

Medicina Global **Médicos**

La revista de salud y calidad de vida



COLUMNA
NI AUSENTE
NI PRESENTE...
FALLIDO

Por el Dr. Rubén Torres



PRIMERA PLANA
"HEALTH + TECH":
LO QUE SE VIO EN
HIMSS23 CHICAGO

Por Santiago Troncar



COLUMNA
LA GRIETA
ETERNA

Por el Dr. Mauricio Klajman

GALENO

TODOS PARA VOS.



**TODO PARA CUIDAR A LAS SELECCIONES DE HOCKEY
Y A LAS LEONAS Y LEONES DE TU EMPRESA**

Sponsor oficial
de Los Leones
y Las Leonas



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY



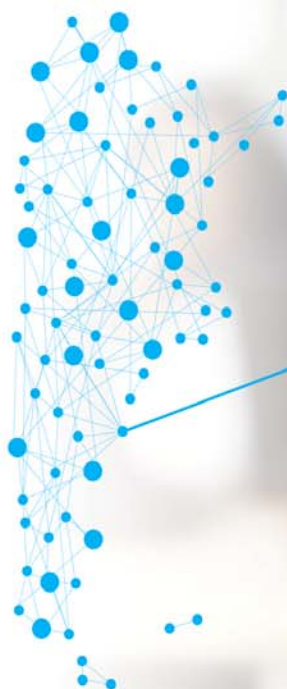
SanCorSalud

Medicina Privada



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. Circula por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL - Virrey Liniers 2203 - CABA.

ACUDIR

COMPROMISO DE CALIDAD ACUDIR: SERVICIO DE TELEMEDICINA CERTIFICADA POR ISO 9001:2015 **6**

COLUMNA

ARS MORIENDI

Por el Dr. Javier Vilosio - Médico. Mg. en Economía y Ciencias Políticas **8**

OPINIÓN

NADA NUEVO BAJO EL SOL

Por el Lic. Ariel Goldman - Tesorero de la Asociación Argentina de Salud Pública (ASAP) **10**

COLUMNA

¿CÓMO ELIGEN ESPECIALIDAD LOS MÉDICOS?

INFORMACIÓN CLAVE PARA PLANIFICAR EL CAPITAL HUMANO

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur - Ex director nacional de Capital Humano - Ministerio de Salud **12**

COLUMNA

NI AUSENTE NI PRESENTE... FALLIDO

Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA) **14**

COLUMNA

¿EN QUÉ SE HA INNOVADO EN SALUD EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines **16**

DEBATE

MEDIDAS "VIABLES" PARA REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS **18**

OPINIÓN

UNA CELEBRACIÓN QUE OMITI MATICES

Por el Dr. Mario Glanc - Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA **20**

COLUMNA

LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE (ACP)

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud **22**

COLUMNA

DENGUE Y ESTADO MOSQUITO LA SALUD - ENTRE LA DESIDIA Y EL DESGOBIERNO

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) **24**

PRIMERA PLANA

"HEALTH + TECH": LO QUE SE VIO EN HIMSS23 CHICAGO

Por Santiago Troncar - CEO de FutureDocs Latin America **26**

OPINIÓN

UNA MIRADA AL CLAROSCURO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Mag. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA **32**

COLUMNA

LA GRIETA ETERNA

Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión **34**

OPINIÓN

LA TRAGEDIA SANITARIA

Por el Dr. Mauro Brangold - Médico especialista en Salud Pública - Magister en Administración y Gestión Sanitaria **36**

DEBATE

NUEVOS DESAFÍOS EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS MÉDICOS

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública **38**

VOCES

LA NOTICIA Y LA JUSTICIA - UN FALLO QUE SIENTA UN PRECEDENTE INTERESANTE

Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados **40**

DEBATE

DISEÑO DE SISTEMAS PARA GESTIONAR CONFLICTOS

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria **42**

OPINIÓN

ANTIGUOS Y FRAGMENTADOS

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga **44**

DEBATE

CANDIDATOS 2023: REPRESENTACIÓN, PERTENENCIA Y DECISIÓN POLÍTICA

Por el Prof. Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL - Universidad de Bologna **46**

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

GALENO

TODO PARA VOS.



COMPROMISO DE CALIDAD ACUDIR: SERVICIO DE TELEMEDICINA CERTIFICADA POR ISO 9001:2015

Con una sólida misión orientada al cliente, desde el año 2015 Acudir Emergencias Médicas renueva una vez más su Certificación ISO 9001 de Sistemas de Gestión de la Calidad en sus servicios, para a la atención de urgencias y emergencias médicas, abarcando además su asistencia, gestión administrativa y operativa.



La **teleconsulta** de Acudir es uno de los servicios certificados por la Norma de Calidad ISO 9001:2015. De acuerdo a los registros de atención, los resultados del último semestre reflejaron que **más del 70% de las consultas realizadas a través de este sistema, obtuvieron una resolución efectiva de atención y diagnóstico.** El resto de las atenciones solicitadas, fueron resueltas de manera presencial, con el envío de una unidad móvil a domicilio, con aproximadamente un 20% de derivación de éstas a Instituciones de Salud.

De esta forma, Acudir comprueba la efectividad de este servicio, brindado a sus clientes de Prepagas, Obras Sociales, ART y Áreas Protegidas, a quienes la teleconsulta les brinda una solución para atender patologías leves que -en principio- no requieran una práctica médica presencial, segundas consultas o seguimiento de pacientes crónicos en domicilio. La teleconsulta facilita el diagnóstico, lo que promueve la salud y mejora la calidad de vida de los pacientes que utilizan este sistema de atención médica.

Este servicio está conformado por un cuerpo de profesionales médicos altamente capacitados, con amplia experiencia en el área y con las aptitudes necesarias para contener y comprender a cada paciente en su caso particular. De esta forma, durante la prestación, el paciente es atendido con calidez, siguiendo los protocolos de atención indicados para garantizar la calidad de la teleconsulta.

El compromiso de servicio de Acudir ha sido certificado por la Norma ISO 9001:2015 de manera sostenida y sin interrupción -desde hace más de 8 años,

para los servicios de atención, asistencia y gestión administrativa y operativa de emergencias y urgencias médicas, consultas médicas domiciliarias y traslados sanitarios, en ambulancias y unidades de asistencia médica pre hospitalaria de alta, mediana y baja complejidad de adultos, pediátricos y neonatológicos, y video consultas médicas (telemedicina).

Con una amplia estructura, conforma-

da por 23 Bases Operativas propias, distribuidas en puntos estratégicos de CABA y Gran Buenos Aires, un Call Center de urgencias y emergencias equipado con tecnología de última generación y más de 200 unidades móviles, Acudir se consolida como la empresa líder en su rubro, satisfaciendo las necesidades de sus clientes, en el momento indicado y con el recurso apropiado. ■



- Transformación digital
- Mejor conexión con vos
- Prioridad para tu salud



Gestiones online
ospesalud.com.ar



App OSPe Mobile
Disponible en Google
Play y App Store



Telemedicina DOC24
Consultas médicas
las 24 hs.

► Evolucionamos para un mejor servicio
con un mismo propósito: **conectar con
vos y cuidar tu salud.**



Más de 450.000 afiliados
nos eligen en todo el país.



Nuestro **origen petrolero**
nos llena de orgullo.



Cobertura nacional.
Delegaciones en todo el
país para estar más cerca.



0800 444 6773
Atención al Beneficiario

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias



ARS MORIENDI



Por el Dr. Javier Vilosio (*)

A mediados del Siglo XIV la Peste aniquiló a más de la mitad de la población europea. El terror debió haber sido enorme: rápidamente se desparramaba entre la población una enfermedad que causaba una muerte lenta y dolorosa de la que resultaba casi imposible escapar.

Cinco siglos después recién se postularía la *teoría microbiana* de las enfermedades infecciosas y luego empezarían, lentamente, a identificarse sus agentes causales. Los antibióticos llegarían sobre inicios del siglo XX.

Durante aquellos años de terror la Iglesia católica difundió su doctrina respecto del final de la vida. La obra, conocida bajo el nombre de *Tractatus o Speculum artis bene moriendi* dio origen a un texto abreviado y un conjunto de imágenes (once escenas) muy difundidas por entonces, que se conocen genéricamente como el *Ars moriendi* (algo así como *el arte de morir*).

En el texto inicial los capítulos se referían a:

1. Un elogio de la muerte.
2. Las tentaciones que afectan al que va a morir y las formas de superarlas.
3. Las preguntas que hay que hacerle al moribundo para reafirmar su Fe y conseguir el arrepentimiento de sus pecados.
4. La necesidad de imitar la vida de Cristo.
5. El comportamiento a adoptar por los laicos que lo acompañan (incluyendo la conveniencia de que el enfermo realice un testamento).
6. Las oraciones que debían utilizarse.

El *Ars moriendi* se centraba especialmente en el capítulo de las tentaciones: la incredulidad, la desesperación, la intolerancia ante el sufrimiento, la autocomplacencia por los propios méritos y la incapacidad de renunciar a los bienes materiales y a los seres queridos.

Los remedios propuestos, por supuesto, correspondían a la doctrina católica y se centraban en la Fe, la esperanza en el perdón divino, la humildad, la renuncia a los placeres mundanos y la fortaleza ante el dolor. También se indica que debe anunciarse al enfermo la proximidad de la muerte.

La muerte de una persona era, por entonces, un hecho social. Investigadores del tema nos cuentan que “*el tránsito de un*

mortal era considerado un acto público. La presencia de seres queridos era un motivo de satisfacción y de consuelo para el interesado. Morir en soledad constituía un mal muy temido, de ahí el pánico que suscitaba la mors repentina o muerte súbita e inesperada”.⁽¹⁾

Cuando uno lee ese listado de “tentaciones” es difícil no asociarlo con las famosas etapas de Kübler Ross frente a la certeza de la muerte, difundidas en los setenta del siglo XX⁽²⁾: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Cinco siglos después, en contextos absolutamente diferentes, y bajo distintos ropajes, algunas vivencias y necesidades humanas en el extremo de la vida persisten. Pero, a diferencia de la Edad Media, en una sociedad mayormente secularizada, y bajo el imperativo del consumo, que define nuestras expectativas y condiciona mucho de lo que percibimos como necesidades.

El *arte de morir* hoy sería una experiencia fundamentalmente individual, casi escondida, más vinculada a la soledad que al acompañamiento, más próxima a la institucionalización que al hogar, y en demasiadas ocasiones más cercana a la perplejidad y la incomprensión que a la aceptación.

Y es que, en cuanto a nuestra existencia individual, las personas no hemos cesado en la búsqueda más o menos consciente de sentido y trascendencia; y, además, desde la época de los *miasmas* hasta la de la ingeniería genética y la inteligencia artificial la idea de la inmortalidad ha sumado las promesas de la ciencia y el mercado.

En algunas clases nos gusta mostrar la tapa de una revista muy popular en la Argentina que en 2017 anunciaba “*La ciencia supera las fronteras de la vida. Ya se puede vencer a la muerte*”.⁽³⁾

Sin dudas, estamos hoy en capacidad de aliviar el dolor físico y sedar la conciencia ante el dolor moral -que no es poco- pero seguimos muy lejos de responder, en lo profundo de nosotros, las preguntas sobre el *sentido*. Algunos piensan que la ciencia podría ahorrarnos el trabajo de esa reflexión.

Pero no hay fármacos que sirvan para reflexionar maduramente sobre la finitud de la vida, ni para ofrecernos la demoledora convicción de Meursault, el protagonista de *El Extranjero*⁽⁴⁾, que reflexiona sobre un cura que intenta ayudarlo acercándolo a Dios antes, de su ejecución “... *en cuanto a mí, no quería que me ayudaran y precisamente no tenía tiempo para interesarme en lo que no me interesaba*”.

Un trabajo recientemente publicado, de Montse Esquerda y col⁽⁵⁾, revisa diversas posiciones respecto de la relación entre la religiosidad, la espiritualidad y la medicina, y especula sobre la relación entre creencias y salud, señalando importantes dificultades metodológicas en la investigación al respecto.

Todos ellos son temas poco transitados desde el campo de la salud, pero que deberíamos frecuentar más asiduamente.

Porque, después de todo, “*memento vivere*” / “*memento mori*”.⁽⁶⁾ ■

REFERENCIAS

- 1) Ruiz García, Elisa, “El ars moriendi: una preparación para el tránsito”, en *IX Jornadas Científicas sobre Documentación: la muerte y sus testimonios escritos*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2011, p. 315-344.
- 2) Kübler-Ross, E. (1970). *On death and dying*. Collier Books/Macmillan Publishing Co.
- 3) Revista Noticias. N° 2118, 15 de Julio de 2017.
- 4) Camus Albert. 2° Ed. Buenos Aires. Booket, 2008.
- 5) Montse Esquerda, Angela López-Tarrida, David Lorenzo, Margarita Bofarull. Determinantes espirituales de la Salud. Razón y Fe, enero-abril 2023, n.º 1.461, t. 287
- 6) Recuerda vivir/Recuerda que vas a morir.

(*) Médico Paliativista



Junto a vos, a lo largo de tu vida.

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.

NADA NUEVO BAJO EL SOL



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

Pensar en una crisis económica en la Argentina es casi como de rutina. Disparadas del dólar, corridas bancarias, estallidos sociales, inflación, desempleo, pobreza, etcétera. Ya nada nos asombra ni nos sonroja. La resignación de los empresarios, los empleados, los trabajadores informales, desocupados y jubilados, o sea de toda la población, es total.

Cada uno se acomoda y juega a lo que puede, tratando de no caerse del tablero. Algunos pocos salen favorecidos parándose sobre los productos o especulando financieramente. Pero la gran mayoría es perjudicada, más en el corto plazo que en el largo plazo. Casi que aceptamos a estar condenados y damos como válida aquella vieja frase que solía repetirse “la única salida es Ezeiza”.

Como dice el título, nada de lo descripto es nuevo. Pero yo no deseo resignarme y quiero rebelarme. Quiero crear un mejor futuro para las próximas generaciones. Y si no hay nada nuevo bajo el sol, entonces cambiemos de estrella y pensemos fuera de la caja.

El sector salud como factor de crecimiento económico

El sector salud siempre ha sido considerado un factor de crecimiento económico para un país. En principio con una visión a mi entender reduccionista, donde se relaciona la población “sana” con productividad, alineando así a las mejoras de la salud poblacional con mejoras en el sector económico. Dicho de otro modo, si la gente tiene salud puede trabajar y producir.

No deja de ser cierto el planteo, pero solo refiere a la parte de la población que produce, mientras que aquellos que están fuera de la PEA (Población Económicamente Activa) no merecieran o sería ineficiente invertir en su salud.

Invertir en búsqueda de salud poblacional en forma equitativa es condición necesaria para el crecimiento económico, pero no suficiente para dar el impulso necesario para cambiar el rumbo de nuestra economía.

Otro factor de crecimiento económico que involucra al sector salud es el de importador de pacientes. La Argentina atrae pacientes por la gran capacidad técnica de sus profesionales y, coyunturalmente, precios muy competitivos. Sin embargo, la lejanía geográfica y las complicaciones logísticas hacen que esta veta se haya podido explotar muy poco en el país y el mercado sea muy reducido.

No solamente el sector privado importa pacientes, también el sector público, y aunque muchos miran el gasto que genera en

el sistema de salud, pierden la perspectiva de ingresos fiscales, dados especialmente por los impuestos al consumo, que son muy altos en nuestro país y fáciles de recaudar (comparativamente con los impuestos a la riqueza).

