

Mé[●]dicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

LLYC IDEAS

INFORME ESPECIAL:

LO QUE LA PANDEMIA SE LLEVÓ:

EL ABC PARA
RECUPERAR
LA SALUD Y
LA CONFIANZA
EN LAS
EMPRESAS



UN FUTURO COMPARTIDO | GALENO



**TODO PARA
CUIDARTE
A VOS Y MÁS
DE 700.000
PERSONAS**

LA SALUD ES TODO



SanCorSalud

Medicina Privada

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



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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,

ADMINISTRACIÓN

Y PUBLICIDAD:

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

Web Site:

www.revistamedicos.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada 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. Circular por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL. - Virrey Liniers 2203 - CABA.

GRAGEAS

VOCES

¿ES IMPORTANTE DISCUTIR EL NÚMERO DE OBRAS SOCIALES QUE DEBE TENER EL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD?

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

10

OPINIÓN

NO HAY SALUD SIN ECONOMÍA

Por el Lic. Ariel Goldman - Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

12

OPINIÓN

PSICOPOLÍTICA DE LA COMPLEJIDAD SANITARIA

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

14

COLUMNA

GESTIÓN Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

16

VOCES

LA SALUD Y LOS PESOS ARGENTINOS

Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni - Médico - Doctor en Medicina - Extitular del PAMI

18

DEBATE

DEBEMOS DESESTIGMATIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

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

20

OPINIÓN

¿CÓMO CAMBIAR EL RUMBO?

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

22

COLUMNA

UNA DEMOCRACIA FUERTE PARA UNA SALUD RESISTENTE

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

24

COLUMNA

PANDEMIA E INNOVACIÓN: APRENDIZAJES DESDE OXFORD

Por el Dr. Carlos Felice Presidente de OSPAT - Abogado - Especialista en Sistemas de Salud

26

10º CONGRESO ARGENTINO DE AUDITORES Y GERENTES DE SALUD

LOS DESAFÍOS DE HACER SUSTENTABLE UN SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO E INEFICIENTE

28

VOCES

TERAPIAS GÉNICAS Y ALTO PRECIO

¿HAY ESPACIO PARA ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO?

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

34

IV CONGRESO DE SALUD ADECR+CEDIM

PRESTADORES DE SALUD PRIVADA EN ARGENTINA: LA PARADOJA DE UNA INDUSTRIA CLAVE EN LA CADENA PRODUCTIVA QUE SE ENFRENTA A LA INVIABILIDAD ECONÓMICA

36

INFORME ESPECIAL

LO QUE LA PANDEMIA SE LLEVÓ:

EL ABC PARA RECUPERAR LA SALUD Y LA CONFIANZA EN LAS EMPRESAS

Por Alejandro Romero, Socio y CEO Américas en LLYC; Georgina Rosell, Socia y Directora Senior Healthcare LLYC Europa; Javier Marín, Director Senior Healthcare Américas en LLYC; Ana Lluch, Consultora Senior Healthcare en LLYC Américas y Alejandro González Mondragón, Consultor Senior en LLYC.

38

COLUMNA

JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD PRIORIZACIÓN BASADA EN EL AMPARO

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Prof. Salud Pública FCM UNL y el Dr. Carlos González Malla - Médico - Hospital Alemán y miembro de la CONETEC

44

COLUMNA

EL ROL DE LA MEDIACIÓN EN LOS RECLAMOS POR MALA PRAXIS

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

46

OPINIÓN

BENZODIACEPINAS Y ALCOHOL... ACERCA DE LAS ADICCIONES LEGALES

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

48

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



**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.**

UNA OBRA SOCIAL CON 50 AÑOS DE COMPROMISO Y TRAYECTORIA

OSIM es una Obra Social de Dirección que, desde su fundación el 26 de junio de 1972, trabaja por un servicio de calidad para proteger la salud de los directivos de empresas y sus familias. Hoy cumple 50 años y aún mantiene vivo el mismo compromiso de sus fundadores con el sistema de seguridad social de nuestro país.

Con igual misión y el mismo compromiso que hace 50 años sus fundadores fijaron como objetivo, hoy los destinatarios son el personal jerárquico de todos los sectores económicos y profesionales.



El actual directorio de OSIM, conformado por afiliados y apoyados por una importante cantidad de ayaes, continúa trabajando por un servicio de salud de calidad, con una cobertura confiable, sólida, con costos ajustados y asegurando una administración eficiente de los fondos recaudados por la Seguridad Social.

A lo largo de 50 años sobrellevaron contingencias institucionales, crisis económicas y cambios sociales en nuestro país, muchos de los cuales impactaron sustancialmente al sistema de salud. A pesar de ello, siempre encontraron nuevas formas de servicio para sus beneficiarios y empresas asociadas. No fueron ajenos a las inclemencias que trajo la pandemia. A través de la incorporación de herramientas digitales virtuales, se adaptaron de manera ágil al nuevo contexto y circunstancias, brindando un servicio de calidad y con continuidad a todos sus beneficiarios.

La especial dedicación e inversión en promoción de la salud ha sido un rasgo característico de la trayectoria de OSIM, desde la convicción de que el compromiso con la prevención de enfermedades y la vida saludable es el camino para un sistema de salud más sustentable.

Fue una de las primeras organizaciones de salud en certificarse "Libre de Humo" y trabaja fuertemente en campañas de difusión de hábitos saludables, acompañamiento de adultos mayores y cuidadores familiares de pacientes crónicos.

OSIM fue pionera en promover la salud integral de las mujeres, impulsando campañas de concientización y dos leyes nacionales fundamentales que declaran, a octubre como "Mes de Concientización sobre el Cáncer de Mama" (Ley N°26.606) y a noviembre como "Mes de concientización sobre violencia de género" (Ley N°27.410). Desde el año 2012, con su campaña "Alza la Voz contra la Violencia hacia las Mujeres" instaló el tema en el mundo de la salud, antes que el mismo se incluyera en la agenda pública.

OSIM es una organización sin fines de lucro, con una estructura administrativa muy eficaz, económica y financieramente. Administra sus recursos bajo los principios de solidaridad, equidad y sustentabilidad que rigen el sistema de seguridad social argentino, basados en un modelo en el que cada cual aporta al sistema según su capacidad contributiva y recibe prestaciones de acuerdo con sus necesidades, en función del objetivo principal: asegurar prestaciones de salud para todos por igual. ■

OSPAT DEL LADO DE LA SALUD SEXUAL Y LA ANTICONCEPCIÓN



La Obra Social del Personal de la Actividad del Turf lanzó en septiembre una campaña para el cuidado y bienestar de la salud sexual. Se trata de alentar a la comunidad y a los beneficiarios a informarse sobre los métodos anticonceptivos.

También promover el cuidado de la salud para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, al tiempo que se garantiza el acceso.

Desde un micrositio web, a una serie de videos informativos, hasta consultorías mediante el servicio de telemedicina *Hola Doctor!* la campaña es una propuesta integral. Además, con anclaje territorial: cartelera en vía pública en diferentes puntos del país, materiales gráficos e incluso dispensers con preservativos de acceso gratuito en las oficinas de OSPAT.

OSPAT enmarca esta iniciativa en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y en la Ley 27.610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. ■

FAOSDIR ELIGIÓ NUEVAS AUTORIDADES

La Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección -FAOSDIR-, entidad que agrupa 25 Obras Sociales de Dirección que participan del Sistema Nacional de Obras Sociales, como agentes del Sistema de Salud y brindan cobertura médico asistencial a más de 2.500.000 de beneficiarios dentro del sistema de la Seguridad Social de la República Argentina, realizó su Asamblea Anual Ordinaria y eligió nuevas autoridades, habiendo quedado constituido el Comité Ejecutivo y la Comisión Revisora de Cuentas de la siguiente manera:



CARGOS

Comité Ejecutivo

Presidente
Vicepresidente 1ro
Vicepresidente 2do
Secretario
Pro-Secretario
Tesorero
Pro-Tesorero

Comisión Revisora de Cuentas

Revisor de Cuentas Titular
Revisor de Cuentas Titular
Revisor de Cuentas Suplente
Revisor de Cuentas Suplente

ENTIDADES

OSDE
ASE
OSIM
OSEDEIV
OSDEPYM
OPDEA
LUIS PASTEUR

W. HOPE
OSMITA
APDIS
APSOT

REPRESENTANTES

Gabriel Barbagallo
Miguel Angel Troisi
Horacio Martínez
Gerardo Bernusi
Agustín Ciorciari
Rubén Emma
Jorge Santos

Hugo Starvaggi
Eduardo Detoma
Diego Sassone
Pablo Sturiale

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT
Te lo garantiza
Ágil y Simple



NUEVO SERVICIO INTEGRAL DE OFTALMOLOGÍA DE SANATORIOS DE LA TRINIDAD

Oftalmología Trinidades funciona en red y se potencia con todos los servicios de los sanatorios, pudiendo obtener de manera inmediata la interconsulta con otras especialidades relacionadas con la patología ocular.



Un nuevo servicio de vanguardia llega a los Sanatorios de la Trinidad. Con aparatología de última generación y la posibilidad de realizar trasplantes de córnea, ya comienza a funcionar el **Servicio Integral de Oftalmología Trinidades**. Formado por un equipo destacado de médicos oftalmólogos y cirujanos de amplia trayectoria, **el paciente podrá realizar en un mismo lugar todo lo necesario para su patología, desde consultas, diagnóstico, tratamiento y cirugías. Cuenta con quirófanos ambulatorios y centrales para pacientes de alta complejidad y avanzadas tecnologías.**

Por otra parte, **la prevención es un eje central de este nuevo servicio.** *"La prevención oftalmológica es fundamental; se calcula que el 80% de los casos de ceguera pueden ser curados o prevenidos a través de controles periódicos", afirma el Dr. Alberto Brochard, jefe del Servicio Integral de Oftalmología Sanatorios de la Trinidad Palermo.* *"Con los controles hasta la edad preescolar, lo que se busca es prevenir la ambliopía, que es una disminución de agudeza visual sin que haya ninguna lesión orgánica que la justifique. La pueden provocar la catarata congénita, el glaucoma congénito, los errores refractivos en diferentes ojos, las anomalías oculares, la caída del párpado superior, el estrabismo, la pérdida de transparencia de la córnea, la retinopatía del prematuro, entre otras", agrega.*

Equipos multidisciplinarios de vanguardia

El gran valor agregado está dado por los equipos multidisciplinarios en las distintas subespecialidades en oftalmología, como, por ejemplo, Oftalmología General, Oftalmopediatría, Retina, Glaucoma, Uveítis, Plástica y Vías Lagrimales, Diagnóstico por Imágenes, Oncología, entre otras. El nuevo Servicio Integral cuenta con tecnología de avanzada tanto en diagnóstico (topógrafos, microscopio especular, ecógrafos, paquímetros (mide el espesor de la córnea), biómetros, campo visual computarizado, tomografía óptica) como en fotocirugías láser.

En una primera etapa, el servicio funcionará con atención integral en Sanatorios de la Trinidad Palermo, Trinidad Mitre, Trinidad Ramos y Trinidad San Isidro. En una segunda etapa, la idea es que todos puedan ser integrales.

Grupo Galeno continúa su crecimiento a través de la integración de servicios, tecnología y equipos médicos de vanguardia para acompañar a los pacientes y su familia. ■

BIOSIDUS CERTIFICA SUS PLANTAS CON NORMAS IRAM-ISO

Comprometida con la triple generación de valor, social, ambiental y económico, la compañía pionera en biotecnología certificó sus plantas de Bernal y Almagro y su centro logístico de Quilmes bajo las Normas ISO 14001 e ISO 45001.



Conforme al fiel compromiso de Biosidus con la sociedad y dadas las características operativas de su labor y el desafío que el cuidado de la salud representa, la compañía líder en biotecnología certificó sus plantas y centro logístico bajo las normas IRAM-ISO14001:2015 por su Sistema de Gestión Ambiental e IRAM-ISO45001:2018 por su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Con más de 30 años de trayectoria y presencia en más de 60 países, en Biosidus hoy trabajan más de 500 personas que hacen posible la investigación y el desarrollo de nuevos productos y la mejora constante de su actual portafolio, lo que posibilita a su vez la expansión comercial internacional de la compañía.

Esta certificación que hoy obtiene la compañía abarca la investigación, desarrollo y elaboración de materias primas de origen biotecnológico, con depósito y laboratorio de control de calidad, en sus plantas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y es parte de su compromiso con las personas colaboradoras, la sociedad y el medio ambiente.

"Quiero agradecer a todas las personas que forman parte de Biosidus por su trabajo y compromiso que hacen posible, no solo esta certificación, sino que nuestros productos sean de la más alta calidad para mejorar la calidad de vida de miles de personas en distintas partes del mundo. Nuestras acciones y compromisos a futuro continúan marcando el camino hacia la transformación que acompaña los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030", concluye Mariano de Elizalde, presidente y CEO de Biosidus. ■

SANCOR SALUD JUNTO A UNICEF POR EL FUTURO DE LAS INFANCIAS Y LAS ADOLESCENCIAS



Comprometido con la educación de calidad y en pos de contribuir a garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes de todo el país, el Grupo SanCor Salud acompañó con su campaña #ayudar, a UNICEF Argentina en su iniciativa solidaria "Un Sol para los Chicos".

Por cuatro años consecutivos, el Grupo de medicina privada enfocado en la construcción de sociedades cada vez más saludables, colabora una vez más con el programa de UNICEF, Un Sol para los chicos, a través de #ayudar para que niños, niñas y adolescentes que viven en parajes rurales de todo el país puedan continuar sus estudios y, por supuesto, graduarse.

La situación contextual impulsa aún más a la compañía en la planificación de programas que ayuden a mitigar las estadísticas. Según UNICEF, entre los/as adolescentes que asisten a la escuela, 2 de cada 10 lo hace con rezago escolar y cerca de solo 1 de cada 2 que ingresa a la secundaria logra completar el nivel y el 29% lo hace en los tiempos establecidos por el sistema.

Por ello, la iniciativa #ayudar se enmarca dentro de las acciones del Grupo que buscan contribuir a una educación igualitaria, accesible e inclusiva, garantizando la equidad de oportunidades de aprendizaje. Con el lema **"Ayudemos a construir su futuro"**, SanCor Salud desarrolló una estrategia comunicacional con mensajes personalizados que invitaban a cambiar el futuro de los/as jóvenes. La convocatoria alcanzó a los más de 700 mil asociados de la prepaga y sus más de 2.000 colaboradores/as, quienes pudieron sumar su contribución voluntaria, logrando así, de forma conjunto, alcanzar un aporte de \$ 5.000.000.

El Director General de la compañía, Fernando Werlen, hizo entrega de la recaudación en la edición 2022 de "Un Sol para los Chicos". *"El aporte de esta campaña es lo que entregamos con mucha alegría para que miles de niños, niñas y adolescentes puedan seguir estudiando. Esta es la forma que el Grupo SanCor Salud y su familia de asociados elige para estar cerca"*, expresó Werlen.

Como compañía socialmente responsable, con plena conciencia de la importancia de su rol como motor de desarrollo social, el Grupo empresario continúa fortaleciendo y consolidando estrategias de acción en pos de asegurar el respeto por los derechos de las infancias. ■





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

¿ES IMPORTANTE DISCUTIR EL NÚMERO DE OBRAS SOCIALES QUE DEBE TENER EL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD?



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

En los últimos años se viene discutiendo acerca de cuál sería la cantidad ideal de obras sociales que debería tener el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Con el objeto de alcanzar esa meta se utilizaron diversos criterios: agrupar obras sociales por tipo de actividad, dar de baja a las obras sociales que no alcanzaren un número mínimo de afiliados, promover convenios de cooperación entre obras sociales, etc.

El agrupamiento de obras sociales por tipo de actividad no dio resultados porque, entre otras causas, existe esta dispersión por diferencias políticas y personales muchas veces irreconciliables entre entidades que tienen una identidad en su origen por rama de actividad.

Además, frecuentemente tienen distintos grados de eficiencia, organización y calidad en la prestación. En definitiva, quien funciona bien no se quiere asociar con quien no lo hace de esa forma.

Por otra parte, encontrar el “número mágico” de afiliados, a partir del cual una obra social sería viable, tanto desde el punto de vista financiero como prestacional, es otro de los fundamentos que se utiliza para considerar que un agente del seguro de salud puede funcionar adecuadamente.

Ante este argumento, nosotros

contestamos que, en realidad, la cantidad de beneficiarios que contenga una obra social es un indicador -entre otros- que debemos tomar en consideración para analizar esta cuestión.

Es elemental que el pool de riesgo ante los eventos adversos que debe resolver cualquier obra social disminuye cuando la cantidad de beneficiarios asociados a una entidad es mayor, es decir, se presenta una regla de tres inversamente proporcional en términos matemáticos.

Sin embargo, tenemos numerosos ejemplos de obras sociales con escasos afiliados que funcionan muy bien; y, en cambio, existen obras sociales que tienen muchos afiliados, pero brindan servicios médico-asistenciales de baja calidad.

Por otro lado, existen algunas entidades de pocos afiliados, pero de muchos recursos, y viceversa. Por ello, no nos parece que exista un “número mágico” que nos permita afirmar que, debajo de él, las obras sociales dejan de ser viables.

A título ilustrativo, recordamos que el 47% de los afiliados se concentra en las primeras 15 obras sociales y que, a su vez, el 70% de los afiliados se concentra en las primeras 40 obras sociales; es decir, el 30% de la población que integra el Sistema Nacional del Seguro de Salud está diseminada entre 250 obras sociales.

Resulta inequívoco que el capítulo IV y el Anexo II del decreto 1400/2001

nos brindan algunos elementos que nos permiten determinar el grado de viabilidad o no de funcionamiento de las obras sociales.

Así, el art. 19 de dicho decreto, contenido en su capítulo IV también mencionado, dice que se entenderá que una obra social se encuentra en situación de crisis cuando así se determine por aplicación de un sistema de diagnóstico basado en las siguientes circunstancias:

- Desde el punto de vista institucional, prestacional y de atención al beneficiario, la existencia de riesgos que alteren el normal suministro de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio.
- Desde el punto de vista económico, la existencia de riesgo en la continuidad de la obra social.
- Desde el punto de vista financiero, la existencia de graves dificultades de la obra social para afrontar sus obligaciones financieras.

Además, se considerará en situación de crisis a todas las obras sociales que se encuentren en concurso de acreedores.

Hace apenas unos días atrás, la Superintendencia de Servicios de Salud puso a 26 obras sociales en situación de crisis.

Ello quiere decir que, en caso de que estas obras sociales no cumplan con los planes de contingencia que deben presentar, se procederá -como sanción mayor- a su baja del Registro Nacional de Obras Sociales.

Estamos persuadidos que lo que debemos discutir de modo prioritario no es el número total de obras sociales que debe tener el Sistema Nacional del Seguro de Salud; sino la forma en que la población recibe una cobertura médico asistencial digna.

En este sentido, consideramos plausible que el organismo de contralor persiga este objetivo y, consecuentemente, facilite el funcionamiento de las obras sociales que cumplen adecuadamente con su labor, corrijan las distorsiones que se produzcan y sancionen a aquellas que no cumplen con el fin para el cual fueron creadas. □



Un centro dedicado a la salud de la mujer

📍 Av. Cnel Díaz 2211, CABA.



