfermería en relación con el personal médico, por fin ha alcanzado la paridad. ⁽²⁾

Esta es una mirada optimista que simplifica el problema y oculta aspectos que requieren atención. Este número se alcanza sumando al personal con todos los niveles formativos incluyendo el de auxiliar. Si sólo consideramos quienes alcanzan una licenciatura o la graduación en el nivel de tecnicatura, esta fuerza laboral se reduce en más de 30%.

En algunos distritos como Chaco y Santiago del Estero aún continúa la formación de auxiliares y son mayoría. Además de estas marcadas diferencias entre las provincias en el grado de formación alcanzado, se agregan diferencias en términos de distribución.

Las iniciativas de profesionalización de auxiliares aún siguen siendo insuficientes.

Programas como el PRONAFE lanzado en la gestión 2015 a 2019 con becas y mejoras en las condiciones de formación, sumado a la potente oferta formativa del sistema universitario, han logrado incrementar las proporciones de graduación, así como el número absoluto, ⁽³⁾ pero aún el desgranamiento sigue siendo importante, y baja la tasa que alcanza el nivel de grado.

La formación posterior a la graduación y la especialización en todos los niveles no están exentas de problemas. Por un lado, los que egresan en el nivel técnico, si bien pueden acceder a postítulos, éstos no permiten acceder a certificaciones reconocidas.

Las residencias si bien impulsadas en todas las jurisdicciones en muchos casos requieren de título de grado para acceder, y deben competir con el trabajo en relación de dependencia que la mayoría tiene desde que obtuvo el título intermedio.

Una mirada en perspectiva puede ser optimista ya que se han dado grandes avances respecto de la situación 20 años atrás cuando el 10% eran empíricos y los títulos de licenciatura sólo alcanzaban al 2%. ⁽⁴⁾

En cuanto a las condiciones laborales, han sido públicas las luchas para su reconocimiento en carreras profesionales, con el consecuente reconocimiento salarial. No ha corrido mejor suerte la conformación de colegios profesionales con funciones delegadas en términos deontológicos y de matriculación, similares a las que han desarrollado otras profesiones de la salud en la mitad de las provincias.

La atomización en subsectores del sistema de salud también conspira con la representación sindical específica, que en el subsector estatal está fragmentada y aparece más concentrada en la seguridad social y el sistema privado. ⁽⁵⁾

El fenómeno del multiempleo no es ajeno a la enfermería, reportes recientes por encuesta, indican que alcanzan a 66,8%.

La percepción sobre la situación laboral está atravesada por un descontento influenciado por la necesidad de tener más de un trabajo para sostener el ingreso. ⁽⁶⁾

Esto eleva enormemente la carga horaria diaria. La feminización de la profesión y la invisibilización de las tareas no remuneradas, genera una sobrecarga enorme, principalmente en las mujeres. Esta inequidad de género también se traslada a la diferencia salarial entre hombres y mujeres. ⁽⁶⁾

Cada vez que un político o funcionario quiere aparecer como progresista se embandera en la lucha contra el discurso médico hegemónico y desde ese discurso busca poner en valor el rol del colectivo de enfermería.

Esto es insuficiente, la profesión continúa con graves problemas sin solución que exceden la inserción laboral de la enfermería en los equipos de trabajo. Pueden ser consecuencia en parte de ese fenómeno cultural, pero sin duda hay otros emergentes dependientes de la política sanitaria.

Como suele ocurrir con muchos temas de salud se escuchan grandes discursos, pero se ven pocas acciones. Tal vez comenzar a discutir alguna de estas propuestas pueda ser un camino de solución:

- ✓ Aumentar becas y seguimiento para evitar desgranamiento en el pregrado y grado, así como facilitar la preservación de cargos para los que opten por formaciones de postgrado.
- ✓ Revisar las certificaciones de especialidades reconocidas en el Ministerio de Salud.
- ✓ Generar estándares de carreras de especialización similares al resto de las carreras de grado en salud.
- ✓ Promover el diálogo directo con representantes genuinos en la construcción de políticas organizacionales y salariales.
- ✓ Revisar las carreras profesionales con una mirada integral e inclusiva.
- ✓ Promover una política laboral con perspectiva de género. □

Referencias:

- 1) Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and health-care outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS Adv Nurs Sci.* 2005; 28(2):163-74. doi: 10.1097/00012272-200504000-00008.
- 2) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano. La formación de los recursos humanos de salud 2016-2019 / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019.
- 3) Ministerio de Salud de la Nación. Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en la Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2020. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estado_de_situacion_de_la_formacion_y_el_ejercicio_profesional_de_enfermeria_ano_2020.pdf
- 4) Valle Rojas A, Heredia A. El sistema de salud y la situación de la enfermería en la Argentina *Rev Latino-am Enfermagem* 1999; 7(1): 99-101.
- 5) Aspiazu E - Las condiciones laborales de las y los enfermeros en la Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad* 2017; (28):11-35.
- 6) Dure I, García Dieguez. M y col. - Relevamiento de Recursos Humanos de Enfermería en la provincia de Buenos Aires. Evaluación de la carrera de Enfermería. *Rev Argent Salud Pública*, 2017; 8(32): 38-41.

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



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

¿Y si la Seguridad Social se involucrara con el “buen morir”?

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



Somos actores del sistema de salud y como tales nos centramos en prolongar el estado de salud de las personas. Como es lógico, esto es vertebral dentro de nuestro desempeño como organización. Sin embargo, a menudo el final de la vida de los pacientes también se encuentra entre los intersticios de nuestro amplio trabajo. Es una realidad que está, pero que intentamos evitar en muchos sentidos y de muchas maneras. Como individuos, como profesionales, como instituciones de salud.

Mientras tanto y con los años, la Argentina se ha dado alguna normativa en torno a esta cuestión. Sobre los derechos de los pacientes y la muerte digna, sobre los cuidados paliativos y sobre lo que se denomina el “encarnizamiento terapéutico”.

“Se asiste a un constante proceso de medicalización, expropiación y asalto tecnológico de la muerte y la mortificación de la medicina al intentar explicar y controlar lo inexplicable e incontrolable de la muerte. La medicalización del morir se observa dramáticamente en el “encarnizamiento terapéutico”, es decir, en la negación de la muerte como desenlace del proceso vital a través del establecimiento de medidas extraordinarias o desproporcionadas que prolongan la vida de forma artificial, penosa y gravosa. Médicos de unidades de terapia intensiva han considerado al encarnizamiento como una deformación de la medicina”, decía en 2012 el abogado especialista en bioética Ignacio Maglio, cuando se debatió en nuestro país la muerte digna.

Hablar de la muerte como proceso que integra el mismo proceso de la vida, e incluso como parte del proceso de curar, genera una resistencia en la comunidad médica y asistencial en general.

Tampoco es un tema en el que hasta ahora se había profundizado puertas adentro de la obra social que presido. Pero me permito pensar que quizá estemos hoy en situación de enfrentarlo: ¿es posible que el proceso de una buena muerte sea parte de nuestro trabajo como actores de la seguridad social?

EL BUEN MORIR

Es muy real que tal como sostiene la Dra. Rocío Núñez Calonge ⁽¹⁾, en demasiadas ocasiones “los enfermos ya no mueren en casa, rodeado de sus familiares, sino en los hospitales, donde fallecen rodeados de equipos médicos, y la mayoría de las veces, solos. Da la impresión de que las personas mueren en los hospitales porque los médicos han fracasado contra las enfermedades. En esta mentalidad, la muerte no es un acontecimiento humano y espiritual sino técnico”.

Durante el primer año de la pandemia de Covid-19 fuimos testigos de la desoladora experiencia que significa morir solo, para quien fallece y para su entorno afectivo. Los motivos (esencialmente, el riguroso y adecuado aislamiento) durante una pandemia son otros. La angustia de una muerte en soledad es la misma.

Como decíamos, aunque la ley argentina contemple aspectos tales como la autonomía del paciente, los cuidados paliativos y el respeto por su voluntad sobre cómo se desarrollarán los acontecimientos antes, durante y luego de su muerte, es no menos cierto que en la práctica se respeta y se cumple muy poco. Como regla general, prima por sobre la opinión del paciente y de su familia, la opinión de los profesionales médicos tratantes, que puede llevar al extremo la obstinación terapéutica.

Ante la proximidad del hecho extraordinario de un nuevo nacimiento en una familia hoy la sociedad toma numerosas

decisiones. Pero como contrapartida, muy pocas veces encuentra en nuestro país el espacio y la oportunidad de tomar decisiones acerca de la muerte.

LA SEGURIDAD SOCIAL PUEDE INVOLUCRARSE

En la Obra Social OSPAT creemos que es momento de acercarnos a los beneficiarios que llegan a la circunstancia médica de una próxima muerte inevitable, con una mirada ética que contemple la ausencia de sufrimiento y la preservación de su dignidad.

Consideramos que es momento de hacer foco en la garantía de aquello que la legislación prevé para que nuestra población a cargo pueda hacer uso de los instrumentos legales que accionan sus derechos relativos al buen morir.

Cuando se aborda la muerte como parte del mismo proceso de curar, el buen morir no toma por sorpresa al paciente y a su familia. Mediante un consentimiento informado ampliado el enfermo y su familia (en el caso de los pacientes no lúcidos, será la familia):

- ❖ Cuenta con información sobre el proceso de preparación para una muerte en paz.
- ❖ Si las condiciones socioambientales de su hogar son propicias, fallece en su casa y acompañado por sus seres queridos, de acuerdo con sus creencias y sentimientos (también existen ya en la Argentina “Hospices” para quienes no tienen una vivienda adecuada).
- ❖ Recibe un tratamiento para morir sin dolor, evitando medidas invasivas.
- ❖ Cuenta con la posibilidad de una transición institucional con internación domiciliaria.
- ❖ Cuenta junto a su familia con un acompañamiento terapéutico.
- ❖ Obtiene tiempo y espacio para tomar decisiones legales. Decide sobre sus bienes o qué desea sobre lo que ocurra en los momentos inmediatos a su muerte.
- ❖ Puede elegir cómo y cuándo despedirse de sus afectos.

Nuestra pretensión desde la Obra Social OSPAT es trabajar con nuestras redes de salud para el *buen morir* de los pacientes terminales, en un **Programa** que capacite a los agentes y recursos humanos en salud, designe responsables médicos de cuidados paliativos por región geográfica, conforme equipos de trabajo, dé soporte a las redes para facilitar dispositivos de internación domiciliaria, apoyo psicológico, logística, asistencia en trabajo social y psicología desde el nivel central por telemedicina.

Nuestra iniciativa pretende hacer un aporte a la calidad de vida, en este caso, desde el cuidado de la salud en el último tramo vital.

En cuanto al gasto sanitario, lejos de ocasionarlo, el *buen morir* morigeraría y limita el esfuerzo terapéutico que pretende extender la vida en forma desproporcionada y sin objetivo, ocasionando también costos insensatos para el sistema de salud. □

REFERENCIA

(1) Revista de bioética “Bioética Complutense”, volumen 30, Junio 2017 - Segunda época, Reflexiones sobre la vejez, enfermedad y muerte en nuestros días.

(*) 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

“La AMM es una marca que quedará registrada para siempre”

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



Muchos se sorprendieron cuando decidimos dar un paso al costado y acompañar a los candidatos de nuestra lista en las recientes elecciones. La respuesta que parece sencilla encierra mucho tiempo de reflexión para llegar a la conclusión que lo mejor era dejar el lugar a la nueva camada de dirigentes; nuestro tiempo ya pasó y es la hora de los que vienen de abajo tomen la posta y sigan haciendo crecer a la Institución. Las elecciones quedaron atrás y hay que felicitar a la lista ganadora, queremos agradecerles además a los colegas que apoyaron la lista oficial, a ellos le decimos que seguiremos trabajando esta vez desde la vereda de enfrente, apostando al diálogo como siempre lo hemos hecho, más allá de los disensos, dejando atrás las diferencias, sin chicanas ni agravios porque no es, ni ha sido nuestro estilo durante todos estos años.

Hicimos una Institución ordenada, moderna y reconocida no sólo en nuestro país, sino más allá de las fronteras. Estamos orgullosos de nuestro trabajo y de haber hecho de la Asociación de Médicos Municipales una verdadera marca, que está registrada y reconocida; a través de ella se creó la CYMAT Salud, iniciativa a partir de la cual cada uno de nuestros colegas pudo recibir orientación, contención y atención absolutamente confidencial ante un caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Alguna vez nos tildaron de los “locos” por realizar, una medida de fuerza para defender los derechos de los colegas, luego la sociedad conoció las caras de “los trabajadores de guardapolvos blanco” y también todos los problemas que sufríamos a diario.

“Cuidar al que cuida”, fue una frase que se acuñó y va a quedar para siempre, más allá de quienes estén al frente de la AMM, porque es una frase que nos abarca a todos, fue en ese momento cuando la sociedad y las autoridades tomaron conciencia que “esos locos de guardapolvos blanco”, eran ni más ni menos que trabajadores de la salud que sufrían deliberados hechos de inseguridad.

Hoy, que todo parece más lejano, hemos logrado tener más protección en los hospitales, hemos generado un sistema de atención para que los colegas y sus familias puedan sentirse acompañados y asesorados en esos momentos que nadie quiere atravesar. Ese modelo de trabajo hoy ya es imitado en varias provincias de nuestro país, países vecinos y cuenta con un equipo de colaboradores que brindan asistencia médica y jurídica en los momentos que sean requeridos.

Salimos a defender nuestros derechos y lo hicimos donde debíamos, en la puerta de nuestro trabajo, frente al Ministerio de Salud o en la misma Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la gente nos acompañó con nuestros reclamos, salario y condiciones laborales fueron nuestros estandartes.

Tuvimos que atravesar la pandemia que nos golpeó a todos y todas, un virus nuevo, letal y que puso al sistema al borde del colapso. Allí estuvimos poniendo el pecho durante estos años, a veces en desventaja porque los elementos de trabajo no alcanzaban mientras nuestros colegas se enfermaban y otros morían. La AMM puso manos a la obra para brindar asistencia en elementos de seguridad y creando herramientas para acompañar a los médicos y sus familiares en los momentos más difíciles. Es otro legado que queda de cara a los tiempos que se vienen.

Del mismo modo planeamos abiertamente la necesidad de pensar en el hospital del futuro, en la creación de equipos de trabajo y coordinar las tareas para evitar el estrés que sufren nuestros colegas. Dimos el

primer paso, ahora hay que continuar en esta línea, esperemos que se haga, porque la memoria es frágil y quienes ayudamos a salvar vidas recibimos un destrato por parte de las autoridades. Lo denunciamos abiertamente en su momento, esperamos que no se repita.

Entidad ordenada y un Instituto de Capacitación que es modelo en nuestro país y uno de los mejores del continente, con múltiples lazos con instituciones médicas y académicas de todo el mundo. En este avance de la tecnología, nosotros hemos incorporado elementos de altísima calidad, como, por ejemplo, los simuladores de última generación y aulas virtuales que nos coloca entre lo más destacados del continente. Es un orgullo para quienes lo vimos nacer y desarrollarse, es otra de las huellas que dejamos. También estamos muy orgullosos de nuestro Polideportivo. Un espacio que nos pertenece, donde podemos estar con nuestras familias y realizar todo tipo de actividades. Cuando miramos atrás recordamos cuánto costó: ¡pero vaya si valió la pena!

Nuestros adultos mayores tuvieron sueños y nosotros hemos hecho mucho hincapié en ellos, en devolverles parte de los que nos legaron con hechos tangibles que no se quedaron en promesas, como la Casa del Médico Jubilado: un espacio pensado y diseñado para la estimulación física y mental de nuestros maestros con el objetivo de mejorar su calidad de vida, favoreciendo sus habilidades intelectuales y culturales y, sobre todo, en un ambiente cálido y rodeados de amigos colegas. Fuimos los primeros que advertimos que había que mejorar las condiciones de trabajo y hemos logrado que varios hospitales hayan avanzado con este tema; también hemos logrado que ingresen más trabajadores, que se mejoren las condiciones de nuestros residentes que serán los que sostengan el sistema en el mañana.