Por último, se ha destacado al sector salud como un sector de crecimiento a partir de las inversiones que genera. Por un lado, las inversiones en empresas de servicios y por el otro lado, las inversiones en investigación. Respecto a las primeras, en reiteradas oportunidades hemos destacado como afecta la crisis económica a las empresas del sector y la fragilidad económica que las atraviesa.

Sumado a la gran cantidad de barreras de entrada y de salida existente para los capitales, realmente es impensable que los servicios de salud sean, actualmente, el cambio necesario que haga crecer la economía de la Argentina.

Por el otro lado, la investigación y el conocimiento es “el factor económico” que propició grandes cambios en las economías modernas. Como ejemplo, Israel que pasó en 10 años a ser un país exportador de olivas y naranjas a un país exportador de tecnologías multiplicando su PBI varias veces.

Tenemos destacados profesionales e investigadores que pueden trabajar en los campos más demandados de la investigación en salud, como ser investigación en terapia celular, terapia genética o análisis digitales y desarrollo de sistemas de información. Debemos fomentar la investigación y el desarrollo de conocimiento como la punta de lanza del crecimiento económico.

El sector salud como motor del cambio

Si bien el sector salud puede ser disparador de inversiones y crecimiento económico, es solo la punta del iceberg. Por debajo, hay mucho más que el sector puede aportar y no se vislumbra a simple vista. El sistema de salud puede, y debe, generar un gran cambio en la población.

El primer tema sobre el cual debemos trabajar es el cambio climático. Debemos ser impulsores del cambio como educadores y también debemos ser impulsores de nuevas tecnologías compatibles con el ambiente. No hay futuro si no cambiamos a formas de producción limpia. No alcanza con pagar por el daño ambiental.

Debemos innovar en la forma de producción siendo inteligentes con el medio ambiente. El sector salud debe ser un ejemplo en esto y trabajarlo profundamente, disminuyendo la cantidad de residuos producidos, eliminando envases o embalajes innecesarios o utilizando equipos de eficiencia energética.

Otro motor de cambio a abordar es trabajar para la tercera edad. Este sector de la población es creciente y necesita de una serie de instituciones que hoy tienen poco desarrollo. Desde geriátricos hasta centros de día.

Pensar activamente en inversiones específicas para esta pujante masa de personas brindándoles respuestas adecuadas adaptadas a sus necesidades y capacidades. La “longevidad” es una realidad en los centros urbanos de nuestro país y esperemos prontamente también se extienda hacia la totalidad del país.

Finalmente, el gran cambio que se vislumbra es el desarrollo de los sistemas de inteligencia artificial (IA). Con una velocidad exponencial de avance, las tecnologías basadas en IA ya están cambiando al mundo.

El sector salud es uno de los más prolíferos y que mejor puede explotar estas tecnologías. Debemos aceptarlas, adoptarlas y aprovecharlas para lograr una verdadera revolución sobre la economía y el rumbo de nuestro país.

Tomando la teoría de las olas de Alvin Toffler, que propone para explicar la evolución de la humanidad, estamos ante la 4.ª ola. Es momento de subirse o nos quedaremos nuevamente sin nada nuevo y con los mismos problemas de siempre. ■

(*) Tesorero de la Asociación Argentina de Salud Pública (ASAP).

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT
Te lo garantiza
Ágil y Simple

¿CÓMO ELIGEN ESPECIALIDAD LOS MÉDICOS? INFORMACIÓN CLAVE PARA PLANIFICAR EL CAPITAL HUMANO



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

La elección de una residencia médica o especialización es un paso crucial en la carrera de cualquier médico. Esta elección puede definir la trayectoria profesional del médico y puede influir en su vida personal y financiera. La elección de una especialidad médica es un proceso complejo que implica la combinación de factores de la formación, personales, profesionales y financieros. ⁽¹⁻²⁾

A su vez estas decisiones, consideradas colectivamente, tiene influencia en la composición del capital humano del sistema de salud. Las políticas tendientes a formar la fuerza de trabajo que el país necesita deberían basarse en el conocimiento de estas tendencias.

Dentro los aspectos que hacen a la formación los principales factores son el tipo de experiencia clínica previa y los modelos de rol. La experiencia clínica previa puede ser una herramienta importante y se vincula a los modelos curriculares que tienen las universidades, a la composición del cuerpo docente y al tipo de contacto con el sistema de salud, si éste es temprano.

Estas experiencias permiten a los estudiantes comprender las habilidades, la carga de trabajo y los desafíos de una especialidad médica determinada. Se ha visto que modelos orientados a la comunidad, con contacto temprano con la práctica promueven una mayor elección de especialidades vinculadas a la atención primaria.

Por otro lado, la satisfacción personal se refiere a las expectativas que tiene un estudiante de su carrera profesional, lo que puede ser influenciado por diversos factores como la preferencia por el trabajo en equipo, por la variedad en la práctica clínica y la empatía con los pacientes.

Otro factor importante en la elección de una especialidad médica es el prestigio. Cada especialidad tiene un imaginario social asociado, esto varía según los países, pero es también un factor para tener en cuenta.

La estabilidad financiera, luego de la formación, también es un factor importante en la elección de una especialidad, especialmente en países donde el salario de los médicos en promedio es bajo, como en la Argentina, y está directamente relacionado con la especialidad médica.

Las especialidades quirúrgicas o con prácticas tecnológicas tienen mayor ingreso, al igual que la anestesiología. Es por eso que estas son las especialidades con más demanda, las cuales tienen tasas mayores de aspirantes (respecto de las vacantes) en los concursos de residencias. Fenómeno mundial al que no escapa nuestro país.

En el último tiempo varios estudios han dado cuenta que la carga horaria semanal es también un factor, aumentando lentamente la preferencia de aquellas que aseguran un buen ingreso con horarios determinados, sin urgencias o guardias. Los graduados más jóvenes buscan preservar sus tiempos de ocio, y estas demandas deben ser entendidas. ⁽³⁾

En síntesis, los médicos eligen cada vez más especialidades basadas en la tecnología y las prácticas, en lugar de elegir especialidades centradas en el paciente o en la atención primaria. La pandemia ha agudizado también el rechazo por especialidades vinculadas a los cuidados críticos, con alta carga laboral y emocional.

En la Argentina además de los factores generales mencionados debemos tener en cuenta algunos aspectos particulares vinculados a la organización de nuestro sistema de especialidades, y del concurso de residencias.

Por un lado, las plazas de residencia se ofrecen por especialidad y por región, lo que genera una demanda que supera la oferta en algunas especialidades mientras que otras quedan con vacantes, ya que el cambio de especialidad en el proceso de readjudicación es limitado.

Los graduados prefieren esperar conseguir lo que buscan dado que al tener un título habilitante pueden hacer ciertos trabajos mientras esperan por su formación. El acceso a residencias de subespecialidades sin haber completado una residencia en especialidades básicas resta el interés en éstas.

Asimismo, resulta interesante que las especialidades menos elegidas, y con remuneraciones potencialmente más bajas como vinculadas a la atención primaria tienen una mayor proporción de mujeres estableciéndose un sesgo de género que debería ser atendido.

Finalmente, la fuerte presencia de extranjeros en nuestros concursos de residencias no se distribuye uniformemente en todas las especialidades. Raramente eligen especialidades vinculadas a la atención primaria, prefiriendo las quirúrgicas y las que suponen un mayor ingreso.

No contamos con estudios publicados sobre cuantos de ellos permanecen en el país luego de su formación, y como ello impacta en la distribución y composición del capital humano en salud.

En resumen, el debate sobre el título habilitante, la necesidad de completar una residencia en especialidades básicas en forma inicial, y avanzar a un modelo de selección similar al del MIR español podría mejorar la elección de especialidades desatendidas en la Argentina.

Asimismo, es crítico establecer una política de género en las especialidades prioritarias con fuerte feminización para promover la retención, y debatir la política de formación de extranjeros. ■

REFERENCIAS

- 1) Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Nov;34(5):351-8.
- 2) Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond ME, Ten Cate OT. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Med Teach*. 2016;38(1):18-29. doi: 10.3109/0142159X.2015.1074990.
- 3) Harris JE, González López-Valcárcel B, Ortún V, Barber P. Specialty choice in times of economic crisis: a cross-sectional survey of Spanish medical students. *BMJ Open*. 2013 Feb 12;3(2): e002051. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002051

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



+ DE 730 PACIENTES

FALTAN AL DÍA
A SU CONSULTA.

Si no podés asistir,
cancelá tu turno en

miportalclnicas.com.ar

★
Clínica
Santa Isabel

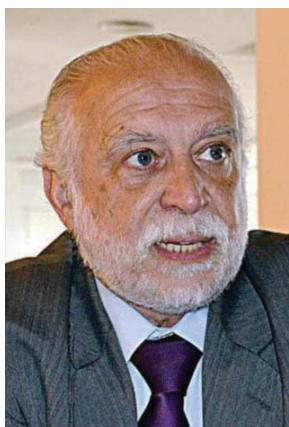
✿
Clínica
del Sol

★
Clínica
Bazterrica

★
Centro
Médico
Bazterrica

Centro
Médico
Santa Rita

NI AUSENTE NI PRESENTE... FALLIDO



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La Argentina ya no es esa Nación inclusiva, de una ascendente clase media que acotaba el conflicto social, un sistema educativo ejemplar en la región, y dotada de todas las riquezas naturales.

Fue sustituida por una sociedad y una dirigencia que, desde hace décadas, renunció al debate de problemas y soluciones trascendentales.

La Constitución de 1994 disponía crear un régimen de coparticipación federal (CF) de impuestos, antes del fin de 1996, y lleva 27 años sin cumplirse, y no figura en la agenda de ningún partido político.

La ley vigente, de 1988, transitoria por 2 años, se sigue prorrogando, y legitimando una distribución arbitraria, en función de presiones de política partidaria, que discrimina fuertemente (la provincia de Buenos Aires, que en 1958 tenía el 33,8% de la población del país, y recibía el 29% de la CF, tiene hoy el 39% de la población, y recibe el 22%).

Sociedad y dirigencia que para abordar sus problemas parece necesitar que haya previamente conflicto o muertos, en un país, en el que la vida, ha perdido su valor.

Una sociedad víctima indefensa de bandas narcos, que clama por seguridad, en un país en que el crimen organizado hizo pie, sin que los responsables de cuidarnos se presenten, antes del tiro que hoy le toca al vecino y mañana vaya a saber a quién.

Un Estado que, en estas, y tantas otras materias esenciales mira para otro lado, donde el apego por el dinero rápido y mal habido, y la acción de malos gobernantes convirtió a aquel país dorado en un lugar invivible para el hombre común.

Fruto de ese vaciamiento conceptual, la vida pública quedó, sin dirección, y curiosamente en el país del Estado "presente", se aprecia más bien su desertión.

En el Estado presente la educación se privatizó como nunca: entre 2004 y 2020, los alumnos de escuelas privadas primarias crecieron en 230.000 (22%), los de escuelas públicas disminuyeron un 9% (400.000 menos).

Y quienes logran acceder a la escuela pública lo hacen en edificios dañados, con cada vez menos días de clase y docentes mal pagos haciendo florecer la escuela privada, a la cual asisten los hijos de los dirigentes que se encargaron de destruir la escuela pública, en la que nos formamos muchos argentinos, y que hoy solo existe en el corazón de los viejos que la extrañamos.

Hospitales que apenas se tienen en pie y vacíos de profe-

sionales con remuneraciones ridículas, que siguen adelante por la acción generosa de un puñado de médicos, enfermeras y trabajadores que se niegan a abandonarlos, donde se atienden los más pobres, pues los dirigentes que dicen defenderlos y se encargaron de destruirlos se asisten en sanatorios privados.

Un país donde el 25% de las mujeres dice llegar tarde a la consulta por cáncer de mama por no tener con quien dejar sus hijos a cuidado o no poder abandonar sus actividades laborales.

Con un Estado "presente", que "aumenta" derechos creando un Ministerio de la Mujer, pero en el cual la jornada escolar extendida (ley 26.206), que podría tener al cuidado esos niños, y salvar la vida de sus madres, de aplicación obligatoria desde 2006, solo alcanzaba en 2019, el 80% en Tierra del Fuego, 52% en Córdoba, 50% en CABA, 24% en Catamarca y 7% en Buenos Aires.

En las primeras décadas del siglo pasado, las familias asumían la necesidad de construir el destino de sus hijos, y había una idea de compromiso colectivo de la comunidad respecto de la tarea de formación: cualquier vecino nos "retaba" si decíamos malas palabras, o nos veían pelear con otro, y hasta podía tocar el timbre de nuestras casas para comentarles a nuestros padres esas transgresiones.

Y no había duda que lo hacían para cuidarnos. Era una sociedad en la que los mayores daban el tono al futuro posible, y los demás permanecían en silencio. Los padres médicos querían que sus hijos también lo fueran; los mecánicos dejarles su taller. Todos querían construirles la mejor adultez posible, de acuerdo con su propia visión y posibilidad.

Nos decían que debíamos levantarnos temprano, estudiar, esforzarnos, cuidar nuestra presencia, respetar a los adultos, aceptar las reglas de convivencia, lo que estaba bien y mal. La libertad de los chicos no era un concepto prioritario y si lo eran la certidumbre, el bienestar, el cuidado, como componentes de una idea de felicidad.

Sería hora de un balance, antes de que vuelva a escucharse, el inconducente: "que se vayan todos". Antes que se descubra que nuestros gobiernos fueron negligentes con la economía, nos hicieron vivir por encima de nuestras posibilidades y nos condujeron a la bancarrota, que llama a las villas de emergencia, "barrios populares" como si eso atenuara la tragedia de su crecimiento y las escuelas dejaron de poner aplazos para poner siglas: el alumno nunca reprueba, y la inclusión dejó de ser fruto del esfuerzo y el trabajo ahora lo garantiza el hablar con e.

Tal vez un líder pueda apelar a la idea de terminar por fin con los años de descalabros y pueda prometer algo modesto pero deslumbrante: construir por primera vez un país serio y normal, que nos aleje de este manicomio social y financiero.

Como decía Jorge L. Borges, tenemos el deber de la esperanza, de recrear ese país, que hoy es un recuerdo, resultado no de un Estado presente, y ni siquiera de uno ausente, sino de uno auténticamente fallido. ■

(*) Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA).



Medifé

Estamos con vos

Los mejores planes de salud que se adaptan a tus necesidades,
con profesionales y centros de atención de primera línea.

medife.com.ar

¿EN QUÉ SE HA INNOVADO EN SALUD EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?



Por el Dr. Carlos Felice (*)

En los últimos 5 años, ha habido varias innovaciones notables que han tenido un gran impacto en la salud. Estas son sólo algunas, pero todas tienen el potencial de mejorar significativamente la calidad de vida de las personas.

Entre los avances más notables puedo mencionar:

1. **Inteligencia artificial y machine learning:** aplicados a la medicina, han mejorado la precisión de los diagnósticos y el desarrollo de tratamientos personalizados. La inteligencia artificial está transformando la medicina al permitir a los médicos y científicos analizar grandes cantidades de datos médicos y encontrar patrones o tendencias que pueden ayudar en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Junto con el aprendizaje automático está revolucionando la atención médica al mejorar la eficiencia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como en la predicción de resultados y la personalización de la atención.
2. **Las aplicaciones móviles y tecnologías portátiles:** que permiten a las personas controlar su salud de manera más efectiva, como monitores de ritmo cardíaco, sensores de glucosa y aplicaciones de seguimiento de la actividad física. El auge de los dispositivos portátiles y las aplicaciones de salud permite a los pacientes y profesionales de la salud recopilar, analizar y compartir datos importantes sobre la salud en tiempo real, lo cual contribuye a la prevención y el seguimiento de enfermedades y condiciones de salud.
3. **Medicina personalizada:** se basa en la idea de que cada paciente es único y que el tratamiento debe adaptarse a sus necesidades individuales. Los avances en tecnología y análisis de datos han permitido a los médicos y científicos personalizar los tratamientos para enfermedades como el cáncer. Se basa en información genética y molecular única de cada paciente para personalizar los tratamientos y mejorar la eficacia, en lugar de utilizar enfoques genéricos.