Centro
integral de
la mujer

SACÁ TU TURNO



📷 Seguíenos en @clinica_delsol

NO HAY SALUD SIN ECONOMÍA



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

Sin ánimo de ser pesimista ni de creer que todo está perdido, realmente debo confesar que estamos en un momento muy arriba y transportando una mochila con una tonelada de plomo. Siempre, desde mi lugar, he luchado por mejorar el sistema de salud en cada una de sus variadas dimensiones; equidad, solidaridad, sostenibilidad, eficiencia y resultados sanitarios.

No obstante, sin un plan económico viable de corto, mediano y largo plazo no hay posibilidades de tener un sistema de salud que logre algún resultado adecuado en siquiera alguna de las dimensiones.

Siempre he creído que es un error priorizar la economía sobre la salud, siendo un convencido que existe una relación de igualdad entre ambas. Sin embargo, la realidad nos demuestra las infinitas dificultades que se presentan en la diaria al no contar con un plan económico sostenible. Aún con mucho para mejorar dentro del sistema, poco vamos a poder hacer. En otras palabras, es imposible hacer salud sin economía.

Esto puede no sorprender al ávido lector que comprende cabalmente los determinantes de la salud, por lo tanto, entiende que la economía es un determinante de la salud, como la salud es un determinante de la economía (aun cuando no siempre esta última relación fue tenida en consideración). De todos modos, el planteo aquí expuesto es más profundo y emerge ante la coyuntura de la Argentina de las últimas décadas.

Es imposible sostener el sistema de salud actual o el futuro o el sistema que deseemos sin un plan económico que genere crecimiento y desarrollo. Los niveles de PBI alcanzados luego del gran crecimiento postpandemia apenas llegan a igualar el PBI de finales de la primera década del 2000.

Es decir 12 años más tarde, contamos con los mismos recursos con casi 2.5 millones más personas, sumado a una distribución altamente inequitativa. El 25% de la población sufre pobreza estructural. En los últimos 65 años, en apenas una docena hemos conseguido superávit fiscal, mientras que en los restantes hemos gastado más de lo ingresado a las arcas del Estado, generando emisión monetaria o deudas que se han hecho impagables.

Nos enfrentamos a una crisis de financiamiento del sector donde no hay ganadores. Las obras sociales han perdido gran parte de los ingresos en los últimos años a causa del desempleo, la informalidad y la pérdida de los salarios frente a la inflación. Las prepagas, que, a pesar de la gran cantidad de aumentos obtenidos, aún quedan desfasados frente a la inflación, especialmente luego del desajuste 2020.

Además, gran parte de sus afiliados optan por planes más económicos. Los sanatorios, clínicas y demás prestadores de salud privados, ya sufrían una crisis del sector profunda pre-pandemia, que en muchos casos se profundizó ante la merma en las prestaciones tradicionales durante la pandemia o incluso atendiendo muchos pacientes, que generaron altos costos y bajo nivel de ingresos.

Si analizamos el sector público, que fue el sector que más inversión recibió durante la pandemia, no compensa los años de desinversión sufridos durante décadas. El retraso tecnológico y la falta de recursos humanos son los principales problemas. Finalmente, los salarios de los profesionales del sistema como de los no profesionales, se encuentran en una escala muy baja comparativamente con otros sectores y particularmente con las responsabilidades que tiene el sector frente a la sociedad.

En conclusión, todo el sector sufre una gran crisis de financiamiento, sobre la cual es necesario trabajar profundamente, incluso con reformas estructurales del sector. Será necesario incorporar la evaluación de tecnologías, evitar la doble y más coberturas simultáneas en el sistema de obras sociales (no solo en las nacionales), generar mecanismos compensadores y con incentivos para mejorar los indicadores de salud poblacional dentro del sector público, trabajar sobre un sistema de salud mental que brinde cobertura oportuna y con herramientas modernas, repensar las prestaciones de discapacidad y para adultos mayores, y varios etcéteras más.

Sin embargo, y sin miedo de sonar repetitivo, nada será posible sin un plan que establezca la macroeconomía, bajando la inflación, controlando el valor del dólar (principalmente para incorporar y/o modernizar las tecnologías sanitarias), estabilizando las cuentas estatales, generando empleo y bajando la pobreza.

Cada uno de estos problemas tienen su arista coyuntural y estructural, por lo tanto, las soluciones profundas serán a largo plazo, pero nos urge encaminarnos en el corto plazo con la visión largoplacista que guíe las decisiones. Claro que no será fácil desarrollar el tan deseado plan sin un consenso político de la sociedad y sus representantes.

En toda sociedad sería este consenso y, más allá de la ideología del gobierno de turno y las brechas políticas, se toman decisiones dentro de una gran avenida con un destino compartido. Uno podrá girar más hacia la derecha o la izquierda, o tal vez mantenerse por el centro, pero la dirección es la misma. Aquí no hay una dirección única y eso lo pagamos muy caro.

Como comencé, estamos en un momento muy difícil, tanto a nivel nacional como internacional, pero más que nunca, no hay que bajar los brazos ni perder las esperanzas. Por el contrario, debemos generar espacios de discusión y consenso, donde las ideas fluyan e influyan.

Obligarnos a participar e involucrarnos en los intercambios, sin dejar de perder nuestro foco que es el sistema de salud y sus necesidades, más también aportando nuestra visión sobre la economía, marcando cual es el camino que estamos dispuestos a transitar y que país queremos tener. Es, desde mi punto de vista, la única alternativa posible. □

(*) Asociación de Economía de la 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

PSICOPOLÍTICA DE LA COMPLEJIDAD SANITARIA



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

La psicopolítica es, según Byung-Chul Han, aquel sistema de dominación que, en lugar de emplear el poder opresor, utiliza un poder seductor, inteligente, que consigue que los hombres se sometan por sí mismos al entramado de dominación. En este sistema, el sujeto sometido no es consciente de su sometimiento.

La psicopolítica se sirve del Big Data, el cual, como un Big Brother digital, se apodera de los datos que los individuos le entregan de forma efusiva y voluntaria, a través del uso indiscriminado de las redes. Esta herramienta permite hacer pronósticos sobre el comportamiento de las personas y condicionarlas a un nivel prerreflexivo.

El poder sobre el cuerpo es nombrado como “tecnología política”: un saber, en realidad una estrategia que se impone sobre el cuerpo para hacer de él un instrumento o fuerza de producción.

De este modo el concepto de psicopolítica pone en relación la vida y el poder. El poder entra dentro del campo de la vida y, a través de un esquema inmunológico, trata de preservarla mediante mecanismos de control negativos. La inmunización es una protección de la vida. Salva, asegura, preserva al organismo, individual o colectivo, al cual le es inherente.

Pero... ¿A que nos inmunizamos los médicos?

A muchos elementos: al pluriempleo, como manera de ganar nuestro sustento, ya que nuestros ingresos son magros e insuficientes. Constituyendo junto con los educadores de los más bajos dentro de la formalidad... si es que la hay... ya que en muchos casos nuestros ingresos son por “producción”. Nos obligan a convertirnos en fábricas de prestaciones, alejándonos de la ética y del juramento hipocrático.

Nos inmunizamos de utilizar la tecnología más asiduamente, desdeñando la clínica, que es soberana. Alimentando así la máquina utilitaria en lugar de llegar por el método adecuado a un diagnóstico de certeza.

Nos inmunizamos al “comprar” elementos superfluos en algunas ocasiones tanto para el diagnóstico como así también para la terapéutica.

El vademécum farmacéutico en nuestro país es gigante, con algunos fármacos de dudosa efectividad, pero autorizados por las instituciones estatales.

Nos inmunizamos y acostumbramos a ser una pieza más de la maquinaria de los subsistemas tanto estatales como privados. Maquinaria que sabemos sin mayor fiscalización de los entes que deberían hacerlo.

Es largo el listado de nuestros acostumbramientos.

El poder logra “inmunizar” el cuerpo psico-político-sanitario frente a los enemigos externos o internos mediante un mínimo de control y negatividad represiva que permite preservarlo. En la actual sociedad es precisamente el punto de partida para la comprensión de las “sociedades del rendimiento”.

La sociedad del rendimiento está dominada en su totalidad por el verbo modal poder, en contraposición a la sociedad de la disciplina,

que formula prohibiciones y utiliza el verbo deber. A partir de un determinado punto de productividad, la palabra deber se topa con su límite. Para el incremento de la producción es sustituida por el vocablo poder.

Nos hacen creer que existe el modelo médico-hegemónico... en realidad es un conjunto de individuos ordenados para hacer cumplir objetivos como los que mencione: el uso y abuso de la tecnología y de terapéuticas a veces non-sanctas.

En último término se trata de una “auto explotación sin clases”, precisamente porque afecta a todas las clases. Además, el sujeto de rendimiento, al trabajar sólo para sí mismo, se encuentra aislado frente a los demás, de modo que se vuelve incapaz para la acción en común.

Uno se explota a sí mismo: entonces sólo cabe dirigir la agresividad hacia uno mismo, pero no en forma de violencia, sino en forma de depresión.

¿Todas estas definiciones psicopolíticas individuales que tienen que ver con el sistema de salud? Mucho...

Definamos primero que es la **complejidad**: es la cualidad de lo que está compuesto de diversos elementos interrelacionados.

Los sistemas de comportamiento complejo necesitan para ser determinados de un programa que medirá el grado de complejidad por la cantidad de información que contengan la característica esencial de estos sistemas es el hecho de que constituyen colectivos en los que surgen propiedades al constituirse éstos que no presentaban sus elementos aisladamente.

Las variaciones que experimentan los sistemas de propiedades complejas pueden llegar a situaciones en que no sean predecibles y que muy pequeñas variaciones en las condiciones iniciales provoquen grandes cambios irregulares, no periódicos, en las propiedades, cantidades o valores del sistema.

Se dice entonces que se ha llegado al caos, teniendo este vocablo una connotación especial en la teoría que estudia la complejidad de los sistemas de salud.

Todos acordamos que el sistema de salud es complejo y caótico dado que interviene sobre seres biológicos de comportamientos caóticos.

Este sistema complejo constituido por las deficiencias de las partes termina siendo caótico e incontrolable. Le sumamos a este menú de partes deficientes la fragmentación, y entonces tenemos la tormenta perfecta.

Ahora: ¿qué hacemos?

Habría mucho por poder hacer:

Curriculas universitarias que fortalezcan el método clínico.

Darle elementos de conocimiento estadístico profundo a los educandos, para no ser embaucados ante falsos elementos informativos.

Darle a conocer cómo se constituye el sistema de salud argentino, para saber cómo es la organización y el gasto en salud.

Conocimientos de epidemiología para saber: ¿de qué se enferman los argentinos?, ¿dónde y por qué? Todo esto atravesado por los conceptos eco-ambientales.

Hacerle conocer a esos educandos que tienen derecho a percibir ingresos justos y que las leyes laborales los protegen.

Revalorizar la prevención como herramienta imprescindible del esfuerzo sanitario.

Empecemos alguna vez la transformación que todos anhelamos. Comencemos por lo posible. Casi sin costo... para que no haya excusas. □

Referencias:

- 1) Bauman, Zygmunt (2000/2006). *Modernidad líquida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- 2) Foucault, Michel (1976/1994). *La politique de la santé au XVIII^e siècle*. En Daniel Defert-François Ewald (Comp.), *Dits et écrits III* (pp. 13-27). Paris: Gallimard.
- 3) Han, Byung-Chul (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- 4) Salinas, Adán (2014). *La semántica biopolítica*. Foucault y sus recepciones. *Viña del Mar: Conaltas*.
- 5) *From Biopolitics to Psychopolitics in Byung-Chul Han's social thought*/Athenae Digital. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, vol. 17, núm. 1, pp. 187-203, 2017/Universitat Autònoma de Barcelona.
- 6) Alain Badiou/Compendio de Metapolítica/Prometeo/Buenos Aires 2009.

(*) Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión



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

GESTIÓN Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS



Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster (*)

Los “**Métodos Colaborativos de Prevención y Gestión de conflictos**”, y en particular la mediación, son reconocidos como instrumentos clave en el tratamiento de la conflictiva que se produce en el ámbito sanitario, contribuyendo a morigerar aspectos negativos en la dinámica relacional entre los distintos actores involucrados en la actividad prestacional.

Sin embargo, su alcance es aún más extenso, comprendiendo un sinnúmero de controversias que exceden lo estrictamente prestacional y que requieren un abordaje transversal e integrador.

Del mismo modo que la intervención de un tercero neutral experto facilita la comunicación y mejora las probabilidades de alcanzar acuerdos, entendemos que resulta imprescindible propiciar la incorporación de una mirada de contexto que contemple aspectos ambientales, sociales y económicos, resulte sistémica e integradora, favorezca conversaciones más profundas, permita construir acuerdos más duraderos y un desarrollo más sustentable.

ORGANIZACIONES SALUDABLES

Diversas disciplinas confluyen en la necesidad de crear y desarrollar organizaciones más saludables en términos de fomentar un liderazgo positivo, alejado del miedo y el control y centrado en la motivación, en el desarrollo y bienestar de las personas; generando un ambiente de trabajo saludable, tanto en la dimensión del bienestar físico, como mental, emocional y vincular.

Las malas condiciones de trabajo y el entorno de la organización perjudican en última instancia el rendimiento de sus integrantes y por ende pueden erosionar la misión de esta: pérdida de clientes, servicios

prestados de manera deficiente, ausentismo, alta rotación, fuga de talentos, y la lista podría seguir.

En contraste, las organizaciones que fomentan entornos saludables promueven el éxito de los empleados y de la organización en su conjunto, abordando la salud de los empleados de modo “integral”, estableciendo estrategias individuales, grupales y organizacionales destinadas a lograr ese gran objetivo.

Los dramáticos cambios que caracterizan la nueva economía, los avances tecnológicos en particular, la inteligencia artificial, están remodelando el ambiente laboral y generando al mismo tiempo nuevos mercados laborales.

Se requieren empresas innovadoras, diversas y flexibles, incluso desde el punto de vista legal. El sector inversionista hace presión para que las empresas generen ambientes de trabajo justos, productivos y potenciadores, trayendo aspectos de la responsabilidad social empresarial o empresas “B”, entre otras.

Los trabajadores son una pieza clave de las organizaciones cualquiera sea ella, y allí vemos que empieza a hablarse del “desacople del empleo”: cambia el paradigma del trabajo “para siempre”, trabajadores con más de un trabajo, empleos parciales o más flexibles, trabajos en plataformas, trabajos independientes, etc.

Algunas preguntas significativas que orientan nuestro enfoque...

¿Cómo debieran abordar los conflictos que se suscitan entre los trabajadores?

¿Cómo estructurar mecanismos de gestión de conflictos planteados por pacientes o sus familiares?

¿Qué nivel de satisfacción tienen los pacientes, trabajadores, profesionales

respecto de resolución de conflictos o tensiones que existen en la empresa/institución?

¿El ausentismo o alta rotación podría considerarse como indicador de conflictos en algunas áreas específicas?

¿Las áreas legales o de recursos humanos cuentan con formación en **Métodos Colaborativos de Gestión de Conflictos**?

Daniel Goleman, autor de “La inteligencia Emocional” sostiene que los distintos modelos de inteligencia emocional que se han propuesto encajan en cuatro dominios genéricos: la autoconciencia, la autogestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones. Dentro de este último destaca la **gestión de los conflictos**, entendiéndola como el arte de saber escuchar a todas las partes, comprender sus puntos de vista y ayudar a encontrar buenos puntos de encuentro o síntesis, que permitan que todos puedan ganar.

Veamos la línea que creó el CEO de nada más y nada menos que una de las empresas de tecnología de más impacto en el mundo Natya Sadella, quien en su libro resalta especialmente la práctica de la escucha y las conversaciones como elementos centrales de su liderazgo para gestionar inicialmente la compañía, e irradiar en otros líderes de esta.

Nadella se encargó de crear espacios de atención para que todos los empleados pudieran compartir opiniones y miradas: “*Escuchar era lo más importante que hacía cada día porque constituía el fundamento de mi liderazgo para los próximos años. Para mi primera pregunta: ¿Por qué existe Microsoft?, el mensaje era alto y claro. Existimos para empoderar a otras personas con nuestros productos*” (Nadella, 2017, p. 80).

Este es precisamente el escenario propicio para el desarrollo de los denominados **métodos auto-compositivos de gestión de conflictos**. A esta altura todas las organizaciones y en especial las de salud debieran sentirse interpeladas por las nuevas demandas, ya que urgen respuestas y mecanismos adecuados para ser eficaces en la cruzada de poner en el centro al SER HUMANO.

Experiencias como las de España, con la Dra. Gloria Novel Martí como principal referente de la instalación de la Mediación Sanitaria en el Consorci Sanitari de Terrassa, son un faro que ilumina el camino.

Y a nivel local, iniciativas por demás plausibles, como la puesta en marcha del espacio “**El Hospital te Escucha**”, a cargo de la Lic. Soledad Cazón, en el Hospital Municipal Manuel Cabrera de Cnel. Pringles; la capacitación en “Gestión de Conflictos en el ámbito de la Salud” en la Asociación de Trabajadores de la Salud Argentina, provincia de Río Negro, y la reciente incorporación de dicha formación en la Federación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, entre otras, son alguna de las muestras de que ya estamos transitando ese camino.

Camino que ya cuenta con adeptos y colaboradores comprometidos. □

Referencias:

- 1.- <https://www.linkedin.com/pulse/20-grandes-ideas-para-2020-estas-son-las-tendencias-que-fabeni/>
- 2.- Goleman, 2013, pág. 18

(*) Abogadas – Mediadoras – Consultoras en Mediación Sanitaria

ESTAMOS

Brindando siempre el mejor servicio con la
cobertura de salud más amplia del país.

www.osde.com.ar



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

LA SALUD Y LOS PESOS ARGENTINOS



Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni (*)

De acuerdo con los economistas enfrentamos una crisis histórica que amenaza con destruir para siempre el valor de los “pesos” argentinos. Concomitantemente se derivan de la crisis graves consecuencias sanitarias. Ante la eventualidad de la destrucción del peso y el salto al precipicio, también asistiríamos al epílogo de gran parte de nuestro contrato social. Y esto por una sencilla razón; no hay forma de sostener en adelante aquello que supimos conseguir durante un siglo en materia de salud.

La salud es en estos momentos el invisibilizado campo de batalla donde la crisis hace sus mayores estragos. La pandemia provocó unas 150.000 muertes en la Argentina, luego es razonable asumir que de 300.000 a 400.000 personas sobrevivieron a una neumonía grave, más de la mitad con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Esto no había sucedido nunca. Además, no existen antecedentes de una infección que haya alcanzado al 90 por ciento de la población en el lapso de dos años, con 2 a 5 por ciento de reinfecciones (¡Dos veces por el mismo virus en dos años!). A esta carga de enfermedad respiratoria debemos agregarle la crisis de salud mental con aumento de las incidencias de depresión, ansiedad, intentos de suicidio, y suicidio, como no se tiene memoria en nuestro país. Están por verse los efectos (con toda seguridad inmensos) de la pandemia sobre la morbilidad por cáncer evolucionado, enfermedad cardiovascular desatendida, y diabetes mal controlada, debido a la disrupción del sistema de salud durante los peores momentos del Covid-19.