Trabajamos por un salario digno, protestamos y paramos. No es fácil cuando los recortes alcanzan a un sector clave de la sociedad como el de la salud y el sector privado absorbe mano de obra calificada como la nuestra. Los médicos no estamos ajenos a los problemas de país y como otros, también tenemos que aumentar la carga horaria para que nuestro sueldo alcance.

Hace unos meses dimos el alerta ante la escalada inflacionaria que se devora los ingresos de todos los argentinos y argentinas, pidiendo de manera urgente que se abra una mesa de diálogo -que no sea para la foto- con todos los sectores para unificar nuestro salario: ¿cuánto debe ganar un médico en la Argentina?, que sea uniforme para terminar de una vez con los falsos dilemas. La salud, la educación y la seguridad deben tener un reconocimiento salarial acorde a la importancia de sus tareas. Es un debate serio que deben darse, nosotros pusimos el tema arriba de la mesa porque es una manera de poder establecer nuestro salario y evitar las correcciones que se tienen que hacer porque los acuerdos quedan atrás de la inflación.

Finalmente quiero recordar a todos los que nos acompañaron en estos años y el recuerdo a los hombres y mujeres que ya no están físicamente entre nosotros. Podemos retirarnos con la frente alta, siempre tuvimos la puerta abierta para todos y todas y eso nos permite caminar por todos los hospitales mirando a nuestros colegas a los ojos, sin escondernos porque nunca lo hicimos, por el contrario, tuvimos una actitud de diálogo y consenso. Faltaron cosas por resolver y en esta dinámica de recomodamientos hoy otros colegas tendrán el control de la Institución. De mi parte les deseo mucha suerte y agradezco haber formado parte de la historia de la AMM y dejar grabada su marca para siempre. □



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810 - 345 - 0184

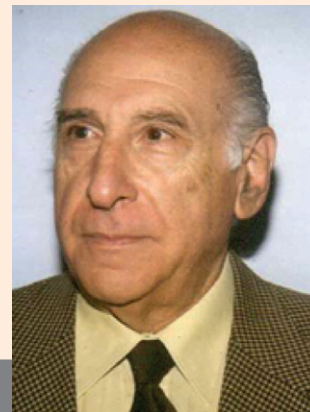
Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

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

Experiencias acerca del precio de los medicamentos

"Largo es el camino de la enseñanza por medio de la teoría, breve y eficaz por medio del ejemplo". Séneca.

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)



Los medicamentos como bien social y semipúblico se enfrentan con su manejo comercial en un enorme e imperfecto mercado de comportamiento y características distintas al de otros mercados. En él se desarrollan actividades de compra y venta y de fijación de precios que involucran a médicos, pacientes, financiadores y a una diversidad de intermediarios.

El precio de los medicamentos constituye una de las principales barreras de acceso en términos de suficiencia y oportunidad de la atención médica. Es también un reto a la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En el ambulatorio la distorsión del mercado se manifiesta por los distintos precios para un mismo principio activo, por el crecimiento de los precios promedio, por el sobreconsumo, por la preferencia por las marcas, por el encarecimiento de aquéllos de mayor venta y por el crecimiento de la demanda cada vez que se introduce un producto nuevo o supuestamente innovativo. Como los distintos abordajes al control de precios no es una política que haya interesado a las autoridades sanitarias y económicas, la gestión en una institución no puede esperar a que ello ocurra.

En 1980 el PAMI decidió implementar un Vademécum de uso obligatorio en el I Nivel de Atención, decisión que el personal profesional tomó de manera entusiasta. La industria reaccionó con una fuerte oposición con distintos argumentos evidenciando su decisión por evitar su aplicación. En la búsqueda de mejores resultados pensé que ambos podían ganar, tomando al Vademécum como instrumento de negociación, en orden de obtener una propuesta superadora. Es así como las cámaras ofrecieron una compensación anual de un porcentaje sobre las ventas totales de medicamentos, lo que reportó un importante recupero del gasto.

Los profesionales consideraron la utilidad del Vademécum y colaboraron en la elaboración de un listado positivo de principios activos según banda terapéutica y otro negativo que incluía productos o presentaciones de escaso o nulo significado terapéutico. Así mismo se establecieron normas para la incorporación de nuevos medicamentos o presentaciones. El cambio de autoridades dio por terminado el convenio.

En 1987 la Subsecretaría de Regulación y Control dependiente del MASYs, tenía un área destinada al control de los precios de las importaciones sanitarias. En medicamentos terminados o semi-terminados y drogas se consultaban como referencia a ciudades europeas, entre ellas Milán. Allí comprobé que no eran los precios sino las cantidades solicitadas por los laboratorios lo que crecía, contribuyendo al aumento de los precios. Por otra parte, tal circunstancia también debía tener sus efectos sobre el mercado sin perjuicio de la exportación de divisas. Propuse la regulación de las cantidades en acuerdo a los últimos datos, pero los laboratorios adujeron que eran exigencias de la casa matriz, justificación que satisfizo a la subsecretaría.

En 1990 El PAMI volvió a necesitar la reducción del gasto en los medicamentos ambulatorios. Para desarrollar un programa busqué antecedentes en otros países, especialmente en Alemania, que empezó a utilizar el Precio de Referencia (PR). Definí el concepto como un monto fijo de cobertura económica de un principio activo, expresado en pesos. Como los laboratorios eran (y siguen siendo) los que fijan los PVP era necesario que el método provocara preocupación a los mismos al momento de determinarlos. A tal efecto una ingeniera elaboró un

programa de simulación que indicó la necesidad de considerar otras variables en vez del uso de promedios y medianas.

La metodología que se estableció fue la siguiente ya que el caso alemán no resultaba aplicable:

- 1) Confección del listado de principios activos según bandas terapéuticas con sus correspondientes marcas;
- 2) Selección de laboratorios con capacidad de presencia en las distintas jurisdicciones;
- 3) Cálculo del precio de las dosis por vez (en Europa se utiliza el DDH);
- 4) Determinación del promedio (PL) y el ponderado (PP) según la utilización;
- 5) Comparación de ambos promedios. Si el PP fuera menor que el PL indica que se utilizaban más los de menor precio. En este caso el PR es el mayor de los precios, siempre que no superaran el 40% del mercado. En su defecto el PR es el siguiente precio. Con ello se esperaba que los laboratorios se acercaran al PR para mantener o, mejorar sus ventas. Si el PL era mayor que el PP, las ventas se concentraban en los de mayor costo. El PR se estableció tomando el mayor precio del laboratorio que sumados a otros concentraban el 40% del mercado. Así se esperaba que los más caros se acercaran al PR;
- 6) Cálculo de cada producto según el PR. De este modo se recomponen la presentación con el PR, eliminando las diferencias por cantidades;
- 7) El valor de la cobertura se estableció en pesos para cada principio activo sobre los que se aplicaban los porcentajes de cobertura estableciéndose los valores de acuerdo a las bandas terapéuticas;
- 8) Los medicamentos con el 100% de cobertura y los biológicos requerían negociación.

El resultado fue exitoso, no sólo por la reducción del gasto sino por la conducta de las cámaras que trataban de averiguar el PR para fijar sus precios o solicitaban la metodología para instruir a la gerencia de ventas (CAEME de buen comportamiento ético).

En el 2001 las cámaras suspendieron la dispensación de medicamentos en tanto no se actualizará el presupuesto de contratación en función del aumento de precios, reclamando además un monto adeudado en función de la cobertura previa a la suspensión. Los distritos trataban de compensar la situación mediante precarios convenios con farmacias locales que ofrecían descuentos con listados de entre 50 y 100 productos. En esta situación me encomendaron el problema. La estrategia debía identificar los puntos débiles y apoyarse en una amenaza que obligara a la negociación. CAEME proclive a reiniciar el convenio con los medicamentos oncológicos y los del 100% evitó la oferta de la competencia para proveer de manera exclusiva las insulinas. De este modo se separó la negociación con CAEME de la de CILFA y sus respectivos contratos.

Algunos laboratorios disconformes con la administración del contrato se interesaron en ver la posibilidad de solucionar el problema. Ello permitió organizar el Club de Laboratorios los que firmaron un convenio con el interventor. Ante esta situación CILFA aceptó mantener el valor del contrato con los precios a la fecha de su firma (1 año). El reconocimiento de la deuda quedó supeditada a las constancias de dispensación de los medicamentos. Pese a una diferencia en el articulado el acuerdo se firmó en el Ministerio de Salud. □

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



Ajustes de las muertes por Covid-19 según el sistema de salud

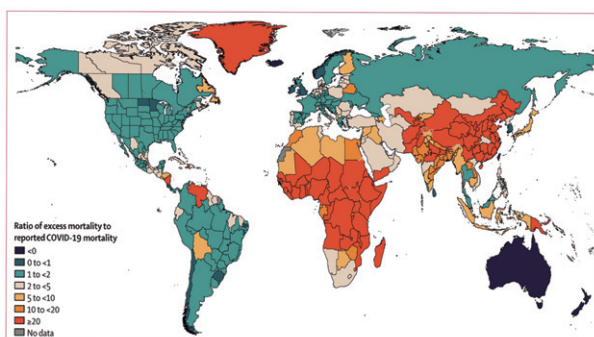
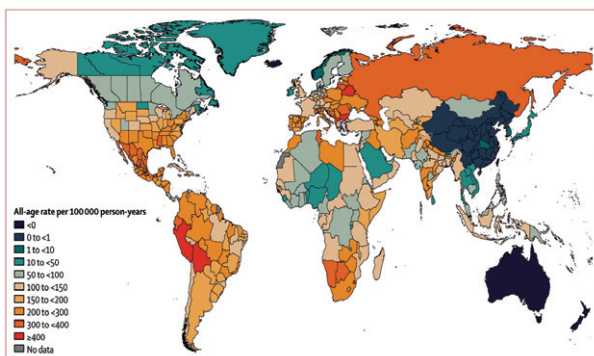


Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

Un estudio realizado en mayo 2021 por el Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) que es una de las más importantes instituciones científicas destinadas a medir la estadística y métrica de salud a nivel mundial, estimó que el número de muertes acumuladas por Covid-19 hasta el 13 de mayo de 2021 alcanzó los 7,1 millones (0,09% de la población mundial) lo que sería más del doble de los 3,3 millones registrados por las estadísticas oficiales de los países hasta aquel día. ⁽¹⁾

El gráfico que agregamos abajo extraído del estudio mencionado muestra las medias diarias de muertes registradas y estimadas para Covid-19 a nivel mundial entre diciembre 2019 y mayo 2021.

Las tasas de subregistro de muertes por Covid-19 tienden a variar de país en país, de acuerdo con las fortalezas de los sistemas de salud, de las estadísticas vitales y de los sistemas de vigilancia sanitaria y epidemiológica existente. Los sistemas de salud son responsables de identificar y clasificar las causas de mortalidad y para eso tienen que contar con médicos y personal especializado acompañando a los pacientes o realizando estudios que permitan identificar las causas entre los que no tienen acompañamiento médico antes de morir. ⁽¹⁾



Como se puede observar en la comparación de los dos cuadros la brecha entre el número de muertes estimadas y registradas puede presentar grandes variaciones.

- ✓ En Francia se estima que cerca del 80% de muertes por Covid-19 han sido registradas.
- ✓ En Brasil, Italia y España el número de muertes registradas fue entorno al 69%.
- ✓ En México e India solamente un tercio de las muertes por Covid-19.
- ✓ En EE. UU. país que registro el mayor número absoluto de muertes por Covid-19 se estima que solamente el **63% de las muertes** fueron registradas lo que elevaría el número de muertes en un 37% superando el millón.
- ✓ Casos extremos de bajos registros se dan en la Federación Rusa donde solamente el 18% de las muertes parecen haber sido registradas.

En un intento de hacer una estimación para utilizar el índice correspondiente para el caso de la Argentina teniendo en consideración las características de los sistemas sanitarios, es posible decir que el sistema sanitario argentino tiene más parecido con Estados Unidos por su nivel de fragmentación, diversidad de cobertura, múltiples proveedores y débil capacidad de gobernanza que el resto de los sistemas sanitarios considerados.

En consecuencia y tomando este criterio como más cercano a la realidad del país tendría un registro de muertes del 63% que aplicado al último dato de mortalidad por Covid-19 (17/04/2022) que alcanza los **128.344 óbitos** nos permite proyectar en línea con el Estudio de IHME que en la Argentina se han producido en realidad un total de **203.720 muertes** por Covid-19 desde el inicio de la pandemia.

El impacto de la pandemia ha sido superior a lo que muestran los números estadísticos y el estudio de IHME es sin dudas una primera aproximación a estudios más profundos sobre los sistemas sanitarios y sus debilidades que han salido a la superficie con la pandemia.

Es necesario construir y mejorar los sistemas de notificación de muertes y fortalecer la gobernanza política del sistema permitiendo un rastreo y monitoreo longitudinal de la pandemia que nos asoló y previniendo lo que podría venir. Además, como alertan los autores del trabajo se justifica más investigación para ayudar a distinguir la proporción de exceso de mortalidad que fue causada directamente por la infección por SARS-CoV-2 y los cambios en las causas de muerte como consecuencia indirecta de la pandemia. □

REFERENCIAS

i) <http://www.healthdata.org/special-analysis/estimation-excess-mortality-due-covid-19-and-scalars-reported-covid-19-deaths>

1) COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*. 10 March 2022. doi:10.1016/S0140-6736(21)02796-3.

Fuente: The Lancet 2022 3991513-1536 -DOI: (10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

(*) Profesor Salud Pública – FCM UNL // vassalloc@gmail.com

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

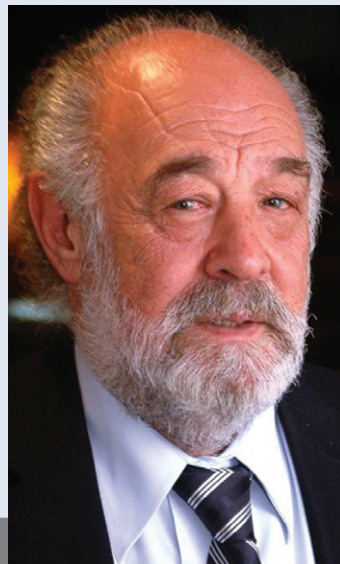
CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

De causas y efectos: para una evaluación racional ante riesgos vigentes

"Los datos son una herramienta".

**Walter Sosa Escudero
Borges, Big Data y Yo**

Por el Dr. Ignacio Katz (*)



Con ya más de dos años a cuestas, la evaluación de la pandemia y sus múltiples efectos en la salud comienzan a tomar una mayor perspectiva y algo más de precisión. Por ejemplo, que los fallecidos por Covid-19 durante 2020 habrían sido hasta un 15% más que los informados. Lamentablemente, en muchos sentidos llega tarde, y aún hoy falta una evaluación (auto) crítica de la propia atención sanitaria en su conjunto.

Pero junto con algunas mediciones y efectos que comienzan a madurar una lectura alejada del pánico inicial, es importante reflexionar acerca del esquivo mundo de los números y las interpretaciones. ¿Cómo se mide el impacto de la pandemia? ¿Cómo dimensionar el daño provocado? ¿Cómo separar sus efectos en la vida y en la salud de otros efectos como la pérdida de ingresos o la desvinculación afectiva, por mencionar sólo algunos?

Cuantificar una información le provee de una pátina de prestigio científico que la valida hasta el punto de hacerla inquestionable pero muchas veces también incomprensible. El significado mentado depende de la intencionalidad del efector de la comunicación, incluso a veces en disidencia y hasta oposición a la mensurabilidad originaria. *La relevancia de los datos, en definitiva, está dada por el propósito como finalidad.*

En este sentido, debemos diferenciar el uso científico de los datos, de su uso comunicativo o periodístico, de difusión, información, o en algunos casos, hay que decirlo, desinformación. Efectivamente, nos enfrentamos diariamente a una saturación numérica no verificable y por lo tanto tóxica e irresponsable, ante una actividad periodística que a menudo contribuye a potenciar la incertidumbre, el desasosiego y el miedo, factores que se acrecentaron ante el vacío de una estrategia comunicacional oficial.