"Estos avances en innovación médica están cambiando el panorama de la atención médica y ofrecen posibilidades emocionantes para mejorar la vida de millones de personas en todo el mundo".

4. **La terapia génica:** se trata de una técnica que usa genes para tratar enfermedades genéticas hereditarias. Los tratamientos basados en terapia génica y células madre ofrecen nuevas posibilidades para tratar enfermedades previamente intratables o difíciles de controlar, como ciertos tipos de cáncer y trastornos genéticos. La terapia génica ha estado en desarrollo durante varias décadas, pero ha habido avances significativos en los últimos años. Los científicos están trabajando en el uso de terapia génica para tratar enfermedades hereditarias como la enfermedad de Huntington y la hemofilia.

5. **El uso de robots quirúrgicos:** lo que ha permitido intervenciones menos invasivas y más precisas.

6. **Telemedicina:** permite a los pacientes recibir atención médica a distancia, aumentando la accesibilidad y reduciendo los costos. Es una práctica cada vez más común que permite consultar con médicos y especialistas a distancia mediante videoconferencias y aplicaciones móviles.

7. **Inmunoterapia contra el cáncer:** la inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del cáncer en los últimos años. Está diseñada para ayudar al sistema inmunológico del cuerpo a combatir el cáncer. Los investigadores han estado desarrollando nuevas terapias inmunológicas, incluidas las células CAR-T, que han demostrado ser efectivas contra el cáncer de sangre, en lugar de depender únicamente de tratamientos como la quimioterapia.

8. **Edición de genes CRISPR:** se ha convertido en una herramienta y técnica revolucionaria importante para la investigación biomédica. Los científicos están trabajando en el desarrollo de tratamientos para enfermedades hereditarias, como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular de Duchenne.

Estos avances en innovación médica están cambiando el panorama de la atención médica y ofrecen posibilidades emocionantes para mejorar la vida de millones de personas en

todo el mundo.

Es posible que también en estos últimos meses haya habido avances significativos, que aún se desconocen, pero es importante tener en cuenta que la investigación médica está en constante evolución, los avances y descubrimientos se producen a un ritmo rápido.

Como dijo el filósofo Heráclito: "todo fluye nada permanece; nada es permanente a excepción del cambio". ■

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

20
23

En camino a la V°
Jornada Atención
Primaria de la
Salud

www.cadime.com.ar

CADI
CÁMARA
DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO
MÉDICO

CONCURSO

**PREMIO
CA.DI.ME
*US\$10.000**

El Premio consistirá en la suma de US\$ 10.000, el que se abonará en pesos argentinos al tipo de cambio dólar billete venta Banco Nación vigente al día anterior del anuncio del ganador del Premio, y un diploma.



MÁS INFO

AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REFERIDO A:

- Evaluaciones de la situación del financiamiento, la gestión o los recursos humanos en el ámbito de los servicios de salud ambulatorios privados.
- Integración o articulación público privada en cualquier área de la prestación de servicios de salud ambulatorios.
- Iniciativas o mejoras en el acceso y/o la calidad de servicios ambulatorios privados en el primer nivel de atención.
- Diseño o propuesta de reforma del sector salud en los aspectos del financiamiento, la gestión o los recursos humanos en el ámbito de los servicios de salud ambulatorios.

JURADO PREMIO CA.DI.ME - 2023



Acad. Juan Antonio M. Mazzei. Presidente de la Academia Nacional de Medicina.



Prof. Dr. Miguel Á R Galmés.
Presidente de la Asociación Médica Argentina.



Doctor Guillermo R. Cobian.
Presidente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).



Dra. María Cecilia López.
Presidente de la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA).



Licenciado Oscar Daniel Cetrángolo.
Licenciado en Economía graduado en la UBA y Master of Philosophy (Estudios de Desarrollo) en la Universidad de Sussex (IDS), Reino Unido.

AUSPICIA

IUDPT
Educación para la era
del conocimiento



ESCRIBINOS:

premiocadimeaps@cadime.com.ar

CA.DI.ME, más de 45 años acompañando al sector salud

@cadimesalud



MEDIDAS “VIABLES” PARA REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Dada la proximidad de las elecciones nacionales previstas para este año, la mayor parte de los candidatos están concentrados en las perspectivas de la competencia política entre los partidos y, dentro de los propios partidos, en la ubicación comparativa de los precandidatos. En general, tanto las preguntas de los periodistas, como las respuestas de los entrevistados, están orientadas hacia principios comerciales de economía cerrada o libertad de intercambio, medidas iniciales -graduales o de *shock*- para frenar la acelerada inflación, racionalización del gasto público para reducir el déficit fiscal, grados de firmeza para alcanzar niveles de seguridad y de cumplimiento de las normas establecidas, con el fin de permitir una aceptable convivencia social.

En el campo de la Salud, las sugerencias -seguramente aportadas por los técnicos que asesoran a los contendientes- suelen plantearse, desde aspiraciones parciales (antes que decisiones efectivas) que modifican ligeramente la fragmentación institucional y la operatoria actual de los servicios, hasta reformas radicales para establecer un “sistema integrado de salud”, conducido por el Estado nacional. Tanto para encarar las condiciones macroeconómicas que posibiliten una adecuada conducción política del país, como para abordar una reforma estructural de las inequidades y deficiencias del Sistema de Salud, es ineludible revisar en primera instancia, desde qué posición se parte para afrontar un proceso, que sin duda estará rodeado de debilidades y amenazas. No sólo será necesario caracterizar el poder de decisión con que se contará, sino también las herramientas apropiadas para que las decisiones sean eficaces.

Debe recordarse que, los dos proyectos de reforma integral que históricamente fueron impulsados desde el Gobierno nacional, con las mayores expectativas de respaldo político, fueron despojados de sus acciones más significativas (inclusión obligatoria de las obras sociales) en la etapa parlamentaria. En 1974, durante la Presidencia de Perón, las Leyes del SNIS, 20.748 y 20.749. En 1988, con el apoyo de Alfonsín, las Leyes 23.660 y 23.661, actualmente vigentes, después de 4 años de negociaciones, tras admitir la autonomía de las obras sociales. En consecuencia, ambas iniciativas no lograron articular en un único sistema, servicios públicos, privados y de la Seguridad Social. La estructura resultante es de hospitales públicos y centros de salud, así como obras sociales de empleados públicos, dependientes de 24 jurisdicciones provinciales. Más de 300 obras sociales operativamente autónomas, pero reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, el PAMI y más de 20 empresas de medicina prepaga, que actúan como importantes “concesionarios” o “tercerizadores” de servicios para los trabajadores de obras sociales de mayores ingresos. La gran mayoría de los beneficiarios con cobertura de obras sociales o prepagos, optan por atenderse en servicios privados. De manera que los usuarios de servicios públicos resultan los que no tienen cobertura o capacidad contributiva.

La principal deficiencia en la estructura fragmentada del Sistema es que la máxima autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud nacional, ejecuta en forma directa menos del 5% del gasto global en salud (incluyendo jurisdicciones públicas, obras sociales, privadas y gasto de bolsillo), por lo que el alcance de sus decisiones queda limitado por su escasa capacidad económica. Se reúne periódicamente con los ministros provinciales en el Consejo Federal de Salud, pero el CoFeSa no tiene personería jurídica y no recibe fondos presupuestarios, para un organismo formado por funcionarios no electivos. Por consiguiente, los acuerdos adoptados en este ente colectivo tienen la jerarquía de consensos técnicos de alta prioridad, pero carecen del carácter obligatorio de las decisiones legislativamente avaladas.

También la información sanitaria está condicionada. Aunque se cuenta con un ente central estadístico (SIISA), la transmisión de información desde las provincias se realiza por correo electrónico y no por redes conectadas en tiempo real, por lo que depende del sesgo de la desigual puntualidad de los operadores en el reporte de datos. Pese a la obligatoriedad de la información sanitaria para todos los efectores, los servicios privados donde concurren los pacientes con cobertura no cumplen con este requisito en forma sistemática y permanente. Si se tiene en cuenta que tanto obras sociales nacionales y provinciales, como aseguradores privados, representan más del 60% de transacciones y eventos registrados en el Sistema, el riesgo de insuficiente consistencia de la información sanitaria es muy alto. En consecuencia, un primer paso en las decisiones debe ser sostenido por información confiable y actualizada, interconectando a todos los efectores e instancias operativas, con terminales similares a las de tarjetas de crédito, que asimismo permitirían fiscalizar el cumplimiento de las directivas.

Ante el acelerado incremento de los costos de la atención médica, que en nuestro caso se agrava por la espiral inflacionaria, las entidades aseguradoras deberían contar con instancias de reaseguramiento -como en los seguros de bienes materiales-, que permitan garantizar la cobertura de tratamientos de alto costo -cada vez más inalcanzables-, tanto para obras sociales como para los prepagos que “tercerizan” afiliados de obras sociales. Esta instancia de reaseguro reduciría la judicialización de conflictos de cobertura y posibilitaría avanzar hacia padrones integrales de beneficiarios, que concentren jurisdicciones provinciales, obras sociales y medicina prepaga (manteniendo la privacidad de las carteras), facilitando asimismo las dobles coberturas.

Por último, los servicios públicos deberían avanzar hacia la implementación integral de la Ley 17.102 (SAMIC) de 1967, con el fin de reconvertirlos en “empresas públicas de servicios”, aún para los pacientes carentes de cobertura. Es una tendencia universal hacia la autonomía hospitalaria, cuya sustentabilidad depende de planes asistenciales del Estado, que permiten asistir a la población carenciada mediante el ejercicio de derechos de “subsidio a la demanda”, y no como una atención de beneficencia. Serán efectores con autarquía administrativa, “gerenciados” con equilibrio contable, así como capacidad para tomar decisiones presupuestarias y de su plantel de personal.

Mediante medidas como las analizadas, se avanzaría hacia reformas estructurales en las zonas “blandas” de las interconexiones institucionales, sin plantear planes de enorme envergadura institucional, que fracasan antes de ser implementados. ■

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



PASAPORTE SALUD



**SALUD A UN
CLICK DE
DISTANCIA**

- Identificación rápida
- Cartilla geolocalizada
- Plataforma de pagos integrada
- Llamadas de emergencia a un click

Confían en nosotros

Medifé

IOSE
INSTITUTO DE OBRAS SOCIALES DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD

 **DOSUBA**

 **AUSTRAL**
Sistema Integrado de Salud

 **Accord
Salud**
el seguro privado de
Unión Personal

MEDICUS

 **avalian**
COBERTURA MÉDICA

osde

 **Unión
Personal**
Obra Social de la Unión del
Personal Civil de la Nación

 **Accord
Salud**
el seguro privado de
Unión Personal

 **IOSFA**
Instituto de Obra Social de las
Fuerzas Armadas y de Seguridad

OSSEG
OBRA SOCIAL DE SEGUROS

SCIS
Medicina Privada

Visítenos en www.hms-tech.com

UNA CELEBRACIÓN QUE OMITE MATICES



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Como todos los 7 de abril, hace poco se celebró el Día Mundial de la Salud, con mensajes que, tomando como eje el problema de salud pública escogido para el año por la OMS lo replican en el terreno local. Este año, en su 75° aniversario la premisa fue la de “centrarse en el camino hacia el logro de la Salud para todos”, bajo el lema “75 años mejorando la salud pública”.

El Ministerio de Salud, la hizo propia a su vez con la consigna “reafirmamos nuestro compromiso con cada habitante que pise suelo argentino + acceso + derechos + salud”.

Más allá de las genuinas expresiones de deseos que expresan estas consignas, es oportuno revisarlas desde una perspectiva alternativa.

Estamos asistiendo a un imperceptible pero crucial cambio en la definición misma del concepto “salud”. Coexisten horizontes asombrosos de progreso tecnológico con niveles obscenos de desigualdad social, en los que no sólo se está redefiniendo el concepto de acceso y cobertura, sino básicamente, la definición de persona “sana”.

El desarrollo tecnológico disponible supone el corrimiento del riesgo a afectarse hacia la inevitabilidad de enfermar. De allí que es posible que en poco tiempo presenciemos -nosotros o nuestros hijos- demandas genuinas, pero imposibles de satisfacer, ya no por incremento de costos, sino porque por su naturaleza no podrán ser alcanzadas sino por unos pocos que estén en condiciones de pagarlas.

En esos términos, nuestro país, y la región, enfrentan problemas y dilemas de cuya resolución, depende la sustentabilidad y en definitiva la existencia efectiva de sus sistemas de salud.

Cuando en 2012, Doudna y Charpentier descubrieron la técnica de edición genética CRISPR-Cas9 perfeccionaron un proceso que ya era francamente disruptivo: ya no sólo disminuir la posibilidad de ocurrencia de una patología, ni optimizar la efectividad de un tratamiento. Se trata ahora de impedir que exista a través de la modificación de la esencia misma del sujeto: su ADN.

Las implicancias son inquietantes: sólo por citar alguno de los incontables ejemplos, instituciones como el MIT plantean la posibilidad de remodelar la raza (SIC) humana (2015)⁽¹⁾, Nature (2016)⁽²⁾ pregunta en tapa “¿Qué significa vivir en la etapa de edición genética?”, referentes como E. Topol, proponen pasar de la etapa de “disecar cadáveres a disecar genomas” en la formación de grado⁽³⁾, E. Musk inserta un dispositivo intracerebral a un chimpancé a través del cual responde lo que se le ordena desde una aplicación celular (proyecto Neuralinx 2019) y recientemente, He Jiankui confirmó públicamente adelantos hasta entonces

sólo periodísticos acerca de que había modificado ADN de embriones humanos y por ende modelado bebés.

Mientras la edición genética avanza hacia una medicina cada vez más personalizada y precisa, la ingeniería de ciborgs y de la vida inorgánica borroñean la frontera entre la sustancia viva y la inerte, y la brecha entre la vieja semiología y el Big Data como soportes para las decisiones clínicas se ensancha, asistimos a una nueva pregunta: *¿Quién será el individuo sano de la próxima generación? ¿Quién no presenta síntomas? ¿Quién ha minimizado la posibilidad de ocurrencia de una patología por prevención primaria? ¿Quién en última instancia ha eliminado la posibilidad de enfermarse a través de la re-edición de su código genético, y por ende ha accedido a una versión mejorada de la “raza humana” (MIT dixit), una estirpe evolutiva superior sólo accesible, por cierto, a quienes puedan pagar por ella. Puede parecer ficcional o excesivo. No lo es. Es más. está en curso.*

Las connotaciones éticas e ideológicas son temibles. Pero igualmente horroroso es el contraste con la vida -y la muerte- del común de las personas. Tres de cada cinco muertes en el mundo se producen por ECNT, muchas de las cuales son prevenibles y tratables por métodos relativamente simples y de efectividad comprobada. Aun así, aunque las tasas de muerte por cardiopatías y cáncer decrecen en EE. UU, aumentan las debidas a causas externas (particularmente accidentes, lesiones y suicidios) y al uso de drogas (Raj Chetty et al. JAMA 2016). La expectativa de vida en occidente dejó de crecer desde hace varios años y sabemos hace ya tiempo que la pobreza/ falta de cobertura en salud iguala a la diabetes, la obesidad o la HTA como factor de riesgo de morir prematuramente. (The Lancet GBD a fragile World. 2018).