La crisis económica, por su parte, tendrá severos efectos sobre la salud de la población. En reiteradas ocasiones los estudios han mostrado que las crisis económicas del 1989, 2001 y del 2018, aumentaron la mortalidad precoz entre los argentinos. Ese aumento de mortalidad ocurrió especialmente (no exclusivamente) en las personas de 45 a 65 años varones y provenientes de barrios pobres. Este efecto no hace más que repetir aquello evidenciado en la abrumadora mayoría de los estudios internacionales; una crisis económica produce aumento de la mortalidad en general. Las causas son múltiples, algunas desconocidas, pero la relación es clara.

Ahora bien, pobreza, inflación, y deterioro del tipo de cambio, producen un **profundo impacto en el propio sistema encargado de prestar servicios de salud.** Se trata de efectos

serios que vienen a coronar el desatendido crepúsculo del que supo ser el mejor sistema de salud de América Latina. Aquello que construimos durante décadas se desvanece entre nuestros dedos con la misma inercia con que economía e indolencia política destruyen el pacto social de los argentinos.

El pacto social consiste en una serie de conductas esperables de ciudadanos y gobierno en virtud del cumplimiento de una serie de obligaciones recíprocas. Su fundamento es una colección de valores compartidos. Huelga entrar en detalles; todos sabemos qué cosas no se cumplen, quienes incumplen, y cuáles son las conductas esperables que hoy ya no suceden. Pero no es tan evidente su correlato en el sistema de salud. Sistema de salud que constituye, por otra parte, una pieza fundamental del pacto social del cual hablamos, toda vez que honra el valor fundamental del derecho a la vida. Nada es tan opuesto a la cooperación originaria de la comunidad política como dejar de brindar un cuidado posible a quien lo necesita para no sufrir o morir. Si la sociedad no cumple un pacto para la vida entonces ya no puede comprometerse a nada. Desde estos goznes se erige el sistema de cuidados médicos y los resortes complementarios que conforman el sistema en su conjunto.

El sistema de salud es el conjunto de agentes y procesos que directamente y basados en la práctica médica en sentido amplio producen finalmente una vida más larga y saludable en la comunidad. Eficacia y eficiencia del mismo se conocen por sus resultados. La expectativa de vida en nuestro país supo ser diez años mayor a la de Corea del Sur; hoy es de cinco años menos. La estatura del varón de 18 años promedio era 7 centímetros superior a la del coreano; hoy es dos centímetros inferior. La mortalidad infantil de la Argentina era la mitad de la de Corea del Sur, hoy es tres veces superior. Podemos compararnos con Chile o Uruguay y advertiremos tendencias parecidas. Adicionalmente, en treinta años la eficiencia de cada peso argentino invertido en salud ha sido casi la mitad del real o los pesos chilenos o colombianos usados a tal fin. Ni hablar de la eficiencia del Won surcoreano.

El mensaje es claro. Sintomáticamente denunciamos emigración de talentos, graves defectos en la formación del recurso humano, remuneración irrisoria a todo nivel, deterioro de las instalaciones públicas, funcionamientos con niveles de calidad muy por debajo de lo deseado, una corrupción sin parangón, parquedad de información indispensable para la toma de decisiones, relegamiento de la profesión, fragmentación del sistema financiador con sospechosas superposiciones, y demás. Aquí también, huelgan los detalles. En lo profundo hay otra cosa. En realidad, sucede que se debilita la fuerza arquitectónica que dio origen al mismo. La vocación es atacada con condiciones de trabajo muchas veces humillantes, la planificación es reemplazada por prioridades políticas de coyuntura y mezquinas, y la obligación con el ciudadano es sustituida por oscuros compromisos con intereses sectoriales.

Con el debilitamiento de la moneda se resquebraja el pacto social, y con él cruje nuestro sistema de salud. El resultado final es el mismo. Los argentinos no solo podremos adquirir menos bienes; más dramático aún, podremos procurarnos menos salud. Lo lamentable es que se desatiende la enorme energía que nos vendría del esfuerzo colectivo por atender al que sufre. Finalidad última del ámbito sanitario. □

(*) Médico - Doctor en Medicina - Extitular del PAMI

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**

DEBEMOS DESESTIGMATIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

La evidencia sobre los mejores indicadores de aquellos países con fuertes estrategias de atención primaria es abrumadora. No importa el modelo político del país o la organización del sistema de salud. Las bases racionales para estos beneficios se basan en la mejora en la accesibilidad, el foco en la prevención y el manejo temprano y oportuno de los problemas de salud. Impulsada desde los organismos internacionales, las estrategias de atención primaria se han vinculado a las iniciativas destinadas a que la cobertura universal sea realmente una cobertura efectiva.

Los modelos de atención primaria de la salud han poblado los discursos de todos los sanitaristas y funcionarios, sin importar su simpatía partidaria y sin solución de continuidad desde el regreso a la democracia. Sin embargo, seguimos fracasando. Los motivos del fracaso son multifactoriales. Hay elementos que se vinculan al financiamiento, a la gestión y a la organización de los sistemas prestadores en los diferentes subsectores.

En primer lugar, esta estrategia ha sido promovida casi en forma exclusiva en el sector de gestión estatal. Tal vez esta limitación a un grupo de la población sin cobertura de la seguridad social, y por ende desvinculado del mercado de trabajo formal, ha sido parte de su estigma. Esta puede ser la causa de que la población con opciones de elegir la vea como una estrategia de baja calidad, destinada a ahorrar recursos y prefiera utilizar en forma directa el servicio de múltiples especialistas y sostenga la libre elección como bandera de clase.

A esto se suma el bombardeo publicitario y mediático vinculado a las bondades de la tecnología, de la mano de su explosión en la segunda mitad del siglo XX. Todo esto ha construido una tácita aceptación que la medicina más especializada, más tecnológica, siempre es mejor, desconociendo las consecuencias derivadas de la aplicación de procedimientos innecesarios. La prevención cuaternaria sigue siendo la preocupación de unos pocos académicos.

Si bien los equipos de atención primaria son claves para ayudar a navegar en el sistema de salud, no deben ser considerados como meros administradores de recursos tecnológicos.

Esta mirada simplista es la que ha predominado en el subsector de la seguridad social, y PAMI en particular.

Reducir el modelo a un primer nivel de atención con un médico de cabecera con función de “portero” del sistema, es otra de las causas de su rechazo.

Modelos de auditoría obsoletos, basados en la autorización previa de estudio, promueven la saturación de cuestiones administrativas redundantes que llevan por un lado al desaliento para los profesionales, y por otro, a una pérdida de su imagen frente a los pacientes. Todo esto deteriora un principio clave como es la confianza en la relación médico paciente. La falta de sistemas informáticos y el uso de estos procedimientos de auditoría, como forma encubierta de programación y desaliento, desmerecen cualquier modelo que contemple un primer nivel de atención.

Para el caso del subsector público la falta de redes eficientes de referencia y contrarreferencia, en muchos distritos, y las demoras, impulsan al paciente a buscar atención en guardias hospitalarias que aparecen saturadas de consultas no urgentes.

No es posible analizar este fenómeno sin analizar el capital humano con el que contamos en términos de calidad y cantidad. Los datos son desalentadores. Por un lado, las residencias de medicina general y familiar no han logrado atraer a los graduados de medicina. Las reformas curriculares en el grado tienen un tibio efecto sobre los estudiantes. Pese a una creciente oferta de plazas de residencia con buena calidad formativa en todo el país, el número de ingresantes prácticamente no ha sufrido variaciones, incrementándose solo el número de vacantes no cubiertas.

Por otra parte, la mitad de los egresados de las residencias de medicina general no continúan en la práctica activa de la especialidad. Esto genera un déficit que requiere políticas activas de capacitación y llevara años revertir. A esto se suma que las políticas erráticas de atracción y retención, en lugares alejados y desatendidos, hayan llevado a que esos lugares solo consigan profesionales que no han completado una formación en la especialidad o en el ocaso de su carrera profesional.

Hacen falta políticas activas e intervenciones en diversos aspectos y niveles. Pero sobre todo es necesaria una revolución cultural en todos los niveles, los gestores, los profesionales y la población. Hace falta convencer a la población que el éxito en salud se consigue cuando predominan los logros colectivos sobre las miradas individuales.

Hay ejemplos a seguir tanto en el subsector de gestión estatal como en el ámbito de la atención de la seguridad social y privada. Debemos estudiar esos procesos y detectar las claves de su éxito. Esa evidencia empírica debe utilizarse como piloto y escalar las intervenciones. En primer lugar, es necesario una inyección de recursos en todos los subsectores destinado a la APS con dos objetivos.

Por un lado, generar estímulos para atraer y retener profesionales y, por otro lado, dotarlos de las condiciones para resolver los problemas de la población. Un aumento de la accesibilidad con capacidad resolutoria, jerarquizar la tarea, generará confianza en la población. La promoción de la salud digital, la historia clínica electrónica y la telemedicina pueden ser herramientas poderosas en este sentido. Integrar subsectores también resulta clave, romper barreras y promover una percepción de un modelo de salud más homogéneo.

Sólo si los beneficios son evidentes lograremos la adhesión de los ciudadanos al modelo. □

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



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

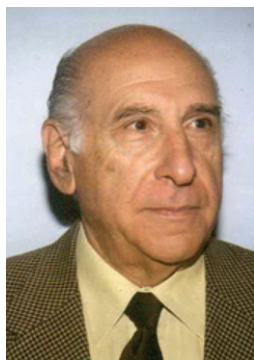
Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

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

¿CÓMO CAMBIAR EL RUMBO?



“La estrategia sin proceso es poco más que una lista de deseos”. (Robert Filek)

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

No es ocioso diferenciar un Sistema de Salud de un Sistema de atención Médica. El primero incluye a todas las organizaciones y recursos que concurren al financiamiento, no siempre sinérgico y colaborativo, que tienen como finalidad mejorar directa o indirectamente la salud de la población. Ello incluye al Sistema de Atención Médica que con financiación pública y predominantemente contributiva concentran la preocupación política, económica y social.

De los muchos problemas que se diagnostican cuatro son los que adquieren mayor relevancia y constituyen ejes estratégicos:

- 1) La desintegración de los recursos financieros en múltiples cajas, algunas de ellas en situación de quiebra.
- 2) La crisis del personal sanitario en lo que hace a su formación, distribución y retribución.
- 3) La incompleta información sanitaria que no incluye los resultados que brindan los servicios de la oferta.
- 4) El reto que supone la aplicación de políticas que promuevan la equidad en un entorno pluralista, de incertidumbre y restricciones económicas.

En este escenario situacional es necesario olvidar el centralismo, el unitarismo y las propuestas de reformas con contenido especulativo que procuran mejorar el posicionamiento sectorial como condición de integración dentro del sistema. En cambio, corresponde indagar sobre el origen de las causas y consolidación de los desvíos y de la pérdida de valores, de modo tal que puedan traducirse en un plan estratégico de largo plazo para ser concretado en cada jurisdicción. El mismo debería contemplar:

- 1) El derecho a la salud como un actor dentro del sistema.
- 2) La disponibilidad de una herramienta que haga posible la universalización de la cobertura.
- 3) El medio de gestión que mejore la eficiencia tanto de proveedores como de financiadores.
- 4) La reducción de la variabilidad médica.
- 5) La concentración de la alta complejidad en beneficio del nivel de entrenamiento.
- 6) Las relaciones contractuales como una sinergia de intereses orientada a resultados, y corresponsabilidad presupuestaria independientemente de la forma de retribución profesional.

No se trata de una planificación normativa que supone que todo ocurrirá según lo planeado, sino de un proceso entendido como el cálculo que precede y preside la acción a cuyo efecto debe reconocerse un momento explicativo en el que se indaga sobre los problemas y las oportunidades intentando hallar las causas que los generan.

Le sigue el momento normativo en el que se diseña el cómo debe ser la realidad o la situación deseada, etapa que suele confundirse con la totalidad de una planificación.

El último paso es construirle viabilidad al diseño normativo. Es decir, cuáles son los obstáculos por vencer y cómo hacerlo, para llegar a una realidad como una fuerza de cambio hacia la situación elegida. Aquí es donde aparecerán los obstáculos políticos, económicos, culturales, organizativos, legales y cognoscitivos a resolver. Por lo tanto, hay que diseñar y calcular cómo sortearlos en cuanto se opone al cumplimiento del diseño situacional planeado.

En consecuencia, la planificación se refiere al proceso de gobierno, sea de un país o de un centro de salud porque quien planifica gobierna.

Los principios sobre los que se apoya una estrategia son perdurables independientemente del ritmo de cambio y de la tecnología (M. Porter). Por tal razón es un error detenerse o procurar un cambio o una mejora operacional y olvidarse de la estrategia, toda vez, que la arquitectura del Sistema de Atención se desarrolló a favor de otras políticas e intereses que reemplazaron la decisión política de optar y establecer un modelo de atención. □

Bibliografía: Planificación, libertad y conflicto. Carlos Matus. IVEPLAN.

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

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



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



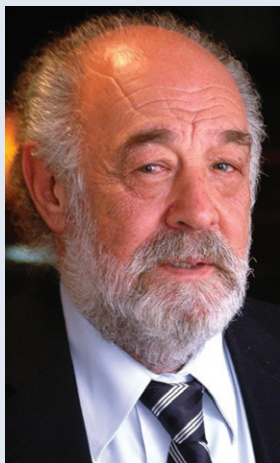
Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

UNA DEMOCRACIA FUERTE PARA UNA SALUD RESISTENTE



“La corrección de las fallas es el método más importante de la tecnología y el aprendizaje en general, el único método de progreso”.
Karl Popper

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

El tiempo y la experiencia pasados desde el comienzo de la pandemia no han rendido los frutos de sabiduría y superación que nos gustaría ostentar. Lejos de ello, frente a las incesantes mutaciones del coronavirus SARS 2, nuestra *indefensión sanitaria* persiste impertérrita.

A lo largo de estos ya casi dos años y medio he advertido sobre la absoluta insuficiencia y desviacionismo de centrar la atención (tanto cognitiva como sanitaria) en el receptáculo de “camas” y “respiradores” y en la expectativa desmedida sobre “la vacuna”. El uso de comillas viene a remarcar que estos y otros conceptos similares se llenan de contenido significativo y valioso en la medida en que se activan como herramientas de una aplicación planificada y supervisada de acuerdo a parámetros sanitarios y epidemiológicos en un marco de gobernanza sanitaria.

En este sentido, vale la enseñanza de la teoría cuántica que indica que las cosas *son* en su dimensión relacional, en un contexto que las enlaza en un ambiente y junto con otras cosas. Como afirma el físico y escritor Carlo Rovelli, “la realidad está constituida por relaciones, antes que por objetos”. En otras palabras, los objetos *son lo que son* en virtud de sus relaciones, en un ambiente, en un contexto determinado y en una dinámica diacrónica de mutabilidad constante. La física cuántica enseña que el simple observador interviene en la medición, incluso antes de ejecutar la medición. En síntesis, todos intervenimos en la realidad por el simple hecho de ser parte de la misma.

En lugar de abordar, bajo este prisma, un proceso de revisión comprehensivo del funcionamiento de atención de la salud en nuestro país y del tratamiento de la pandemia en particular, hemos sucumbido a una contabilidad mediocre sobre fallecidos y vacunados, y poco más. Efectivamente,

¿qué cambio significativo ha atravesado nuestra área sanitaria? ¿Qué mejora sustancial podemos medir en la atención de la población? ¿Qué política pública federal podemos admirar? ¿Qué reestructuración institucional? ¿Qué cambio en la gestión? ¿Qué plan de formación profesional en especializaciones médicas, particularmente de enfermería, tuvimos más allá de meros anuncios?

En cambio, nos sorprendemos de lo que ya sabíamos que iba a ocurrir, pero preferimos no ver y hasta ocultar. Que la vacuna no impide el contagio y recontagio (vale recordar el señalamiento del inmunólogo francés Patrice Debré sobre que las vacunas actuales por definición no cortan la transmisión porque producen inmunoglobulina G, y no la A); que el virus muta sin cesar, que las salas de terapia intensiva no son nada sin *médicos intensivistas*, que todavía no contamos con registros fehacientes del estado y evolución de la salud de nuestra población (léase historias clínicas digitalizadas).

La información siempre estuvo disponible. Los brotes asiáticos de SARS 1 en 2003 y de MERS en 2012 aportaron antecedentes valiosos, que se eligió ignorar. Un estudio de 2007 advertía con la expresión “bomba de tiempo” acerca de la probabilidad de un nuevo brote de coronavirus. Y es conocida la propensión a la mutación de este tipo de virus. La alarma por pandemias aumentó también con el ébola, entre otros, e hicieron que la propia directora de la OMS en 2015, Margaret Chan, indicara *preparación* de los sistemas de salud.

Hoy, la “viruela del mono” nuevamente enciende alarmas que preferimos desoír. No se trata de generar pánico. Su forma de contagio por contacto directo lo hace más propenso a la contención que los virus respiratorios, pero para ello hay que preparar *protocolos procedimentales* de detección temprana y aislamiento operativo inmediato, además de un *adecuado* control migratorio. La dispersión de información periodística (y sobre todo la más caótica por redes sociales) puede generar una mezcla de angustia e indiferencia en la población por saturación. Pero tampoco alcanza con la simple precaución de responsables de gobierno o institucionales. Se requiere del funcionamiento de una estructura sanitaria de la que carecemos.

Efectivamente, el estado de la salud en nuestro país, así como el de sus instituciones en general, requiere de una decidida transformación. No se trata de empezar todo de nuevo, lo que no es deseable ni posible, pero sí de encarar una serie de cambios estructurales y no rectificaciones parciales aquí y allá. En el fondo, al decir de Siegfried Kracauer, se trata menos de que las instituciones cambien como de que los hombres cambien las instituciones.

Porque incluso más allá de la indispensable *gobernanza sanitaria*, se requiere un cambio de fondo en la racionalidad social mayoritaria. El propio proceso de transformación sanitaria constituiría un caso de acción política en el marco de lo que Benjamin Barber llama **democracia fuerte**. Significaría a la vez una expresión democrática y un impulso a su propia fortaleza.

Lo que Barber propone en su célebre obra de 1984, *Strong Democracy: Participatory Politics for a New Age*, es comprender a la democracia no como un mero conjunto de reglas de convivencia y marcos institucionales, sino, y tal vez fundamentalmente, una forma de vida comunitaria que busca

intervenir públicamente para mejorar la vida social. Es en este sentido que rescata la idea republicana que subraya la importancia de la participación democrática en lugar del liberalismo más llano que pretende restringir los abusos estatales y resguardar las libertades individuales, reduciendo la vida social a una combinación de círculos de intimidad y vínculo comercial, donde lo público se limita a una bifurcación de Mercado o Estado.