Volviendo a algunas preguntas que recién ahora empiezan a precisarse, se destaca, por ejemplo: ¿cuántos de los muertos con Covid-19 efectivamente murieron por Covid-19? En 2020 se detectó el mayor exceso de mortalidad en el grupo etario de 50 a 54 años. Es decir que, si bien los mayores de 60 años concentraron el 83% de fallecidos por Covid-19, en años anteriores su mortalidad por otras causas generó un diferendo menor que entre los de 50 a 54. Son datos brindados por la directora nacional de Epidemiología, Analía Rearte, lo mismo que el aumento de la mortalidad materna (en 2020 aumentó de 3 a 4,1 por 10.000) y el descenso en la mortalidad infantil.

La complejidad y multidimensionalidad no debe confundirse con multicausalidad. Que un fenómeno sea multiorigánico, con distintas variables en juego no quiere decir que

un resultado determinado no pueda ser asignado a una causa determinante. La salud de la población es ciertamente compleja, pero ante determinados resultados (aumento de mortalidad en tal sector, por ejemplo), se puede detectar la causa entre aquello que varió entre las múltiples fuerzas en juego. Pero no es tan simple, porque ello puede no implicar causalidad, sino mera correlación, que puede responder a su vez a un tercer factor. Por ejemplo: ¿el aumento de la mortalidad materna se debe al Covid-19 o a la desatención provocada por el contexto pandémico?

En general, durante 2020, todas las causas "usuales" de mortalidad bajaron, a excepción de las enfermedades cardiovasculares y diabetes, a lo que habría que sumar las insuficiencias renales. La cuestión de fondo es cuántas muertes se precipitaron o se precipitarán por otras patologías agravadas en el marco pandémico, sea por ausencia de detección temprana, mal diagnóstico o simplemente falta de atención adecuada o incluso mínima. Este punto reviste una importancia notoria, aunque tardíamente notada. La atención de la mayoría de las patologías crónicas y prevalentes ha quedado relegada, a veces hasta puntos críticos. Ese paréntesis que podía parecer lógico en momentos que se privilegiaba la atención por Covid-19, muestra ahora su alto costo en vidas y salud.

Un claro ejemplo es la tuberculosis, cuyo diagnóstico cayó durante la pandemia e incrementó su mortalidad. El neumólogo Matías Scafati, jefe de la Unidad de Internación de Neumología del Hospital Tornú, lo dice claramente: "Lo que hemos visto con la tuberculosis, al igual que en la mayoría de las patologías crónicas y prevalentes, es que su atención ha quedado relegada por la epidemia del Covid-19, porque prácticamente todos los servicios médicos nos hemos corrido de nuestras rutinas habituales para abocarnos exclusivamente a la pandemia. (...) Lo que estamos empezando a ver hoy son justamente las consecuencias: estas enfermedades han seguido su evolución natural".¹ Quizás convenga recordar que en las guerras los decesos son catalogados como "muerte natural".

Ciertamente, no podemos suponer que la pandemia no significaría algún tipo de agravamiento sanitario, pero se trata de ser claros respecto a tres grandes cuestiones. En primer lugar, falló la antelación a un escenario pandémico. La fortaleza de un sistema sanitario consiste también en su preparación para las catástrofes y emergencias. Una pandemia no es una invasión alienígena; es un escenario incierto pero previsible, y como tal fue advertido por nada menos que

la OMS ya en 2015, de manera pública. En segundo lugar, una cosa es relegar las consultas por cuestiones menores y otra es pasar por alto la atención de las insuficiencias renales, cardíacas, y demás, por meses. Por último, se trata de transparentar estos y otros errores para aprender de ellos. Más allá de responsabilidades en la dirección de la política sanitaria, se trata de poder enriquecernos de la experiencia, aunque sea doloroso.

Es indiscutible que ciertas medidas de interdicción y hasta de aislamiento son necesarias en una pandemia, pero mantener por un año a personas mayores encerradas en un departamento o un geriátrico afecta su salud motriz, emocional, e inmunológica de manera demasiado costosa. Así como la falta de ingresos en amplios sectores sociales vulnerables agrava uno de los mayores factores de enfermedad: la pobreza.

No decimos que hubo o haya una solución fácil a situaciones dilemáticas más que problemáticas, que requieren de tomar decisiones operativas. De inicio hemos señalado que una pandemia es un fenómeno sumamente complejo que abarca dimensiones sociales y económicas, no sólo epidemiológicas, y que también afectan a la salud de las personas, y que como tal requiere de un “*tablero de comando*” que concentre decisiones maestras a partir de un amplio concurso de especialistas.

Hoy, se trata de reconocer las falencias (así como las fortalezas), para mejorar la atención de:

- La continuidad de la pandemia (que entró en otra fase, aproximándose a la endemia, *pero no terminó*).
- Los múltiples efectos primarios y secundarios acumulados de estos dos últimos años.
- Situaciones semejantes, desde una eventual pandemia de alcance similar, a otras endemias o amenazas crónicas como el Dengue o el Chagas, por ejemplo.
- Sin omitir una labor indispensable para la elaboración de una estrategia operativa, como es la que debería llevar adelante una Agencia de Registro Contable (hasta hoy inexistente).

Se impone un replanteo sanitario, oportuno y necesario ante *riesgos vigentes* que exige una racionalidad responsable. A la realidad no se la enfrenta con relatos ni versiones sino con propuestas innovadoras a partir de *comprender* (y no simplemente conocer) la complejidad para contener el miedo al futuro y potenciar energías transformadoras. Ello precisa de un **acuerdo sanitario** para construir un nuevo modelo social basado en un “nodo” sustancial: la dignidad humana donde el Estado asuma su rol de garante de un Proyecto Nacional con la responsabilidad y el compromiso que esa tarea conlleva. □

1) “Durante la pandemia de Covid-19 cayó el diagnóstico de la tuberculosis y se incrementó su mortalidad”, Consenso Salud, 23/03/22.

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica en organizaciones de Salud”; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” – (2012) “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



Ideogramas de la “Nueva Era”



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

La “Nueva Era” comenzó con un shock antropológico. La aparición del Covid-19 eclosionó como el inicio de un período desconocido para la humanidad. Mientras que todo el planeta padece el cambio climático, la pobreza, la fragmentación, la violencia, las mareas oceánicas de los impactos de las redes sociales, las tormentas mediáticas de información **no confiable** y los movimientos geopolíticos.

En este escenario marcado por cambios tecnológicos y culturales, este virus, aún sigue. La impronta del “Long Covid” y otras posibles mutaciones, están ahora manifestándose en simultáneo con la inflación económica en el orden planetario.

Frente a este imponderable, el sector salud tiene una gran oportunidad, podría ser **protagonista de un eje de transformación real evidente, esperanzador.**

¿Qué nos une?... ¿Qué nos hace reconocer el mundo y habitarlo?

¿Cómo logramos reflexionar sobre nosotros mismos y la condición humana?

¿Sobre el tejido que plasmamos con nuestras acciones, pensamientos, emociones?

¿Cuándo vamos a aceptar un consenso que nos habilite para trabajar integrados?

Es posible decodificar en los **ideogramas** que trae este tiempo inédito, respuestas estratégicas para abordar la multiplicidad de problemas que atraviesan la realidad.

Pero: ¿qué es un ideograma y cómo podríamos decodificarlo?

Un ideograma es la representación de una idea en movimiento, manifestándose por señales, conceptos, estímulos...

Nuestra inteligencia hoy puede más que nunca, sumar voluntades, construir puentes.

Descubrir oportunidades... donde otros sólo ven un desierto...

Sabemos que la economía sufre hoy **a nivel planetario**, una de las crisis más estructurales de la historia, con la recesión que trajo este virus temible, sumados a los tristísimos acontecimientos que nos atraviesan como humanos.

La economía no es la causa de todos los males...

Las raíces de esta maraña de lamentables y asimétricas desigualdades y el modo de abordarlas **radican en la misma naturaleza humana...**

En su consciente e inconsciente fragmentado.

En la manera de interpretar la realidad y de accionar divididos por contradicciones, miedos y nieblas emocionales.

La historia nos trae infinitas de inspiraciones: filósofos como Michel Montaigne: **“Todo hombre es mi compatriota” ...**

Pico de la Mirandola, humanista, pensador italiano del siglo XV, autor del *Discurso sobre la Dignidad del Hombre*.

Giordano Bruno, entre otros, nos traen luz desde hace más de 500 años, cuando las crisis eran enormes y no disponían de los recursos contemporáneos.

¿Si pudiéramos ahora, trascender cada uno desde nuestro posible territorio de acción?

La Fata Morgada de la fragmentación

La “Fata Morgada” se denomina a un gran espejismo que se produce en la costa meridional de Sicilia, donde por un efecto óptico se ven castillos o barcos en el cielo.

Estos espejismos recuerdan a aquellos que defienden como único valor su propio territorio, **su corporación o espacio.**

La realidad habla más que todo espejismo... Es imposible sobrevivir construyendo murallas para salvar a unos pocos...

Nada de lo que sucede ahora deja de impactar en nuestras vidas, no lograremos ignorar ni evitar sus sacudidas, esto es un largo y evidente conocimiento que trae la ciencia.

El sector Salud ...

Enumerar el sinfín de dificultades y conflictos sería tedioso para quienes conocen muy bien esta lamentable dramaturgia, que es posible superar, si se acepta observar, reflexionar, estudiar, elaborar, pensar y accionar desde cada lugar de protagonismo.

Ayudados por la ciencia, la transdisciplina, la interdisciplina...

Una imponente pérdida de recursos económicos, humanos y materiales, se producen por ignorancia, indiferencia, displicencia, miedos y **espejismos...**

Todo esto tiene su impacto en la salud de la población y en la de cada uno de nosotros.

El problema estructural reside en que es imposible hoy enfrentar la dimensión de los eventos, acentuando **patrones culturales antiguos** (fragmentación) que ya no sirven más.

El conocimiento como fuerza emancipadora

Un Sistema Integrado de Salud es un camino para comenzar a transitar, un espacio donde cada subsector puede beneficiarse, y aquí están los ideogramas para decodificar.

Hay un largo trayecto recorrido por innumerables voluntades, hombres y mujeres que trabajaron, escribieron, lucharon y dejaron su legado. En derechos, normatización, fiscalización, legislación, historia clínica única, prevención, promoción, atención primaria de la salud, etc., **espacios de consenso donde quedaron plasmadas las aspiraciones de muchas generaciones.**

Es tiempo de pensar y consensuar la importancia de una regulación del Estado.

Es necesario establecer, por ejemplo, como primer nivel de atención, **una red de médicos de familia**, interactuantes en los tres subsistemas (público, obras sociales y privado) que acompañen los procesos de Salud/Enfermedad. Formar a los médicos generales en medicina familiar, porque en este marco se evitan “Las oportunidades perdidas prematuramente”.

No se enferma una persona, se enferma su contexto.
El trabajo de la medicina familiar desarrollaría un paso cuántico en la prevención y la asistencia, en la derivación inteligente y la optimización de toda la trama sanitaria.

Seguimiento de pacientes de alto riesgo

Con la pandemia se crearon algoritmos de prevención y atención de los pacientes y sus familias.

Esto deja una huella por donde comenzar a pensar en un trabajo colaborativo en **los tres subsistemas**.

Crear equipos que acompañen a este grupo, logra bajar los costos y jerarquizar la calidad de vida.

Formación actualizada del equipo de salud humana, médicos, enfermeras, kinesiólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogos, etc. abordando cada problema desde la interdisciplina.

Es increíble que aún hoy en muchos servicios sólo se trabaje con un puñado de médicos y enfermeras, **mal pagos**, dicotomía que desconoce que la **integralidad** es indispensable para profesionales y financiadores.

Los sueldos bajos en salud son un problema que atraviesa a una imponente mayoría de países desarrollados, y a los otros.

Es un tiempo que exige abordar estos temas estructurales.

Un Ministerio de Salud es fundamental ... ¡Aquí un ideograma!

Las universidades y su currícula... un ideograma.

Universidades que no sólo deben reflejar las exigencias del mercado...

La vida no puede ser un negocio, ni la salud un comercio.

Desconocer el valor de un Ministerio de Salud sería devastador frente a los imponderables epidemiológicos, cambio climático, geopolíticos, etc.

La salud hoy más que nunca emerge como eje de transformación.

Una construcción integral, que exige la participación de todos los sectores de la población. La necesidad de cooperación nos exige ir más allá de la codicia o la manipulación.

La sinfonía del nuevo mundo irradia como una promesa.

¿Seremos capaces de aprender a compartir nuestras propias partituras, en un lenguaje común que nos permita lograr dignidad en la condición humana? □

Bibliografía:

- 1.- Piketty, Thomas - La crisis del capital en el Siglo XXI - La economía de las desigualdades / Ed. Anagrama.
- 2.- TV5MONDE: TV internationale francophone / La Grande Librairie.
- 3.- Le Monde diplomatique en español - Periódico mensual de información y análisis internacional (mondiplo.com).
- 4.- Vangelis odyssey youtube - Daniel Barenboim - West-Eastern Divan Orchestra - Beethoven: Leonore Overture. No. 3.- Óp. 72b - Antonín Dvorak - Sinfonía N°9 - Sinfonía del Nuevo Mundo.
- 5.- Edgar Morin, libros digitalizados relacionados con Edgar Morin sin costo (edgarmorinmultiversidad.org).
- 6.- Samuel Huntington "El choque de civilizaciones" / Ed. Paidós.
- 7.- Yllia Prigogine/ "El Nacimiento del tiempo" / Ed. Tusquets.
- 8.- Ramón Carrillo/ Obras Completas III / Ed. Eudeba.
- 9.- Mario Testa/ Pensar en Salud /Ed. LUGAR Editorial.
- 10.- Ervin Laszlo / "El Universo In Formado" / Ed. Nowtilus.
- 11.- Clases y diálogos con el Dr. Mario Perrone, Sanitarista.
- 12.- Premio Nobel Física 2019-James Peebles, Michel Mayor y Didier Queloz.

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.**

Las BigPharma y el target sobre enfermedades poco frecuentes

Nada es casual

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



Hay un clásico mito del Siglo XX que ha sido derrotado o al menos relativizado. El que sostenía que a la industria farmacéutica no le interesaba producir drogas para tratar enfermedades de muy baja incidencia estadística y por lo tanto poco frecuentes (EPOF), porque no iban a lograr compensar el costo de la I+D con el precio de mercado que requeriría su amortización a lo largo del tiempo. Y que siempre se había distinguido por dar la espalda a las enfermedades genéticas raras.

Quizás haya habido otras razones menos económicas, que iban desde la fisiopatología de muchas de estas enfermedades basadas en un defecto genético, la particular heterogeneidad clínica, el subregistro de su incidencia y fundamentalmente el escaso número de pacientes que las padecen y pueden ser partícipes de las fases de ensayo clínico de los *trials*, más allá de la universalidad de su distribución geográfica. Lo cierto es que hoy han pasado a ser su nuevo nicho de mercado.

Remontando el tiempo, en 1983 el Congreso estadounidense aprobó una ley de Medicamentos Huérfanos (*Orphan Drug Act*) destinada a generar incentivos a las compañías farmacéuticas para investigar nuevas moléculas y terapias destinadas al tratamiento de estas enfermedades.

Las empresas líderes en el campo de las moléculas biotecnológicas se vieron así favorecidas -junto a la aprobación rápida de la FDA *vía fast track*- para abrir el ingreso al mercado de una significativa cantidad de las llamadas "drogas huérfanas", cuya finalidad era la sustitución o compensación de los efectos orgánicos negativos derivados de cada EPOF.

Paralelamente, los avances sobre el conocimiento del genoma humano permitieron la aparición de las denominadas "terapias génicas" que cambiaron totalmente el enfoque terapéutico al reemplazar el gen afectado con una sola dosis y llevar a la enfermedad prácticamente a su curación. Es en este nuevo espacio creado que hay que entender la oportunidad del interés innovador de la industria en el marco de una nueva rentabilidad.