Y si en nuestro país “reafirmamos nuestro compromiso con cada habitante que pise suelo argentino + acceso + derechos + salud”, cuando la pobreza del tercer trimestre 2023 orillaba el 40% de la población (INDEC 2023), dos de cada tres niñas y niños son pobres o están privados de derechos básicos (UNICEF 2023), los municipios más populosos del GBA todavía carecen de servicios suficientes de agua y saneamiento esperables para el siglo pasado, nuestro presupuesto público en salud no llega al 3% del PBI (Ministerio de Salud 2023), todavía no hemos hecho una evaluación objetiva de la gestión de la pandemia, y lo que es más importante: las consecuencias que subyacen debajo de la punta del iceberg del 26,3% del exceso de mortalidad 2021/22 (Ministerio de Salud 2023)... ¿De qué derecho, qué acceso y qué salud ciertamente hablamos este 7 de abril?

Por supuesto que no se trata de anatemizar el progreso tecnológico en aras de un primitivismo retardatario. Pero tampoco de proponer como bandera el máximo horizonte de innovación a menos que constituya sólo un instrumento que facilite la consolidación de los valores que deben (o deberían) dar sustento al sistema y que su costo beneficio esté demostrado.

Tal vez sólo se trate de llenar de contenido algunas palabras que, a fuerza de repetirlas suenan algo gastadas, despojadas de sentido de tanta invocación, y, proponer una definición acorde al tiempo y a los tiempos que nos toca vivir. ■

REFERENCIAS

- 1) <https://traba.files.wordpress.com/2015/10/mit-technology-review-2015-05-sample.pdf>
- 2) <https://www.nature.com/articles/531155a>
- 3) <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.3007091>

(*) Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGA.



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

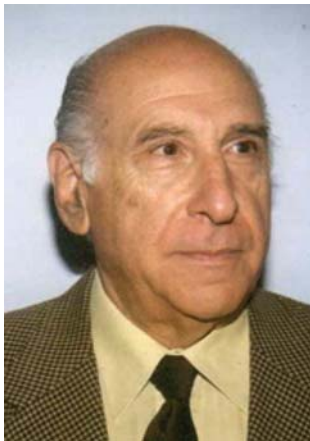
0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn



SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE (ACP)



“No puede el médico curar bien sin tener presente al paciente”. Seneca

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El aumento de los recursos para la salud no siempre produce un mayor impacto sanitario porque necesitan organizarse para resolver situaciones crónicas y agudas que necesitan de un continuo seguimiento.

Existen 3 modelos para organizar la atención de los pacientes:

1. La centrada en el profesional como eje sobre el que pivotean las decisiones. Es una modalidad cada vez más frecuente en la medida en que se desarrollan los medios de comunicación. La relación médica/paciente es débil.
2. La centrada en los recursos que se convierten en los determinantes de la práctica asistencial a través de las prescripciones de estudios diagnósticos. Ello hace a la preocupación por la cantidad de consultas como expansión del gasto que ellas producen. Un buen indicador de evaluación es determinar la consulta vestida.
3. La ACP, como cambio cultural, considera la efectividad y la autonomía del paciente como factores determinantes en la toma de decisiones y es clave en cualquier sistema de atención sanitaria. Su objetivo es mejorar los resultados, tanto individuales como los de la población.

La ACP implica reconocer al paciente como centro del sistema sanitario sobre el que debe girar la gestión de los servicios médicos. Su propósito es el de establecer una relación colaborativa entre profesionales, personas y familias con la finalidad de garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del paciente, haciéndolo partícipe de su atención.

Uno de los principios básicos de la ACP es que “los pacientes saben mejor qué tan bien sus proveedores de salud satisfacen sus necesidades” (Dr. James Rickert).

La evidencia señala que la aplicación de la ACP mejora los resultados clínicos contribuye a mejorar la salud por medio de cambios en los estilos de vida, disminuye el uso de los recursos tecnológicos y el consumo de medicamentos, mejorando la adherencia al tratamiento, despierta una conciencia hacia el autocuidado y contribuye a una cultura de educación para la salud.

En definitiva, mejora la calidad de la atención haciendo

posible reducir la variabilidad de la práctica médica con el propósito de reducir las desigualdades a través de la implementación de líneas de cuidado para las enfermedades de mayor frecuencia.

La ACP reconoce cinco grandes dimensiones: 1) La perspectiva psicosocial que considera la intervención de factores biológicos, sociales y psicológicos; 2) El paciente como persona para comprender la experiencia que el enfermo tiene sobre su enfermedad; 3) Las responsabilidades igualitarias del médico y del paciente; 4) La alianza terapéutica; 5) La actitud del médico que no debe restringir el comportamiento del paciente.

Los componentes de la ACP están alineados con los objetivos de calidad en una consulta:

1. Exploración de la enfermedad y de las experiencias del enfermo.
2. Comprensión integral de la persona como un todo.
3. Definición del problema y de las prioridades.
4. Promoción de la prevención y el autocuidado.
5. Relación médico/paciente exitosa basada en una verdadera comunicación y no en un simple intercambio de información, toda vez que los pacientes necesitan saber que el médico ha entendido su problema.

Las razones que fundamentan la aplicación del modelo de ACP son muy importantes porque: 1) Aumenta la satisfacción tanto del paciente como la del médico; 2) Reduce los litigios por mala praxis; 3) Reduce la utilización de exámenes complementario; 4) Mejora la recuperación del paciente y su salud emocional; 5) Lleva el mismo tiempo que la consulta habitual; 6) Mejora la adherencia al tratamiento.

Los factores que obstaculizan o contribuyen al desarrollo de esta modalidad constituyen el centro de intervención en la gestión de la atención ambulatoria y en consecuencia la calidad de la atención:

1. El ámbito en que se desarrolla la consulta, que debe ser confortable y garantizar la privacidad.
2. El tiempo de la consulta que debe ser programado y suficiente.
3. La atención brindada por distintos médicos afecta el seguimiento y aumenta el número de prescripciones.
4. La personalidad y el lenguaje del médico que debe ser comprensible y amigable.
5. El uso desmedido de la tecnología.
6. La súper especialización que si bien brinda prestigio y reconocimiento económico compromete la integralidad del examen clínico.

Los factores que condicionan su desarrollo están vinculados a:

1. La capacidad clínica del profesional, lo que supone algún tipo de selección, sin que ello obstaculice la libre elección.
2. El grado de fragmentación del sistema cuando prevalece una suerte de jerarquía definida como niveles de complejidad.
3. El valor del honorario profesional, en función de la hora médica.

En nuestro medio el valor de la hora médica tiene alguna referencia en algunas jurisdicciones, pero fundamentalmente se trata de un valor de contratación en tanto que para las demás actividades se resuelve por nomencladores que no tienen en cuenta el valor de la hora médica sino de la capacidad de imponer y acordar aranceles.

En cambio, Shiao, economista de Harvard, estudió el valor de la hora médica en las distintas especialidades encontrando grandes diferencias entre las clínicas y algunas de la quirúrgicas, en particular traumatología y neurocirugía. Con el propósito de reducir las diferencias estableció un polinomio para su cálculo que incluía ciertas variables como la edad, la frecuencia, el tiempo de la práctica, nivel de entrenamiento, habilidades particulares entre otras variables. ■

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



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

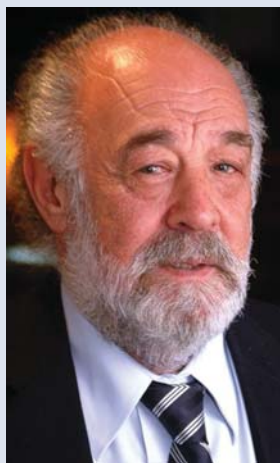
Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

DENGUE Y ESTADO MOSQUITO

LA SALUD ENTRE LA DESIDIA Y EL DESGOBIERNO



"Más que trabajar por bienes abstractos, se debería trabajar por la eliminación de males concretos".

Karl Popper

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

El dengue expresa, con su retorno cíclico, el persistente desgobierno argentino, en el cual la sanidad es ni más ni menos que una dimensión entre otras, como puede serlo la educación. Cada tres a cinco años, un brote de dengue alarma como si fuera el primero, las campañas de fumigación llegan tarde, la concientización pública es parcial, y la mitigación de casos insatisfactoria.

Este brote es particularmente fuerte, y se intenta explicarlo por la variedad de los serotipos, el calor extremo, secuelas de la pandemia, entre otros factores. Todas variables válidas, pero dejan afuera la variable clave, o, a decir verdad, la invariable: *la ausencia de gobernanza sanitaria afirmada sobre una sólida salud pública*. En pocas palabras, no se trata de la capacidad del mosquito, sino de nuestra propia incapacidad como sociedad, como organización estatal.

Efectivamente, en el brote de 2020 ya había "llegado" el DEN-2, pero todavía era mayoritario el DEN-1; ahora se está comprobando que el DEN-2 es mayoritario. Recordemos que la persona infectada y recuperada genera inmunidad sólo para el serotipo en cuestión, y presenta mayor propensión a cursar un dengue grave (o hemorrágico) si es infectada por otro serotipo.

Pero precisamente, estos elementos básicos parecen resultar sutilezas a los responsables de la salud pública nacional y local, ya que han desestimado los análisis argumentando la asunción de "dengue" ante la aparición de síntomas, sin precisión de laboratorio alguna. Tal vez sería más honesto admitir la falta de recursos de gestión, logística, material, humanos, entre otros (faltan reactivos para los PCR, profesionales para realizarlos, una logística para la asistencia, etc.).

Recordemos los pasados brotes: el que comenzó en la pandemia del Covid-19 y quedó eclipsado por ella; el de 2016, el de 2009. Entonces se planteó una estrategia regional entre nuestro país, Paraguay y Bolivia, pero ya en marzo de 2003 se había organizado un simposio regional sobre el dengue y otras enfermedades de transmisión vectorial en Misiones, precisamente, en la triple frontera.

Efectivamente, el enfoque regional resulta adecuado, buscar detener al mosquito allá de donde surge. Claro que también hay que combatirlo aquí, donde ya está instalado y se reproduce, pero aun si lográramos erradicarlo en nuestro país, volvería nuevamente. Pero pasados veinte años, no podemos decir que hayamos logrado avances significativos, más bien lo contrario.

La campaña para combatir al dengue y al mosquito debe realizarse todo el año. En invierno no sufrimos la enfermedad, pero es cuando hay que realizar las mayores campañas específicas, pues es cuando se encuentran las larvas acumuladas en diversos cúmulos de agua, y por lo tanto resultan más efectivas. Se trata de lograr la eliminación oportuna de los criaderos del mosquito transmisor.

Claro que la prevención, que resulta clave, no ocurre en el vacío, ni en circunstancias mayoritarias de vida de clase media. La pobreza que alcanza al 40% de la población del país, y supera holgadamente esa cifra en determinados nucleamientos rurales, urbanos y suburbanos, no implica simplemente contar con ingresos menores a determinada cifra, sino condiciones de vivienda donde no se cuenta con agua corriente o red de cloacas, lo que implica, por ejemplo, guardar agua en tachos o baldes para su uso. En definitiva, descacharrar no es sólo vaciar el desagüe del aire acondicionado. *Implica un desafío logístico considerable y un cambio de condiciones materiales de vida, además de conductas.*

Por otro lado, existen avances internacionales e incluso locales sobre la mutación del virus, y demás aspectos biológicos, que incluso han dado lugar a prototipos de vacunas, pero estamos lejos de poder aprovechar estas postas de la ciencia, que quedan desperdigadas ante la falta de una coordinación estratégica nacional.

La base indispensable para una adecuada gestión sanitaria a nivel nacional y *federal*, podemos graficarla como una "mesa" sanitaria que debe asentarse en cuatro patas:

- 1) Observatorio Nacional de Salud.
- 2) Ordenamiento territorial sanitario según nivel de complejidad.
- 3) Articulación en red con criterios de sostenibilidad.
- 4) Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

Como ya hemos señalado a propósito de la pandemia del Covid-19, y para estas y otras temáticas sanitarias, la clave pasa por contar con un gabinete ejecutivo de gestión operacional que tome la responsabilidad y coordine los recursos necesarios. Respecto a las enfermedades virósicas en particular, cabe destacar las siguientes instituciones con que contamos, pero no adecuadamente aprovechadas.

I) Epidemiologías Panorámicas: sobre la base de registros satelitales que utilizan variables Biológicas, Matemáticas, Astronómicas y Físicas.

- Instituto de Aplicaciones Espaciales de alerta y respuesta temprana a emergencias.
- Instituto Mario Gulich, Córdoba, Centro Espacial Teófilo Tabanera.

II) Grupo de Sistemas Complejos: Mediante la simulación dinámica de poblaciones: estudia la propagación de las epidemias.

- Instituto de Física de Mar del Plata.
- Universidad de Mar del Plata-Conicet.

Aportan diversas herramientas y estrategias, tales como:

- ✓ Árbol de contagio.
- ✓ Estima evoluciones.
- ✓ Provee apoyo a los sistemas de vigilancia.
- ✓ Explora estrategias.
- ✓ Evalúa decisiones en posibles escenarios.
- ✓ Número de reproducciones (R_0).
- ✓ Elabora personas virtuales dando lugar a estrategias de control.

III) Centro de Investigaciones de Plagas e Insecticidas del CONICET: Se desarrollan insecticidas duales.

IV) Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”.

V) Hospital Javier Muñiz de enfermedades infecciosas de la ciudad de Buenos Aires.

VI) Instituto Carlos G. Malbrán dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

Un **Gabinete Estratégico de Gestión Operacional** y su **tablero de comando** debería operar contando y coordinando estos recursos, entre otros. Por supuesto que otra prioridad, marcada por la urgencia, es *mitigar los casos*. Para dar un solo ejemplo, sufrimos la exasperante falta de repelentes en varias ciudades del país acosadas por el dengue.

En definitiva, lo verdaderamente endémico en nuestro país parece ser la mediocridad. Contamos con recursos aislados y capacidad técnica, pero subutilizada, ciertamente incompleta, pero suficiente para brindar una respuesta de calidad superior. Corremos atrás de los problemas, improvisando, cuando debemos adelantarnos y prever escenarios, trazar estrategias, ejecutar planes, realizar monitoreo constante, observación clínica sistemática. Al decir de Auguste Comte “saber para prever, prever para poder”.

Falta que los gobiernos que se suceden asuman la responsabilidad y el compromiso de construir una *co-gobernanza de gestión político-sanitaria*, pero para ello parece necesario a la vez que la ciudadanía se los exija. Estamos acostumbrados a la improvisación, resignados a la mediocridad, cómodos en la queja general a todos, que no es lo mismo que la crítica y mucho menos que la autocrítica. Somos expertos en encontrar culpables exógenos, o excusas para nuestras propias fallas.