Rescatemos tres de varios aspectos propios de la política que señala el teórico norteamericano:

- La política como el *ámbito de la acción*. Se trata de transformar el entorno y afectar el espectro de posibilidades de las personas.
- La política como el *ámbito de la elección*. Una elección es política cuando es el resultado consciente de una deliberación previa. Así, la conciencia y la deliberación distinguen a la ciudadanía de la masa.
- La política como el *ámbito de la razonabilidad*. “La razonabilidad es una respuesta a la ausencia de certidumbre epistemológica, un punto intermedio entre la arbitrariedad y la racionalidad científica. La razonabilidad implica algo más que la negociación entre intereses exige la presencia de empatía para reformular en términos públicos los intereses privados, para ponernos en un contexto social que incluye los intereses de otros”, en palabras de un comentarista de su obra. ⁽¹⁾

En definitiva, es con **la acción política y la participación democrática** que las personas pueden mejorar sus vidas y su sociedad, impidiendo caer en la impotencia política, el nihilismo moral y el deterioro social. Debemos superar las instancias de negociación de intereses y resguardo de prerrogativas, que son válidas y necesarias, para incorporar una noción más amplia de libertad que busca mejorar la asequibilidad de bienes y servicios de manera equitativa y eficiente. Pasar de la inmediatez de los intereses individuales y del cortoplacismo miope a la visión conjunta de los objetivos comunes. *Comprender que la libertad se expande en un espacio público de construcción solidaria*, y que no se contradice con relegar el puro beneficio propio para priorizar el florecimiento del bien común.

Es sólo sobre este entendimiento que la construcción de un acceso sanitario de calidad para nuestro pueblo será posible. □

Referencia:

1) Antonio Chapa Lluna “El retorno a la política. Incertidumbre, deliberación y acción política en la teoría de la democracia de Benjamín R. Barber”, Revista Veritas n°31, sept. 2014.

(*) 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); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



PANDEMIA E INNOVACIÓN: APRENDIZAJES DESDE OXFORD



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

Durante el mes de julio tuve la oportunidad de viajar a Gran Bretaña para participar, en la Universidad de Oxford, del seminario para líderes Latinoamericanos “*Gestionando la Innovación: Aprendizajes de la Pandemia en Inglaterra y América Latina*”. Fueron cinco jornadas intensivas de puesta al día sobre las experiencias innovadoras y desafíos que enfrentan los sistemas de salud a nivel global, todo ello con el marco de prestigio y excelencia académica que caracteriza a esta tradicional universidad inglesa.

El programa se enfocó en los procesos de innovación implementados frente a la crisis generada por el Covid-19 en Reino Unido y América Latina y, al mismo tiempo, en anticipar respuestas creativas de cara a los desafiantes escenarios que se avecinan en el campo de la salud. Especial atención mereció también la reforma del modelo de salud inglés, con miras a lograr una mayor integración de sus redes.

Comparto a continuación algunos de los tópicos presentados en Oxford que considero relevantes para repensar la organización de las instituciones sanitarias y el fragmentado sistema de salud argentino.

VACUNA EN TIEMPO RÉCORD

La vacuna contra Covid-19 de Oxford-AstraZeneca no es producto de un momento “Eureka”. Logró desarrollarse en tiempo récord gracias a la disponibilidad de una plataforma de vacunas ya en funcionamiento y preparada para la emergencia de una eventual pandemia -que se preveía sería de influenza-. Fue la capacidad instalada en materia de infraestructura, programas y relaciones preexistentes entre universidades, hospitales, industria, gobierno y organizaciones sin fines de lucro, lo que permitió progresar velozmente y alcanzar la inmunización que salvó miles de vidas en todo el mundo.

LA INNOVACIÓN COMO IMPERATIVO

Los campos de innovación en materia sanitaria incluyen el desarrollo de nuevos productos, procesos, avances tecnológicos, nuevas redes de cooperación, modelos de

gestión del conocimiento y cultura organizacional. En definitiva, nuevas formas de hacer las cosas para provocar un cambio radical que impacte positivamente en la accesibilidad, calidad y eficiencia de los sistemas de salud. La creatividad -combinada con la analítica de datos- se torna imperativa a la hora de definir cualquier estrategia de transformación. Lejos de ser una opción, la innovación se ha convertido en un factor indispensable para la supervivencia de las organizaciones.

RECURSOS HUMANOS, RECURSOS ESTRATÉGICOS

Desde una mirada global, las tendencias demográficas muestran el aumento de la expectativa de vida, población creciente y cada vez más envejecida. A esto se suma la emergencia de nuevos medicamentos, tratamientos y aparatología médica, alta inflación, recursos humanos del sector desgastados por la pandemia y elevados niveles de ausentismo.

Inevitablemente, este escenario genera tensión entre la demanda creciente de prestaciones médicas y la capacidad de suministrar servicios de salud. Aumentar la productividad aparece como la solución a este dilema, para lo cual es necesario incorporar tecnologías y modos de gestión organizacional más flexibles y eficientes.

En materia tecnológica, los horizontes se expandirán mucho más allá de la telemedicina -rápidamente adoptada durante la pandemia-, avanzando hacia la robótica, la inteligencia artificial, la digitalización de los cuidados y otras tecnologías con capacidades clínicas mejoradas.

El personal de salud deberá desarrollar nuevas habilidades y aptitudes para adecuarse a los avances de la tecnología digital y las exigencias de los cambios en la organización del trabajo. Se requerirá para ello una mayor inversión en la recolección de datos, la evaluación y el desarrollo de una cultura del aprendizaje en los servicios sanitarios.

REDES INTEGRADAS: LA CLAVE DEL NUEVO MODELO INGLÉS

Previo a la pandemia, Gran Bretaña había comenzado un proceso de reforma enfocado en fortalecer la gobernanza del sistema de salud nacional para desincentivar la competencia y aumentar la colaboración entre los diferentes actores.

Los Sistemas Integrados de Atención, que se establecieron el 1 de julio de 2022, congregan las redes de atención primaria y secundaria, los hospitales y los servicios de atención comunitaria, emergencias y atención social de cada jurisdicción. Con esta nueva política nacional se busca avanzar en la planificación de respuestas integradas, otorgando mayor autonomía a las decisiones de los actores en el nivel local.

El objetivo es mejorar los indicadores de salud y la asistencia sanitaria de la población, ofrecer una mejor experiencia y acceso a servicios de salud de calidad y reducir desigualdades, mejorando al mismo tiempo la productividad y la relación costo-calidad en las contrataciones.



Esta política nacional también prioriza la prevención, apuntando a lograr un mayor grado de compromiso ciudadano con el cuidado de su propia salud. Aquí también la estrategia son las alianzas con diversas asociaciones, incorporando un esquema de prescripción social que involucra variedad de actividades normalmente proporcionadas por organizaciones de la sociedad civil.



permitió evitar 730 viajes en ambulancia, 577 ingresos hospitalarios y 2.885 días de cama.

EN SÍNTESIS

Nos encontramos frente a la necesidad de un cambio profundo y complejo, donde la tecnología resulta un factor clave para bajar la curva de la demanda, aumentar la accesibilidad y optimizar gastos en salud. Pero cabe destacar que la innovación requerida

no es solo una cuestión técnica sino una transformación con raíces profundas, que abarca nuevas reglas, valores y habilidades, modos de hacer y vincularse, e implica, fundamentalmente, un cambio organizacional y cultural. Es necesario dar prioridad a la problemática de los recursos humanos.

El otro gran desafío está en fortalecer la calidad de gobernanza para avanzar hacia mayores consensos en la definición de políticas, normativas y reglas de interacción entre los múltiples actores que participan, directa e indirectamente, de la prevención, los cuidados y la asistencia médica de la población. □

REDUCIR HOSPITALIZACIONES

Un ejemplo interesante del trabajo en redes son las estrategias diseñadas por el Sistema de Atención Integrado de Leicester para reducir las internaciones innecesarias de las personas mayores.

Por un lado, establecieron un servicio de respuesta rápida para adultos mayores, diseñado como solución a los casos de caídas en el hogar. Disponible las 24 horas, el modelo responde dentro de las dos horas y ofrece hasta 72 horas de soporte, incluyendo atención, evaluación, gestión de riesgos y servicios integrales, como equipos, tecnologías de asistencia y personal de mantenimiento para realizar cambios necesarios en el hogar y evitar futuras caídas.

Para aquellos viviendo en residencias geriátricas, utilizan un esquema de evaluación y discusión clínica intersectorial -del que participan, entre otros, referentes de atención primaria, hospitales y servicio de ambulancia-, para evaluar la conveniencia de traslado al hospital o provisión de seguimiento en el domicilio. Durante el período inicial, esta iniciativa

(*) 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.

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

Tenemos experiencia



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

LOS DESAFÍOS DE HACER SUSTENTABLE UN SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO E INEFICIENTE

El 17 de agosto pasado en el salón de eventos Palais Rouge tuvo lugar la décima edición del Congreso Argentino de Auditores y Gerentes de Salud, organizado por la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM). La temática que se abordó este año fue “Cómo gestionar un Sistema de Salud desfinanciado: reingeniería para construir un futuro viable”, que planteó la necesidad de articular el trabajo del ámbito público y privado, y lograr una gestión de calidad, frente a un escenario de múltiples variables que profundizan el desfinanciamiento del sistema de salud.

La Prof. Farm. Estela Izquierdo, presidente de SADAM, fue la encargada de abrir el congreso: “El Sistema de Salud Argentino ha atravesado en los últimos años una serie de circunstancias que lo han afectado muy profundamente y que en la actualidad comprometen seriamente su misma subsistencia”. Así, indicó que a los tradicionales problemas económicos de la Argentina, se ha sumado la pandemia por Covid-19 y el enfrentamiento entre Rusia y Ucrania, entre otras circunstancias. A su vez, la Farm. Izquierdo señaló que estas causas “hacen sinergia con las dificultades que siempre han existido en materia sanitaria: el déficit permanente de los financiadores, la irrupción de las nuevas tecnologías, la fragmentación del sistema, la judicialización de la salud y el aumento de la sobrevida, en definitiva, una gran demanda en salud con unos recursos cada vez más escasos”. Y frente a esto dijo: “hoy más que nunca es necesario trabajar en la construcción de un sistema con equidad, eficiencia, accesibilidad, sustentabilidad, una buena gestión de calidad y centrada en el paciente”.



La conferencia de apertura estuvo a cargo del Dr. Luis Scervino, exsuperintendente de Servicios de Salud de la Nación, quien lanzó la pregunta, “¿Es la fragmentación la culpable de la desfinanciación?”. A lo largo de su exposición destacó que “la fragmentación es un mito que repetimos pero que es una verdad a medias”, ya que, si bien es parte de la problemática, “al ponerla en contexto vamos a encontrar problemas muchísimos más graves que la remanida fragmentación en el sistema de salud”. En este sentido, remarcó que es necesario analizar y trabajar estas variables para evitar el desfinanciamiento del sistema. En la misma línea, señaló que existe una gran carencia de información estadística confiable sobre el sistema de salud por lo que hay que trabajar con muchas fuentes para poder acceder a una información veraz.

El exsuperintendente afirmó que todo el sector público de la salud -17 millones de personas aproximadamente- tiene **acceso** a la atención sanitaria, pero no así a la **cobertura**: “El tratamiento de un infarto, ¿es el mismo que se hacía en el año 80?, no, cambió drásticamente. El sector público hoy está en condiciones de atenderlo y hasta de internarlo en una unidad coronaria, ¿pero puede darle toda

la cobertura con el tratamiento que hoy, 2022, un infarto tiene?, tengo grandes dudas”, reflexionó.

Abordó la superposición de coberturas que mucha gente tiene en virtud de poder contar con la obra social de su rama de actividad, más un prepago y también el hospital público. Poniendo en números, amplió el concepto diciendo que: “hay un 60% que tiene pública y tiene una obra social, un 2,5% que tiene pública y un



Farm. Estela Izquierdo.



Dr. Luis Scervino.

sistema de medicina prepaga, y después tenemos más de dos coberturas, o sea, un 12% de la población. En realidad, lo que tendríamos que hacer es lo que a nivel de las obras sociales nacionales se hizo, que fue unificar los aportes y no estar desparamando todo porque hay personas que ya tienen 3 aportes a sistemas distintos”.

Mencionó que la **ley de medicina prepaga** también forma parte de la problemática, ya que, debido a una gran regulación, muchos usuarios de la seguridad social optaron por la prepaga, dejando un sector público difícil de sostener: “El sector público con 17 millones de beneficiarios aproximadamente y un monto de 15.700 millones de dólares, le da una cápita de 902, igual que la seguridad social que tiene 22.600 millones de beneficiarios. En el sector privado la cápita es de 2.042 y esto ha traído grandísimas polémicas”.

Ahondando en las estadísticas del INDEC, analizó las estadísticas del **gasto de bolsillo**: “En el gasto total de los hogares el quintil más bajo, gasta el 4,2%, mientras que en el quintil más alto o de mayores ingresos se gasta el 8,9% en

salud, marcando un perfil de consumo de la población”. Asimismo, señaló que desde el 2004 al 2017 se registró una tendencia creciente de **gasto por afiliación**, que referencia a aquellos que optaron por pagar de su bolsillo para tener plan superador, aumentando del 24 a 35%. Por otra parte, en lo referido a **gasto de bolsillo por concepto**, destacó que en el quintil más bajo, más del 50% lo gasta en medicamentos, mientras en el más alto, casi el 50% lo gasta en mejores planes de cobertura.

A continuación, se abrió la mesa de debate desde los financiadores, en la que el Dr. Luis Degrossi, presidente de ADEMP, disertó acerca de los “Desafíos del financiamiento en la medicina privada” y señaló que hay una falta de criterio de donde sacar los recursos para cubrir todas las nuevas tecnologías, tanto diagnóstica como de tratamiento, medicamentos, etc. “No nos han comunicado, menos después de la ley de medicina prepaga, como generar los recursos necesarios y suficientes para seguir brindando la misma calidad de atención”.

También hizo referencia al nivel de inflación que afectó al sector en los últimos



Dr. Luis Degrossi.

años: “En diciembre de 2019 pudimos casi acompañar la inflación. Vino la pandemia y ahí hubo una meseta planchada, por la cual durante el 2020 solo tuvimos el 10% de aumento en el

osim 50 años
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

www.osim.com.ar

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

mes de diciembre”. Y continuó: “Cuando salíamos de la pandemia y comenzábamos a atender la demanda contenida, nos sacaron el poco recurso que nos habían dado de aumento por resolución. Lo que la medicina prepaga pierde no lo recupera nunca más, por más que posteriormente se retomaron los aumentos”. Y concluyó: “Si pensamos en marzo 2018 y vamos hasta junio 2022, hubo un 12% de retraso, es decir, estamos financiando prestaciones con un 12% menos de recursos”.



Por su parte, el Lic. Horacio Raiman, presidente de la Fundación Medifé, destacó que existe una fuerte desarticulación del sistema de salud que lo expone a una triplicación de coberturas, dando una fuerte pérdida de calidad. Afirmó que la solución no se logrará solo por la vía del ingreso, y ante esto planteó acciones que pueden ayudar a la gestión de los recursos: **“Operemos sobre el gasto innecesario, que no es el desperdicio, sino el innecesario. Por ejemplo, indicar una serie de estudios para llegar a un último estudio que se sabe que era el único necesario, generando gastos innecesarios y haciendo pasar al paciente por una serie tediosa de estudios”.** Señaló también que se deben **“gestionar**



adecuadamente las nuevas tecnologías, apoyándose en la medicina basada en la evidencia, de la cual hay muchas publicaciones; desterrar el concepto de sobrepagos y el concepto de fraude; sumarse a la silver economy; usar medicina basada en valor; aplicar módulos atados a resultados, y medir y comparar, convirtiendo datos en información”.

La siguiente mesa ahondó sobre la mirada de los prestadores, en la que el Dr. Mario Lugones, presidente de la Fundación Sanatorio Güemes, señaló al decreto 300 como una bisagra para hacer frente al ajuste del sector: “Este año se va a caer el decreto 300, que permitía no hacer aportes al sector empresarial y la disminución a la mitad del impuesto al cheque. Esto significa que a partir el 1 de septiembre impactará en todas las transferencias del sector salud el impuesto al cheque completo, y a partir del sueldo que se liquide en el mes de septiembre impactará el SIPA. Y eso es un problema serio para el sector que esta desfinanciado”. Por otra parte, el Dr. Lugones indicó que “se firmó una paritaria del 55% porque el *compromiso* era de qué con el 55% íbamos a poder terminar el año. Hoy uno mira para atrás y estamos hablando ya del 90%. En cualquier momento nos vuelven a llamar del Ministerio”.

El Dr. Roberto Martínez, director del Hospital Italiano de la Plata, señaló que la *esperanza* de construir un sistema sustentable nace en la gestión clínica, y de esta manera desarrolló el trabajo realizado en su hospital para modificar y mejorar los diferentes niveles de gestión. **“El cambio que proponemos es virar hacia el concepto de gestión clínica o microgestión, mejorar los resultados de la práctica clínica y a la vez incrementar la participación de todo el equipo profesional en la gestión de los recursos que utilizamos en cada uno de los aspectos de nuestra actividad asistencial”**, destacó el Dr. Martínez.

Para lograr esta gestión indicó que es necesario aplicar la calidad, y utilizar un sistema de información a través de un sistema de cuadro de mando hospitalario, desarrollando indicadores que permitan medir, planificar y controlar la gestión. “La calidad es cara, pero la no calidad es carísima, porque no medimos los costos de la no calidad”, afirmó el Dr. Martínez. A su vez, mencionó tres estrategias: **desarrollo del modelo de medicina hospitalaria, unidades de gestión clínica y comité de guías de práctica clínica** como organismo de estandarización y monitoreo.



La mesa de los auditores estuvo a cargo de la Dra. Viviana García, miembro de la comisión directiva de SADAM, quien mencionó que “el rol del auditor migró de ser reactivo validando un *check-list* para pasar a ofrecer informes de hallazgos, de faltas, desvíos en los procesos, asignando responsabilidad, y anticiparse en propuestas de mejoramiento para las entidades para las que trabajan y auditan”. Y planteó la necesidad de que el trabajo del auditor fuera más reconocido y si para lograrlo, sería necesaria una especialización o acreditación. Luego, el Dr. Daniel Lew, director del Proyecto CEIBA, desarrolló los modelos alternativos de convenio con los que trabajan, para que los pacientes tengan acceso a las innovaciones y las entidades financiadoras puedan amortiguar el impacto de las innovaciones. En este sentido, destacó que “hay que poner el foco en la micro gestión para entender bien cuáles son los verdaderos resultados de las distintas intervenciones, y lograr que los costos o precios estén adecuados a estos resultados”.

La siguiente disertación estuvo a cargo de la Dra. María Teresita Ithurburu, directora nacional de calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación, quien desarrolló el Programa FESCAS. “El objetivo general del programa es promover la cultura de la calidad y seguridad en la atención sanitaria a través del apoyo y el incentivo económico de los establecimientos de salud y de sus equipos”, indicó la Dra. Ithurburu. En este sentido, mencionó que se brindan herramientas que promueven las acciones previstas en el Plan Nacional de Calidad



2021-2024, que cuenta con 4 líneas estratégicas de trabajo: la primera, **fortalecer la rectoría y gobernanza**; la segunda, **implementar procesos de calidad**; la tercera, **implementar procesos de seguridad** y la cuarta, es **lo referido a los equipos de salud de los establecimientos**. Indicó que el plan está diseñado para prestadores públicos y privados, y que contiene herramientas y capacitaciones disponibles para ambos. “La calidad no debe tener diferencias, y estas herramientas ayudan a hacerla más asequible para todos los establecimientos, y a partir de allí, generar los procesos de evaluación y acreditación que podrán

Durante el X Congreso Argentino de Auditores y Gerentes de Salud se realizó la entrega de distinciones que SADAM otorga todos los años a aquellas personas e instituciones que con su trabajo han contribuido al mejoramiento del sistema de salud. En esta ocasión, se distinguió a la Dra. Mariana Flichman, entregado por la Prof. Farm. Estela Izquierdo, presidente de SADAM; y al Hospital Alemán por su acreditación Joint Commission International, representado por su director médico, el Dr. Norberto Mezzadri, y entregado por la Mg. Patricia D’Aste, vicepresidente de SADAM.



realizarse. De la misma forma con la seguridad del paciente”.