Ya en la década del 40, Schumpeter señalaba que *"frente a la competencia en precios, en la realidad capitalista la competencia que cuenta es la que lleva consigo la obtención de nuevos productos, la aparición de técnicas y fuentes de abastecimiento nuevas e incluso el diseño de nuevas fórmulas organizativas"* (Schumpeter, 1942).

Interpretaba así a la innovación como un proceso de "destrucción creativa", que al agregarle la patente violaba

los supuestos de la competencia perfecta, generando un cierto poder de monopolio en el corto plazo, pero bajo un supuesto beneficio a la larga para la sociedad en su conjunto (mayores precios a corto plazo, a cambio de mejoras en el bienestar debidas al acceso a la innovación).

El nuevo "target" de las Big Pharma pasó a ser de esta manera el tratamiento innovador de las EPOF y sus rentas extraordinarias. Como las empresas reiteran el argumento de los costos de I+D+i, entonces los precios de los medicamentos y terapias innovadoras que van surgiendo para estas enfermedades se van tornando cada vez más elevados, hasta volverse imposibles de financiar por parte de muchos sistemas de salud en el mundo.

Y dado que en estos casos la demanda resulta insensible al precio además de particularmente expuesta al problema de información asimétrica, en tanto lo potencialmente innovador como nuevo no siempre lo es en términos de resultados efectivos, el dilema cuasi - hamletiano queda automáticamente planteado en términos de aceptar o no lo que el mercado y su lógica considera posible.

No se puede negar que toda innovación y desarrollo tiene un costo a enfrentar y amortizar, pero tampoco es posible dejar de reconocer que dentro del precio también está incluida la financiación del marketing del producto tanto antes como una vez que ha entrado al mercado. Que además de ser parte del costo, está en directa relación con el impacto sanitario -efectivo o supuesto- que tenga el tratamiento en cuestión.

No menos importante es hacer notar que la inversión de la industria farmacéutica es un acicate para la investigación científica. Aunque también deba aclararse que las empresas han venido recibiendo millones de dólares anuales en incentivos del gobierno estadounidense, además de garantías por ley de siete años de derechos exclusivos para su uso terapéutico sin competencia posible.

A lo que se suma que, por cada aprobación adicional obtenida, las farmacéuticas califican para obtener un nuevo paquete de incentivos económicos. Por si fuera poco, pueden volver a la FDA con el mismo fármaco una y otra vez pidiendo "patente de uso", cada vez que lo prueban con otra enfermedad rara. Habría que analizar entonces con qué frecuencia se está "reutilizando" un medicamento para una nueva enfermedad rara logrando una nueva protección para determinada molécula, que huele a "evergreen".

Sin embargo, son los precios que se le aplican, exageradamente excesivos y hasta abusivos, lo que se transforma en factor desequilibrante a la hora de cualquier análisis racional que se pretenda efectuar.

Así como los costos del tratamiento de las enfermedades oncológicas en los Estados Unidos se han venido duplicando en los veintidós años que lleva de iniciado el Siglo XXI, pasando de los u\$s 100.000 a más de u\$s 200.000 millones/año, la efectividad terapéutica de las moléculas utilizadas no se ha modificado en similar proporción en términos de descenso de la mortalidad.

Tampoco se tienen aún datos de efectividad a medio/largo plazo respecto de las nuevas terapias para algunas EPOF como Zolgensma, Luxturna y muchas otras que tienen la ingeniería genética como base, y donde cuanto más rara la enfermedad más alto su precio en miles de miles de dólares.

De allí que bien vale la pena tener presente que un medicamento, por más costoso que sea, no tendrá per se mayor impacto en la sobrevivencia o en la posibilidad de discapacidad futura que lo que su efecto terapéutico permita. La señal de los precios carece de sentido, si al decir de Kifauver *"quien consume, ni elige ni paga; quien paga ni consume ni elige, y quien elige, ni paga ni consume"* (financiación de por medio por un asegurador y acceso con receta médica + potencial conflicto de intereses por parte del prescriptor).

Hace ya tiempo que la industria farmacéutica ha encontrado su nuevo target. El temor de los financiadores frente a la innovación respecto de las EPOF es que se siga acompañando de una escalada de precios cada vez más elevados en millones de dólares, y de efectos imprevisibles sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud. Especialmente los más frágiles.

Y el temor de sanitaristas y economistas de la salud es que este efecto disruptivo termine aportando a la inequidad, en términos de quienes puedan acceder a los nuevos tratamientos y quienes definitivamente no. Hay familias que logran recaudar fondos mediante donaciones anónimas, pero son muy pocas. La cuestión ética está planteada, y los posibles efectos conocidos.

Cómo proceder ante la incertidumbre que inevitablemente rodea a estas innovaciones disruptivas -especialmente sobre lo que recién sabremos *ex post* respecto de su efectividad o no sabremos nunca- sugiere la necesidad de avanzar efectivamente hacia un nuevo marco regulador, más transparente y apoyado en estudios de evaluación económica y de la mayor evidencia posible que sean llevados a cabo por un organismo independiente del gobierno (a imagen del NICE británico).

Este marco debe resultar el soporte sanitario, económico y bioético para un enfoque orientado a desarrollar nuevos marcos contractuales, incluyendo los de riesgo compartido, donde el pago se reduzca o elimine si un paciente no responde al tratamiento. Un punto de equilibrio, donde la fijación del precio y la forma de pago queden basados en el valor (efectividad de resultados) y no en la mera arbitrariedad del mercado. □

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



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería



DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

Alicia M. de Justo 1600
Puerto Madero - CABA
0810-2200-822 (UCA)
☎ 54 9 11 3023 4624
uca.edu.ar/zoom

HIMSS'22: Re imaginando la salud a través de la tecnología



Por Santiago Troncar - CEO de FutureDocs - @stroncar

Luego de dos años de pandemia, HIMSS volvió a celebrar su congreso anual en la ciudad de Orlando, convocando a más de 28.000 asistentes (presenciales y virtuales), ejecutivos, tecnólogos y profesionales de la salud. Dijeron presente además 1.000 empresas exhibidoras, y tuvieron lugar más de 250 conferencias multitemáticas y simultáneas en cinco días. Una verdadera maratón de medicina digital.

HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society - himss.org), es un asesor global, líder de pensamiento y una sociedad basada en miembros comprometida con la reforma del ecosistema de salud global a través del poder de la información y la tecnología.

La primera conclusión que uno podría sacar del congreso es el radical cambio de actitud de los organizadores, presentadores y expositores; ya no se trata de convencer al mundo que la salud digital es el futuro... ahora se trata de mostrar el camino y las experiencias de cómo hacerlo. Pasar del modo promesa al modo ejecución. Un claro "call-to-action" a acelerar la transformación de la salud a través de la tecnología, a innovar, a volver la salud

más accesible, más equitativa, más simple para el paciente.

No hay duda que los proveedores de salud están haciendo cambios sustanciales en sus operaciones, adoptando nuevas tecnologías y modelos de prestación de servicios con sus pacientes. Hoy ya nadie duda de la importancia de entender la nueva demanda del paciente digital, de la telemedicina, del cuidado remoto, del rol clave que tiene y tendrá cada día más la información que surge de las historias clínicas digitalizadas y de cientos de dispositivos y aplicaciones que los pacientes llevan consigo 24x7.

La pregunta que se hace el sector es cómo integrar estas innovaciones para que resulte finalmente un sistema más eficiente, efectivo y equitativo frente a los pacientes, sin descuidar la



viabilidad de las organizaciones que los cuidan. Cómo colaborar en la construcción de soluciones para resolver el laberinto de un sistema de salud fragmentado por los intereses y motivaciones de los distintos stakeholders que giran alrededor del paciente.

¿Como responden los inversores a estas nuevas tendencias? Solo en 2021 se invirtieron más de 44.000 millones de dólares en health innovation según StartupHealth.com, los principales analistas y fondos de inversión especializados en salud. Eso resulta en un incremento de 20x en 10 años. En 2020 había sido de u\$s 22 billones y en 2019 de u\$s 14 billones.

Para colaborar con el análisis de la evolución del sector, HIMSS presentó recientemente su reporte "State of Healthcare 2022" (tinyurl.com/2scvvc53), un estudio realizado en nov-dic 2021, del que participaron 359 médicos, 1.600 pacientes, 273 líderes de salud y 145 de empresas financiadoras de cinco países.

Algunas de sus conclusiones:

- 99% encuestados en USA y 95% de los mercados internacionales creen que es importante invertir en digital transformation.
- 88% de los médicos creen que mejoraron sus skills.
- 84% sostuvieron que sus organizaciones y sistemas les solicitaron el uso de herramientas de medicina digital, y
- 79% dicen usar diariamente tecnología "por iniciativa propia".

Los ejes del programa propuesto por HIMSS en el congreso anual en Orlando, y la organización del exhibition floor, son el fiel espejo de las tendencias del sector de salud digital:

- ✓ Ocho ejes temáticos principales: negocios, atención médica, data & info, gobernanza, procesos, regulación, tecnología y fuerza de trabajo.
- ✓ Foros específicos enfocados en trending topics sobre: Inteligencia Artificial y Machine Learning, Experiencia del Paciente, Interoperabilidad, Cybersecurity, Health Equity, Professional Development y Digital Transformation.

- ✓ Pabellones especiales y mini auditorios diseminados por todo el exhibition floor para abordar temas como: Consumo Masivo y Patient Engagement, Interoperabilidad, Healthcare of the Future, Public health, Global Innovation y presentaciones en vivo de Startups innovadoras de todo el mundo.

Resulta difícil describir con palabras la escala del sector de exhibición, con más de 1.000 expositores, tratándose de un congreso vertical tan específico.

Además de los clásicos stands de los grandes jugadores del software médico, se destacaron también las grandes plataformas como Google Cloud, AWS, Zoom, Microsoft o Salesforce, las consultoras líderes como Accenture o IBM, y la presencia de empresas tradicionales del rubro como Phillips, Medtronic, Roche Diagnostics, Siemens, GE, Canon - sumadas a una impresionante cantidad de empresas de servicios digitales para prestadores de salud.

Algunos de los temas claramente consolidados como tendencias globales son:

1) La atención se muda gradualmente de los hospitales hacia los hogares

La pandemia le mostró al mundo médico que podíamos atender pacientes a la distancia, y les permitió a estos darse cuenta de que podían ser atendidos sin moverse de su casa o lugar de trabajo. Esto produjo una profunda transformación en la que las organizaciones de salud comenzaron a evaluar la posibilidad de descentralizar las actividades de hospitales y centros de salud, y migrar lentamente procesos de atención a los hogares o a centros de atención sanitarios más pequeños y distribuidos.

Como expresó Hal Wolf, presiden-



te y CEO de HIMSS, "atendiendo personas, sin importar donde estén".

En marzo de 2020 los Dres. Ray Dorsey y Eric Topol publicaron un artículo premonitorio en The Lancet titulado "Digital Medicine: Telemedicine 2020 and the next decade", donde anticipaban una migración de la atención médica fuera de los hospitales, fruto de la integración de la telemedicina con la atención presencial.

En el mismo puntualizaban la importancia de mantener las consultas para diagnósticos y los controles anuales en el hospital, e incorporando la práctica de la telemedicina para el seguimiento de pacientes. Sostenían incluso que, con el correr de los años, la telemedicina se renombraría hasta llamarse simplemente medicina (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171399/).

Surge así el llamado "modelo híbrido" que hoy emplea la mayor parte de los prestadores de salud; la combinación de prácticas médicas presenciales y digitales, según el criterio del profesional médico tratante.

Quiere decir esto que: ¿desaparecerán los hospitales y centros de salud? De ninguna manera. Lo que implica es que cambiará el porcentaje de

veces que un paciente deberá acudir presencialmente a estos centros, respecto de la cantidad de consultas totales que realiza - teniendo esto un impacto fenomenal en el diseño futuro de los servicios y redes de atención sanitaria, públicas y privadas.

Recientemente la consultora McKinsey publicó un interesante reporte titulado "Patients love Telemedicine - physicians are not so sure" donde surge claramente el gap que existe entre la entusiasta demanda de este tipo de servicios por parte de los pacientes y la reticencia cultural de los profesionales médicos a adoptar esta práctica como habitual, pasada la pandemia (tinyurl.com/47f5pfz3).

2) Seguimiento remoto, sensores y wearables

Para profundizar este proceso de atención a distancia, se suman los dispositivos y wearables de medición de variables clínicas, cada día más pequeños, accesibles y poderosos, que colaboran con el proceso de medición y monitoreo de la condición de salud de los pacientes.

El congreso resultó un verdadero showroom de equipamientos de distinto nivel de complejidad, pulseritas, apps móviles, ropa con sensores, dispositivos adheridos a la piel, sensores alojados dentro del cuerpo, inyectables y hasta digeribles, que ofrecen una mirada clínica del paciente en tiempo real - para ellos, su equipo médico y su sistema - fundamental a la hora de lograr el seguimiento efectivo de los pacientes crónicos que ya han sido diagnosticados y cuentan con un tratamiento indicado en curso.

No existe en la actualidad un médico especialista líder que no esté utilizando, o considerando el uso de, dispositivos de esta naturaleza para el seguimiento de sus pacientes en el corto o mediano plazo.

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

3) Interoperabilidad en la nube

Que la información sanitaria tiene que estar alojada en la nube ya no es una discusión en el mercado; la mayor parte de las instituciones y organizaciones médicas lo han comprendido y ya mudaron sus servidores o están en proceso de hacerlo.

El desafío que queda por delante es que el sector pueda intercambiar información a través de una interoperabilidad transparente y eficiente; es decir que las distintas organizaciones puedan hablar entre sí tecnológicamente, y puedan intercambiar información y archivos de los pacientes en tiempo real, cumpliendo con las regulaciones.

Para que un proceso de búsqueda de interoperabilidad sea exitoso tienen que darse cuatro etapas:

1. La definición de estándares de interoperabilidad, ya definida hace años.
2. La adecuación de los sistemas tecnológicos a esos estándares.

3. La digitalización de la información clínica de los pacientes.
4. La efectiva interoperabilidad entre las organizaciones del sector y sus sistemas.

A pesar de que en Estados Unidos se habla de que el mercado ha logrado digitalizar +85% de sus organizaciones de salud a través de EHRs, y la mayor parte de los sistemas respetan los estándares de interoperabilidad, el sector aún se encuentra en proceso de implementar una interoperabilidad efectiva. Referentes del sector elevan sus exhortaciones públicas a hacer el esfuerzo final para que los sistemas efectivamente interactúen entre sí de manera efectiva.

A pesar de ello, todas las innovaciones en software y hardware dan por descontado un mundo interoperable cuando diseñan y lanzan sus productos, anticipándose a un mundo en donde el paciente y los equipos médicos que lo atiendan podrán contar con la información clínica completa histórica, sin importar dónde haya sido tratado.

4) Inteligencia Artificial (AI)

AI es la gran promesa del sector tecnológico de la salud, como de muchos otros, y se comienzan a compartir y analizar las experiencias concretas, con sus victorias y derrotas, todas incipientes.

Pero... ¿de qué hablamos cuándo hablamos de inteligencia artificial? Hablamos de usar capacidades tecnológicas que superen las humanas; de que una computadora aprenda y mejore su performance diariamente, con procesamientos de información que permitan agregar, seleccionar y analizar información, encontrar patrones y ofrecer conclusiones de una manera y a una velocidad que un humano no podría ni soñar con alcanzar.

¿Y cuáles son las aplicaciones más prometedoras de la AI en el corto plazo? Veamos algunas:

- La capacidad de automatizar un triage o un proceso de atención primaria; es decir de entrenar a un software para que pueda encuestar

HIMSS Latin America



Mariano Groiso -
Advisor de HIMSS
para Latin America.

Tuvimos oportunidad de conversar con Mariano Groiso, Advisor de HIMSS para Latin America, un reconocido experto en salud digital quien previamente fuera Healthcare Industry Leader Spanish South America para IBM por más de 7 años.

A pesar de la pandemia, HIMSS Latin America, liderada por Groiso, se las ingenió para mantener sus eventos en formato virtual durante todo 2020, llevando adelante iniciativas en la Argentina, Uruguay y Centro América ese año. Cuando HIMSS global retomó su actividad presencial en Las Vegas 2021, el capítulo latinoamericano decidió hacer su Foro de manera virtual para asegurar la participación de representantes de múltiples países de la región, en ese momento aquejados por la pandemia y aún reticentes a viajar.