Es hora de reconocer la realidad y asumir la responsabilidad. Más que pugnar por un consenso explícito de supuesta superación, debemos romper el actual consenso implícito por conservar el statu quo. Es hora de transformar, es hora de regenerarnos. *Compromiso y responsabilidad, crítica y autocrítica, salir del autoengaño, abrir los ojos y arremangarse.* ■

(*) 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; Coordinador del área de Salud Pública, del Depto. de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. 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



“HEALTH + TECH”: LO QUE SE VIO EN HIMSS23 CHICAGO

Por Santiago Troncar, CEO de FutureDocs Latin America
@stroncar



La HIMSS Global Health Conference & Exhibition, consolidada desde hace años como el mega evento global de “health information technology” volvió a la ciudad de Chicago.

Fue en la ciudad de Chicago donde, nueve años atrás comencé a asistir y cubrir este evento extraordinario de alcance global, organizado por la Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS).

Como todos los años, HIMSS’23

superó las expectativas de sus miles de asistentes y participantes, y me dio la oportunidad personal de ver nuevas tecnologías, aprender, escuchar y conversar personalmente con algunos de los líderes globales del ecosistema de la medicina digital.

En esta edición 2023, el slogan elegido por los organizadores fue “HEALTH + TECH”, y en su versión extendida “HEALTH that connects + TECH that cares”.

Como siempre las cifras del evento son francamente impresionantes, máxime en un mundo post pandemia, que ha adoptado el hábito de la presencia remota en reuniones y conferencias. En HIMSS’23 se desarrollaron +400 conferencias/paneles en 5 días, un exhibition floor de +1.000 stands y contó con un total de 35.000 asistentes de todo el mundo.

Según comentó Harold Wolf, Presidente y CEO de la organización, HIMSS cuenta ya con 130.000 miembros en todo el mundo. La organización publica las actividades y servicios que ofrece desde su website. ⁽¹⁾

Una primera mirada del mega evento podría lograrse trazando un paralelo con la industria que representa: HIMSS es, al igual que la problemática de la tecnología en salud, un evento inspirador, inabarcable, abrumador, rico, sorpresivo y profundo, con una sobre oferta de tecnologías, contenidos, speakers y productos que



tomaría meses conocer a fondo y cubrir. Una rave extenuante de conferencias, demos y eventos donde se relacionan 35.000 médicos, managers, emprendedores, programadores, tecnólogos y funcionarios del sector salud, provenientes de todas las latitudes del mundo.

Más allá de las múltiples temáticas que ofrece el evento, que serán comentadas en este artículo y pueden ser chequeadas en el website de HIMSS, creo que el eje central de todo el evento, y la principal visión de las personas y organizaciones participantes, es la necesidad y oportunidad urgente de lograr **la integración de los tres elementos clave del rompecabezas de la salud digital: la Tecnología, los Servicios de Salud y la Construcción de un Ecosistema** abierto y colaborativo que los integre e interrelacione de manera eficiente.

Tecnologías y conocimiento clínico, emprendedorismo, talento humano y excelencia en procesos al servicio de mejorar la salud de las personas, trabajando para lograr más eficacia y eficiencia - desde las organizaciones que conforman el sistema global de salud.

Tal vez tenga sentido observar HIMSS como un holograma donde, según el ángulo y posición que uno adopta, pueden observarse los objetivos y roles de cada uno de los jugadores intervinientes en el sistema de salud global, quienes a diario operan un ecosistema que da servicios de salud a millones de pacientes en modo “under re-construction”.

- HIMSS como organización difusora, entrenadora y certificadora de las mejores prácticas tecnológicas en salud.
- Clínicas referentes como la Mayo Clinic, la Cleveland Clinic, y en Latam el Hospital Albert Einstein, por nom-



brar uno, como usinas de implementaciones piloto y generación de mejores prácticas de digital health y evidencia médica creciente de sus resultados.

- Universidades que trabajan reeducando la “Health Workforce” que necesita el sector en un futuro que ya es presente... y un absoluto consenso respecto de la necesidad de reformular los contenidos académicos de las facultades de medicina, y sumarle nuevos skills a los profesionales de salud, necesarios para el mundo actual.
- Cientos de vendors tecnológicos de software y hardware, de todas las escalas y especialidades, que desarrollan y aportan soluciones innovadoras en sus nichos.
- Grandes empresas tecnológicas como Amazon Web Services (AWS), Google, Microsoft, Cisco, IBM, entre otras, mostrando las aplicaciones y casos de éxito de sus partners.
- Emprendedores y sus startups... múltiples iniciativas para mostrarse y lograr inversores: un foro especial de Venture Capital, y dos sectores específicos llamados Innovation Hub y Startup Park fueron solo algunos de los espacios dedicados a startups y emprendedores.
- Profesionales devenidos en “champions clínicos o tecnológicos” que vienen a HIMSS a mostrar sus casos de éxito y aprendizajes desde todas las latitudes del globo.
- La industria Pharma, y otras empresas globales de life science, que adoptaron la estrategia de promover la “aceleración del acceso a herramientas a través de la construcción de ecosistemas abiertos para médicos y pacientes”.
- Nuevos jugadores “inesperados” entrando en el sector salud como... ¡Best Buy! Bajo la premisa de que el 30% del cuidado de la salud se mudará a los “hogares” en un futuro próximo, Best

Buy se propuso lograr ejecutar el “last mile tecnológico” y, no solo vendernos la tecnología que necesitamos como personas, médicos y pacientes, sino implementarla en nuestras casas y darnos soporte para que esa tecnología funcione y se interconecte, en tiempo y forma, con los profesionales médicos y sistemas que nos desean monitorear y cuidar. “Nosotros no daremos servicios de salud; llevaremos tecnología a sus casas y pondremos nuestros especialistas de soporte para asegurarnos que la gente se pueda conectar con los servicios de salud”, dijo Deborah DiSanzo, Presidente de Best Buy Health.

El programa y sus ejes temáticos aquí



Escaneando el código QR publicado en esta página puede accederse al Pocket Guide completo del evento, con todos sus programas, ejes temáticos, speakers, exhibitors y eventos. El website oficial del evento es <https://www.himss.org/global-conference>.

Inteligencia Artificial: mucho potencial, mucho ruido y por ahora “pocas nueces”

La Inteligencia Artificial (AI) fue un tema naturalmente protagonista en conferencias y pasillos durante todo el congreso. Historias, posibilidades y fuertes controversias sobre del uso de ChatGPT

en salud, Microsoft y Epic incorporando esa tecnología en distintas aplicaciones, y la respuesta que no se hizo esperar de Google respecto de próximos anuncios sobre AI de su lado.

Sibien el consenso es absoluto respecto de su potencial, oportunidades y también riesgos, todos los referentes coincidieron en “demandar” aplicaciones que “generen valor concreto” para el sistema de salud.

“Tenemos que enfocarnos en lo que es implementable AHORA”, decía Moritz Hartmann, Head de Roche Information Solutions. Por su lado, Vin Gupta, Chief Medical Officer de Amazon Pharmacy, reclamaba a los vendors e innovadores del sector la necesidad de “Soluciones ejecutables”.

Para ahondar sobre las posibilidades y metodologías recomendadas para abordar proyectos de AI en salud, logramos una entrevista especial con la Dra. Tatyana Fedotova, Director Global de Data, Platforms & Partnerships de Johnson & Johnson, quien fue una de las grandes protagonistas del foro “Machine Learning & AI for Healthcare” celebrado en Chicago durante HIMSS’23 (ver entrevista).

Pharma y las compañías de Life Science: ecosistemas abiertos y colaborativos

Mención aparte merecen dos compañías líderes de la industria pharma, Janssen del grupo J&J y Roche, generando portafolios de herramientas digitales y programas de investigación y educación para ofrecerle a la comunidad médica - a través de lo que hoy llaman “open ecosystems”.

En la conferencia “Accelerating Access to Innovation Through Open Ecosystems”, Moritz Hartmann, Head de Roche Information Solutions, presentó como ejemplo el formidable proyecto NAVIFY, un portafolio de data services y tecnologías de AI y EHR destinadas a colaborar con el diagnóstico y selección “asistida” de tratamientos oncológicos a través de sistemas de “soporte clínico de decisiones”, iniciativa que Roche viene desarrollando desde hace años.



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

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

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

En 2018 Roche completó la compra de Flatiron en 1.9 Billones de dólares, una compañía que operaba un EHR específico de oncología, sistema que digitalizaba a docenas de hospitales y centros oncológicos americanos, y desarrollaba proyectos de Evidencia del Mundo Real (RWE) para la investigación del cáncer.

Otro ejemplo de esta estrategia de construir ecosistemas colaborativos es Philips, empresa que desarrolló un modelo educacional en tecnología, complementando su oferta de hardware, software y servicios tecnológicos, con una excelente propuesta de seminarios educativos como el CONNECT DAY, donde contribuyen con la formación tecnológica de la comunidad médica que sirven.

Personalmente he desarrollado mi experiencia profesional los últimos 10 años colaborando con la digitalización gratuita de miles de consultorios y centros médicos de la Argentina, Chile y México con un modelo similar. Nuestra compañía, FutureDocs Latin America, licencia gratuitamente el uso de su plataforma ConsultorioMOVIL.net (suite de EHR, Telemedicina & Patient engagement system) a través de partnerships con empresas como Novartis, Lóreal, Abbott, entre otras, y sociedades médicas líderes, colaborando con la “educación digital” de la comunidad médica a través de programas de capacitación y acceso gratuito a tecnología, destinados a especialistas médicos líderes de toda la región.

Tal experiencia nos ha permitido comprobar que el modelo de colaboración de “open ecosystems” es definitivamente una herramienta muy valorada por la comunidad médica, un verdadero win-win para el sector, y se ha convertido en un potente catalizador de “educación digital” y adopción de herramientas digitales para médicos y pacientes, un paso clave para construir ecosistemas de colaboración interoperables y abiertos.

Presencia Argentina y de Latam en HIMSS'23

Si bien la Argentina siempre tuvo pioneros en salud digital, como el Hospital Universitario Austral lanzando “Austral 360” ya desde 2014, uno de los primeros servicios de telemedicina del país, o el HIBA, con su Portal de pacientes y su liderazgo académico en informática médica a través de múltiples programas universitarios y maestrías, la presencia de argentinos en HIMSS, y de latinoamericanos en general, es creciente pero aún de reducida escala.

La región tiene sólo dos eventos académicos formales en el congreso anual de HIMSS: los summits Latin America y Brazil, desde este año separados y muy demandados - y un tercer encuentro de

networking llamado “Latinx Community”.

La Argentina estuvo muy bien representada en el **LATAM Summit - Innovation and Interoperability in Health in Latin America**, participando en distintos paneles, aportando miradas, ideas y casos de éxito contados por distintos referentes de nuestro sector:

- Mariano Benzadon, Chief Innovation & Quality Officer del ICBA, que comentó la estrategia de salud digital que desarrolla su centro, y destacó los resultados de algunos proyectos innovadores logrados como el “Uber de camilleros” o la plataforma de Telemonitoreo que co-crearon con la empresa Virtual Sense.
- Charly Otero, Jefe de Informática Médica del HIBA, que comentó la nueva idea de “Teleconsulta Presencial” que están implementado en el HIBA, intentando capitalizar los tiempos de espera de los pacientes en el hospital, permitiéndoles que “testeen”, mientras esperan ser atendidos presencialmente, los servicios de telemedicina que ofrecen con médicos remotos de la red HIBA.
- Guillermo Borel de AhoraDoctor, partner oficial certificador de HIMSS en Latam.
- Alfredo Almenares de InterSystems, que contó el caso de éxito “Coordinate My Care” del sistema de salud público británico utilizando tecnología.

Más allá de los argentinos mencionados, el LATAM SUMMIT contó con referentes de hospitales, academias y centros de salud líderes de Chile, Colombia, México y Perú. ⁽²⁾

“En 2022 y en lo que va de 2023 tuvimos eventos presenciales y virtuales muy exitosos en Colombia y México, mercados que nos están pidiendo repetir este año, a los que se suma nuestra intención de ejecutar eventos HIMSS en Chile y la Argentina en nuestro calendario 2023” nos dijo Mariano Groiso, HIMSS Advisor para Latinoamérica (ver entrevista). Una gran noticia para la región.

En la conferencia de prensa llevada adelante con los medios en Chicago, tuve la oportunidad de preguntarle a Hal Wolf sobre los planes específicos de HIMSS para Latino América. El CEO de HIMSS nos confirmó la vocación global de su organización, y nos comentó que el Board había acordado la necesidad de elaborar un plan de expansión de sus actividades para mercados emergentes como Latinoamérica para los próximos años. “Creemos que la región Latinoamericana tiene un enorme potencial y estamos trabajando en elaborar

un plan para crecer en esos países lo antes podamos”, aseguró el ejecutivo.

Para concluir, los organizadores comunicaron que el evento global HIMSS'24 será del 11 al 15 - marzo de 2024, en la ciudad de Orlando, escenario ideal para que los pioneros y líderes del mundo de la salud digital muestren “su magia” y lo avanzado durante todo este 2023. Bienvenido, HIMSS'24 Orlando; ¡Ahí estaremos!

Entrevista con la Dra. Tatyana Fedotova, Director, Global Data, Platforms & Partnerships - Digital Health, Johnson & Johnson

Una de las protagonistas destacadas del “Machine Learning & AI for Healthcare Forum” de HIMSS'23 fue la Dra. Fedotova de Johnson & Johnson, speaker invitada para el panel “ML and AI Forum: Building and Evaluating Business Cases for ML/AI in Health”.

Mirando rápidamente LinkedIn puede verse que la Dra. Tatyana Fedotova es uno de esos ejecutivos difíciles de encontrar y más buscados en la industria de las life sciences: una profesional médica con una fuerte formación académica y científica, con experiencia personal como emprendedora tecnológica en el mundo de la salud digital. Tal vez sea esa una de las razones por las que Johnson & Johnson decidió poner en sus manos las responsabilidades de “Global Data, Platforms & Partnerships - Digital Health”, elementos claves que busca desarrollar en su estrategia de Salud Digital a nivel mundial.



La Dra. Fedotova es una profesional médica con una visión clara, conocedora y entusiasta de lo que puede hacer la tecnología por mejorar la vida de los pacientes y la efectividad de todos los stakeholders que interactúan con el paciente.

En su participación pública, Fedotova

hizo foco “en agradecer la oportunidad de compartir los marcos y pasos clave que deben considerar las organizaciones de atención médica, las empresas de ciencias de la vida y las nuevas empresas al embarcarse en transformaciones digitales de IA/ML”, factores clave para ella a la hora de aproximarse al mundo de la IA.

En su opinión, “uno de los aspectos más destacados fue la importancia de modernizar las bases de datos y crear alianzas estratégicas para facilitar la adopción de algoritmos de IA por parte de los profesionales de la salud”.

La ejecutiva mencionó los tres desafíos más importantes frente a los proyectos de AI:

1. ¿Cómo adquirir data?
2. ¿Cómo integrar los algoritmos de AI para generar valor concreto?
3. ¿Cómo hacer los partnerships necesarios con emprendedores y startups, semillero de donde en general surgen las tecnologías revolucionarias en este nuevo campo?

En su opinión, la clave de todos los proyectos de AI es la calidad y el manejo adecuado de la data, lo que ella denomina “the data foundation” y sus principales características:

- ✓ “The right data”; calidad, formato, confiabilidad, exactitud.
- ✓ Data en tiempo real, proveniente en forma directa de médicos y pacientes.
- ✓ Data en manos de la gente adecuada, a través de una estrategia clara de gobernanza.

Frente a la pregunta de, ¿cómo adquieren y colectan data? desde J&J, Fedotova comentó que promueven múltiples iniciativas, entre las cuales se encuentran el licenciamiento de data de organizaciones privadas, de instituciones públicas y de organizaciones académicas.