En la mesa dedicada a hablar desde la perspectiva de las obras sociales, el Dr.

Carlos Vasallo de la Universidad Nacional del Litoral, describió la tendencia global de muchos sistemas de salud hacia sistemas mixtos, donde conviven el



www.sanidad.org.ar



sistema público y el sistema de seguridad social, con la presencia del sector privado o de aseguradoras sin fines de lucro. Y, planteó “¿Por qué seguimos teniendo un sistema con 292 obras sociales que tienen un sistema, de alguna manera inviable, donde solo 5 de ellas suman el 52% de las poblaciones cubiertas, sosteniéndolo por una cuestión que tiene que ver más con la política sindical, que con la política sanitaria?, me parece que es necesario empezar a plantear una integración pensando en un eje que sea el Ministerio de Salud y dos subsistemas-no menos importantes-como el PAMI y la seguridad social funcionando detrás de una política única, y evitar repetición de políticas”.

Luego, fue el turno del Dr. Fernando Avellaneda, presidente de la COSSPRA, quien desarrolló las problemáticas actuales que afectan al sistema provincial. En relación a los aportes y contribuciones de las obras sociales provinciales, el Dr. Avellaneda indicó que “estos se hacen en relación al valor remunerativo del sueldo. Muchos de los sueldos en las provincias tienen valores no remunerativos, por lo tanto, el ingreso a la obra social provincial se ve perjudicado. Por ejemplo, la obra social provincial en Tucumán no puede retener el aporte de aquellos que cobran, por alguna causa, menos del básico, y por lo tanto la obra social se queda sin recibir el aporte, de un grupo de aportantes, que puede llegar a ser el 7% del padrón. Y esto se repite en todas las provincias”.

Las siguientes disertaciones tuvieron la calidad como centro, en la que el Dr. Norberto Furfaro, presidente del Instituto ITAES, destacó que “la calidad genera

reducción de costos, disminuye el daño y el desperdicio en la experiencia sanitaria” y mencionó que las “fuentes más importantes de desperdicio son la duplicación innecesarias de exámenes y servicios, eventos adversos y evitables, atención ineficaz o inapropiada, insumos descartables de alto costo, insumos con sobrepagos y mala utilización o baja utilización de medicamentos genéricos,

el malgasto administrativo, y el fraude, abuso y corrupción”. En este sentido, planteó que existen serie de situaciones cotidianas y reiteradas donde, a través de una mejora de calidad, se pueden reducir costos. Y propuso que para que las instituciones puedan centrarse en la calidad y en la seguridad del paciente, deben hacer una inversión en la acreditación y sus beneficios, y en instituciones seguras y tecnológicas.

Por su parte, el Dr. Alberto Díaz Legaspe, presidente del CENAS, celebró la acción del Ministerio de Salud en dedicar una secretaría y un programa especial para incentivar la calidad, en el que destacó que se utilizaron manuales de ITAES y de CENAS como parte de la base para empezar a hacer estas capacitaciones y los marcos de acreditaciones. Por otra parte, planteó dos interrogantes: “una, la escasa previsión de indicadores de impacto de este proyecto. Tal vez las encuestas de satisfacción de beneficiarios pueden ser una, pero falta el técnico. ¿Van a bajar los eventos adversos?, ¿las infecciones nosocomiales?, ¿las caídas?, ¿las cosas que evidencian la no calidad? Y dos, no vi que haya una puesta en marcha de indicadores que nos permitan saber si lo que se va a hacer-que me encanta y los felicito, tiene verdaderamente algún impacto”.

En la antelúltima mesa del congreso que abordó los recursos humanos, la Dra. Laura Rodríguez, gerente de RR.HH. del IADT, señaló que para la gestión del recurso humano generan indicadores de gestión, desde la eficiencia, porque “los recursos son muy finitos y necesitamos cuidarlo”. Y a modo de ejemplo compartió: “Las enfermeras son de internación general o de áreas cerradas y pueden ir rotando de un área a la otra, lo que permite flexibilizar y que, frente a una ausencia, pueda cubrirse desde otra área. Esto sucedió mucho en la pandemia, donde muchos enfermeros fueron capacitados para trabajar en terapia intensiva y hoy algunos siguen trabajando en esa área y formándose en la especialidad”. Por su parte, la Mg. Silvia Pascual, gerente de RR.HH. en FUSEA, propuso, a partir de la experiencia vivida por la pandemia,

metodologías para la cultura organizacional actual, en la que destacó la inteligencia emocional y la capacidad de reaprender.

La conferencia de cierre estuvo a cargo del Dr. Gabriel Battistella, subsecretario de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, quien reflexionó acerca de la problemática actual: “¿el sistema de salud no funciona solo por una cuestión de financiamiento? Con ello, refirió que para pensar en una posible reforma, deben establecerse con claridad los objetivos para el buen aprovechamiento de los recursos.



A su vez, señaló que “Las reformas en mayor parte deben pasar por los modelos de atención, ya que los países que tienen mejor accesibilidad y cobertura son los que tienen una red y continuidad de cuidados y en esa red, un escalonamiento de la progresión de complejidad en salud y una puerta de entrada que tiene que ver con el primer nivel de atención, por ejemplo, de un equipo o médicos de cabecera”.

Además, señaló otros puntos importantes que consideró para una reforma: “**Todos los sistemas de salud deben ser integrados**, con diferentes niveles de complejidad y comunicadas entre sí, de cuidados progresivos; una **política de medicamentos clara** que asegure la accesibilidad pero a un costo razonable; **el fortalecimiento de una agencia de tecnología sanitaria**, por la que pasen medicamentos o tecnología para ser aprobados; **la digitalización**, para conectar la red en tiempo y forma, y con ella tomar decisiones, tanto locales, como a nivel macro”.

Por último, instó a aprovechar las oportunidades surgidas a partir de la experiencia de la pandemia: “Lo que hayan hecho documentarlo y cuéntelo, que no quede en la computadora, si no que nos sirva de aprendizaje y de puesta en valor porque quedan muchas cosas por hacer, pero esto que hicimos fue de altísimo valor”. Y finalizó: “Recuperar lo aprendido en la pandemia y saber que podemos mejorar las cosas”. □



Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

Equipo propio de abogados y peritos especializados
Servicios de asesoramiento legal y defensa en juicios
Cobertura civil y penal en todo el territorio nacional para profesionales de la salud



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



AMM: Junín 1440. Tel/Fax: (5411) 4806-1011 | asociacion@medicos-municipales.org.ar | www.medicos-municipales.org.ar
SEGUROS MEDICOS: Viamonte 1674. Tel: (5411) 5811-3510 / 3918 / 3519 | info@segurosmedicos.com.ar | www.segurosmedicos.com.ar

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

TERAPIAS GÉNICAS Y ALTO PRECIO ¿HAY ESPACIO PARA ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO?



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

Las terapias génicas somáticas constituyen nuevas estrategias innovadoras destinadas a corregir el defecto base del 80% de *Enfermedades Poco Frecuentes monogénicas*, caracterizado por la copia confusa de un solo gen, a partir de introducir en los pacientes material genético recombinante exógeno transportado mediante un virus adenoasociado. Pero dada su especificidad, mantienen ciertas incertidumbres tanto clínicas como económicas que han dificultado que su incorporación al ámbito de uso clínico sea sencilla. Especialmente dados sus precios astronómicos. Esto último plantea la posibilidad de que, por revolucionarias que sean, puedan quedar relegadas a nichos de mercado que solo permitan tratar un pequeño número de pacientes en países ricos. Lo que configuraría una perspectiva absolutamente inequitativa para millones de personas en todo el mundo que sufren de enfermedades genéticas mortales o altamente discapacitantes. Tal situación trae además aparejadas dudas adicionales respecto del balance riesgo-beneficio o de costo - utilidad real, que se transforman en obstáculos no sencillos de resolver en un marco de negociaciones con las farmacéuticas respecto de condiciones contractuales de fijación de precios y acuerdos de gestión de riesgo.

En la última década, el mercado farmacéutico se ha visto conmocionado por la aparición disruptiva de este tipo de terapias - muchas ya autorizadas y otras tantas aún en fase de investigación clínica avanzada - destinadas a resolver un amplio número de enfermedades degenerativas de baja incidencia estadística y alto impacto en la calidad vida de pacientes que no cuentan con otra alternativa que aplicar tratamientos paliativos y de soporte vital. Su particularidad terapéutica se basa en requerir una sola administración (*one shot*) por vía endovenosa o intra órgano, en lugar de tratarse de procedimientos de sustitución o paliativos que deben administrarse en forma periódica. Si bien parecen suficientes para controlar o frenar en forma definitiva el avance de determinada patología, aún no disponen de evidencia contrastada significativa respecto de la perdurabilidad de la eficacia terapéutica obtenida en el mundo ideal de las pruebas controladas, caracterizadas además por el escaso número de participantes. Resulta necesario, por tal razón, contar con mayor información que permita conocer no solo la duración de los efectos terapéuticos, sino su seguridad a mediano y largo plazo, así como la eventualidad de requerir otros tratamientos en caso de no obtenerse la efectividad esperada. Más aún en el caso de

pacientes cuyas patologías han venido evolucionando en el tiempo dejando secuelas, o que posean mayor edad y/o peso que lo establecido en los protocolos de tratamiento.

Desde el punto de vista de la *Economía de la Salud*, dos de los mayores desafíos que suponen estas nuevas terapias residen por un lado en la necesidad de establecer si el *Ratio de Costo - Efectividad* incremental en términos de valor efectivo (calidad de vida) para el paciente es el adecuado según las posibilidades económicas del mercado sanitario del país que deba aplicarlas. Y por otro, si esto no pone en riesgo la propia sustentabilidad del sistema de salud, condicionado por recursos finitos y costos de oportunidad en términos sociales. Teniendo además en cuenta lo que respecta a su aceptación de uso y el número de posibles candidatos a tratar. Por lo tanto, el primer punto crítico reside en los precios que establecen las BigPharma a tales terapias en relación a lo que el mercado sanitario pueda soportar, y el segundo las posibilidades reales de financiación de los diferentes países, especialmente los de economías emergentes.

El dilema es que, en medio de esta compleja encrucijada, existen aspectos que complican más aún las decisiones de cobertura de las terapias génicas. Por ejemplo, debe considerarse la incertidumbre respecto de su eficacia terapéutica en el mundo real y no solo de la que surge de ensayos controlados, la inexistencia de tratamientos previos que puedan actuar como comparadores de efectividad, la posibilidad que pacientes con similar patología presenten diferente tipo de respuesta, la eventual potencialidad de algunos vectores para desencadenar cánceres a largo plazo, los umbrales terapéuticos que deberían aceptarse para autorizar su provisión y el reciente dato sobre un análisis de casi 150 ensayos de terapia génica utilizando adenovirus de transporte que demostró un 35% de ocurrencia de "eventos adversos graves" incluyendo el hallazgo de imágenes cerebrales de "significado incierto". A esto se le suma el desconocimiento respecto de los ratios de costo efectividad incremental que pueda soportar la economía de cada país, y la ausencia de modelos predictivos que permitan estimar el resultado final de la modificación genética pretendida en términos de seguridad en el largo plazo, de costo final de la cura, o del valor o utilidad lograda como beneficio efectivo de mejora en la calidad de vida del paciente respecto del pronóstico de la enfermedad.

Podría tomarse en cuenta, no obstante, que gastar una suma elevada en una terapia génica en el largo plazo hoy en día puede ser una buena inversión si proporciona muchos años de vida razonablemente saludables. De allí que cualquier variable de resultado derivada del uso de determinada terapia requiera demostrar relación equivalente tanto con la respuesta efectiva lograda durante el tratamiento, como con la supuesta eficacia demostrada en las fases de ensayo clínico que llevaron a la aprobación del medicamento por parte del regulador. En especial si se trata de la modalidad de autorización condicionada.

Siguiendo esta línea argumental, dada la dificultad de calcular los beneficios extendidos de estas terapias, si un tratamiento de u\$s 2 millones realmente es capaz de asegurar décadas de mejor calidad de vida, entonces su costo por año se reduciría a decenas de miles de dólares. Lo que lo pone en línea con otras terapias modernas, por ejemplo, del campo de la oncología. Esto lleva a establecer la posibilidad de contratos de pago en cuotas anuales, lo cual, si bien en el largo plazo haría al costo total más elevado, permitiría extenderlo en el tiempo haciéndolo menos gravoso para el financiador. Otra eventualidad resultaría de combinar este enfoque con la opción de dejar de pagar si la terapia no resulta efectiva. Por lo tanto, no debiera darse por seguro que el único modelo de financiamiento válido para este tipo de medicamentos sea la obligación automática de cobertura debiendo pagar anticipadamente su costo total, incluso como producto

de la judicialización de la demanda. Especialmente cuando la propia Novartis acaba de confirmar dos muertes por falla hepática grave después de entre 5 y 6 semanas de infusión de Zolgensma®, o sea mucho antes que pudiera corroborarse su efectividad real.

La incertidumbre de los financiadores que tienen que enfrentar este problema de demanda/coertura/pago hace necesario que la autoridad sanitaria establezca en forma rápida regulaciones precisas respecto de la factibilidad de alcanzar diferentes modalidades de acuerdos con la industria farmacéutica, sean de *Riesgo Compartido (ARC)* o de *Resultados*. Circunstancia que exige contar con un marco normativo adecuado y la suficiente profundidad de análisis respecto de las condiciones que deben primar en este tipo de contratos.

En el caso de las terapias génicas ya existentes en el mercado (Zolgensma®, Strimvelis®, Luxturna® o Libmeldy®) o por acceder al mismo, la principal ventaja de los ARC resultaría de la posibilidad de compartir riesgos entre financiador y empresa farmacéutica, para de esta forma reducir la incertidumbre asociada a su efectividad y seguridad. El eje del diseño de un ARC debiera pasar entonces por definir en forma correcta la variable de resultado, vinculándola por un lado a la utilización precoz de la terapia y por otro al grado de efectividad y perdurabilidad del logro terapéutico. Esta variable podrá ser única y permitir dilatar pagos, o bien de tipo intermedia de manera de ir adelantando pagos en forma progresiva a lo largo del período del acuerdo de sostenibilidad financiera, y en función de los resultados obtenidos. Así, cada pago fraccionado en el tiempo que dure el acuerdo quedaría ligado a un punto final definido como objetivo (mejora significativa o curación) perfectamente demostrable.

Quizás la mayor dificultad en nuestro sistema de salud para poner en marcha ARC resida en la inexistencia de registros confiables respecto de resultados clínicos, así como de los reportados por los propios pacientes respecto de su calidad de vida - factor habitualmente poco relevado - que dispongan de generación de evidencias con criterios de seguridad y de medición adecuadamente estandarizados. Lo que además implica un argumento a favor de la industria farmacéutica. De allí que el uso de estas terapias en enfermedades poco frecuentes - una vez establecida la posibilidad de avanzar con este tipo de acuerdos - exija un marco instrumental tanto institucional como de gestión que defina en forma clara y transparente los procedimientos válidos referidos a la toma de decisiones respecto de autorización de uso, fijación de precios, incorporación de cobertura con protocolos de uso clínico, seguimiento estrecho de pacientes y registro sistemático de resultados en el corto, mediano y largo plazo. Lo cual obligaría, además, a contar con una red nacional de alta calidad de prestadores, servicios o unidades de referencia debidamente acreditados en lo profesional y lo científico, y autorizados expresamente para la aplicación de este tipo de terapias, así como de su seguimiento y evaluación correspondiente, que garantice respuestas en términos de igualdad de oportunidades. Además de comités de evaluación ética y de seguridad en la experimentación clínica con la terapia génica.

En el actual contexto sanitario en que estamos inmersos, la necesidad de innovar sobre los modelos de cobertura y financiación de las nuevas terapias disruptivas surge de la preocupación cada vez más frecuente de enfrentar el desafío económico que implica otorgarles accesibilidad a los pacientes que las demanden. Tanto desde la perspectiva del derecho individual a la salud en cuanto a la severidad de la patología tratada y su posible resolución definitiva, como desde una perspectiva social, que necesariamente debe incluir un análisis de su impacto -no sólo económico- tanto en el conjunto de la sociedad como en la calidad de vida del paciente y su familia, sino en cuanto a la estimación de los beneficios sociales, sanitarios y éticos que el desafío de la innovación permanente en el campo de la salud vaya aportando como nuevo derecho. Los *Acuerdos de Riesgo Compartido* pueden ser una excelente oportunidad para ello. Porque en tanto no haya reglas de juego claras en un mercado naturalmente opaco, las oportunidades de contar con respuestas eficientes y eficaces frente a este desafío se irán diluyendo en el contexto de la puja distributiva y el costo de oportunidad de la disponibilidad efectiva de recursos para seguir haciendo sustentable al sistema a futuro. □

(*) 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

IV Congreso de Salud Adecra+Cedim

PRESTADORES DE SALUD PRIVADA EN ARGENTINA: LA PARADOJA DE UNA INDUSTRIA CLAVE EN LA CADENA PRODUCTIVA QUE SE ENFRENTA A LA INVIABILIDAD ECONÓMICA

Adecra+Cedim realizó en Pilar el IV Congreso de Salud, con un auditorio de más de 750 personas y más de 2.500 siguiendo por streaming. Referentes del management en salud coincidieron en la crisis de financiamiento y la fragmentación del sector, y pidieron una “agenda urgente”. Los funcionarios Fernán Quirós, Pablo Yedlin, Luciano Laspina y Leandro Santoro analizaron la coyuntura nacional y los desafíos políticos, sanitarios y macroeconómicos.

“La salud en Argentina es sustentable?” fue el lema que guió el IV Congreso de Salud de Adecra+Cedim—la cámara nacional que nuclea a más de 420 instituciones de salud privada entre clínicas, sanatorios, hospitales privados, laboratorios y centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorio.

A lo largo de dos días, 24 y 25 de agosto, más de 30 especialistas -empresarios médicos, autoridades políticas y otros analistas del área- debatieron sobre dirección médica, recursos humanos y la política económica del sector en el contexto nacional, para tratar de encontrar respuestas a este interrogante, con los aprendizajes en pandemia como escenario.

“Los prestadores estamos atrás en los aranceles. Considerando salarios, insumos médicos y no médicos, honorarios y cargas sociales, entre otras variables, el costo total es del 134%”, señaló **el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman**, en el panel que compartió con el vicepresidente de Adecra, Carlos Pesa, el presidente de la Federación Argentina de Prestadores

de Salud (FAPS), José Sánchez, y el integrante de la Unión Argentina de Salud (UAS), Luis Degrossi, con la moderación del economista Jorge Colina, durante la Jornada Político-Empresaria que se realizó el segundo día del evento.