Ahora en HIMSS'22, el Latin America Summit superó todas las

expectativas y explotó de asistentes, teniendo incluso que dejar gente sin poder ingresar por cumplimiento de protocolos sanitarios.

El foro fue abierto por el ministro de Salud de Colombia, quien después fue seguido por un notable grupo de líderes representantes de distintas instituciones sanitarias, públicas y privadas, de varios países de la región, como así de representantes de la comunidad latina en los Estados Unidos.

El consenso entre los participantes: Latinoamérica está cada día más activa en el desarrollo de políticas y proyectos de medicina digital, y amerita un "full day" de trabajo en el congreso anual de HIMSS para darle voz a los múltiples jugadores, y sus iniciativas, que se van desplegando en la región.

"La comunidad de salud digital de Latinoamérica quiere más espacios para compartir lo que está pasando en sus mercados y escuchar lo que están haciendo sus colegas", nos comentó Groiso, quien además nos adelantó los planes de HIMSS para los próximos meses en la región.

Los asistentes coincidieron en que resultó un gran encuentro, y una gran oportunidad para retomar el vínculo con sus colegas regionales.

Más allá del Latin America Summit, la región tiene una participación aún limitada en el programa del evento. Entre las temáticas latinas se destacaron el encuentro Latinx Coffee Talk, donde participaron ejecutivos de múltiples países, y algunos referentes del mercado latino en USA. Mención especial merece una conferencia ofrecida por el Hospital Einstein de Brasil, pionero histórico en proyectos de telemedicina e inteligencia artificial en la región.

Premio Changemakers in health para una médica argentina

La Dra. Camila Murga, médica argentina de 34 años, Senior Health Informatician del Life Sciences Studio de Globant, fue seleccionada como una de las seis "Changemakers in health 2022", premio global que HIMSS otorga a ejecutivos senior de salud inspiradores, que rigurosamente desafían el status quo en su camino a construir el futuro de la salud. La elección surge de una votación pública, lo que le da al premio una relevancia aún mayor.

Camila Murga, MD, luego de obtener su título de médico, comenzó su carrera en el Hospital Italiano de Buenos Aires, donde solicitó una residencia en informática de la salud, abogando por las necesidades clínicas. Durante su residencia, participó en dos certificaciones HIMSS. Fue seleccionada para ser jefa de residentes entre 2017 y 2018.

Luego de esa experiencia, Murga cubrió una consultoría en terreno para el Ministerio de Salud Pública de Guyana, coordinada por la OPS.

En 2018, fue contratada como directora de Informática Médica de uno de los centros de oncología más importantes de la Argentina.

En 2021, decidió saltar a la industria. Ahora representa el estudio LifeSciences en Globant, donde es el punto focal del estudio para asuntos relacionados con la informática de la salud y el patient journey (himss.org/news/himss-announces-2022-changemaker-health-award-recipients).

La Dra Murga accedió amablemente a un breve reportaje en HIMMS que reproducimos a continuación:

¿Cuándo decidiste dejar la atención sanitaria y dedicarte a la informática médica?

Hice mi primera experiencia de informática médica trabajando en el HIBA. Cuando me di cuenta el poder de transformación que tenía la tecnología, ahí decidí que eso era lo mío.

¿Qué tipos de proyectos desarrollan en Globant hoy?

Trabajamos en proyectos de inteligencia artificial, inteligencia conversacional a través de bots, interoperabilidad, data analysis, pharma e investigación clínica.

¿Qué es lo que más te motiva de tu trabajo actual?

Globant tiene una política super interesante que llamamos "cross polarization", que consiste en cruzar equipos multidisciplinarios en proyectos y después compartir el know how desarrollado en distintas industrias. Es muy motivante participar de este tipo de iniciativas.

¿Ves que las organizaciones argentinas estén muy lejos de las americanas o europeas en desarrollo de medicina digital?

Creo que estamos al mismo nivel tecnológico. Donde veo un diferente nivel es en la madurez organizacional, y en el nivel de gobernanza de los proyectos.

Camila Murga, médica, 34 años, esposa, madre e impulsora de innovación en medicina digital, trabajando desde la Argentina para todo el mundo. Un joven talento para seguir muy de cerca.



Dra. Camila Murga - Senior Health Informatician del Life Sciences Studio de Globant.

los pacientes y decidir que siguiente paso sugerirles para su atención clínica, prescindiendo de un profesional médico, en esa instancia, para tomar la decisión de direccionar el flujo masivo de pacientes.

- La capacidad de procesar mucha información y asistir a un profesional médico en su proceso decisorio para descubrir anomalías y patrones en la información, diagnosticar o indicar terapias a seguir frente a una patología. La tecnología y network Navify de Roche Diagnostics es un buen ejemplo de ello; una impresionante red de información clínica agregada sobre casos oncológicos, y una network de especialistas brindando servicios de "tu-

mor board" de interconsulta sobre casos alrededor del mundo.

- Los servicios médicos automatizados (o robotizados) como el de Alexa, de Amazon, y robots parecidos, una gran promesa para democratizar y masificar el acceso a la salud y el seguimiento de patologías de manera automatizada.

Por supuesto existe un consenso de que la inteligencia artificial está aún en su infancia, en pleno proceso de prueba y error, sumando por igual promotores y detractores. "El diablo está en los detalles", ironizaba un experimentado CTO respecto de los proyectos que había llevado adelante. Todavía, sin embargo, se escuchan más "podemos hacer" que

"hemos hecho". De hecho, se estima que entre el 60% y el 70% de los nuevos modelos de data creados para proyectos de AI nunca llegan a la fase de producción e implementación.

Una de las grandes barreras de la IA es la cultural: los médicos están acostumbrados a basarse exclusivamente en evidencia formal publicada, resistiendo muchas veces los resultados preliminares que arroja la "real world evidence" (RWE), es decir los hallazgos que arroja el análisis de la información que generan médicos y pacientes en el proceso de atención diario a través de herramientas tecnológicas. La RWE viene haciendo su lento y sólido avance en la comunidad de investigadores, pero el ala más

rigurosa del sector salud siempre impondrá sus tiempos para innovar en sus métodos.

Para los que tengan proyectos de AI en sus planes de trabajo, tal vez sea buena idea leer con atención el reciente artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* por Suchi Saria, PhD, en marzo de 2022, titulado "Not All AI Is Created Equal: Strategies for Safe and Effective Adoption", una verdadera guía para desarrollar estrategias para una adopción segura y eficaz de proyectos de AI.

El artículo propone "Las mejores prácticas emergentes para la adopción y el uso exitoso de la inteligencia artificial, y un ingrediente clave que falta: una evaluación rigurosa", y ofrece las cinco claves para el uso de la inteligencia artificial en la prestación de cuidados y describe los cinco errores comunes que se cometen al evaluar las herramientas de IA.

5) Patient centered experiences

Se impuso en los últimos años la sana tendencia de poner al paciente, el verdadero "cliente y pagador", en el centro del diseño del proceso de atención sanitaria. Lentamente las organizaciones entendieron que, si buscan efectividad en sus tratamientos y adherencia en los pacientes, deben diseñar sus procesos definiendo claramente lo que el sector llama el "patient journey", el camino que recorre un paciente para acceder a servicios y productos de salud.

Este cambio genera al menos dos impactos sustanciales en la forma de ver y tratar a los pacientes:

- i) Entender que los pacientes hoy se han empoderado y ya no aceptan el modelo paternalista donde sólo recibían información e indicaciones médicas, tomando un rol mucho más proactivo, interactuando con sus equipos médicos para tomar decisiones diarias que impactan en su salud.
- ii) Entender que los pacientes se atienden en múltiples lugares y con múltiples especialistas.

Es por eso que a los equipos de diseño de procesos y productos se han sumado especialistas en UX (user experience), profesionales entrenados para comprender la naturaleza de los usuarios y lograr despejar sus necesidades y experiencias en los servicios ofrecidos.

El paciente deja así de ser una entidad más de los sistemas, una entidad meramente receptora de información, para convertirse en el verdadero protagonista del proceso clínico, y principal factor de adherencia y efectividad de los tratamientos.

6) Formación de la fuerza de trabajo

Está claro que la generación de los profesionales médicos de +40 no han sido educados en el uso de tecnología en la atención clínica, y deben aggiornarse para lograr hacer un catch up con las herramientas disponibles en el nuevo mundo hiperconectado que nos toca vivir.

En tal sentido, la formación continua de profesionales en aspectos tecnológicos rankea muy alto en la agenda de todas las instituciones profesionales y académicas del sector.

El médico del siglo XXI no puede ser ajeno a la nueva realidad que representa el paciente digital, las redes sociales, la telemedicina, la historia clínica informatizada, el uso de apps móviles, wearables e inteligencia artificial en proyectos de todo tipo. Estas herramientas van transformando lenta pero profundamente la forma de trabajo de los médicos y su rol en el proceso sanitario.

El congreso ofreció múltiples seminarios y propuestas relacionadas con la temática de "workforce development", tanto desde las iniciativas HIMSS, como de las múltiples universidades e instituciones educativas que estuvieron presentes en el showroom, puntualizando la necesidad general de reeducar a la generación actual de profesionales, pero sobre todo la necesidad de estar listos para atender a las nuevas generaciones de pacientes.

Recientemente la consultora Accenture presentó su reporte "The future of workforce", donde queda de manifiesto cómo cambiará la naturaleza de los trabajos con el uso de nuevas tecnologías, cambiando el mix entre el uso de horas hombre y los procesos de automatización ejecutados por recursos tecnológicos, para los distintos tipos de procesos.

El advenimiento de la inteligencia artificial reaviva siempre el fantasma de que la tecnología reemplazará al médico. Como decía el polémico inventor los algoritmos reemplazarán a muchas de las actividades que hoy

realizan los médicos, pero no a ellos. Parafraseando al cardiólogo Eric Topol, los médicos no serán reemplazados por tecnología, sino por otros médicos que usen tecnología. La tecnología no deja de ser una herramienta, un asistente de los profesionales médicos.

El sector avanza hoy con una profunda contradicción: la tecnología es culturalmente resistida a priori por los profesionales médicos en muchos procesos clínicos, y es adoptada a pasos acelerados en otros. Pero el consenso es que ha llegado al sector para quedarse, y que la fuerza de trabajo debe educarse en su rápido conocimiento y adopción.

Conclusiones

El sector salud se encuentra atravesando una sana y acelerada transformación, ubicando a las nuevas tecnologías en un lugar protagónico. La demanda de nuevos servicios digitalizados por parte de los pacientes es consistente y urgente, y la oferta de los prestadores hace su mejor esfuerzo por satisfacerla, y adoptarla para lograr beneficios propios de eficiencia y efectividad.

Da la sensación de estar frente a un gigantesco lego donde están todas las piezas disponibles; el desafío es identificar las piezas necesarias para cada sistema, armar el modelo de cara al paciente e integrarlas. Ni más, ni menos.

Frente a tantas oportunidades, expectativas y posibilidades tecnológicas, quizás sea una buena idea volver a los conceptos básicos de innovación que recomendaba Walt Disney, según contó en su keynote Ben Sherwood, ex Co-Chair de Disney Media Networks y presidente de Disney-ABC Television Group.

El ex ejecutivo de Disney Media rescató dos consejos de Walt, a los que sumó un tercero personal:

- 1) *Creé en tu magia y no permitas que nada te detenga.*
- 2) *Deja de hablar y empieza a hacer cosas.*
- 3) *Dedícate a conectar verdaderamente con los pacientes.*

Tal vez sea un buen momento para volver a las bases: definir objetivos claros, planear los caminos que queremos recorrer y sus tiempos, y elegir las herramientas tecnológicas que nos puedan ayudar a lograrlos. □



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



El trabajo en equipo, el vínculo con la calidad de las prestaciones y la seguridad de pacientes

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)



Importancia y determinantes del trabajo en equipo:

Esta hipótesis de trabajo implica relacionar los enfoques prevaecientes del trabajo asistencial, en equipo dentro de los servicios y entre los mismos, con relación a la calidad, el desempeño y la seguridad de los pacientes.

Entre otras razones esto podría vincularse con la disminución en la variabilidad del proceso, mejorar el desempeño, la vigilancia, control de los desvíos, y coordinación de los equipos asistenciales, de cuidado, de logística y de provisión de información.

Una de las definiciones predominantes de un equipo es **"un conjunto de dos o más individuos que interactúan de manera adaptativa, interdependiente y dinámicamente hacia un objetivo común y valorado"** (Salas et al. 2000). Manser (2009) destaca además aspectos que son especialmente relevantes para la atención médica, entre ellos las competencias específicas de la tarea y los roles de trabajo especializados mientras se utilizan recursos compartidos.

La importancia del trabajo en equipo radica en la interacción entre los distintos colectivos organizacionales, colaboración entre compañeros, cooperación entre las actividades concurrentes y consecutivas, complementación de los esfuerzos, continuidad en los cuidados, respetar los controles de seguridad, una mirada integral del paciente desde todos los aspectos que conformarán el valor de las prestaciones, basados en el conocimiento de la persona enferma, en el control y en las transiciones de cuidado dentro del hospital, en el seguimiento longitudinal, en evitar la progresión de los daños sobre los sistemas de las enfermedades crónicas, con una mirada holística e integral, rompiendo con los paradigmas tecnocráticos y permitir una vida más saludable.

Los determinantes del **trabajo en equipo son los conocimientos, habilidades y actitudes**, los equipos de trabajo se pueden dividir entre los que se enfocan a población de pacientes, un tipo de enfermedad, a un entorno de atención.

La tarea en equipo genera solidaridad, suma de voluntades, genera pertenencias, inteligencias, conocimientos, controles cruzados, donde se introduce una actuación acorde a los que el paciente necesita, evitar eventos adversos, disminución de los errores de medicamentos, en la cirugía, en la emergencia, en cuanto a

su estilo de vida, dieta, ejercicio mejora de su estabilidad corporal, **de escuchar sus opiniones**, que quiere en relación a su tratamiento y su futuro y no proceder medicalizando la vida de las personas, ofrecerle opciones para que coproduzca mediante toma de decisiones en las cuales el paciente se sienta contenido, sepa, que es lo que eligió y por ello aumente la adhesión al plan de tratamiento, más adaptado a su vida, incorporar las evidencia científicas, el choosing wisely, prescribir racionalmente, impulsar los registros electrónicos, las alertas, los incentivos para que las personas se autocontrolen, se inmunicen, sigan las pautas de tratamiento y comprendan la importancia de tener una relación cercana con el sistema de salud, y saber este que no tiene que ser un **seguro de enfermedad para internación sino un servicio que mejore la calidad de vida de los pacientes.**

El trabajo en equipo requiere algo más que habilidades de comunicación, coordinación o incluso objetivos mutuos. Como principio rector, el trabajo en equipo efectivo requiere una mentalidad de colaboración que reconozca el valor inherente del modelo de equipo y el compromiso de construir relaciones efectivas.

Adoptar una mentalidad colaborativa conduce a un mayor respeto por nuestros compañeros de trabajo y sus contribuciones únicas a la atención del paciente. Además, esta mentalidad hace que seamos más conscientes de cómo nuestras acciones afectan a las de nuestros compañeros de equipo y, en última instancia, influye en los resultados clínicos.

Con una mentalidad colaborativa, los equipos se convierten en oportunidades naturales para la integración, la innovación y la mejora de la calidad. Sin embargo, cuando el trabajo en equipo no es un valor central, hacemos los movimientos, pero carecemos de la convicción subyacente necesaria para una colaboración efectiva.

Existen equipos que se consolidan en hospitales bien organizados en la emergencia, equipos quirúrgicos, los equipos de respuesta rápida, cuidados paliativos, tratamiento de pacientes con cáncer, en traumatología, tratamiento enfermedades crónicas, equipos de trasplante, en cuidado progresivo, con un care team circular, etc. Emergencias médicas prehospitalarias. Hay que consolidarlos para que sean de mayor calidad, asegurar su conformación, que conozcan las normas y fundamentalmente que respondan a los clientes internos, sin discusiones, como ocurre habitualmente.