Otra fuente muy utilizada son los múltiples “registros” de información de usuarios que surgen de las distintas apps, softwares y wearables usados en iniciativas -internas o partnerships- en las que participa la compañía, como así las donaciones de data o las actividades que llevan adelante con distintas ONGs.

Respecto de las innovaciones en AI, la ejecutiva hizo hincapié en la importancia del “last mile” de estos proyectos: más allá de la innovación tecnológica, la clave es que realmente generen valor concreto en el proceso de salud en que participan.

Al igual que otras organizaciones líderes de life sciences como Roche con su proyecto Navify, la compañía tiene la visión de desarrollar un portfolio digital para colaborar con su ecosistema de stakeholders con

herramientas como data análisis, algoritmos de IA, mobile apps, plataformas y wearables -que puedan colaborar con la tarea diaria de los médicos y el seguimiento de la salud de los pacientes en tiempo real.

Frente a la pregunta: ¿cómo alocan los recursos entre los distintos destinatarios de las herramientas y servicios? Fedotova nos comentó que lo hacen respetando el famoso credo de J&J: “*Creemos que nuestra primera responsabilidad es con los médicos, enfermeras y pacientes, con las madres, padres y todos aquellos que usan nuestros productos y servicios*”.

Tanto en su participación pública como en la entrevista que le concedió a *Revista Médicos*, hizo hincapié en la importancia que tiene para ellos la búsqueda de Partnerships con startups innovadoras, privilegiando siempre las empresas que ya hayan desarrollado cierto grado de madurez.

A tal efecto, ella misma y su equipo reciben y evalúan personalmente ideas y tecnologías de empresas jóvenes o nacies, trabajando en paralelo a las dos grandes organizaciones internas que desde hace años tiene J&J para innovación y desarrollo de startups: la unidad “J&J Innovation” enfocada en descubrir, invertir e incubar startups, y “JLABS”, enfocada en R&D y aspectos más científicos.

Cuando uno observa la consistencia en innovación que ha tenido J&J a lo largo de los años, y la apuesta en recursos y gente que están haciendo en este nuevo espacio de digital health, queda claro que sus ejecutivos honran una de las líneas finales del J&J Credo: “Debemos experimentar con nuevas ideas. La investigación debe continuar y debemos desarrollar y programas innovativos”. Sin duda, una de las empresas para seguir de cerca y observar cómo está liderando la co-creación del nuevo ecosistema global de la salud digital.

Entrevista al Dr. Lucas Najún, Global Director - Healthcare & Life Sciences Studio, Globant

Sos médico, profesor universitario, MBA y tenés una larga trayectoria en la industria farmacéutica ¿Por qué decidiste sumarte a Globant y zambullirte en el mundo de la tecnología?

La pandemia tuvo un rol clave; ahí viví, como todos, las nuevas formas de trabajar virtuales y me di cuenta que muchas cosas iban a pasar por el mundo de la tecnología y la salud digital. Yo estaba trabajando en el laboratorio Abbvie, y me llamó Agustín Lamas (Global Managing Director, Healthcare & Life-Sciences de Globant) y me encantó el desafío y la propuesta que me hizo de sumarme a Globant, una empresa reconocida y líder



en tecnología. ¡Me motivó mucho la idea de salir de mi zona de confort!

¿Cuál es la visión que tiene Globant sobre el sector de la salud y sus oportunidades, y cuáles son las tecnologías y proyectos que desarrolla para el mundo del health & life sciences?

Nuestro estudio de Healthcare & Life Sciences trabaja en tres verticales; todo lo que tiene que ver con R&D y Clinical operations, Digital healthcare y la Industria Pharma y de Medical Devices. La empresa tiene una visión compartida de como los sistemas de salud hoy están abrazando tecnologías y generar cosas impensadas, como por ejemplo los “terapias digitales”, hoy ya hay 30 aprobadas por FDA, con evidencia médica concreta.

Vemos posibilidades de transformar la salud, startups que crean soluciones muy innovadoras, algunas incluso con potencial de escalar globalmente, y emprendedores inspirados, resilientes y comprometidos con el concepto de mejorar la salud. Vemos también inversores dispuestos a apoyarlos en este camino, y eso es una muy buena señal para el sector.

¿Cómo estás viendo la evolución de la salud digital en Latinoamérica y en el mundo en general?

Hay un desarrollo muy dispar; no quiero pecar de simplista, pero veo cosas como el Hospital Albert Einstein de Brasil súper sofisticado y con un hub de innovación envidiable y otros lugares que recién están desarrollando las bases de una futura innovación.

Pregunta obligada: ¿Qué oportunidades le ves a la AI en salud?

La IA parece encaminarse a ser la 4ta revolución industrial; no veo espacio ni sector que no vaya a ser afectado por ella. Me impresionó una frase de Jon Stine, el Executive Director de The Open Voice Network: “Estamos viviendo uno de esos terremotos que, cuando se van, cambian la conformación de la tierra”. Creo que está pasando eso.

Veo, en un corto tiempo, algunas aplicaciones de AI que me impresionan mucho, como por ejemplo las soluciones “copiloto de médicos”, creando planes de tratamiento específicos para pacientes, automatizando estudios e indicando y respaldarlos con evidencia médica documentada, generando tratamientos personalizados... Esto puede tener un impacto enorme en áreas como enfermedades raras, donde es muy difícil acceder a los especialistas. Y creo que solo estamos viendo el comienzo de esto.

Estoy convencido que hoy es mandatorio incluir educación en AI en las escuelas de medicina; va a ser tan importante como hablar inglés.

¿Hay algo especialmente interesante en HIMSS Chicago 2023 que quieras destacar?

Vi tres cosas que me llamaron mucho la atención:

1. El concepto de “Value based health care” aplicado; vi un grupo americano que había piloteado value based y mostrados resultados muy concretos.
2. Un hospital robotizado de la mano de Siemens. Manejaban stocks en forma robotizada y trabajan a la noche, reponiendo todo lo que el hospital necesita para comenzar un nuevo día.
3. Una solución que usa Realidad Aumentada y Metaverso, de una empresa multinacional de diálisis; con esa tecnología logran entrenar a personas que se dializan en sus casas, logrando mejorar la experiencia concreta del paciente.

Si juntamos a todos los funcionarios públicos de salud, directivos regionales de instituciones y centros de salud, y ejecutivos de las empresas de life science... ¿Qué mensaje les transmitirías?

Les recomendaría que vayan a los eventos como HIMSS porque es importante entender dónde va el sector y como está adoptando la tecnología. Todos sabemos que la tecnología ha transformado por completo sectores e industrias enteros, y creo que siempre es mejor estar atentos y



entender la tecnología -antes de que irrumpa en nuestras industrias y nos tome descuidados, sin poder contener el impacto que puede tener.

Entrevista al Dr. Mariano Groiso, HIMSS Advisor para Latinoamérica

¿Cómo estás viendo la evolución de la salud digital en Latinoamérica y en la Argentina en particular?

En Latinoamérica estoy viendo una cantidad bastante grande de startups en Health Tech. En nuestras sesiones de Health 2.0 que tenemos en cada uno de nuestros eventos por país, invitamos a las startups de ese país a hacer un pitch y contarnos lo que hacen. En el HIMSS Colombia tuvimos 12 startups de allá y al Director de Emprendimiento moderando el panel. Los focos más utilizados van desde seguros y prestadores de salud digitales, manejo de enfermedades crónicas, hasta Inteligencia Artificial.

La Interoperabilidad en salud esta fuerte en Colombia y en Chile, sobre todo en Bogotá, pero ya hay hackathones y proyectos en varios departamentos.

¿Qué oportunidades le ves a la AI en salud?

En AI hay varias startups que están usándola para imágenes y para manejo de pacientes y triage, pero también cada hospital está implementándola con algún foco específico en algunos departamentos, algunos de los cuales tienen su área de innovación que dirige estos proyectos,

muchos de los cuales fueron speakers en nuestros Latam y Brazil Summit. Es más, los paneles tuvieron como título IA este año.

¿Qué destacas de HIMSS Chicago 2023?

Justamente lo más destacado este año fue la Inteligencia Artificial, ya sea en los Summits como en los Keynotes del evento general. Con relación a Latinoamérica, lo más destacado fue la participación de tantos latinoamericanos, tanto de hospitales como de empresas.

Tuvimos récord de inscriptos, con más de 140 para el Latam Summit y más de 120 para el Brazil Summit. Tuvimos también un récord de CEOs de hospitales en el Summit y como Speakers, con el primer panel hecho de 4 CEOs de Latam de México y Colombia.

La cena latinoamericana organizada por EHealth Reporter también fue un récord, ya que es la primera vez que se hace separada de la cena brasilera, y tuvimos 50 líderes de la región en un momento informal.

Con respecto a Analytics y Certificaciones EMRAM, hemos sumado un nuevo Partner de Analytics de HIMSS para avanzar con nuestro objetivo de certificar a más hospitales en México, Colombia (el primero nivel 7 en ese país fue en julio), Argentina y Chile. ■

Referencias

- (1) www.himss.org
- (2) El programa completo del foro puede ser chequeado aquí: <https://tinyurl.com/2p9fmhyw>

Nueva App UOCRA

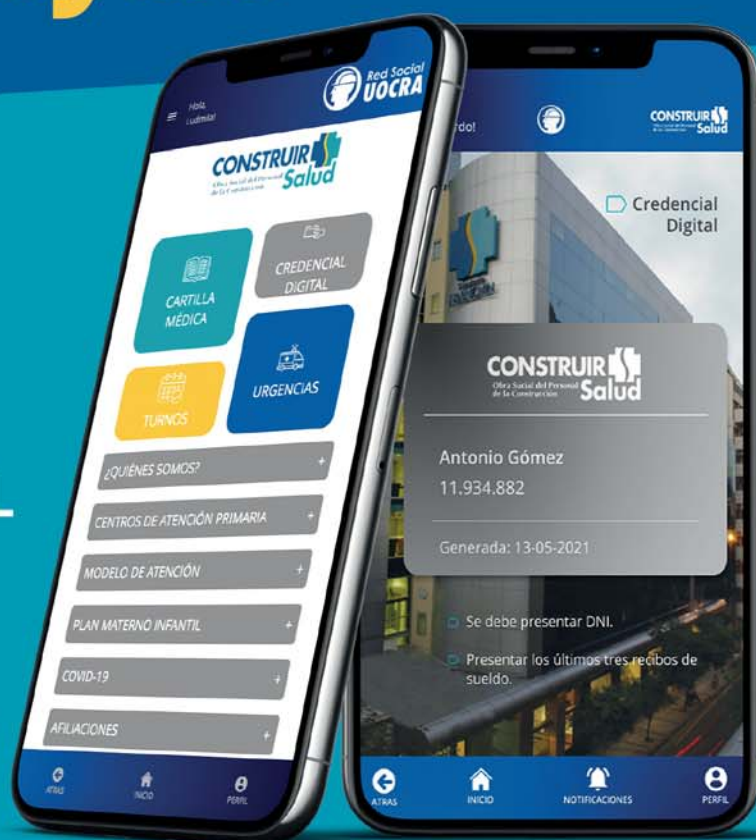
La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a **un clic** de distancia!



Disponible en:



¡Ingresa al
mundo UOCRA
estés donde estés!

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



**Red Social
UOCRA**
Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina

UNA MIRADA AL CLAROSCURO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO



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

El potente y creciente segmento de los medicamentos de alto precio (MAP) -especialmente los biológicos y las nuevas y desafiantes terapias génicas- remite a un permanente debate. Los factores que llevan al mismo son múltiples.

¿Reflejan realmente sus precios los costos reales de I+D, o todo es un *acting* de las empresas farmacéuticas y su ladero -el *Tufts Center for the Study of Drug Development* de US- para justificarlos? ¿Es tan real su efectividad y beneficio en la práctica clínica habitual como para aceptar que las enfermedades para los que son utilizados se transformen en de Alto Costo, muchas veces catastrófico? Y también ¿Cómo y quién establece la selección de aquellos que se deben financiar? ¿Se respetan los pocos protocolos de atención que definen las mejores elecciones terapéuticas? ¿Ponen límites los Estados para no ver un futuro de quiebra de los financiadores? ¿Es posible seguir aceptando la judicialización con indicaciones poco claras y efectividades no adecuadamente contrastadas? Preguntas todas con diversidad de respuestas. A veces confusas. Otras, directamente ausentes.

Permanentemente, todas estas variables se entrecruzan para complejizar aun más la búsqueda de soluciones respecto de un problema que no parece tenerlas ni avizorarlas, sino alejarlas en forma acelerada. En forma habitual, lo que solo llegamos a consensuar es que se trata de medicamentos cuyo precio es igual o superior al 40% del ingreso de un hogar donde existe un usuario/paciente que los requiere, o cuyos costos directos de tratamiento en un año superan una vez el Producto Bruto Interno per cápita de cada país donde se lo analice.

Por supuesto, con la salvedad que una cosa es considerar el PBI/cápita de Estados Unidos y otro muy diferente el de los países de América Latina. De lo que no queda duda -para quienes se involucran en el debate- es que el principal inconveniente reside en que los precios establecidos bajo condición de monopolio resultan en un excesivo esfuerzo económico para los financiadores, para el Estado o para el propio sistema de salud en su conjunto.

Conocer y cuestionar estas dos perspectivas,

la de los precios y la de sus consecuencias requiere mucho más que una toma de posición basada en cuestiones políticas o económicas. Implica combinar una visión bioética, científica y técnica para nada simplista ni negacionista. En un mercado opaco como el de los medicamentos, las nuevas estrategias innovadoras *schumpeterianas* y comerciales de las empresas mundiales líderes configuran un nuevo y desconocido escenario, plagado de heterogeneidades entre costos y resultados y entre expectativas de curas y fracasos que se evidencian tardíamente.

Un producto innovador que parece cambiar radicalmente el curso natural de una enfermedad y es resultado de la investigación de una o varias empresas, con protección exclusiva por un período prolongado de tiempo impone un precio arbitrario, establecido por la propia industria dueña de la patente otorgada. Y lo hace cada vez con mayor frecuencia, a partir del *fast track* de la FDA y la presión de asociaciones de pacientes, a lo que suma el amparo de acuerdos comerciales internacionales inamovibles. No hay soberanía sanitaria posible en este marco, ni siquiera Licencias Obligatorias dada la complejidad de producción de un biosimilar sin inmunogenicidad. Menos aun con las terapias génicas o de Células T.

Sería poco razonable no estimar que la inversión de la industria farmacéutica en nuevas moléculas no químicas promueve estímulos a la investigación científica orientada a la cura o la cronificación de muchas enfermedades de alta letalidad. Pero fijar precios desorbitantes e impagables para algunos países resulta, además de excluyente y desigual, un factor desequilibrante respecto de cualquier enfoque. Especialmente si lo que debemos analizar en toda innovación es su conveniencia de uso, efectividad contrastada y seguridad. Muchas veces con un escepticismo crítico, y superando la incertidumbre bioética de su indicación y uso.

Liberada al mercado y sus inequidades, la accesibilidad a estos medicamentos se complejiza y la desigualdad de oportunidades se amplía. Es allí donde los Estados deben buscar un punto de equilibrio -ciertamente complicado- entre el beneficio (valor) individual y el beneficio social para el colectivo de ciudadanos. Sobran estudios que delimitan las diferencias entre costos y desequilibrios de acceso.