“En el acumulado de enero a agosto, la inflación salud de los prestadores está 20 puntos por encima del costo IPC para el mismo período. Además, de cada 100 pesos que facturamos recibimos 91, teniendo en cuenta que cobramos a 90 días. ¿Ustedes creen que podemos ser sustentables con esta inflación?”, interpelló Kaufman al auditorio.

Como parte de la crisis estructural que enfrenta el sector, se trató el aumento de costos, la desactualización arancelaria y el desacople financiero, los problemas de precios de medicamentos y altas tecnologías, los desequilibrios en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la costo-efectividad de las prestaciones, entre otros temas. A esto se suma el panorama actual: 19% de aumento en los salarios

de agosto, inflación de 7,4% en julio y la inminente caída de la vigencia del Decreto 300 el 31 de agosto de 2022.

“La salud como bien público, que es lo que debería estar en la agenda del Estado y de la sociedad, el federalismo, el financiamiento digno, la calidad y eficiencia y nuestros recursos humanos son los cinco pilares que debe sostener nuestra actividad”, afirmó Carlos Pesa, quien es también presidente del Directorio del Sanatorio 9 de Julio, de Tucumán, y en este sentido propuso “consensos para una reforma del sistema y avanzar en la provincialización o regionalización para dejar atrás la fragmentación”, entre otros puntos. “Nosotros tenemos que hacer el cambio: salgamos de la queja a la propuesta”, recalcó.

Al cierre del Congreso de Salud, **el presidente de Adecra, Jorge Cherro** puntualizó algunas de las principales medidas necesarias para el sector: “Actualización de los subsidios y beneficios hasta que se recompongan los aranceles congelados durante 2020, tratamiento legislativo para poder utilizar el saldo técnico del IVA Crédito Fiscal y una moratoria impositiva amplia”. “Necesitamos que se nos dé el lugar que nos corresponde por lo que somos: uno de los motores fundamentales en la cadena productiva del país”, resumió.

“¿Existe real voluntad política de avanzar en una reforma integral del sistema de salud en la Argentina?”

La pregunta la deslizó Pablo Paltrinieri, miembro de la Comisión Directiva de Adecra y director Comercial del Hospital Privado de Córdoba, para dar pie a la disertación de los funcionarios públicos, que articularon un amplio debate político-económico y sanitario,



Marcelo Kaufman, José Sánchez, Luis Degrossi, Juan C. Pesa y Jorge Colina.



Leandro Santoro, Luciano Laspina, Pablo Yedlin, Fernán Quirós y Daniel Fernández Canedo.

con la coordinación del periodista Daniel Fernández Canedo.

“Necesitamos que nos ayuden a tratar de ubicarnos en el GPS, ‘Ustedes están aquí’, porque tenemos pocas certezas y necesitamos perspectivas”, pidió Paltrinieri a las autoridades políticas y conceptualizó: “El sector de la salud genera más de 800 mil puestos de trabajo, que es casi el 7% del empleo registrado en la Argentina, y las instituciones de salud privada representamos más de la mitad de esa fuerza laboral, pero estamos en Emergencia Sanitaria desde hace más de dos décadas”.

En este panel, el presidente de la Comisión de Salud del Senado de la Nación, **Pablo Yedlin**, expresó que “además del fraccionamiento, la salud tiene severas inequidades”, y se refirió, entre otros indicadores, a la “alta tasa y dispersión” de la mortalidad infantil y a enfermedades como VIH y sífilis.

“La regulación de precios, las patentes y los medicamentos de alto costo son temas que deben ser abordados. Hay que avanzar en medicamentos tutelados”, afirmó el senador y destacó la importancia del proyecto de ley para profesionalizar la enfermería en el país. “La Argentina tuvo muchos intentos de reforma sanitaria en su historia, pero el desafío es poder entender las problemáticas del sector”.

En línea con Yedlin, el ministro de Salud porteño, **Fernán Quirós**, declaró: “Tenemos un sistema de salud que cada día que pasa está un poco peor y va explotando en pequeñas partes”. Mencionó las dificultades en los “marcos legales, las coberturas mal reguladas del PMO, las estrategias que se requieren en el cuidado del recurso humano, para promover satisfacción, y en la formación del personal, que es extensa”.

En el plano de la macroeconomía, el diputado nacional de Juntos por el

Cambio **Luciano Laspina** reflexionó: “Argentina tiene que crear mecanismos de mayor competencia para la salud y para todo el sistema. Si hace diez años tenemos problemas en cuanto a la pobreza, el gasto público y la presión impositiva, ya es hora de replantear las normas” y agregó que “los debates políticos y regulatorios deben tener un equilibrio entre la sensibilidad y la racionalidad”.

Por su parte, el diputado nacional por el Frente de Todos **Leandro Santoro** se enfocó en el análisis político y dijo, alineado a Laspina, que “debemos organizarnos en base a la ética y el diálogo”. “Estamos ante el desafío de combinar instrumentos ortodoxos y heterodoxos para ecualizar la macroeconomía. Si se *twitteriza* la política, no vamos a poder llegar al modelo de desarrollo que aún no hemos definido en la Argentina”, declaró.

De la Jornada Político-Empresaria también participó, desde el sector farmacéutico y biotecnológico, Daniel Londero, miembro de la Comisión Directiva de CAEME (Cámara Argentina de Especialidades Medicinales), quien habló sobre “innovación e investigación clínica en la Argentina”: “Los medicamentos son responsables del 40% del aumento de la esperanza de vida”, sintetizó. Asimismo, Luiz Reis, director de Crecimiento de Operaciones Internacionales de Bionexo Latam, hizo su aporte sobre “Transparencia, *compliance* y madurez digital”, desde el área de *healthtech*.

Dirección médica, recursos humanos y enfermería: los desafíos de la telemedicina, la eficiencia del “hospital sin camas”, la crisis de la fuerza laboral y la gestión del talento y liderazgo.

En lo que fue el primer día del Congreso de Salud, Adepra+Cedim llevó

adelante la Jornada de Directores Médicos y la Jornada de Recursos Humanos en Salud y Enfermería para tratar los temas técnico-asistenciales de la agenda prestacional del sector salud.

“Con la vuelta a la normalidad, nuestras instituciones están desbordadas por falta de acceso del paciente a consultas ambulatorias y se saturan las salas de emergencia”, explicó Tomás Amuchástegui, jefe del Programa de Gestión Médica e Informática en Salud del Hospital Privado de Córdoba.

En este sentido, Oscar Mandó, presidente de la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina (ACTRA), destacó que “para evitar la llegada a la emergencia es fundamental que los equipos de atención primaria brinden un buen servicio por teleconsulta”. “El logro de la telemedicina se lo debemos, en gran parte, a la pandemia”, resumió, al tiempo que Fabián Vítolo, director de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos en Noble Compañía de Seguros, trató el aspecto judicial del tema: “Debemos mejorar la experiencia del paciente, avanzando hacia una atención con pacientes conocedores y participativos” y recalcó la importancia de las “buenas prácticas” en telemedicina.

En cuanto a la tendencia del “hospital sin camas”, Fernando Cura, jefe del Servicio de Cardiología Intervencionista y Terapéuticas Endovasculares del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires resaltó la importancia de “eficientizar los recursos para adecuarlos a la necesidad de la práctica”, dando el ejemplo de la angioplastia coronaria y del tratamiento de las arritmias, que “hoy por hoy, mayormente, no requieren internación”.

Por otra parte, en la Jornada conjunta de Directores Médicos y Recursos Humanos en Salud y Enfermería, Daniela Mora Simoes, directora de Personas de Grupo OMINT, fue parte del debate sobre “Crisis de la fuerza laboral, gestión del talento y aprendizajes en pandemia”, coordinado por Azucena Gorbarán, fundadora y presidente de AMG Consulting. “De la pandemia aprendimos que, si nos desconectamos del ser, va a ser muy difícil salir de la crisis laboral, y también comprendimos el sentido de lo colaborativo, alineado a nuestros propósitos, como una nueva manera de conectar con el mundo del trabajo”, reflexionó Mora Simoes.

En otro de los paneles, sobre “Modelos de liderazgo”, Cecilia Giordano, presidente y CEO de Mercer Argentina, Uruguay y Paraguay, invitó al público a reflexionar sobre el rol de la empatía: “Si no somos capaces de saber cómo estamos, ¿cómo vamos a ser compasivos con otro?”. □

LO QUE LA PANDEMIA SE LLEVÓ: EL ABC PARA RECUPERAR LA SALUD Y LA CONFIANZA EN LAS EMPRESAS

Por Alejandro Romero, Socio y CEO Américas en LLYC; Georgina Rosell, Socia y Directora Senior Healthcare LLYC Europa; Javier Marín, Director Senior Healthcare Américas en LLYC; Ana Lluch, Consultora Senior Healthcare en LLYC Américas y Alejandro González Mondragón, Consultor Senior en LLYC.



Urge mayor inversión, alianzas y mejor comunicación

El gran reto: recuperar los años perdidos en salud

La pandemia no sólo se llevó la vida de seres queridos, personal sanitario y miles de personas que no alcanzaron a tener una vacuna o la atención médica adecuada, también se llevó miles de empleos y generó una crisis económica sin precedentes que demostró que la salud y el bienestar en general son parte esencial en la economía global.

El Covid-19 evidenció, de forma catastrófica, lo poco preparados que están los gobiernos y sus sistemas de salud para enfrentar emergencias sanitarias, así como la falta de apoyo a los profesionales de la salud que carecen de equipo, infraestructura hospitalaria, material clínico y en algunos casos de medicamentos para ayudar a sus pacientes.

El mayor impacto de la pandemia lo han sufrido los pacientes, quienes han visto deteriorada su salud a lo largo de dos años, al quedarse sin servicios médicos, sin medicamentos, sin esquemas de vacunación completos y sin servicios de apoyo, entre otras necesidades básicas para mantener su salud y calidad de vida.

Antes del 2020 los gobiernos no dieron prioridad a la salud a nivel global hasta que fue demasiado tarde, y el resultado ha sido desastroso. Los gobiernos no estaban preparados para enfrentar una pandemia de estas magnitudes, redujeron la inversión en salud y no reforzaron sus sistemas sanitarios.

La pandemia representó retos para todos los actores del sector salud, los gobiernos, la comunidad médica y las empresas tanto farmacéuticas, como de dispositivos y tecnologías para la salud. Este último, un sector altamente criticado por la falta de transparencia y poca capacidad de reacción para demostrar el valor de la investigación y desarrollo de moléculas y tecnologías que ayuden a minimizar el impacto de las enfermedades y contribuir para que la sociedad sea más sana y productiva.

En este informe revisaremos el impacto de la pandemia en la prestación de servicios y la dotación de insumos para la salud y analizaremos las necesidades actuales y posibles soluciones para que los gobiernos y empresas puedan colaborar para recuperar la confianza y, sobre todo, los años perdidos en la salud y bienestar de la población.

LA OMS DESTACA LA EXPOSICIÓN A ENFERMEDADES DEVASTADORAS Y... PREVENIBLES

Datos recientes publicados a mediados del mes de julio de 2022 por la OMS destacan una caída en la vacunación infantil en unos 30 años; por ejemplo, la vacunación contra la difteria, tétanos y tosferina, considerado un marcador de la cobertura de vacunación a nivel internacional, disminuyó en un 5% entre el 2019 y 2021, situándose en una cobertura del 81%, lo que significa que sólo en 2021, 25 millones de niños no recibieron una o varias dosis de la vacuna y muestra el incremento de niños expuestos a enfermedades devastadoras, pero prevenibles.

Estos problemas fueron causados, en gran medida, por las interrupciones de los servicios y medidas de contención de la pandemia que limitaron el acceso a los servicios de vacunación y la disponibilidad de dosis.

“América Latina acumuló cerca de una quinta parte de casos confirmados de COVID, y alrededor del 30% de las muertes en todo el mundo en 2021”

Otro ejemplo que destaca la OMS es la pérdida de más de una cuarta parte de la cobertura de la vacuna contra el VPH alcanzada en 2019. Esta situación tiene graves consecuencias para la salud de las mujeres y las niñas, puesto que la cobertura mundial de la primera dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) es sólo del 15%, pese a que las primeras vacunas se autorizaron hace más de 15 años.

IMPACTO EN LA REGIÓN DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 2021, a pesar de tener solamente el 8,4% de la población, esta región acumuló cerca de una quinta parte de casos confirmados de Covid-19 y alrededor del 30 % de las muertes en todo el mundo. Lo anterior, sumado a un pobre crecimiento económico acumulado por varios años, provocará la mayor crisis económica y social de la zona por las siguientes décadas.

LLAMADO DE ALERTA DE OPS: IMPACTO EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Durante el 2020, en pleno pico de la pandemia, la OPS hizo un llamado de alerta porque ya se notaba una disminución en la atención a la salud en pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT's) como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o el cáncer, que afectan de forma desproporcionada a los habitantes de los países de ingresos bajos y medios, donde se producen más de tres cuartas partes de las muertes por ENT's en el mundo: 31,4 millones.

La llamada de atención resaltó el impacto negativo en la salud de las personas que viven con este tipo de enfermedades crónicas, ya que los pondría en mayor riesgo de enfermar gravemente. Esta situación surgió después de que se hicieran públicos los datos de una encuesta en donde participaron 158 países a nivel global y 28 países en las Américas. Dentro de los que respondieron en la región, se encontró que el 64 % de los servicios ambulatorios fueron interrumpidos en 18 países, algo alarmante pero entendible ante la situación que orilló a las autoridades sanitarias a reasignar recursos humanos y unidades hospitalarias para atender y detener la propagación del virus.

Otro de los factores que influyó en la disminución de los servicios de salud fue la recomendación inicial de autoridades sanitarias de reducir al mínimo la atención no urgente en centros de salud y hospitales, lo que provocó

el aplazamiento de los programas públicos de detección (por ejemplo, de los cánceres de mama y del cuello uterino).

LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS... FUERTE IMPACTO

De acuerdo con datos de la CEPAL, esta epidemia mundial ha generado impactos profundos en términos sanitarios de diferente manera a diferentes grupos de edad. Los niños y las niñas, por ejemplo, quienes no han sido tan afectados por el virus, si han enfrentado obstáculos para proteger su salud. Las medidas de salud pública que la mayoría de los países han implementado para controlar la propagación del coronavirus también implicaron dificultades para que niños y niñas accedieran a programas de alimentación y vacunación rutinarios, a controles de salud y monitoreo nutricional, a diagnósticos y derivaciones oportunas.

LOS GRUPOS DE PACIENTES Y EL ACCESO Y DESABASTO DE MEDICAMENTOS

El problema del acceso y desabasto de medicamentos ha sido ampliamente documentado por grupos de pacientes de toda la región. Un ejemplo de ello es lo reportado por la Agrupación Mexicana de Oncohematología Pediátrica, quienes encontraron que, en una población en Chiapas, México, hubo un desabasto de 37 medicamentos oncológicos, lo que provocó que se modificara -y en algunos casos suspendiera- el tratamiento de 260 niñas, niños y adolescentes con cáncer, imposibilitando el ingreso de nuevos pacientes en medio de una crisis pandémica global.

A pesar de los esfuerzos de las asociaciones de pacientes y familiares, el problema del desabasto persiste en buena parte de Latinoamérica.

Los grupos de pacientes han pasado de ser organizaciones guía para el tratamiento y cuidado de las enfermedades, a observadores activos y agentes de acción para alertar sobre situaciones como éstas y exigir de inmediato que los sistemas de salud prioricen los lazos de cooperación y solidaridad para atender a los enfermos y grupos vulnerables que más lo necesitan.

IMPACTO EN EL PERSONAL MÉDICO

Por su parte, el personal sanitario fue el gran abatido por la precariedad e insuficiencia de personal de salud especializado en medicina crítica y terapia intensiva, llegando a contratar jubilados o médicos de otras especialidades en países como México, Colombia y Perú como solución de emergencia. Mientras que el criterio recomendado por la OMS es de 23 profesionales para la salud por 10.000 habitantes, en promedio, LAC tiene 19,1 médicos y 28,7 enfermeras por 10.000 habitantes, siendo Cuba (81,90), Uruguay (50,5) y Argentina (39,6) los países con mayor número de médicos, mientras que Haití (3,55), Honduras (3,14) y Guatemala (2,35) son los países con el menor número de médicos.

SALUD MENTAL, UN IMPACTO SIN PRECEDENTES

De acuerdo con los organismos internacionales de salud y expertos, otro fuerte impacto de la pandemia es a la salud mental. La depresión, la ansiedad o el insomnio han afectado la salud de un gran número de la población, por lo que se han tenido que fomentar campañas de promoción para prevenir este tipo de problemas.



“Mientras que el criterio recomendado por la OMS es de 23 profesionales para la salud por 10.000 habitantes, en promedio, LAC tiene 19,1 médicos”

La salud mental es ya una prioridad mundial que forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para priorizar una cobertura mediática responsable, promover el aprendizaje socioemocional y favorecer la intervención temprana en todos los grupos de edad.

LO QUE NOS FALTABA: NUEVAS AMENAZAS

En los últimos meses, especialmente en Estados Unidos, un particular brote de viruela conocido como *monkeypox* o viruela del mono ha puesto en alerta a las autoridades sanitarias, dado que este virus endémico de África, transmitido probablemente por roedores, ha reportado a fecha de junio de 2022, 1.600 casos confirmados en 39 países, 7 donde suele propagarse y 32 nuevos. Estas cifras han planteado preguntas sobre si sería posible que termine causando una epidemia y algunos expertos han cuestionado el que las autoridades sanitarias no emitan una alerta para que los sistemas de salud estén mejor preparados: “es una situación muy nueva en la que hay

sorpresa y preocupación”, afirmó Peter Horby, director del Instituto de Ciencias de la Pandemia de la Universidad de Oxford (Reino Unido).

¿QUÉ RECOMIENDAN LOS ORGANISMOS MULTILATERALES DE SALUD?

Para la OMS, la pandemia no es una excusa para el retroceso, se requiere recuperar el tiempo perdido para millones de personas que no han sido vacunadas, “de lo contrario, presenciaremos inevitablemente el aumento de brotes, de niños enfermos y de la presión sobre unos sistemas de salud ya de por sí sobrecargados”.

La Organización Panamericana de la Salud publicó el documento “La prolongación de la Crisis Sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social”, e insta a los gobiernos de la región a acelerar los procesos de vacunación, transformar los sistemas de salud y fortalecer la inversión pública para controlar la crisis sanitaria en el corto plazo y avanzar hacia una recuperación con igualdad y sostenibilidad.

URGENTE MÁS INVERSIÓN, EL ESTABLECIMIENTO DE ALIANZAS Y MEJOR COMUNICACIÓN

1. Mayor Inversión

Las brechas socioeconómicas persistentes y crecientes resultan en grandes discrepancias en la calidad de la salud de las personas. Una reciente medición encontró que la diferencia en la esperanza de vida llega a ser de hasta 18 años entre los países desarrollados y los menos desarrollados. Una de las mejores maneras de reducir estas desigualdades, según la OMS, es asignar un 1% más del Producto Interno Bruto a la atención a la salud, para que más personas tengan acceso a los servicios esenciales de calidad que necesitan, cerca de sus hogares.