Se verifican en la evidencia publicada en relación con el aumento de la calidad y la seguridad de los pacientes mediante la incorporación a la relación de agencia de equipos de salud como dispositivos de gestión de pacientes, especialmente aquellos que tienen patologías crónicas o enfermedades complejas, o polipatología o multimorbilidad, con la diferencia en el predominio de diversas alteraciones.

Evidencias: (1) (2)

El análisis de la importancia del trabajo en equipo se ha centrado en tres dominios:

(a) La calidad (es decir, el grado en que los pacientes reciben un tratamiento consistente con las pautas actuales y el conocimiento profesional) **y la seguridad** (es decir, el riesgo de daño prevenible para el paciente) de la atención.

(b) El cuidado del paciente. Experiencia (es decir, resultados autoinformados).

(c) Resultados clínicos del paciente.

Passaré revista a los tres. Basados en las fallas de comunicación, en las transiciones de cuidado, en la sobrecarga de trabajo, en el clima, en los malos tratos y la forma de aprendizaje, entre ellos a través del debriefing.

Diez estudios publicados entre 2002 y 2012 demostraron que las intervenciones de capacitación en equipo resultaron en una mejora significativa en los resultados de los pacientes, que incluyeron morbilidad y mortalidad. Los metanálisis publicados en 2008 y 2015 propusieron que los procesos efectivos del equipo tienen un impacto medio a grande en el rendimiento clínico.

Cuando el personal está bien respaldado por su equipo, experimentan una reducción en los impactos negativos de los desafíos cotidianos de proporcionar atención al paciente. A su vez, un fuerte apoyo de los compañeros de trabajo y un buen clima de equipo están vinculados a experiencias favorables informadas por los pacientes.

Las fallas en la comunicación son tanto una causa independiente de daño prevenible al paciente como un factor transversal que contribuye a otros daños.

Las transiciones de la atención (es decir, entre las áreas de atención o los cambios de turno) en los entornos de cuidados intensivos son las principales oportunidades para las fallas de comunicación que causan daño directo al paciente. Son interacciones de alto riesgo en las que la información crítica sobre el estado del paciente y el plan de atención puede ser mal comunicada, lo que lleva a retrasos en el tratamiento o terapias inapropiadas. **Estas transiciones están asociadas con aproximadamente**

el 28 % de los eventos adversos quirúrgicos (Gawande, Zinner, Studdert y Brennan, 2003).

Además, las interacciones de los miembros del equipo de atención contribuyen a daños clínicos específicos. **La comunicación deficiente del nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración y el momento de la administración entre médicos, farmacéuticos, enfermeras y pacientes puede provocar errores de medicación** (Keers, Williams, Cooke y Ashcroft, 2013).

La jerarquía (p. ej., entre roles profesionales y sobre la tenencia ocupacional) puede inhibir la comunicación asertiva necesaria para la recuperación efectiva del error (Sutcliffe, Newton y Rosenthal, 2004), como la violación de protocolos de tratamiento basados en evidencia.

Los equipos efectivos no sólo protegen a los pacientes de los riesgos y mejoran los resultados, sino que también crean un lugar de trabajo más positivo, atractivo y resistente. Los hospitales en los que el personal informa niveles más altos de trabajo en equipo (es decir, funciones claras y gestión consciente de las interdependencias) tienen **tasas más bajas de lesiones y enfermedades en el lugar de trabajo, experiencias de acoso y violencia en el lugar de trabajo, así como niveles más bajos de intención del personal de abandonar la organización** (Lyubovnikova et al., 2015).

El clima de trabajo en equipo de una unidad de trabajo está altamente relacionado con el nivel de compromiso que el personal siente en su trabajo, de modo que las unidades con un alto clima de trabajo en equipo también tienen personal con un fuerte compromiso y sentido de propiedad sobre sus responsabilidades laborales (Daugherty Biddison, Paine, Murakami, Herzke y Weaver, 2015).

La calidad del trabajo en equipo también está inversamente relacionada con el nivel de agotamiento experimentado por el personal (Bowers, Nijman, Simpson y Jones, 2011).

Los pacientes que reciben atención de equipos con niveles más altos de claridad de roles, confianza mutua e intercambio de información de calidad experimentan niveles más bajos de dolor posoperatorio, mayor funcionamiento posoperatorio y estadías más cortas (Gittel et al., 2000).

Una encuesta a gran escala realizada por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido reveló que el grado en que los trabajadores de la salud informaron que realizaban su trabajo en equipos efectivos se asoció con una variedad de resultados de los pacientes, incluidas las tasas de errores y la mortalidad de los pacientes (Lyubovnikova, West, Dawson, y Carretero, 2015).

Se han establecido asociaciones positivas entre **la calidad del trabajo en equipo en los centros de hospitali-**

*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.



zación y la satisfacción autoinformada de los pacientes con su atención (Lyu, Wick, Housman, Freischlag y Makary, 2013), siendo más los pacientes que reciben atención de equipos de mayor rendimiento.

Los estudios observacionales en los servicios quirúrgicos indican que aproximadamente el 30% de las interacciones del equipo incluyen algún tipo de falla en la comunicación (Lingard et al. 2004) y que los pacientes que reciben atención con un trabajo en equipo deficiente tienen casi cinco veces más probabilidades de experimentar complicaciones o muerte (odds ratio = 4,82, intervalo de confianza del 95% [IC] [1,30, 17,87]); Mazzoco et al., 2009).

Un gran estudio australiano encontró que las muertes prevenibles de pacientes tenían el doble de probabilidades de ser causadas por una falla de comunicación que por un error de competencia técnica (Wilson et al., 1995).

El personal nuevo debe comprender las normas que rodean las herramientas y estrategias del equipo. Esto incluye cursos de actualización periódicos para todo el personal, ya que las habilidades relacionadas con el trabajo en equipo pueden decaer (Arthur, Day, Bennett y Portrey, 2013).

Se ha demostrado que vincular las prácticas de trabajo en equipo con los requisitos reglamentarios y las políticas mejora el sostenimiento (Armour Forse, Bramble y McQuillan, 2011).

La capacitación del equipo puede mejorar el desempeño, pero se mantiene en el tiempo a través de los esfuerzos para garantizar la competencia continua.

El debriefing brinda una valiosa oportunidad de aprendizaje para que los equipos discutan su desempeño con la expectativa de mejorar durante el próximo período de desempeño. Las sesiones informativas y debriefing se han implementado ampliamente en cirugía, pero es más probable que los equipos quirúrgicos con participación de liderazgo y apoyo visible mantengan la práctica a lo largo del tiempo (Paull et al., 2009).

Las sesiones informativas estructuradas y los debriefings son una estrategia de equipo eficaz, pero, como todas las demás intervenciones, requieren un fuerte liderazgo para obtener sus beneficios. Una vez implementadas, es posible una amplia variación en la participación consciente del personal en el uso de herramientas de comunicación estructurada (Johnston et al., 2014).

En todas las organizaciones, la cantidad de mejora en los resultados de los pacientes lograda mediante la introducción de herramientas de comunicación estructurada se ve significativamente moderada por la cultura preexistente de la organización, de modo que la organización con una cultura de seguridad alta ve grandes beneficios y las que tienen una cultura de seguridad baja ven poco o ningún beneficio (Haynes et al., 2011).

La cultura de seguridad (es decir, el grado en que se priorizan las preocupaciones de seguridad en relación con otros objetivos) está muy influenciada por el liderazgo (Ruchlin, Dubbs y Callahan, 2004) y es fundamental para evitar la percepción de las herramientas de comunicación estructurada como tareas administrativas de poco valor (Catchpole & Russ, 2015).

Las herramientas de mejora del equipo de atención médica se pueden clasificar como listas de verificación, hojas de objetivos y análisis de casos. Su propósito es mejorar la comunicación al hacer explícitos los procesos del equipo, las metas y la discusión de casos (Buljac-Samardzic et al., 2010).

Por ejemplo, los protocolos de transferencia estandariza-

dos son un tipo de interacción de equipo estructurado (es decir, una lista de verificación) que se utiliza para superar la pérdida de información que ocurre entre las transiciones de atención. Estos protocolos fomentan un mayor intercambio de información y mejoran los resultados de pacientes, proveedores y organizaciones (Keebler et al., 2016).

El entrenamiento de los equipos es definido como una estrategia de aprendizaje que comprende un conjunto de herramientas y métodos que los alumnos utilizan para adquirir sistemáticamente KSA de trabajo en equipo (Hughes et al., 2016), (Salas, Diaz Granados, et al., 2008); la capacitación en equipo es una intervención ampliamente implementada y bien documentada para desarrollar las competencias del equipo de atención médica (Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden y van Wijk, 2010 ; Weaver, Dy y Rosen, 2014).

Conclusión

Los equipos en el entorno agudo tienen el potencial de mejorar los resultados y la experiencia del paciente, apoyar el bienestar de la fuerza laboral de atención médica y aumentar la moral entre los médicos. Si bien la estructura exacta del equipo variará de confianza a momentos, de hospital a hospital e incluso de sala a sala, los equipos médicos pueden unirse a través de sus principios compartidos, objetivos comunes y líneas claras de responsabilidad.

En sistemas sanitarios cada vez más complejos, la inversión en trabajo en equipo debe ser priorizada por los profesionales sanitarios y las organizaciones en las que trabajan. Se puede encontrar más información sobre el trabajo en equipo en los recursos adjuntos sobre cultura, comunicación y desarrollo de equipos.

Todos los profesionales de la salud deben ser conscientes de los beneficios del trabajo en equipo efectivo (es decir, el aumento del rendimiento, la productividad, la satisfacción del paciente, los resultados clínicos y la moral del personal). Debe haber un mayor enfoque en los entornos clínicos en el establecimiento de objetivos.

Los objetivos deben acordarse en todas las reuniones del equipo, incluidas las entregas de turnos.

Los equipos deben ser proactivos en la formulación de objetivos en torno al rendimiento personal, el desarrollo del equipo y las actividades educativas.

Los roles y responsabilidades deben indicarse explícitamente al comienzo de todas las actividades del equipo. No debe haber una dependencia de la jerarquía, en el equipo se genera horizontalidad y el statu quo para identificar estas responsabilidades. □

Referencias:

- 1) Rosen, M. A., Diaz Granados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73 (4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- 2) Qiao Hu, Maureen F. Dollard, Toon W. Taris, (2022) Organizational context matters: Psychosocial safety climate as a precursor to team and individual motivational functioning, *Safety Science*, Volume 145, 2022, 105524, ISSN 0925-7535, <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105524>

(*) **Profesor Titular Universidad Isalud. Médico especialista en Terapia Intensiva. Nefrología y Salud pública.**



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

Gestión de los incidentes y su pronto tratamiento

Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)



En la columna del número anterior, nos habíamos referido a la tan mentada "Declaración de Incidentes". Ustedes recordarán que fue en la década de los ochenta, cuando los juicios por mala praxis comenzaron a prosperar. En aquel entonces, ustedes requerían unánimemente de un seguro de mala praxis, "que tenga servicios", "que me cubra la defensa penal y los diez años". Otro día les cuento que querían decir con eso, pero los aseguradores comerciales a mediados de la década de los 90 s, por influencia de la cobertura técnica y algunas experiencias extranjeras, pensaron en la **Prevención de los Riesgos**, a los que la práctica de la medicina se halla expuesta desde la Ley del Talión.⁽¹⁾

En ese entonces, nos dedicamos al armado de un nuevo contrato de seguro, (Póliza) con un texto más ajustado a la actividad, respetando, la recomendación del Maestro Mosset Iturraspe ⁽²⁾ las críticas que los Maestros Stiglitz y Trigo Represas ⁽³⁾ habían desarrollado en 1983,⁽⁴⁾ y la visión de una cobertura obligatoria de Alberto Bueres.⁽⁵⁾

Efectivamente fue allá por el año 1995 que tuve el privilegio de desarrollar otro texto, tanto individual como institucional (clínicas y sanatorios), en el que, para cumplir con el pedido de los médicos, se incluyeron dos formularios distintos: uno para la denuncia de **Incidentes** (eventos potencialmente compensables) y otro para **Siniestros** (efectivos reclamos).⁽⁶⁾

Por resolución de la Superintendencia de la Nación 29.014, fue aprobado el 15 de noviembre de 2002. Para mi gran satisfacción, el mismo texto con las variantes legales lógicas, también fue aprobado por las Superintendencias de Uruguay, Paraguay, Bolivia, Colombia, Ecuador y Brasil. En la Argentina, pasados seis meses de su aprobación, ya pudo ser utilizado por las aseguradoras del mercado, en algunos casos con algunas variantes, respecto de la cobertura técnica.

Con el paso del tiempo, y con ayuda de un gran especialista en medicina legal, el Dr. Juan Carlos Ferrería, diseñamos el **Formulario de Recolección de Incidentes**, sólo para ser usado **dentro de la Institución**, y que sirviera para hacer un trabajo de epidemiología de aquellos eventos que debían ser conocidos por el director médico todas las veces que ellos ocurrieran, y ponerse a trabajar intensamente en dos caminos, uno el de analizar, identificar, evaluar y darle tratamiento a ese evento, y el otro, trabajar para tratar de evitar que volviera a ocurrir. Así lo entendimos los funcionarios del área de RC Médica

de 14 aseguradoras del mercado argentino y 7 de otros países de América latina.

La importancia de este último documento que ya había sido utilizado casi mundialmente fue reconocida por todos los autores que se han pronunciado sobre la utilidad de esta herramienta. Sin embargo, una gran mayoría de las instituciones médicas tienen una aguda resistencia a su utilización. Otro día veremos porqué.

El clima social acerca de la aceptabilidad de los riesgos, la confidencialidad interinstitucional, la independencia respecto de la justicia y la colaboración de las Compañías de Seguros de Responsabilidad Civil Médica, son esenciales y deben ser rigurosamente definidas, antes de implementar un sistema de señalamiento de los errores. (De Keyser, 2001).⁽⁷⁾

1. La independencia respecto de la justicia y su idea de la práctica médica

Por ejemplo, últimamente en la Argentina, están intimando a los aseguradores de los establecimientos de salud citados en garantía en los procesos judiciales para que acompañen al expediente judicial la "Denuncia del Siniestro" efectuada por el Asegurado (médico o sanatorio) en un plazo perentorio, y la negativa a presentarlo constituirá una presunción en contra del Asegurador. El principio de esta *exigencia procesal* porta un límite el que se constituye en la máxima *nemo tenetur edere* (nadie tiene el deber de cumplir una actividad que tenga por resultado favorecer la posición del adversario). La Comunidad Médica y la Aseguradora deberían tratar de hacerse oír frente a este gravísimo error conceptual rayano en el absurdo.

2. El sistema de declaración interno de la Institución de los incidentes no punitivo

Debe estar bien diferenciado de los procedimientos disciplinarios internos, que es **otra cosa**. El clima de confianza se basa en reglas claramente definidas y la instauración de un sistema de comunicación y de retorno de la información procesada, hacia los servicios. El sistema de comunicación de los servicios debería ser habitual y periódico, con agenda preestablecida y respetada.

Los objetivos que se buscan (prevención, formación, y otros) deben ser identificados antes de definir el marco organizacional (cultura, compromiso del *management*,) y técnica (herramienta, forma) pero también el marco legal

(para el análisis de eventuales responsabilidades y utilización de los datos) del sistema de señalamiento de los errores. Las Instituciones deberían tener en su staff un Sereno, un Guardián, un Cuidador que se ocupe de todas estas cosas.⁽⁸⁾ Los médicos no tienen tiempo, ni ganas....

El marco legal identificará los diferentes niveles de recopilación y de análisis de los incidentes (servicio, establecimiento, administración, otros) y debería determinar qué corresponde a un señalamiento obligatorio (vigilancias, declaración obligatoria) o a un señalamiento voluntario, sin ambages.

Pero, el establecimiento asistencial que posea una cobertura asegurativa, no podrá ser totalmente independiente, ya que más allá de las obligaciones y cargas explicitadas *supra*, deberá siempre pedir autorización para negociar un eventual acuerdo económico, frente a un daño injusto. Es imposible desde lo contractual y peligrosísimo desde lo patrimonial no hacerlo.