Cito aquí un trabajo de 2017 de Daniela Moye-Holz publicado en *Economía Sanitaria Aplicada y Política Sanitaria* (<https://link.springer.com/journal/40258>), el cual llega a la conclusión que los precios de ciertos medicamentos oncológicos con patente presentaban amplia variabilidad entre países, especialmente si se contrasta Europa y América Latina. Pero lo más destacable, a diferencia de lo que se supondría, fue que los precios ajustados por PPA de los países de mayores ingresos tendieron a ser más bajos que los de América Latina.

Y que a excepción de un solo medicamento de los 19 analizados, todos los restantes se consideraron inasequibles en la mayoría los países de la región, ya que la mayoría de ellos requería un equivalente de más de 20 días de salario para financiar un DDD. Moye-Holz sostiene además que, por lo general, mientras los responsables de formular políticas de medicamentos en países de ingreso medio y alto han aplicado una combinación de fijación de precios y reembolsos a través de políticas basadas en precios de referencia externos, evaluaciones de tecnologías de la salud, negociaciones de precios y acuerdos de riesgo compartido para mantener la sostenibilidad financiera del sistema, poco de ello ha ocurrido en los de ingreso medio/bajo de América Latina.

A pesar de estas consideraciones, queda claro que existen nuevas terapias de alto precio que deben y deberán financiarse, porque su efectividad e impacto ha resultado o resulta incuestionable al curar ciertas patologías o modificar su tiempo de sobrevida en forma clara. Pero mientras el costo global de la amplia banda de oncológicas y terapias génicas se va ampliando con velocidad inusitada, las tasas ajustadas de mortalidad no aparecen descendiendo en iguales

proporciones o bajo evidencia científicamente demostrable.

Esto lleva a pensar que por más costosos y de difícil alcance económico que sean los nuevos medicamentos innovadores, su impacto terapéutico en la sobrevida de los pacientes dista aún de poder ser apreciado estadísticamente. Situación que lleva irremediablemente a una disyuntiva entre que MAP financiar y bajo qué condiciones, sin que se potencie la frágil sustentabilidad económica de los sistemas de salud de nuestra región.

Mientras el mercado de MAP juegue libremente sus precios como resultado de regulaciones ineficaces o inexistentes, y paralelamente los gobiernos avancen en la expansión de coberturas de salud y ofertas terapéuticas innovadoras, los mercados emergentes con gran población como los de América Latina serán cada vez más atractivos para la industria farmacéutica internacional. Pero sabiendo que los precios ofrecidos no guardan mínima relación al nivel de ingresos y al gasto en salud per cápita de los países.

Disponer de un Observatorio de Precios internacionales de MAP estableciendo comparabilidad según tamaño del mercado e ingreso nacional, y una regulación de precios bien diseñada basada en la selección de moléculas con valor agregado a partir de evidencia pueden generar circunstancias más asequibles, además de brindar a la industria un retorno razonable de la inversión que no lleve a la quiebra a los sistemas de salud. El límite solo es el tiempo. ■

(*) Magister. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA

Bajo la dirección
y atención de
Médicos Pediatras



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

CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

LA GRIETA ETERNA



“Con los años, las crisis parecen multiplicarse: crisis financiera, crisis sanitaria, crisis ambiental, crisis de los exiliados, crisis del patriarcado, crisis de la democracia, y según algunos incluso, crisis del capitalismo y del neoliberalismo, la lista podría continuar. ¿Se está convirtiendo la crisis en la nueva normalidad del mundo contemporáneo?”

Didier Fassin/College de France/Paris/2022

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

El 27 de marzo de 1624 se funda bajo jurisdicción de la Real Audiencia en Chuquisaca en el Alto Perú la Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier, quedando bajo la tutela de la Compañía de Jesús.

Dicha fundación, así como los hechos que describiré a posteriori serán fundantes de las divisiones de nuestra historia y que persisten hasta nuestros días.

La Universidad de Chuquisaca se constituyó en un centro de las ideas de Montesquieu, de la Revolución Francesa y de la literatura de la llamada ruta Napolitana-entonces parte del Reino de Aragón-de dos enormes autores: Genovesi y Filangieri. En estos libros se cuestionaba el poder divino y absoluto de la Monarquía. ⁽¹⁾

Hubo en consecuencia una ruta Napolitana e Iberoamericana de libros, textos y documentos que, en segunda instancia, se convirtieron en ideas y proyectos políticos, en instituciones renovadoras y en cátedras universitarias.

En periódicos y en textos con un nuevo idioma humanista, germen de las revoluciones independentistas americanas. Una polifonía de voces mundializadas, itinerarios múltiples entre los continentes acompañados de un original mestizaje de representaciones políticas.

Se discutió por primera vez en Sudamérica la mita y la encomienda, otorgándole a los pueblos originarios cuerpo independiente y alma propia. Aún hoy seguimos en esa discusión con nuestros compatriotas y sus derechos.

Muchos “Doctores” graduados en Chuquisaca asumieron roles y trayectorias relevantes en las revoluciones que se desatarían en Charcas, La Paz, Quito y Buenos Aires. Entre ellos Monteagudo, Castelli, Paso y Mariano Moreno.

El 25 de mayo de 1810 finalmente sucedió la Epopeya de la Revolución de Mayo en Buenos Aires.

Otro suceso sería fundante para el movimiento independentista americano, en 1797 en Grafton Street 27 de Londres se funda la Sociedad de Caballeros Racionales o llamada también Gran Reunión Americana. Allí vivía un hombre que se convertiría en leyenda: Francisco de Miranda, el enorme venezolano.

En esa asociación republicana estuvieron entre otros: Simón Bolívar, José de San Martín, O’Higgins, Bernardo de Monteagudo,

Andrés Bello, Carlos María de Alvear, Zapiola y el infatigable Mariano Moreno. ⁽²⁾

Hombres que consolidaron las independencias de América.

La historia desde Mayo está llena de grietas.

El siglo XIX sería un tiempo de convulsiones y desasosiegos múltiples. Sin embargo, alcanzaríamos la Constitución Nacional.

El siglo XX fue de luces y sombras: la revolución del sufragio y de la democracia.

... Y de la pérdida de la democracia en variopintos golpes cívico-militares. ⁽³⁾

... Pese a estas enormes grietas tuvimos momentos de gloria y pujanza.

Se constituyó una sociedad que lucha por la equidad, por el ascenso social, por sus derechos y sobre todo por una distribución justa de la riqueza.

El “Sistema de Salud” no podría estar ausente de las innumerables grietas.

Desde el protomedicato hasta la salud de la primera mitad del siglo XX, de la salud para pocos a este sistema que con innumerables deficiencias tiene como valor extraordinario la universalidad de la atención: todos los habitantes de la República son atendidos en algunos de los subsistemas.

Tras décadas de fragmentación y segmentación crecientes del sistema de salud, se debe poner en marcha un proceso que conduzca a una solución estructural: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Recuperar el gobierno y las estrategias del sistema de salud a través de la conducción global de políticas de los organismos nacionales de salud: el Ministerio de Salud de la Nación.

Para recuperar esta rectoría por parte del Ministerio de Salud de la Nación, se deben **consensuar políticas nacionales**, metas y planes estratégicos.

Con un marco de leyes avaladas por el Congreso Nacional y refrendadas por las legislaturas Provinciales, para que se avance en un proyecto común sin que puedan ser transmutadas por los diferentes gobiernos que accedan al poder en la Nación o en las provincias.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) debe asumir responsabilidades de control con métodos más modernos y dinámicos, adaptados a las realidades sanitarias actuales.

Considerando a los protagonistas del sistema no como enemigos, sino como actores que hay que proteger para la comunidad. El control que ejerce sobre el sistema de la medicina prepaga debe ser también realizado en igualdad de condiciones por las obras sociales nacionales. Para este sector de la medicina prepaga privado se deberá juzgar no solo la hotelería sino la calidad prestacional.

Se debe controlar también al subsector público tanto nacional, provincial o municipal. Renovando sus infraestructuras edilicias, así como las tecnológicas.

Se deberá proveer en general ingresos salariales para todo el personal de salud adecuados a los avatares económicos y shockeantes de la economía nacional.

El INSSJP/PAMI, entidad importantísima por el número de afiliados e importancia económica, deberá otorgar prestaciones de calidad en prestadores que sean previamente medidos en esos aspectos. Como en todos los casos deberá implementar planes de prevención reales para evitar el deterioro progresivo de sus beneficiarios.

El ANMAT y ANLIS, son eje central en el control de la farmacología que se implementa. Se deberán crear Agencias de investigación sobre los fármacos independientes de las internacionales, lo que favorecerá la aprobación de los que sirven a la salud argentina y no a la industria farmacéutica. ⁽⁴⁾

EDUCACIÓN UNIVERSITARIA HUMANISTA

Los requerimientos de la sociedad, en el siglo XXI, han obligado a las escuelas de educación superior a entrar en procesos de evaluación y acreditación que garanticen que están formando a los profesionales acordes a las necesidades de los ciudadanos de este nuevo siglo.

Para lograr esto se ha propuesto como estrategia central el definir las características del profesional que pretenden. Por otra parte, una vez definidas estas características del egresado es necesario evaluarlas desde el punto de vista del desempeño profesional, para garantizar que las escuelas están logrando el profesional deseado.

Este desempeño se ha evaluado generalmente desde el punto de

vista cognoscitivo y de habilidades, pero poco se han considerado las características éticas y el compromiso social necesario.

La evaluación del actuar profesional debe de incluir no sólo los aspectos más rutinarios, sino aquellos que se refieren a valores y cualidades personales. Además, la ética y la visión humanista deben pasar a formar parte de la currícula también, **debemos construir los indicadores para evaluar esos valores.**

En los últimos 30 años se ha considerado, de forma creciente, el enfatizar el retorno al **humanismo en salud** como una medida para contrarrestar el **“corporativismo”** que rodea a los sistemas de salud, ya que parece ser el responsable de la deshumanización en la atención médica que hoy se proporciona.

Como médicos, nos encontramos preocupados por el impacto que las conductas profesionales ejercen sobre el desarrollo de las actitudes y conductas sociales de los estudiantes y residentes médicos, sin embargo, aún parece existir cierta confusión de lo que implica el término “humanista” en este ámbito.

De esto se deriva la necesidad de aclarar lo que entendemos por **“humanismo médico”** para lograr un acuerdo general que sustente la evaluación del **deber ser** en los médicos y estar en la posibilidad de plantear estrategias pedagógicas explícitas que permitan impulsarlo y fortalecerlo en el ámbito de la educación y la práctica médica.

Actitudes de los estudiantes que a la hora de abordar problemas de la práctica clínica no han avanzado lo suficiente en ese sentido. Es un error pretender evaluar las características humanistas, sin establecer previamente una conceptualización que dé cuerpo a un modelo de la práctica profesional.

De esta forma, se establece un “patrón de referencia” contra el cual se compara a cada individuo. El modelo que sirve de “patrón de referencia” en el proceso, se construye mediante la articulación del estado del arte necesario para una práctica aceptable de la profesión.

La opinión de los pacientes y las expectativas que tiene la población sobre los profesionales es muy importante, de manera que la educación sea más sensible a las **necesidades cambiantes de la sociedad.**

Para que el modelo de evaluación resulte funcional deben vencerse dos grandes retos: **hacerlo operativo**, estableciendo claramente sus componentes, variables e indicadores; traducidos en características claramente enunciadas y determinar los **criterios de ejecución**, para distinguir el cumplimiento o incumplimiento de las normas.⁽⁵⁾

Partimos de la premisa que “más tecnología no es más salud”, pero este concepto no es terminante...

El avance de las técnicas de diagnóstico sumando certezas es inexorable...

Pero las facultades de medicina fueron perdiendo en sus currículas el uso de la semiología, reemplazado por la tecnología y un aumento exagerado de los exámenes complementarios...

Esto provocó una explosión de uso exagerado de la tecnología, muchas veces superflua. Y otras veces por intereses incompatibles con la ética y el juramento hipocrático.

Poco a poco se fue abandonando el método clínico y fue reemplazado por métodos mecánicos u electrónicos. La dependencia se dio entonces también en la adquisición masiva del aparataje, sin medida. En los alrededores de la Ciudad de Buenos Aires se concentra el 60% de la tecnología médica.

Aparatos uno al lado de otro, sin poner un orden por número de habitantes o por distancia geográfica. Además de que la capacitación

para informar estudios muchas veces sea deficiente. Esto provoca muchas veces el fracaso mismo del método de diagnóstico por falla en el operador y no en el método.

La oferta tecnológica es impresionante, obviamente que se estimula la demanda y los pedidos por parte de los dueños de la lapicera: los médicos.

En general los médicos desconocen cómo funciona el sistema de salud argentino-por una falla de formación en el pregrado- y no comprenden que lo superfluo influye en el gasto prestacional, a veces en forma superlativa.

Sumado a la medicalización de la vida en general. Es difícil decirle a un paciente que está bien y no hay que recetarle nada. La formación farmacológica, influida por los intereses de la industria farmacéutica, nos ubica dentro de un gasto farmacológico per cápita elevadísimo. Y dentro de este concepto, al carecer las currículas del estudio de estos tópicos, en prescripciones muchas veces inútiles o de baja incidencia en el tratamiento de patologías.⁽⁶⁾

Si se entendiera desde las Escuelas de Medicina la importancia de estos conceptos, el gasto general disminuiría considerablemente.

En las currículas la formación en estadística médica es más que deficiente, lo que conlleva a que la propaganda de fármacos, muchos inútiles, no puedan ser juzgado por los médicos y receten lo irrecetable.

Además, debemos darle a la atención de la salud un gran valor agregado: la ética sumada a la responsabilidad social de los actores del sistema.

Vemos a través de nuestro pasado que las grietas históricas comienzan en Mayo mismo.⁽⁷⁾

Continúan y se manifiestan en todos los ámbitos de nuestra sociedad y siempre el balance es negativo para todos, sin embargo, tenemos una oportunidad que se manifiestan en los avances descriptos más arriba.

Nuestro sistema de salud debe virar hacia la integralidad, ser más solidario aun, más complementario entre subsistemas...

De esta manera nadie pierde, todos ganamos y gana sobre todo la gente...

Seamos artífices y puentes, todos juntos hacia el futuro... que ya está aquí... ■

BIBLIOGRAFÍA

- 1) La República Patriota/Esteban de Gori/EUDEBA/2012.
- 2) Los Caballeros Racionales y el Movimiento Independentista Americano/José Antonio Benimeli/Universidad de Zaragoza/1994.
- 3) La Democracia Limitada/Hacia la concreción de los ideales de Mayo/Alejandro Poli Gonzalvo/Corregidor/2011.
- 4-5) El sistema de salud argentino/Mauricio Klajman/2022.
- 6) La Sociedad que viene/Didier Fassin/Seuil/Paris/2022.
- 7) Orígenes desconocidos del 25 de mayo de 1810/Enrique de Gandia/Editorial OCESA/1960.

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

**Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.**

*La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura
médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.*

Porque seguridad es tranquilidad.



LA TRAGEDIA SANITARIA



“Una oportunidad histórica para proponer la transformación de la realidad en el proceso salud-enfermedad-atención de los argentinos”.

Por el Dr. Mauro Brangold (h) (*)

Los griegos definían a la tragedia, como una representación dramática teatral de una acción seria, en la cual un poderoso (rey o dios) veía amenazado su poder, o en la mayoría de las situaciones caía en la más profunda desgracia y por tal circunstancia, fallecía; se aborda con tono y sonoridad solemne, de tipo ilustre y heroico, con situaciones fatales, cuya gravedad invita a liberar los sentimientos de compasión y horror en la audiencia. Su contenido se convertía en épica narrativa, y en muchos casos se basaba en la mitología.