Como explica la OCDE en su informe sobre gastos en Salud, invertir en el sistema sanitario no sólo salva vidas, sino que también es una inversión crucial en la economía en general, ya que la falta de salud y las enfermedades crónicas perjudican la productividad, dificultan las perspectivas de empleo y afectan negativamente al desarrollo del capital humano. Por ello, lo fundamental es pasar de un esquema de presupuestación basado en la oferta y la demanda a un enfoque de financiación centrado en las necesidades, el valor para el paciente y su calidad de vida.

“La diferencia en la esperanza de vida llega a ser de hasta 18 años entre los países ricos y pobres”

2. Alianzas Público-Privadas

Las asociaciones público-privadas (APP) no son una realidad muy extendida dentro de los sistemas de salud de las Américas. Esto se debe a que todavía no se ha encontrado un modelo de inversión que sea ventajoso para las dos partes involucradas, sumado a la brecha de financiamiento y la falta de eficiencia en la inversión de los gobiernos de América Latina y el Caribe en un contexto de fuertes restricciones fiscales, como indica el

Servicio de Asesoría y Financiamiento Mixto del Banco Interamericano de Desarrollo.

Por estos motivos, es necesario comunicar la importancia de la participación privada en tecnologías y herramientas que contribuyan a atender los desafíos de salud de la región, como mecanismo complementario para ejecutar la estrategia de los gobiernos en cada país y que con ambos esfuerzos se consigan anticipar riesgos y atender problemas de salud a largo plazo, implementando los programas de forma colaborativa y consensuada. Esto no significa que la solución sea 'privatizar' la salud. Se trata más bien de resaltar la cooperación entre todos los actores para que los sistemas de salud puedan hacer frente a las nuevas demandas de los pacientes y los desafíos de nuestra era como la creación de nuevos planes de acceso a medicamentos, mejorar la capacidad de respuesta ante futuras pandemias o lograr hacer realidad la equidad mundial en salud.

3. Más y Mejor Comunicación

La pandemia afectó en gran medida a las personas que padecen enfermedades no transmisibles. Estas enfermedades constituyen la principal causa de muerte, discapacidad y enfermedad crónica en la Región de las Américas. Cada año se producen unos 3,9 millones de defunciones por enfermedades no transmisibles, y aproximadamente 200 millones de personas padecen estas enfermedades.

Este tipo de enfermedades son causadas, en parte, por cuatro factores modificables de riesgo: el tabaquismo, el régimen alimentario poco saludable, el sedentarismo y el consumo nocivo de alcohol. De acuerdo con OPS, si se eliminan los factores de riesgo, se pueden prevenir hasta el 80 % de las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, casos de diabetes tipo 2 y el 40% de varios tipos de cáncer.

Por lo tanto, la inversión en comunicación tiene un rol crítico tanto en la promoción de hábitos de vida saludables, como en la difusión de medidas para prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades y que la población pueda mejorar su salud, por lo que resulta urgente el diseño e implementación de grandes campañas que involucren una alianza entre gobiernos, empresas farmacéuticas, empresas de diagnóstico y dispositivos médicos, la comunidad médica y la sociedad civil organizada. Sólo así se podría mejorar el estado de salud de la población y pensar en un sistema sostenible de salud que apunte a la prevención y no a la curación.

“Cada año se producen unos 3,9 millones de defunciones por enfermedades no transmisibles, y aproximadamente 200 millones de personas padecen estas enfermedades”

EL ABC PARA CONTRIBUIR A RECUPERAR LA SALUD... Y LA CONFIANZA EN LAS EMPRESAS

A. GANAR CONFIANZA

En el actual entorno de cambio, las empresas farmacéuticas, de diagnóstico, dispositivos y tecnologías para la salud tienen un compromiso para trabajar de manera conjunta con gobiernos y otros participantes del sector salud, y poder ofrecer mejores servicios y resultados para los pacientes. Comunicación proactiva, frontal, transparente, colaborativa y ubicando los territorios de conversación adecuados pueden recuperar la confianza de la sociedad.

Las empresas se deben convertir en coprotagonistas de la agenda pública y de la generación de credibilidad; diferenciación y posicionamiento en temas de salud pública, identificación y respuesta a necesidades de pacientes, liderazgo de opinión, creación de narrativa y selección de canales adecuados serán críticos en la generación de confianza.

El valor en la capacidad de respuesta para enfrentar amenazas de salud gracias a la innovación ha quedado demostrado recientemente con la pandemia, y las empresas deben aprovecharlo.

B. ENTENDER EL ENTORNO Y EL VALOR DE LOS DATOS

Los gobiernos buscan solucionar problemas de salud y ayudar a la población; los médicos, mejores soluciones para sus pacientes y la sociedad tener una mejor calidad de vida. Es esencial, entonces, entender el entorno y la situación que enfrenta cada jugador del sector.



El uso de plataformas digitales para compartir experiencias, entender mejor las enfermedades y ayudar a controlar su salud está creciendo rápidamente entre los pacientes. Sin embargo, a veces los pacientes se sienten confundidos y existe una gran falta de orientación con comunicación efectiva en estos canales.

Es todavía incipiente el uso del big data y la inteligencia artificial para la identificación y uso de información generada por médicos y pacientes por parte de las empresas del sector salud y el potencial es muy alto, ya que permiten comprender el contexto en el que se prescriben los medicamentos y el impacto de su adherencia, así como identificar necesidades insatisfechas y patrones de comportamiento.

Sin duda, las empresas que usen las nuevas tecnologías para investigar, entender el entorno y descubrir los desafíos que tienen médicos, pacientes y sistemas de salud -y actúen sobre ellos- pueden tener grandes ventajas competitivas.

C. FORTALECER EL LIDERAZGO, CONTRARRESTAR LA DESINFORMACIÓN Y DOMINAR LA CONVERSACIÓN

Entender públicos, comunidades y conversaciones; definir objetivos y comprender motivadores y el journey de prescriptores y pacientes; así como identificar territorios de conversación y activar proactivamente acciones de comunicación efectiva fortalecerá el liderazgo y diferenciación de las empresas del sector salud para conectar de una mejor manera con sus audiencias y lograr un liderazgo que propicie un mejor ambiente para la innovación. Uno de los grandes retos es actuar contra la desinformación y las fuentes no confiables que no sólo confunden a los pacientes, sino que pueden generar riesgos a la salud al no acudir con el médico, automedicarse o usar remedios caseros para problemas que parecen sencillos, pero que pueden ser síntoma de algún problema mayor. Con el acceso a internet, los pacientes han tomado el control del autodiagnóstico, por lo que ya no basta con generar boletines de prensa para medios tradicionales de comunicación, sino usar la transformación digital y la creación de contenido fresco, atractivo y confiable sobre padecimientos y beneficios de la consulta médica y la medicina basada en evidencia, para que los pacientes puedan acceder a información veraz por los canales

adecuados y, de esta manera, contrarrestar los vacíos y riesgos que genera la desinformación.

Entender los territorios de conversación y encontrar oportunidades en aquellas áreas terapéuticas con ideas de activación que cumplan con el objetivo lograrán un dominio de la conversación que posicione y diferencie a las empresas que se preocupan por los riesgos a la salud y se ocupan en fortalecer las relaciones y diseñar estrategias para ser aliados efectivos de gobiernos y comunidad médica para enfrentar satisfactoriamente los retos a la salud presentes y estar mejor preparados para enfrentar los retos futuros.

ESTAMOS MEJOR PREPARADOS: ¿SABREMOS APROVECHAR LO APRENDIDO PARA ABORDAR LA PRÓXIMA CRISIS SANITARIA?

Aunque los expertos indiquen que podemos tomar lo aprendido para identificar y contener un brote preocupante para situar esta pandemia como la última de la historia, es difícil predecir cómo actuaremos en las segundas partes, especialmente si estas dependen de los organismos locales de salud pública, que funcionan desigualmente según geografías. Lo que sí es una realidad es que un próximo brote es algo inevitable, pero las pandemias son opcionales si los gobiernos, las empresas y los ciudadanos construyen un sistema sanitario que dé respuesta a necesidades actuales y esté preparado para afrontar futuras amenazas. Serán entonces las instituciones que inviertan y apuesten por garantizar la continuidad del acceso a la información confiable, a la medicina basada en evidencia, a las pruebas de detección y a los procedimientos médicos para evitar que se agraven los efectos sanitarios de un brote.

Las alianzas público-privadas que luchen por reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica y medicamentos, que fomenten el aumento del número de profesionales de la salud, así como las organizaciones que establezcan como prioridad la salud de la población, serán imprescindibles para lograr un cambio hacia una sociedad más saludable y sistemas de salud mejor preparados. □

Fuente: LLYC IDEAS (ideas.llorenteycuenca.com)





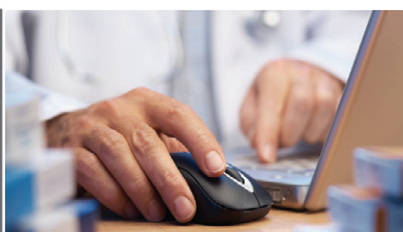
chk
consultores

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

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



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

JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD

PRIORIZACIÓN BASADA EN EL AMPARO



Por el Prof. Carlos Vassallo Sella ⁽¹⁾
y el Dr. Carlos González Malla ⁽²⁾

La judicialización de la salud ha sido definida como “llevar a los estrados judiciales temas no estrictamente judiciales, que se podrían resolver de otra manera, por lo general, desde la política”.

Dentro de esta judicialización de la salud, la cobertura de medicamentos especiales, son motivo de numerosas demandas judiciales en todos los subsectores del fragmentado sistema argentino de salud.

Existe un amplio consenso de que este fenómeno tiene múltiples aspectos negativos, pero sin duda, el más destacable, es que introduce distorsiones en la implementación de políticas públicas comprometiendo la sustentabilidad de los sistemas, forzando una ineficiente asignación de recursos limitados sin tener en cuenta el perfil de costo efectividad de los tratamientos ni la evidencia que avala su uso.

No obstante, algunos sostienen que es una legítima respuesta ciudadana frente a las fallas de los Estados, que evidencia las limitaciones de las políticas sanitarias y la necesidad de actualizar los programas sanitarios y las guías clínicas actuales.

Resulta importante diferenciar aquellos casos donde se requiere al Estado hacer efectivo el acceso a medicamentos esenciales para salvaguardar la vida y dignidad humana y aquellos otros donde se pide a un tribunal de justicia que obligue al Estado a proporcionar medicamentos específicos para dolencias concretas, habitualmente de alto costo y bajo protección de patente. En este segundo

grupo de casos se detecta la participación de actores exógenos que asocian las demandas legítimas de pacientes y familiares con agendas de tipo comercial.

Si bien el inicio de expedientes judiciales puede comprender todo tipo de demandas referidas a la salud, la importancia y gravedad de esta judicialización en particular refiere al inicio de procesos por vía de amparos (artículo 43 de la Constitución nacional) con el objeto de obtener respuesta a reclamos por enfermedades o prácticas no contempladas desde diferentes aspectos: por no estar incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), por tratarse de medicamentos de alto costo (MAC), tratamientos en el extranjero o por algunas inequidades en relación con el lugar o tipo de cobertura que posee el enfermo, y por la falta de integración de los distintos subsectores del sistema de salud en el sistema.

En la Argentina el punto de inflexión de los amparos de salud se produjo a partir de la reforma constitucional de 1994, por cuanto antes de esta fecha no estaba garantizado en modo expreso el derecho a la vida, y como despliegue de este género el derecho a la salud. Por su parte, la doctrina de la Corte, sin decirlo, fue perfilando la creación de un tipo de amparos, conocidos como los “amparos de salud” al diferenciarlos del resto de pretensiones encauzadas por esta vía, atenuando las condiciones de admisibilidad, por la gravitación y trascendencia de los valores en juego.

Desde un punto de vista procedimental, la acción de amparo está normativamente contemplada como un proceso expedito, rápido y simplificado, a través del cual se da debido resguardo a derechos constitucionalmente protegidos que se encuentran restringidos o amenazados en su goce o ejercicio, y respecto de los cuales no existe un medio judicial más idóneo para su protección.

A partir de la reforma constitucional de 1994 (cfr. Art. 43 CN), quedó claro que no requiere del agotamiento previo de otras instancias administrativas y/o judiciales. Es importante aclarar que, el proceso de amparo constituye un procedimiento rápido y expedito, aunque no deja de ser un proceso de conocimiento sometido de “bilateralidad” que reconoce la existencia de dos partes contrapuestas y salvaguarda el derecho a ser oída de la demandada.

Por el contrario, las medidas cautelares se dictan, por definición, “inaudita parte”, esto es, sin dar intervención a la parte contraria a la que las reclama. En general, el proceso de amparo es iniciado conjuntamente con una medida cautelar. De esta manera, a partir de la obtención de esta última, se busca obtener un anticipo de respuesta favorable a la pretensión de fondo de manera rápida y en tiempo oportuno que, si bien es provisoria resulta de difícil o imposible retractación posterior.

Una característica de este “tipo” de amparos de salud es la posición del Estado Nacional y de las autoridades locales, como garantes del servicio de la salud, que no se limita a un deber de control de cumplimiento de normas, sino que exige de estas autoridades acciones positivas que operativizan los principios y derechos constitucionales y los compromisos internacionales asumidos. Según la justicia, el Estado, aun cuando no ha sido demandado directamente, es responsable subsidiario ante reclamos por falta de cobertura, intentando así proteger el derecho de la salud consagrado en el art. 75 inc. 22.

Así, el Estado tiene una responsabilidad subsidiaria de manera que si el financiador directamente demandado, sobre quien recae la obligación primaria de dar cobertura, no puede hacer frente a su obligación asumida y brindar una adecuada atención a su beneficiario/afiliado, es el Estado Nacional quien no puede desatenderse de su deber de suplir con acciones positivas tal déficit siendo la máxima garantía en lo que a Derecho a la Salud se refiere.

IMPACTO DE LA JUDICIALIZACIÓN

La judicialización de la salud es un problema serio en nuestro país y si bien no se cuenta con una estadística confiable, se estima que las demandas en salud crecen aproximadamente un 10% anual con un gasto aproximado de \$ 4.800 millones de pesos/año en el 2010.

Según un estudio exploratorio publicado en el 2016, durante el período 2011-2014 se presentaron 5.869 recursos de amparo de salud en Tribunales radicados en la Ciudad de Buenos Aires del fuero Civil y Comercial Federal. Se observó que el 3,6% fue contra Ministerio de Salud de la Nación/Estado Nacional, 38% contra Obras Sociales Nacionales, 10% contra INSSJyP, 41% contra EMP, Mutuales y Asociaciones Civiles, el 4% contra Obras sociales con ley específica y el resto contra otros financiadores como Ministerio de Salud y obras sociales provinciales.

Es decir que aproximadamente el 80% de los amparos se concentró contra OSN y EMP. El 8,1% de las demandas fueron presentadas contra más de una institución, donde el Estado Nacional fue el principal codemandado, seguido por las OSN (en los casos donde se realizaba derivación de aportes a una EMP). Durante los últimos años se evidenció un aumento sostenido de los reclamos en dicho período, y la mayor cantidad en el año 2014. Entre 2011 y 2014 la cantidad de amparos presentados aumentó un 64%.

Con respecto al resultado del fallo en 1ª instancia, en el 79% de las causas los jueces dieron lugar al pedido y en el 7,6% dieron lugar al pedido en forma parcial, en conjunto equivalen al 86,7% de los casos con fallo favorable al demandante. En el 6,7% de los casos se denegó el pedido y en un 2,9% se llegó a un acuerdo entre partes. El resto de los casos se tornaron abstractos, aún con fallo favorable, por fallecimiento del demandante.

Los reclamos por medicamentos fueron unos de los principales objetos de la demanda. El 21% de los casos analizados

correspondieron a medicamentos, cifra que puede ampliarse si se considera que reclamos como los de fertilización asistida, las cirugías y las internaciones en general incluyen el tratamiento con medicamentos. Se encontró que el 86,4% de los medicamentos reclamados se encontraba aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el 6,8% no se encontraba aprobado para la prescripción indicada (off label) y el 4,5% no contaba con ningún tipo de autorización (y tenía evidencia científica débil o nula).

Los resultados de este ejercicio permiten afirmar que el 83% de los tratamientos con medicamentos costaban en promedio \$ 59.000 (u\$s 9.800, considerando un dólar a \$ 6) con un rango entre \$ 17.878 (u\$s 2.979) y \$ 160.260 (u\$s 26.000), según se tratara del costo mensual de tratamiento o costo total del tratamiento. La mayoría de ellos eran para enfermedades crónicas, cáncer y enfermedades congénitas, que incluían pedidos de drogas consideradas de Alto Costo (azacitidina, interferón pegilado, adalimumab, fingolimod, gamaglobulina, axitinib y rituximab).

En otro análisis publicado sobre la situación judicial de las obras sociales, el Departamento de Sindicatura de la SSSALUD que realiza el control de legalidad de las Obras Sociales a través de las áreas prestacional, económico financiera, social y judicial ha reportado que en el año 2010 se iniciaron 1.520 amparos de los cuales, el 30% fueron por medicamentos.

Una de las vías de financiamiento de tratamientos de alto costo del Ministerio de Salud es la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) (transferida desde 2020 al Ministerio Desarrollo Social) que otorga subsidios personales para la adquisición de medicamentos e insumos de tecnología biomédica en aquellos casos en los que se acredite la situación de alta vulnerabilidad y cobertura pública exclusiva de la persona que lo solicita, complementando sólo en casos excepcionales la atención que corres-

ponde a los distintos sistemas en vigor de las jurisdicciones y organismos específicos.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social informó que el crédito presupuestario para el año 2019 fue de \$ 2.117.710.373,00 cubriendo 885 subsidios de alto costo 5.131 subsidios directos de bajo costo para atender tratamientos ambulatorios entre enero y marzo de 2019. Durante el período 2018, por vía de amparos se resolvieron un total de 172 casos por DADSE. El gasto total de las prestaciones bajo amparo judicial por DADSE durante ese período fue de aproximadamente \$ 240.000.000 en 175 medicamentos y 16 insumos. El 92% del gasto fue en medicamentos, en su mayor parte, especiales.

El recurso al sistema judicial como mecanismo para hacer efectivo el acceso a medicamentos y tratamientos que los individuos no han podido obtener por las vías habituales es un fenómeno complejo, multicausal y creciente, que tiene pocas posibilidades de resolverse a corto o mediano plazo. Dentro de este proceso, los medicamentos especiales representan uno de los principales motivos de inicio de amparos. Si bien no se tienen datos fehacientes de Argentina, si consideramos que en el año 2014 se presentaron 1.855 amparos en salud en la Capital Federal, que hay un incremento de entre 10-20% por año y que alrededor del 20% de esos amparos es por medicamentos, existían sólo la Capital Federal, entre 660 y 1.100 amparos por medicamentos para el año en curso. Esta utilización sistemática puede derivar en un uso irracional e ineficiente de recursos limitados dando lugar a que se tomen decisiones sanitarias independientemente del costo efectividad o la evidencia que avala el uso de las intervenciones que intenta garantizar a las personas agravando la crisis del sistema de salud. □

- 1) Prof. Salud Pública FCM UNL - vassaloc@gmail.com
- 2) Médico - H. Alemán y miembro de la CONETEC

***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.



EL ROL DE LA MEDIACIÓN EN LOS RECLAMOS POR MALA PRAXIS



Por Fernando G. Mariona
– Abogado (*)

I.- Se sabe comúnmente que la mayoría de los casos de negligencia médica podrían resolverse a través de un acuerdo mutuo, en lugar de esperar llegar a una sentencia definitiva, en sede judicial, muchos años después de ocurrido el hecho potencialmente compensable, en un juicio civil, largo tedioso y antieconómico para todos.