3. El módulo técnico y organizacional (estructuras, procedimientos, medios-algunos puntos de referencia):

● **El módulo técnico para la Declaración Interna del Incidente:**

Precisa un soporte para utilizar (soporte papel, informático, señalamiento oral), las herramientas disponibles y las modalidades de acceso de los diferentes usuarios que integran el conjunto y los que aportan al conjunto; los que declaran y los que utilizan las informaciones recogidas, para corregir, prevenir, formar, normatizar. El **sistema de señalamiento** debe ser simple y fácil de

utilizar, en algunos casos es presentado mediante una guía de utilización que se difunde en los servicios. Se podría tratar para empezar de un documento de papel, y debe ser fácil de completar: p. ej.: una ficha de formato A4.

Los sistemas informatizados puestos a disposición en la intranet del establecimiento de salud también ofrecen numerosas ventajas.

Los beneficios que se deberían esperar son:

- ✓ Facilitar la declaración poniendo a disposición de los servicios fichas de declaración adaptadas a la naturaleza del acontecimiento observado.
- ✓ Mejorar el sistema de alerta y permitir mayor capacidad de reacción en el análisis y la decisión (Gerente de Riesgo, Enfermería, Quirófano, Neonatología, Guardia, Hemoterapia).
- ✓ Favorecer una mejor gestión de las interfases entre el servicio de gestión de los riesgos para la seguridad del paciente y el de calidad; no olvidemos que el de calidad podría estar abocado al Proceso de Acreditación en algún momento, y que, dentro de un Proceso para la Acreditación de la Calidad, debe existir ineludiblemente un área dedicada a diseñar un Programa de Gestión de los Riesgos, y llevarlo adelante, sin pereza, sin desinterés.
- ✓ Facilitar, para los datos codificados, la constitución de bases de datos.
- ✓ Finalmente, administrar la confidencialidad en la transmisión de los datos, entre los servicios, los gestores de riesgos, (el Guardián) y los servicios involucrados.



www.sanidad.org.ar

- ✓ Tal vez el Guardián debería poseer formación en: Derecho Médico. Derecho de Daños. Economía de la gestión sanitaria. Contratos de seguros y coberturas. Administración sanitaria. Patologías y terapéutica. Gestión de calidad. ⁽⁹⁾

4. El marco organizacional

El marco organizacional agrupa las estructuras, servicios, los procedimientos y los medios necesarios para el funcionamiento del sistema.

- ✓ Los puntos importantes: La presentación pública (e interinstitucional) de una política reiterada en todas las instancias, que confirme el carácter no punitivo del sistema de señalamiento.
- ✓ La identificación de una persona formada en la gestión de los riesgos, claramente responsable del sistema con respecto a la organización, y que garantice la confidencialidad frente a los otros servicios, la dirección y los diferentes responsables de servicio; el Guardián.
- ✓ Modalidades de análisis que permitan una capacidad de reacción importante, reglas de análisis de los incidentes graves e implementación de medidas correctivas de esos incidentes.
- ✓ Reglas de acceso a las informaciones, así como a las modalidades de retorno de información para asegurar el aprendizaje organizacional.

El límite esencial de los sistemas de señalamiento de incidentes es el que se basa en la motivación de cada profesional para identificar los problemas y su disposición para declararlos, en la medida en que la carga que supone el cuidado de los enfermos ya es de por sí importante. Algunos autores sugieren adoptar una actitud diferente, más integrada con las prácticas y basada en la información de los datos preexistentes e inmediatos. En efecto, esta actitud *vigil y diligente* permite generar señales de "sospecha de acontecimiento indeseables" que son validadas, *in fine*, por los médicos.

Las comunicaciones internas, ejemplificando tipos de incidentes, se refieren también a la gestión del riesgo de infección hospitalaria, a partir del análisis de los resultados del Servicio de Infectología y el conocimiento de los consensos, pero sobre todo a la gestión del riesgo medicamentoso. ⁽¹⁰⁾

Según un antiguo estudio publicado por Bates, la utilización de sistemas informatizados que incluyan datos demográficos de los pacientes, los resultados de todos los test de diagnósticos, los medicamentos prescritos, permiten identificar 53% de los 133 acontecimientos indeseables identificados a partir de una revisión de 3.138 expedientes médicos (Bates y otros, 1994). ⁽¹¹⁾

Me parece que la naturaleza del estudio podría ser inspiradora en nuestras áreas. Es interesante señalar que actualmente los sistemas informáticos están muy difundidos y ya no son tan costosos. La cuestión será programarlos.

Ciertos enfoques organizacionales han demostrado la posibilidad de mejorar, al menos de una manera temporal, la declaración de acontecimientos indeseables: utilización de "reminders" (recordatorios) (Maistrello y otros, 1995) formación de un grupo multidisciplinario (Keith y otros, 1989), análisis sistemático de los acontecimientos durante transmisiones y reuniones de servicio (Welsh y otros, 1996); Recopilaciones de Datos de Incidentes por

especialidades, con el Análisis y Cuantificación de los Daños psicofísicos. (Mariona y otros, 2004).

5. Los factores de éxito

Secker-Walker y Taylor-Adams identifican los factores de éxito de un sistema de recopilación de acontecimientos indeseables de la siguiente manera (Secker-Walker y Taylor-Adams, 2001) ⁽¹²⁾ : la investigación de incidentes indeseables se utilizó por primera vez en la década de 1940 como una técnica para mejorar la seguridad y el desempeño entre los pilotos militares. Este enfoque en incidentes críticos o indeseables permitió a los investigadores indagar las diferencias entre los comportamientos que llevaron al éxito y los que llevaron al fracaso, y sacar conclusiones sobre cómo se debe alentar a las personas a actuar, especialmente rediseñando sus entornos de trabajo para producir resultados más deseables.

6. Conclusión

La formación de los equipos de médicos y de enfermería, el compromiso de todos los profesionales y para-profesionales en el proceso de declaración de incidentes internos al verse obligados por la **Inicial Declaración de Compromiso de los Accionistas y la Dirección Médica**, con la Seguridad del Paciente **como consecuencia de actos médicos**, y la elaboración de una lista definida de acontecimientos a señalar, adaptada a los sectores de cada actividad, no demasiado extensa en un principio, para evitar el cansancio, la confusión, el desaliento y los olvidos, debería ser el adecuado camino para alejarse del camino del riesgo de juzgamiento de la responsabilidad profesional, es decir, de la Ley del Talión de la Modernidad. □

REFERENCIAS

- 1) Código de Hammurabi. Ley 218. Si un médico (Asu) opera a un noble por una herida grave con una lanceta de bronce y causa la muerte del noble; o si abre un absceso en el ojo de un noble con una lanceta de bronce y lo destruye, se le cortará la mano.
- 2) MOSSET ITURRASPE, J Responsabilidad Civil del Médico, Astrea, pág. 80 y sstes. 1979
- 3) STIGLITZ Y TRIGO REPRESAS "El Seguro contra la Responsabilidad Civil del Médico. Editorial Astrea 1983
- 4) Una cooperativa de Seguros (COPAN), en 1980, había logrado la aprobación por la SSN de un primer texto "con carácter experimental" Res. Gral. 15.517/80.
- 5) BUERES, Alberto, "Responsabilidad Civil del Médico", Hammurabi, pág. 114 y sstes. 1992
- 6) MARIONA, Fernando G. "Contrato de seguro de responsabilidad civil médica "claims made" o reclamo ampliado. RCyS, Año XII, Número 11. noviembre 2010.
- 7) De Keyser, V. "Le risque de défaillance et son controle par les individus et les Organisation" Seminaire CNRS. Université de Liege, 12-13-mars.2001
- 8) Mariona, Fernando "Quién debe ser el Gerente de Riesgo". 1as.Jornadas Regionales. San Isidro. Seminario. Cómo mejorar la calidad y eficiencia de la prestación médica a los pacientes. Prevención de Daños Evitables. Gestión de Riesgos. Aspectos Médico-Legales y de Derecho Médico. Octubre 31. 2003. Auspiciado por Círculo Médico de San Isidro, Diagnóstico San Lucas, Laboratorio Hidalgo, Centro Médico Martín y Omar, Sanatorio San Lucas, Clínica La Sagrada Familia. Declarado de Interés Municipal. Dto. 1524/2003
- 9) Seminario 2003. Citado.
- 10) "Prácticas para el uso seguro del Medicamento". Min. Salud Nación. 2019
- 11) Bates DW y col. "The cost of the adverse drug events in hospitalized patients" JAMA 1997; 277:307-11
- 12) Citado en "Notificación de incidentes críticos: por qué deberíamos molestarnos" Anurag Tewari Ashish Sinha.

(*) 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.

En tiempos de pandemia...

Cuidamos la salud

www.osim.com.ar

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



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

¿Qué aprendió la ciencia a partir del Covid-19?

La intensidad inédita de la pandemia puso en el centro de la escena a la comunidad médico-científica. En el mes de la Investigación Científica, especialistas del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires cuentan cuáles fueron los aciertos y los errores que se cometieron.

Nunca como en los últimos dos años los términos médico-científicos salieron a la calle. La pandemia de Covid-19 impuso una palabra que lo atravesó todo y a todos: urgencia. La necesidad imperiosa de encontrar respuestas correctas era de los profesionales de la salud y de los investigadores científicos, como también de los líderes políticos y de la población mundial en general. La incertidumbre se instaló tanto para cuestiones absolutamente cotidianas -desde el uso del barbijos hasta si había que instaurar cuarentenas extendidas, si las escuelas eran focos de contagio o si la prevención consistía también en limpiar superficies, entre muchas otras-, como para cuestiones muy técnicas y complejas, como dar con un tratamiento y/o lograr una vacuna que brindara protección.

En el mes de la Investigación Científica, instaurado así ya que el 10 de abril se recuerda el nacimiento del doctor Bernardo Houssay, surgen nuevas preguntas: ¿qué tuvo de distinta esta pandemia respecto a las anteriores como para que se logaran respuestas rápidas? Ante una nueva situación, ¿la ciencia podrá responder igual o mejor? En definitiva, ¿qué enseñanza dejó el Covid-19 en la comunidad científica que pueda capitalizarse en el futuro?

Lo que sí

Las vacunas anticovidicas resultan una muestra de cómo la investigación científico-médica consiguió con éxito atender la urgencia acelerando los tiempos habituales de exploración, testeo y producción. La doctora Karin Kopitowski, directora del Departamento de Investigación del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, explica las razones: "Por un lado, estuvo disponible una fuerte financiación y miles de científicos contribuyeron al esfuerzo. Además, mientras que para los ensayos de cualquier otra vacuna suelen ser necesarios entre 12 y 18 meses para reclutar participantes, en este caso, se inscribieron muy rápidamente varias decenas de miles de personas. Eso dio como resultado que estas vacunas hayan sido probadas en una mayor cantidad de personas de lo que habían sido las anteriores para otras enfermedades. A su vez, debido a la alta prevalencia de Covid-19 en la población, la observación de la eficacia de las vacunas basadas en las infecciones naturales fue más rápida de lo que sería con otras enfermedades más raras. Hubo algo más, las empresas farmacéuticas asumieron riesgos financieros y comenzaron a invertir en la

fabricación desde el principio, por lo que no hubo ningún retraso entre la finalización de las pruebas y la puesta en marcha".

Allí se concentran todos los aciertos: una robusta inversión financiera público-privada, ensayos clínicos colaborativos transnacionales, e investigadores lo suficientemente capacitados como para estar a la altura del desafío.



Lo que no

Ahora bien, Kopitowski también señala que, en pos de la urgencia, la ciencia pasó algunos semáforos en rojo. "Hubo drogas o moléculas candidatas a tratamientos -por ejemplo, el tratamiento con plasma, la ivermectina y la hidroxicloroquina- que se probaron de manera imperfecta, con diseños y muestras incorrectas, se sacaron conclusiones prematuras y llegaron a la opinión pública como soluciones cuando no lo eran -dice la especialista y da detalles. Un ensayo clínico precisa muchos voluntarios a los que se les explica que, al azar, se les va a administrar la droga o el placebo y firman un consentimiento. Cuando un paciente considera que esa droga es la que lo va a salvar, exige que se la administren y eso obtura la posibilidad de obtener evidencia de buena calidad, además de dilapidar recursos y traer efectos adversos. Por otra parte, esas drogas tienen indicación para otras enfermedades por lo que, al empezar a usarse en forma errónea y masiva, dejan de estar disponibles para los cuadros que sí las requieren".

"Lo importante es subrayar que la ciencia está (y estaba) preparada para saber cómo manejarse ante la urgencia. Un documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación", da las pautas para que la ciencia y la medicina usen una droga de emergencia, pero cumpliendo con ciertos requisitos: no tiene que haber nin-

gún otro tratamiento eficaz, no se pueden iniciar ensayos clínicos inmediatamente y tienen que existir trabajos preliminares que apoyen la eficacia y seguridad".

Además, las autoridades del país y los comités de ética de investigación tienen que aprobar este uso y debe haber recursos adecuados para que se minimicen los riesgos. Los pacientes tienen que firmar un consentimiento y deben ser informados respecto a que se les está administrando un suero de protocolo de emergencia, que se supervisa, se registra, se documenta y se comparte con la comunidad científica. "Eso no se cumplió con algunas de las drogas que se probaron para tratar el Covid-19, por el contrario, se confió en la eficacia de tratamientos que resultaron inútiles o dañinos, simplemente porque se bajó la vara estándar respecto a cómo se prueba la eficacia de un medicamento", indica Kopitowski.

Por otro lado, la ciencia es atravesada por la política y eso se vio muy presente durante la pandemia, donde hubo drogas defendidas por ciertos líderes. "Fue dañino el uso de la política, cuando teníamos que preguntarnos por cosas como si las escuelas eran foco de contagio, la cuestión se tiñó de posiciones que obturaron la discusión científico-académica que implicaba poner las múltiples variables sobre la mesa y hacer una evaluación", advierte Kopitowski.

La conclusión es que, ante la urgencia, se necesita más ciencia. "Creo que el gran aprendizaje que tuvimos es que la emergencia no debe precipitarnos a bajar la vara científica. Declarar el éxito de una intervención, supone cumplir con una metodología que ya está seteadada, tiene que haber ensayos clínicos bien diseñados y eso es fundamental más allá de la prisa para encontrar soluciones", sostiene Karin Kopitowski. □

DRA. KARIN KOPITOWSKI: Es la directora del Departamento de Investigación del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Es especialista en Ética de la Investigación (FLACSO) y, desde el 2003 al 2015, coordinadora del Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (CEPI). Es egresada con honores de la Universidad de Buenos Aires (1990), se ha especializado en Medicina Familiar y es egresada de la Maestría de Efectividad Clínica. Se desempeña como jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Italiano de Buenos Aires (desde 2011). También ha realizado la Especialización en Docencia Universitaria (IUHIBA) y es Facilitadora de enseñanza de Medicina Basada en la Evidencia, formada en la Universidad de Mc Master (Canadá).



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

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

Praxis | 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



De Josie King a Nicolás Deanna

El Proyecto de Ley "Nicolás" cuyo eje central es la mala praxis... retroceso de 20 años en la construcción de una medicina de calidad y segura: un proyecto temerario, un paradigma equivocado.

Por la Dra. Mariana Flichman (*)



Josie, de 18 meses de edad, murió el 22 de febrero del 2001, en el Hospital Johns Hopkins por deshidratación debida a una serie de errores que sucedieron durante su atención, luego de ser hospitalizada por quemaduras de segundo grado. Su mamá, Sorrel King, junto al Johns Hopkins, crearon la Fundación Josie King y trabajan intensamente para construir una medicina segura. A partir de ese momento, el Hospital, a través del Comité de Seguridad del Paciente (liderado por Peter Pronovost), que lleva el nombre de Josie King, implementó un Programa de Seguridad del Paciente.

El objetivo principal de la Fundación Josie King es reducir el daño a los pacientes por errores o complicaciones evitables. La fundación promovió presentaciones, programas de capacitación en seguridad de alcance comunitario, inició el Programa de Premios Josie King Hero, que premia a cualquier miembro del personal del hospital que reconoció, informó o evitó un error médico entre otras acciones. Un video de la presentación de Sorrel King como orador en una reunión del Instituto de Mejoramiento de la Salud (IHI) se compartió internacionalmente a cientos de hospitales y organizaciones de atención médica. Estas son algunas de las tantas iniciativas que llevó adelante Sorrel para **transformar la tragedia vivida por su familia, en Vida.**

La historia de Josie, escrita por Sorrel King, se utiliza como herramienta educativa para los profesionales de la salud.

El libro de memorias sobre Josie: los errores médicos que la llevaron a la muerte, las luchas de la familia para lidiar con su dolor, la incursión de Sorrel en la medicina como defensora de la seguridad del paciente y las mejoras de seguridad que se han producido en memoria de Josie.

La historia de Josie es una de las tantas historias que, hace ya más de 20 años, dieron origen, junto a otros acontecimientos, como la publicación del tratado "Error es humano", al movimiento mundial por la mejora de la calidad y la seguridad de la atención médica.

Es imposible mencionar los millones de proyectos implementados en diferentes países, las acciones realizadas desde la OMS con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2004, el movimiento de "Pacientes por la seguridad de pacientes" liderado por Susan Sheridan, que perdió a su esposo y su hijo por eventos adversos y errores en la atención (a quien tuve el honor de conocer en una conferencia que brindó en la Universidad del Salvador hace unos años) y todas las iniciativas que, incluso en nuestro país, podemos listar. Personalmente en el año 2001 inicié este cami-

no, en la Academia Nacional de Medicina, siguiendo a dos grandes pioneros: el Dr. Agrest y la Dra. Ortiz.

Pero si algo hemos aprendido en estos 20 años, es que la solución a la dolorosa y seria problemática de los eventos adversos que sufren los pacientes NO está en la justicia. Creer que la justicia puede mejorar la calidad de la atención o reducir los errores, dista enormemente de la realidad. La bibliografía más seria publicada a nivel internacional afirma lo contrario. Por eso, el mundo ha buscado otro rumbo para dar respuesta y lo viene recorriendo hace más de 20 años.

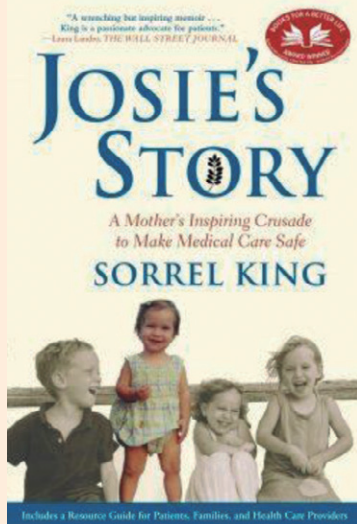
Eso no significa, como veremos más adelante, que no puedan y deban implementarse programas de acompañamiento, tratamiento y compensación económica, para las víctimas de los eventos, como exitosamente han llevado adelante algunos países. Pero el mero gesto punitivo no sirve, no resuelve una problemática tan compleja, por el contrario, crea una grieta, poniendo en veredas enfrentadas al equipo de salud y a los pacientes y generando un daño mucho mayor del que se podría imaginar.

Veamos ahora la historia de Nicolás Deanna. Nicolás murió el 2 de noviembre del 2017, a los 24 años, de una meningitis bacteriana. Habiendo una investigación en curso, no puedo realizar interpretaciones sobre lo que fue su proceso de atención médica. Su mamá, abogada de profesión, eligió el camino judicial, y legislativo, con el mismo objetivo que Sorrel: que no vuelva a ocurrir lo que le sucedió a su hijo, y propuso un proyecto de Ley, conocido como la "Ley Nicolás".

Resumen del Proyecto: (los comentarios en negrita me pertenecen)

1. Propone la tipificación específica de la mala praxis, hoy se encuentra entre los delitos culposos de homicidio y lesiones. Es decir, propone que esté en el listado de "delitos" con nombre propio, con penas más altas que incluyan la cárcel efectiva. Subiendo las penas se homologan a los delitos dolosos, es decir intencionales... ¿Homologar el error de un médico a un asesinato por ejemplo?

2. Suspensión preventiva de la matrícula al momento de la imputación: durante el proceso de instrucción el médico no podría ejercer: Yo me pregunto: ¿y el principio de inocencia? ¿Seguirán eligiendo los jóvenes nuestra querida profesión? Soy docente universitaria y hoy ya los jóvenes evitan especialidades por el hecho de ser más demandadas que otras. Es una



pena que el temor sea un criterio que prime por sobre la vocación.

Dicen quienes apoyan el proyecto: "Con ello evitamos que dichos profesionales continúen ejerciendo y cometan nuevos delitos. No es un adelanto de condena, la condena sería "inhabilitación de título"; sólo una suspensión a efectos de preservar la vida y la salud de la población como bien jurídico a proteger, como derecho humano de rango constitucional. En tanto cada uno de nosotros libra largas batallas en tribunales, algunos procesos llevan 8, 10 años, tu vida y la de tus seres amados está en peligro. Nuestros seres amados, ya no están, hoy intentamos proteger a los tuyos".

¿No es una condena? ¿No genera un daño? Luego de 8 a 10 años sin ejercer... el médico resulta absuelto y... durante años no pudo trabajar, no pudo ejercer su profesión... sufrió el síndrome judicial con todas sus consecuencias.

3. La creación de un Registro Nacional de Médicos Imputados, con la consiguiente obligación del Poder Judicial de actualizar dicho registro a medida avanza el proceso, y la obligación de autoridades nacionales, provinciales y municipales, y directores de instituciones privadas de consultar dicho registro con anterioridad a la contratación de un profesional. **Nuevamente... ¿Registro de médicos imputados? ¿Una condena social sin juicio previo? Grave por donde se mire, comenzando por ser anticonstitucional, violando los principios de la ética y la justicia que dicen buscar. Temeraria propuesta.**

4. Asistencia económica a las víctimas para afrontar el juicio. **La asistencia propuesta para costear el juicio penal. ¿No debería también ofrecerse lo mismo al profesional? Los seguros por responsabilidad civil médica, salvo que expresamente decidan incorporarlo en las pólizas, no tienen obligación de cubrir las costas de un proceso penal y muchas veces los profesionales deben afrontar los costos de reclamos sin fundamento médico ni jurídico, durante todo el proceso hasta lograr acreditar que no hubo mala praxis.**

5. Historias Clínicas Digitalizadas, encriptadas y nacionales, a las cuales se puedan ingresar mediante un sistema informático. **Desconociendo los proyectos en curso y el avance que se ha generado en los últimos años en esta temática.**

Dirijo un programa de reporte y gestión de incidentes en la atención de la salud, hace ya 20 años, voy a compartirles ahora dos historias reales recientes:

Médica, 38 años de especialista, de las mejores. Desde lo científico y desde lo humano, ha salvado y aliviado a miles de niños en casi 40 años de profesión. Durante su atención un niño sufre un evento grave, irreversible. Intentó compartir el dolor de los padres, su propio dolor. Rápidamente el título de "asesina" apareció en las redes sociales. Se inició un proceso penal. Tuvo que contratar abogados y peritos. Entró en una profunda depresión, decidió dejar la profesión que tanto amaba. Lleva ya un año el caso en la justicia, aún en proceso inicial de instrucción, mientras tanto, la medicina y la sociedad perdieron a una gran profesional (sin mencionar el impacto personal y familiar de la colega).

Médico, 25 años de especialista, estudioso y comprometido con la profesión... ¿Cuántas vidas habrán pasado por sus manos en estos años? Finalmente, ocurre un evento grave con una paciente. Se genera una situación de violencia física cuando junto a otro colega, intentan explicarle a la familia lo sucedido, lo golpean duramente. A la madrugada siguiente, ingresa a su casa la policía, armada, a realizar un allanamiento. Su esposa y su hijito de dos años vivieron el sorpresivo ingreso de la policía con temor y sorpresa, observando cómo se llevaban sus computadoras y celulares, y hasta una mochila con pertenencias personales. Piensa seriamente dejar la profesión. Tuvo que contratar abogado y peritos... la causa lleva un par de meses. Aún no recuperó ni siquiera su teléfono, sin hacer una lista de lo que no recuperará jamás después de lo vivido.

Podría relatar muchísimos casos similares... **Yo pregunto: ¿es este el camino? ¿Nuestra sociedad cree que así mejorará la calidad de la atención en los hospitales de nuestro país? ¿Sorrell hubiera logrado todas las mejoras si en lugar de lo que hizo hubiera demandado penalmente a los profesionales? Mi respuesta es contundente: NO ES EL CAMINO.**

Entonces, como sociedad... ¿Qué deberíamos hacer para reducir los eventos adversos evitables? ¿Podemos trabajar juntos por una medicina de calidad y segura?

SI, pero es imprescindible un cambio de paradigmas:

- Los programas de seguridad del paciente deben ser una política de Estado.
- El Ministerio de Salud debe ser el ente de control de dichos programas fijando y garantizando estándares mínimos de calidad de atención.
- Las condiciones de trabajo de los profesionales también deben ser modificadas (residentes trabajando 30 horas o más sin descanso, un altísimo porcentaje de profesionales de enfermería con doble empleo y la lista es larga...).
- Los programas deben incluir la participación activa de los pacientes. Deben incluirse espacios para el reporte de incidentes por parte de los propios pacientes o familiares.
- La seguridad del paciente debe formar parte de la currícula de grado y posgrado (la Universidad del Salvador, pionera en la formación en Seguridad del Paciente, hace años incorporó la materia en todos los años de la carrera de grado y recientemente en los cursos de posgrado).
- La seguridad también es incluir el proceso de recertificación profesional.
- La calidad debe ser premiada y la no calidad castigada por los financiadores de la salud: lo que conocemos como "pago por performance".

Para poder avanzar en este sentido como sociedad tenemos que asumir que:

El proceso de atención médica es complejo, la medicina es cada vez más compleja, lo que genera mayores riesgos, y los errores humanos deben ser gestionados ya que es inevitable que ocurran. La gestión debe ser sistémica, no individual.

Los eventos adversos, definidos como el daño producto del proceso de atención médica, ocurren y en un porcentaje de alrededor del 50% de los casos NO son evitables. Tenemos que trabajar intensamente en el 50% que se puede evitar.

Tenemos como sociedad aún una cultura fuertemente punitiva, lo que conduce a que los errores y las fallas en muchos casos se oculten, en lugar de comunicarse adecuadamente, de manera transparente, compartiendo equipo de salud y paciente-familia lo sucedido.

La cultura de la seguridad exige distinguir los errores, las conductas de riesgo y los actos temerarios. El error se consuela y se repara, se analizan las causales y se tratan. La conducta de riesgo merece reflexión y aprendizaje, las conductas temerarias deben ser sancionadas, pero en el ámbito de un programa de seguridad que analice el proceso de atención que falló, desarrolle acciones con el equipo de salud y el paciente y su familia, y establezca medidas de mejora en caso de ser necesarias.

El camino por recorrer es largo. Los invitamos a ser parte, a trabajar por una medicina de calidad y segura para los pacientes y su familia, para el equipo de salud y para las instituciones en las que desarrollamos nuestra actividad. □

Igualdad, equidad y justicia...

Acerca de los principios sanitarios

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)



La IGUALDAD es un principio sanitario que reconoce la equiparación de todos los ciudadanos en derechos y obligaciones. Entendiéndose de por sí, que todos se benefician con un mismo apoyo. Esto es el trato igualitario. Siendo de por sí por su parte, la EQUIDAD otro principio que trata de una disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece. Aquí todos tienen el apoyo que necesitan - este es el concepto de discriminación positiva- así se produce la misma, que mueve a dar a cada uno lo que merece. JUSTICIA, es el concepto que deviene del cristianismo, a saber, una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en la constante y firme voluntad de dar al prójimo lo que les es debido.

En otras palabras, regula la igualdad o proporción de equidad en los intercambios. Es decir que todos pueden acceder, sin apoyo, ni lugares reservados porque las causas de la falta de equidad han sido resueltas. La barrera sistémica ha sido removida.

Las barreras sistémicas suelen ser de acceso, están interrelacionadas y las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras culturales, la lengua española es un obstáculo. Los indígenas tienen otra concepción de la medicina y de los tratamientos y se quejan en ocasiones de trato abusivo por parte de los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales de la salud reconocen que el trauma de la guerra está presente y critican las malas condiciones de vida y la falta de recursos.

Las principales barreras son a) barreras estructurales: relacionadas con la organización del sistema general de seguridad social en salud; b) barreras administrativas: relacionadas con la prestación del servicio por parte de las obras sociales, prepagas y por la red pública hospitalaria; c) barreras económicas: relacionadas con el gasto de bolsillo; d) barreras relacionadas con el personal médico; e) barreras culturales; f) barreras relacionadas con los determinantes sociales; g) barreras originadas en determinantes estructurales: relacionadas con la posición socioeconómica, discriminación social y desconocimiento; y h) barreras intermedias: relacionadas con la ubicación geográfica, entorno laboral y el sistema de salud.

Un sistema de salud desarticulado en su estructura financiera y administrativa en el que persisten inequidades en el acceso y oportunidad para la utilización de los servicios, presentándose barreras que no sólo deterioran la percepción de la calidad de la atención sino también conllevan al empeoramiento de la condición clínica del paciente lo cual trae consecuencias para el paciente, su familia, el sistema de salud y el Estado.

Como resultado se crea una situación de temor e inseguridad para el ciudadano ajeno a esos planes, que puede ser confundido y arrastrado a seguir un supuesto cambio. Con el paso del tiempo, se dará cuenta de que los resultados van contra sí mismo.

La barrera sistémica comprende un patrón, una práctica, una política o un caso en el que la supuesta discriminación tiene un amplio impacto en un sector, una profesión, una empresa o un área geográfica.

La **gerencia de personal** alienta a los empleadores a prevenir la discriminación analizando cuidadosamente las prácticas que utilizan para reclutar, contratar, ascender, capacitar y retener a los empleados. Se está expandiendo sus esfuerzos por asociarse con grupos de apoyo, organismos estatales y federales, grupos de empleadores, abogados de demandantes y otras organizaciones para identificar y abordar prácticas discriminatorias.

Algunos ejemplos de prácticas sistémicas **-y vale repetir-** incluyen: barreras discriminatorias en los procesos de reclutamiento y contratación; acceso restringido en forma discriminatoria a programas de capacitación gerencial y empleos de alto nivel; exclusión de mujeres calificadas de campos de trabajo tradicionalmente dominados por hombres; discriminación por discapacidad, como investigaciones ilegales previas al empleo; discriminación sobre la base de la edad en reducciones vigentes y beneficios jubilatorios; y cumplimiento de las preferencias de los clientes que generen ubicaciones o asignaciones discriminatorias.

Desde hace mucho tiempo, la Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) reconoce que un sólido programa sistémico a nivel nacional es fundamental para cumplir su misión de erradicar la discriminación en el lugar de trabajo. Por este motivo, el programa sistémico es una de las máximas prioridades de la agencia. La identificación, la investigación y el litigio de casos de discriminación sistémica, junto con los esfuerzos por educar a los empleadores y fomentar la prevención, son esenciales para la misión de la EEOC.

Ahora bien. La medicina, con su poder biotecnológico, ha hecho borrosa la frontera entre la vida y la muerte. Con sus medios permite prolongar la vida (o la agonía) y diferir el momento de la muerte, planteando serios interrogantes éticos y morales y una incertidumbre sobre cuándo se considera que una persona haya muerto.

Uno de los temas clave de la bioética es el de la justicia en la prestación de servicios en salud frecuentemente denominado justicia sanitaria. En esencia, el problema, se refiere a cómo una sociedad distribuye las posibilidades de sus miembros en el acceso a los diversos elementos constitutivos de la atención en salud y la manera cómo determina las cargas y sacrificios necesarios para lograr un nivel dado de salud. □

(*) Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires, área Ciencias Éticas, Humanísticas y Sociales Médicas.

*“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



SCIENZA

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.