El ámbito donde puede producirse ese acuerdo mutuo (resolución alternativa del conflicto) al que se lo llama **Mediación Judicial obligatoria**, es en el domicilio (generalmente un estudio jurídico) del mediador, fuera de los tribunales. También puede ser en un centro de mediación, que como tiene varios ambientes y una sala de espera, cada uno de ellos se les alquila a distintos mediadores, que concurren allí en días y horarios fijos, y donde se les brinda a los profesionales el servicio de secretaría y archivo. Igual que un centro médico de consultorios.

Los mediadores o mediadoras no son jueces. Estas mediaciones son sorteadas en la Cámara del fuero en que se presentó la demanda, y antes de que se corra traslado de ella a los que se los considera eventualmente responsables debe realizarse. Si nada se acuerda, serán notificados del inicio de una demanda.

También existe la **Mediación Extrajudicial** cuando las partes, fuera del ámbito judicial, ante un mediador o un centro de mediación público o privado, adhieran al procedimiento de mediación privada para la resolución alternativa de un conflicto.

Si no se llega a un acuerdo, cuando se inicie la demanda, el que lo haga, deberá presentar el acta de mediación, para demostrarle al juez que se cumplió con la obligación comentada.

Aclaremos que en todos los casos y previamente a un juicio de mala praxis médica siempre debe haber existido una mediación, ya sea judicial o extrajudicial (Privada).

Lo que puede ser menos conocido para los médicos, es la mecánica de cómo se desarrollan en la práctica las mediaciones.

Esta columna tratará de explicar el papel de la mediación en los litigios por negligencia médica y explicará por qué la

mediación podía ser considerada como particularmente útil, en el contexto de este tipo de disputa.

II.- En primer lugar, resulta oportuno establecer ciertas diferencias frente al trámite de la mediación obligatoria, ya sea judicial o extrajudicial, en caso de que el médico o el establecimiento médico posean o no contratado un seguro de mala praxis médica.

Hay algunas aseguradoras del mercado que, con la póliza institucional, también dan cobertura al director médico, en caso de que, en ese sanatorio o clínica, además de la dirección médica ejerza su profesión y especialidad. Esa cobertura debe figurar, estar escrita, en la póliza.

En el caso de que los médicos posean la cobertura de praxis médica individual, y reciban una carta documento o cédula de notificación, citándolos como “requeridos” a una audiencia de mediación, para una fecha y hora determinada en una dirección específica, deberán hacérselo saber al asegurador con el que hubieren contratado la póliza de mala praxis, en un muy breve plazo a partir del momento de la recepción. Es la carga que tiene el asegurado de hacerlo. No es de más de 72 horas.

En la generalidad de los casos, los aseguradores brindan a los asegurados al momento de la entrega de la póliza, o éstos lo encontrarán en las páginas web de los aseguradores, o tal vez en la de los intermediarios de los aseguradores, (productor de seguros, bróker u otras denominaciones) dos formularios distintos. Uno que se llama denuncia de incidente y el otro denuncia de siniestro. El texto de la póliza define qué debe ser considerado un incidente y qué un siniestro.

III.- ¿Qué es un “Incidente”? Podría definirse como **incidente** cualquier situación que haga **presumir** al asegurado (médico/clínica) que le puede llegar un reclamo civil o penal o de defensa de los derechos del consumidor a corto o mediano plazo.

Podríamos ejemplificarlo con el “síndrome del portazo”, el del “insulto en un pasillo” o el “pedido urgente de la historia clínica”, suspensión de un acto quirúrgico en el quirófano por error en la prótesis enviada, es decir con posterioridad a un hecho inesperado, tanto para el paciente, el pariente o el mismo médico.

Por eso los médicos tienen que estar muy atentos a lo que les dice alguna de todas estas personas, cómo se lo dice y si algo le pide. **“Hay que saber ESCUCHAR”.**

IV.- ¿Qué es un “siniestro”? La mayoría de las pólizas de praxis médica del mercado lo definen como “un reclamo económico” en el campo civil, que puede llegar a través de distintas maneras (citación a mediación, demanda civil, carta documento u otros).

En el campo penal, no habrá reclamo económico inicialmente, pero si puede ocurrir durante el curso del proceso, en que la víctima se constituya en parte civil en el proceso penal, o a la finalización, de acuerdo con el resultado del mismo.

V.- En la última década, a medida que los costos de los litigios siguen aumentando a un ritmo cada vez mayor, los médicos, los prestadores y las aseguradoras han buscado alternativas menos costosas a los litigios tradicionales, sin darse cuenta de que ya hace tiempo lo tienen delante de sus ojos.

VI.- Uno de los métodos alternativos de resolución de

disputas más populares es el uso de la mediación. El costo y el tiempo involucrados en llevar a cabo una mediación deberían ser mucho menores que los de un juicio tradicional. Muchas legislaciones provinciales han promulgado leyes para apoyar el uso del proceso de mediación, además de la existencia de una ley nacional.

En general, estas leyes reconocen a los mediadores como un tipo distinto de proveedor de servicios legales y aseguran que las declaraciones hechas durante una mediación sean privilegiadas y no puedan usarse en el juicio, si la mediación no tiene éxito. Es decir, si no se llega a un acuerdo.

Además, muchos tribunales en todo el país a nivel provincial requieren que las partes participen en un esfuerzo de buena fe para mediar en su disputa antes de que el caso pueda proceder a juicio.

VII.- Sin embargo y pese a la existencia del método, varios factores conspiran contra el logro de un mayor éxito en el resultado: multiplicidad de partes, aseguradores con distinta visión y situación económico-financiera, informes de riesgo médico-legal opuestos, discapacidad del asegurado para reconocer su responsabilidad, técnica de los mediadores a veces inexistente, instrucciones de los abogados de las aseguradoras para que “no abran la boca”, o que no le pidan instrucciones al asegurador o que el asegurador no se las da nunca, o hasta el propio régimen dictado por el organismo de control (Superintendencia de Seguros de la Nación) entre otros.

Aunque cada mediación es diferente, y diferentes mediadores emplean a veces sus propios métodos para llevar a las partes a una resolución de mutuo acuerdo, la estructura más conveniente para una mediación sería que los componentes de las partes (reclamantes y reclamados) deberían comenzar en una conferencia conjunta con el mediador, luego, de que explique el propósito de la mediación a las partes y comente las reglas básicas sobre cómo procederá durante la misma.

Estas reglas generalmente implican actuar de buena fe e intentar considerar los argumentos y la posición del lado opuesto. A veces, el mediador permitirá que cada parte haga una breve declaración durante esta sesión general, destacando lo que esa parte ve como las fortalezas de su caso o las debilidades en la posición de la parte contraria.

Sin embargo, muchas veces los abogados de los reclamantes y de los reclamados instruyen a sus clientes para que “no hablen” y son ellos los que se transforman en los “relatores” de lo que pueden considerar motivo de reclamo de un lado, y del otro. Muchas veces los abogados llegan a ese momento sin tener una idea clara de por qué están allí. ¡Somos malísimos los abogados hablando de Medicina!

Después de esta sesión conjunta, la mediación debería dividirse en dos o tres grupos privados donde cada parte hablara con el mediador por separado. Esto nunca se ve.

En este punto, el mediador debería tener el papel de realizar una función en la que se transmiten de diversas maneras, mensajes entre las diferentes partes. El beneficio de este enfoque sería que el mediador pudiera evaluar qué tipo de mensaje será más efectivo para unir a las partes.

Después de varias rondas de ofertas de conciliación, el mediador normalmente puede auto determinar si es probable que se llegue a una resolución y qué cantidad se necesitará para resolver el caso o qué mensajes adicionales se deberían transmitir para llevar el caso a una resolución. Pero eso tampoco acontece con asiduidad.

Más vale se ofrece un “Cierre sin acuerdo y en todo caso siguen hablando entre los abogados, y si llegan a un acuerdo, me avisan y la reabro”. Fin de la historia. Una pena, pues la propia ley autoriza a que los mediadores tengan a su lado un experto en la materia, para que también los asesore a ellos sobre lo que las partes quieren.

VIII.- El beneficio de este enfoque sería que el mediador pudiera evaluar qué tipo de mensaje será más efectivo para unir a las partes. Después de varias rondas de ofertas de conciliación, el mediador debería poder determinar si es probable que se llegue a una resolución y qué cantidad se necesitará para resolver el caso, o qué mensajes adicionales se deben transmitir para llevar el caso a una resolución favorable para todos.

El otro beneficio de una mediación en el contexto de mala praxis médica es que las partes (La ley que la creó la define como “el acercamiento de las partes”) tendrían la oportunidad de comunicarse directamente de una manera que normalmente el proceso judicial no lo posibilita, durante el litigio.

Una vez que se presenta una demanda, los abogados que representan al paciente/demandante y al proveedor de atención médica/acusado dejarán en claro a sus clientes que no deben comunicarse con nadie más sobre el caso. Por lo general, es aconsejable que las partes permitan que todas sus comunicaciones fluyan a través de su abogado, ya que se podría utilizar una declaración errónea durante el juicio para cambiar el caso.

Sin embargo, en el contexto de una mediación, las partes podrían comunicarse directamente de una manera que de otro modo no será posible. Todo se volvería más corto, y económico. Sin embargo, la noticia que más alegra al médico es que a partir de la segunda audiencia de mediación “ya no es necesario que concurra” Su patrimonio está en juego, pero él no se encuentra cómodo en ese ámbito, ya sea real o virtual. Lo ven como una pérdida del día de trabajo.

IX.- En un caso reciente que involucró una lesión inusual a un paciente debido a una circunstancia imprevista, la familia del paciente y el proveedor de atención se sumergieron firmemente en sus posiciones en el caso. Sin embargo, la familia del paciente finalmente decidió resolver el caso después de enterarse de que la forma en que su ser querido había sufrido una lesión había llevado a la entidad de atención médica demandada a capacitar a su personal y modificar políticas internas.

Para esta familia, el monto monetario del acuerdo fue menos importante que el cierre que fue posible al enterarse de que se tomaron medidas para evitar un accidente similar en el futuro. Este tipo de contraprestación de una menor pretensión monetaria, y a veces hasta de un desistimiento es algo que de otro modo no se puede obtener a través de una demanda y es un aspecto positivo que define el uso de la mediación, pero para saberlo hay que estar intercomunicados.

X.- Cuando un caso procede a través de un juicio, en última instancia, es un juez quien determina el resultado de un caso. En una mediación, las partes tienen la oportunidad de ejercer control sobre cómo se decide su caso. Sin embargo, al igual que un juicio, la mediación presenta una oportunidad para que las partes presenten su versión de la disputa y sean escuchadas por una parte neutral. Aunque la mediación no es una panacea que pueda curar todos los males del panorama actual de litigios por mala praxis médica, es una herramienta útil para resolver casos difíciles que, de otro modo, se dejan para vaya a saber cuándo, en manos de un juez.

Evalúo que es una herramienta que podría usarse mejor, y ser los médicos los que lo exijan a sus aseguradores, y soportaran “ir más de una vez”, organizar su agenda de trabajo para ello. ¡Al fin y al cabo, es su patrimonio y su prestigio! □

(*) 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.

BENZODIACEPINAS Y ALCOHOL...

ACERCA DE LAS ADICCIONES LEGALES



Por el Dr. Antonio
Ángel Camerano (*)

En la psique de la mayoría de las personas de habla hispana, el término droga está asociado a sustancia ilegal: cuando oímos hablar de drogas probablemente los primeros nombres que vengan a nuestra cabeza sean cocaína, heroína, éxtasis o LSD. Así, reciben el nombre de drogas legales aquellas sustancias con efectos psicoactivos que son permitidas, no siendo su uso penado por la ley a pesar de conocerse sus posibles efectos. Este estatus legal puede referirse a su uso a nivel recreativo o bien a estar pensado para otros usos, que no incluyen su consumo para lograr alterar la psique, y por los cuales se considera algo permitido (**Gahlinger, P.M. 2001**).

Probablemente, la droga más utilizada y aceptada socialmente hasta el punto de formar parte de una gran variedad de culturas. El alcohol o etanol es una sustancia de tipo depresor, que disminuye la activación del sistema nervioso y que es consumida por todo tipo de personas, generalmente a partir de la adolescencia.

En principio el uso de estos fármacos es medicinal, motivo por el que son legales. Sin embargo, muchas llegan a adquirir dependencia e incluso en algunos casos se usan bien para intentar potenciar las propias habilidades o de manera recreativa. Probablemente el psicofármaco que más frecuentemente se utiliza en este sentido sean las benzodiacepinas, las cuales se utilizan principalmente para tratar la ansiedad. En su uso médico en principio se vigila en gran medida las dosis empleadas y los tiempos que se emplean, si bien muchos profesionales médicos los recetan excesivamente y durante más tiempo del que en principio deberían ser empleados (**Teale P, Scarth J, Hudson S 2012**).

Esta columna se inspira entre otras en la realidad y un trabajo de **Oscar Castillero Mimenza, Psicólogo en Barcelona (2022)**.

Como Especialista en Medicina Legal -tras una serie significativa de admisiones psiquiátricas post pandemia- y como padre; he observado el uso constante de la mezcla entre una benzodiacepina específica utilizada para el ataque de pánico como así para casi cualquier problema clínico y el alcohol. Los efectos de la mezcla de **ambas con carácter recreativo** pueden ser bastante peligroso. (**SIC – 2022**).

El primero, es un medicamento clasificado como benzodiazepina, que actúa como tranquilizante en el cuerpo.

Esta droga también ralentiza la actividad cerebral y puede causar mayor ansiedad, paranoia, pensamientos e intentos suicidas. Peligrosos resultan los efectos del consumo mixto con el alcohol. Debido a que se utiliza para tratar enfermedades mentales, tiene el potencial de empeorar las mismas cuando se consume con alcohol. Además, debido al efecto tranquilizante que ambos tienen en el cuerpo, es probable que las personas que abusan del alcohol abusen del psicofármaco después de que se les haya recetado esta droga. No es raro que las personas adictas se vuelvan a ambos, pero por su potencial consuman alcohol en exceso, especialmente cuando no están consumiendo temporalmente la droga (**Rovira - 2022**).

Tanto la benzodiacepina referida como el alcohol son depresores del sistema inmunológico. Cuando el alcohol entra al cuerpo, es absorbido por el torrente sanguíneo. Inmediatamente comienza a interrumpir la comunicación entre las células nerviosas, por lo que aquellas personas que consumen alcohol en exceso se vuelven descoordinados, débiles y lentos.

No por ser repetitivo, las propiedades sedantes del alcohol hacen que éste tenga sobre el organismo un efecto anestésico sobre algunas áreas del cerebro, disminuyendo su actividad; y como todo medicamento sedante-hipnótico, **actúa para favorecer la inhibición sináptica, producida por el transmisor denominado ácido gamma-aminobutírico [GABA] (igual sucede con las anfetaminas y barbitúricos).**

En el hígado son extensivamente metabolizados ambos por reducción al 7-amino- y por N-acetilación al 7-acetamino-. También ocurre hidroxilación en la posición C-3. El citocromo P450 3A4 hepático está implicado en la reducción a metabolitos inactivos farmacológicamente, **pero tóxicos para el hepatocito**. Los metabolitos se presentan en la orina como compuestos libres y conjugados (glucurónico y sulfato). La práctica actual exige el uso de combinaciones.

El conocimiento del metabolismo de los fármacos, el alcohol y el papel interactivo que juegan las enzimas del citocromo P450 frente a los fármacos ya tradicionales y a otros medicamentos nuevos se está ampliando a gran velocidad. Los médicos que recetan estos medicamentos deben mantenerse al tanto de estos avances para maximizar la seguridad y eficacia de los tratamientos que administran a sus pacientes (**Walkins, P.B., Drug metabolism by cytochromes P450 in the liver and small bowel, Gastroenterol. Clin. North Am., 1992**).

El alcohol ejerce su principal influencia sobre el sistema nervioso tanto la tolerancia como la dependencia que influyen en los efectos neuronales y su acción psicofisiológica y farmacodinámica es depresiva, semejante a la que producen los anestésicos generales. Esto sumado a las benzodiacepinas, actúan y producen una adicción depresiva mediante a inhibición de la excitabilidad y las conducciones axonales. En todo caso, el peligro de tomar fármacos sin prescripción facultativa y sumarlos a la ingesta de alcohol es un coctel complejo que puede derivar en un estado de salud del que no podamos salir llegado el caso.

Además, el hecho que los mensajes permanentes de odio sensibilizan a las personas que, por sus procesos de personalidad, sus instintos primitivos y sus sistemas de creencias presentan mayor susceptibilidad para emocionar odio (**Ignacio Brusco -2022**). □

(*) Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires.

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



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

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



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



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020

UBICACIONES:



Sede Belgrano: Blanco Encalada 2557, CABA

Sede Microcentro: Esmeralda 141, CABA

Sede Barrio Norte: Arenales 2777, CABA

Sede Chequeos: Beruti 2853, CABA

Sede El Solar: Solar Shopping, CABA

Sede Castex: Castex 3293, CABA

Sede Abasto: Sánchez De Loria 117, CABA

Sede San Isidro: Dardo Rocha 3034, San Isidro

K41: Aut. del Oeste Km 41, (colectora sur)

k41 : **(Laboratorio)** Aut. del Oeste Km 41, (colectora sur)

Dra. Liliana Edith Maggi - M.P. n° 7592

Dra. Laura Melisa Caceres - MP n° 6408

Zona Oeste: Aut. del Oeste, Km. 40, Bs. As

Quilmes **(Laboratorio)** Alem 159, Bs. As

Dra. Patricia Rosana Bechi - M.P. n°4575,

Dr. Armando Esteban Horcajo M.P. n°2119,

Dra. Giselle Celeste Montalvo - M.P. n°8360

CONSULTAR POR SEDES TEST COVID 19

SOLICITÁ TU TURNO ONLINE

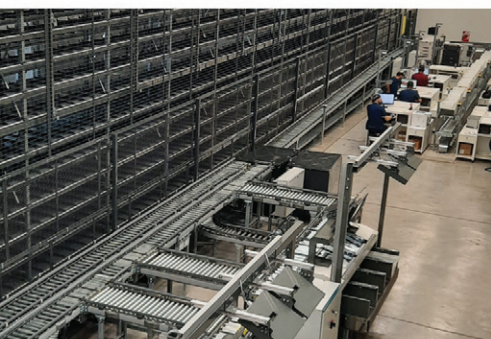
cdrossi.com

@centrorossi



ROSSI
Cuidándote siempre

*“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.