Todas las tragedias antiguas eran de culto, un ritual religioso, de presentación obligada en las festividades, como una demostración al pueblo de las condiciones de sumisión, y de la deidad como poder absoluto real de los mortales. En las tragedias modernas, la caída no es de personas, sino de sistemas económicos o político-sociales, distinción diferencial con la clásica helénica.

Todas las tragedias comienzan con un definido orden y en el devenir de la historia, la desorganización se hace carne del relato, y el final era todo lo opuesto del principio, la desorganización, el caos, el desastre, la catástrofe, el sufrimiento universal. Todas tienen muerte, los desenlaces traumáticos, el final no deseado, pero quizás esperado o presentido, sobre todo en el transcurrir de la obra.

La tragedia es uno de los siete géneros teatrales, y como tal pertenece a la ficción, y no al mundo real. La historia de la humanidad ya nos ha demostrado que toda ficción es mucho más real que lo presentido o escrito con anterioridad por un autor, que, a la postrimería, se le atribuyen características de visionario. La tragedia contiene el enigma de la identidad, el sacrificio de la inocencia, la devoción de la fraternidad, la ansiedad de la democracia, la salvación de lo salvaje, la discrecionalidad del poder, quizás algunas o todas las miserias humanas.

En 1999, el Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, publicaba la “Tragedia Educativa”, que fuera para muchos de nosotros

un punto de inflexión en el análisis justo del estado cultural de nuestro país, y en particular, la descripción de la realidad de la educación en la Argentina. Cualquiera de los datos, hechos, afirmaciones e indicadores, que uno pudiera citar, mostró signos y síntomas de la grave crisis a la que estaba subsumida la sociedad argentina; si hoy retomáramos esas cifras, esa situación sería mucho más crítica, pero no es la finalidad de este documento, la educación sino la salud.

El Dr. Jaim Etcheverry, afirmaba que la tragedia, a la cual hacía mención, se basaba en aspectos sociales, culturales y económicos; y alguno de estos son: la pobre participación de los actores sociales en términos de representación y de involucramiento en la expresión de sus necesidades y, si le adicionamos, la nula recuperación de la experiencia de la persona en ocasión a las respuestas del sistema; el descuido por parte de la dirigencia de los temas que realmente le preocupan o le aquejan a los individuos y a las familias, que puede traducirse, en un deslucido lugar priorizado de los temas que le aquejan a diario a las personas en el ranking de la agenda de la política pública, o en el riesgo de la pérdida del patrimonio por sustentar el costo de una atención indebida o injustificada; otro factor era la no consideración de propuestas de valor en ocasión al sistema social al que hace referencia, como un vis a tergo de actividades no planeadas y sin ningún objetivo medible o cuantificable, en cuanto a un impacto real, que resuelva los problemas o que modifique la evolución natural de los procesos vitales y sociales.

En el concepto de “tragedia educativa”, el autor sustenta su teoría en la escasa significación que se le brinda a la “escuela”, entendiendo a esta como el actor paradigmático de este sector. Si reemplazamos al “aula” como el “consultorio”, y a la “escuela” por el “hospital”, todas sin excepción alguna, de los fundamentos que dieron origen al término tragedia educativa, nos permite equipararlo, para destacar la “tragedia sanitaria”.

Situación extrema, que resulta insostenible, por que daña, lástima, enferma. Porque duele en el alma de las personas y desangra a las instituciones y organizaciones; en términos simbólicos, este desangre es la dilapidación de recursos, los cuales son escasos por definición; que dan cuenta del abandono, de la falta de respuestas oportunas, suficientes, completas; que muestra una naturalización patológica de las listas de espera, de la tardanza, de la violencia que el sistema ejerce en la personas, y que se traduce en un círculo vicioso y tóxico, en el que la intolerancia se traslada a la relación médico-paciente, y por la que las familias, desesperadas, solitarias, agotadas de esperar, no encuentran otra forma de expresión de su bronca, agrediendo al equipo de salud, como un último recurso, como manifestación de su intolerancia; porque ninguno de los actores responsables, hace lo que tiene que hacer, cumple con las obligaciones que las leyes establecen, y lo que los códigos de comportamiento dictan en términos de ética colectiva y bioética sanitaria.

La fragmentación, la segmentación, la inconsistencia jurídica, el divorcio entre la ley y la sanidad, la ineficiencia, la injusticia social, la ignorancia tecno-profesional, las inadecuadas condiciones de trabajo, la inseguridad en todo su espectro conceptual, la anacusia de la conducción, la ceguera de las sociedades científicas, la esquizofrenia del discurso político, el agotamiento de los trabajadores de la salud, entre otros, dan cuenta de la tragedia sanitaria, de la necesidad imperiosa de no seguir escondiendo la mugre debajo de la alfombra, justificando la falta de un supuesto rédito con fines electorales.

Es impostergable, sin más dilaciones, de un gran acuerdo sanitario con consenso interjurisdiccional de tinte federal, de alcance poblacional y con base normativa, en el cual todos los actores sociales y todos los sectores de la economía, acepten como originario el principio básico del derecho de la salud, y que la finalidad con intereses comunes sea: la universalidad, la



La tragedia es uno de los siete géneros teatrales, y como tal pertenece a la ficción, y no al mundo real. La historia de la humanidad ya nos ha demostrado que toda ficción es mucho más real que lo presentado o escrito con anterioridad por un autor, que, a la postrimería, se le atribuyen características de visionario. La tragedia contiene el enigma de la identidad, el sacrificio de la inocencia, la devoción de la fraternidad, la ansiedad de la democracia, la salvación de lo salvaje, la discrecionalidad del poder, quizás algunas o todas las miserias humanas”.

solidaridad, la protección ambiental, la sustentabilidad, la articulación público – privada, la inter profesionalidad, la armonía entre la ciencia y la academia, la calidad, la seguridad, los entornos saludables, el acceso y la equidad, y así evitar la “tragedia sanitaria”, en la cual, no se enferme quien no se debiera enfermar, que no se mueran las personas con mayor vulnerabilidad social, exclusivamente por esta condición; que se prevea y se anticipe el diagnóstico y el tratamiento con la mayor oportunidad, evitando un sufrimiento adicional, por la tardanza en la respuesta; que se usen de la manera más racional

los recursos, en búsqueda de la eficiencia con beneficio, y por la que el rendimiento incorpore la dimensión social, más allá del resultado económico. Transformación que recupere la excelencia de los servicios públicos de salud, esa mística histórica de la excelencia y garantía de justicia social, con valor agregado de humanitarismo y profesionalidad.

En este momento de la historia, en donde el pasado nos juzga y el presente nos interpela, no es época de especuladores con la vida humana y con la salud de las personas y de las poblaciones, es tiempo de planificadores, de verdaderos profesionales de la salud pública, que integren, que armonicen, que articulen, que reúnan, que faciliten, que motiven, que promuevan conductas saludables, que identifiquen precozmente los factores de riesgos, que prevengan enfermedades, que instituyan tratamientos precoces de carácter costo-efectivo y costo-beneficioso, que construyan redes y equipos de salud interprofesionales, interdisciplinarios, transdisciplinarios, con atributos bioéticos, que abran espacios de participación comunitaria, recuperando la experiencia del usuario, como un insumo esencial en la reflexión de la práctica, en la revisión de los resultados y en la mejora continua de los procesos, que a la persona destinataria de las acciones del sistema de salud, se lo considere como un sujeto de derechos, con plena autonomía en la decisión de las acciones, para con su vida y para con su salud, es decir un ciudadano con todas la dimensión del término.

En esta descripción de la tragedia sanitaria, se propone evitar una catástrofe humanitaria de dimensiones extraordinarias, y entre todos construir un final distinto, al que muchos amantes de Sófocles encontrarían elementos suficientes para escribir una obra de teatro magistral y sublime. ■

(*) Médico especialista en Salud Pública. Magister en Administración y Gestión Sanitaria. Docente universitario. Médico adscripto - Dirección Hospital Fernández.



CHK

Consultores de Salud



Atención
especializada

- ✓ **Auditoria de Terreno y Facturación**
- ✓ **Optimización del Gasto**
- ✓ **Desarrollo de Redes Prestacionales**
- ✓ **Consultoría informática**
- ✓ **Consultoría en gestión de Sistemas de Salud**

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

**Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com**

NUEVOS DESAFÍOS EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS MÉDICOS



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Los cambios en el mercado laboral médico

Los diferentes cambios que se vienen produciendo, ya hace tiempo, en el campo de los recursos humanos en salud están impactando fuertemente en la gestión de los servicios sanitarios. En un sistema talento intensivo como el de salud se requiere analizar detenidamente estos cambios y tomar cartas en el asunto si no queremos que la crisis inédita en que se encuentra nuestro sistema sanitario se agudice.

Ya nos hemos referido recientemente en esta misma revista (edición número 131 de noviembre de 2022) a los problemas que viene acarreado el sector de los recursos humanos en salud y en particular el sector médico.

Por un lado, tenemos un contexto de crisis económica con alta inflación, aumento del costo de los materiales importados por encima del IPC, la alta presión impositiva que afecta directamente al sector, una situación social compleja, en donde se observa una violencia importante en muchos hospitales públicos e incluso en sanatorios privados. Este contexto impacta directamente al sector y a los recursos humanos en salud.

La pandemia agudizó muchos de los problemas que ya estaban presentes. En principio, se produjo una disminución de entre un 40 a un 60% en los ingresos por honorarios médicos del sector privado, lo que hizo que se incremente el multiempleo.

Los médicos ya no confían en tener un solo empleo, ni siquiera dos. Diversifican su cartera laboral por los malos honorarios, los atrasos en los pagos, los enormes descuentos impositivos y otros derivados de la profesión (pago de la matrícula, de la caja, porcentajes a entidades intermedias, débitos de los financiadores, etc.). Esta combinación de multiempleo, violencia laboral, bajos ingresos, produce un aumento del síndrome de Burnout y de otros problemas vinculados a la salud mental de los médicos.

La escasez de varias especialidades críticas y la violencia social producen un impacto directo en los servicios tanto de hospitales públicos como de sanatorios y clínicas privadas, en donde se observa cada más la existencia de guardias de urgencias que no pueden ser cubiertas, lo que disminuye el acceso de la población a estos servicios en forma dramática.

Paralelo a esto el avance de la agenda digital en salud es

otro factor que impacta en el sistema. La historia clínica electrónica, la receta digital, las consultas online, la automatización de procesos ya están instalándose fuertemente. Pero también el impacto será mayor a medida que se desarrolle aún más la inteligencia artificial.

Toda esta situación descripta está modificando profundamente el mercado laboral sanitario e impactando directamente en la gestión de servicios.

Un cambio profundo en la formación médica

Otra situación que está impactando en el mercado laboral tiene que ver con el subsistema de formación médica. Tanto la formación de grado como la de posgrado han sufrido cambios importantes que con el correr de los tiempos tienden a empeorarla.

Las políticas de ingreso irrestricto en las facultades de medicina tienden a aumentar notoriamente la cantidad de alumnos en los primeros años haciéndose muy difícil en la actualidad la enseñanza presencial y más personalizada. Este número de alumnos disminuye ostensiblemente en los últimos años de la carrera y finalmente el número de egresados por año se mantiene relativamente estable en el tiempo e incluso un poco por debajo del crecimiento vegetativo de la población.

La pregunta que surge entonces es ¿por qué se sigue haciendo esto? Si es para aumentar el número de médicos, se ve que no funciona. Si es como mecanismo de selección de estudiantes, es la opción menos eficiente ya que es muy costosa en termino de recursos y presupuesto, no selecciona por mérito, frustra a muchos jóvenes y hace empeorar la calidad de la enseñanza a quienes finalmente se reciben de médicos, pero prácticamente “perdieron” los primeros años de aprendizaje. Urge reformar esto.

En el posgrado tampoco nos va mejor. Las residencias y concurrencias médicas han sufrido un verdadero cambio. Pasaron de ser una escuela de formación de médicos generales y especialistas a transformarse en un primer trabajo médico, a fin de que los jóvenes recién ingresados a un hospital cubran las deficiencias de los médicos de planta que ya no quieren hacer guardias o trabajar la cantidad de horas correspondientes. Esta deformación de las residencias también está disminuyendo la calidad en la formación de los médicos.

El conflicto entre los residentes y concurrentes de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires con el Gobierno de la Ciudad por reclamos de mejoras salariales, pago a los concurrentes e incorporación de médicos a las plantas hospitalarias que se vivió hacia fines de 2022 y la nueva reglamentación de residentes que estableció la Provincia de Buenos Aires para las residencias van en la dirección antes descripta. O sea que lamentablemente profundizan el modelo “laboral” de las residencias y concurrencias por sobre el modelo “educativo” y de formación de calidad.

El nuevo reglamento para regular la actividad de médicos residentes tiene exclusivamente el fin de mejorar sus condiciones laborales. Este nuevo reglamento establece un nuevo régimen de jornada laboral de lunes a viernes, que elimina los sábados y reduce las horas de guardia de 24 a 12. Además, brinda la posibilidad a residentes del último año de contar con un día laboral por semana para realizar otras tareas remuneradas.

A nivel salarial, se incorpora un plus por guardia con un

“Debe existir un gran consenso a fin de lograr una reforma en el sector de los recursos humanos en salud. Se debe comenzar con una reforma a la educación médica de grado y de postgrado (residencias médicas)”.

valor del 13% del sueldo de un jefe de residentes y un adicional del 7% del ingreso de quien trabaje en una zona de baja cobertura, con el objetivo de incentivar la radicación de profesionales en ámbitos de mayor necesidad. Asimismo, se agrega una suma de 1.500 pesos por hijo, que se duplica en caso de que el menor tuviera alguna discapacidad, y se incorporan los aportes al IPS.

Este nuevo reglamento ya está generando diferencias entre las especialidades clínicas y quirúrgicas ya que estas últimas pierden muchas oportunidades de operar con los médicos ya formados. A los cirujanos no les viene bien el nuevo reglamento de guardias más cortas y franco al otro día ya que se pierden de operar y hacerse la mano.

Por otro lado, los médicos de planta que funcionan además como docentes de los residentes, están mal remunerados y ahora, en muchos casos, cobran menos que los residentes y no se les reconoce su trabajo docente en forma adecuada. Por estas razones ya no quieren en muchos casos responsabilizarse por la docencia de los residentes y concurrentes.

La necesidad de una política adecuada de recursos humanos en salud

Debe existir un gran consenso a fin de lograr una reforma en el sector de los recursos humanos en salud. Se debe comenzar con una reforma a la educación médica de grado y de postgrado (residencias médicas).

Se deben colocar correctamente los incentivos según el modelo que aspiremos. Si decimos que será un modelo basado en Atención Primaria de Salud, debemos remunerar adecuadamente al equipo de salud del primer nivel y organizar una red de servicios que de soporte a este nivel.

Se deben cambiar formas y mecanismos de pago de los servicios y especialmente a los profesionales. Cada vez es más frecuente observar diferencias entre las especialidades clínicas y las quirúrgicas y entre las que usan “aparatosología” propia con las que no. Se debe ser innovador tanto en hospitales públicos como privados y financiadores.

Debe existir un alivio impositivo importante a los profesionales. Los niveles de presión impositiva hoy día son claramente confiscatorios.

Más allá de estas medidas u otras, lo importante es iniciar poniendo este tema como prioridad de agenda en el sector público en su conjunto. No sea cosa que, como siempre pasa, en breve sea demasiado tarde. ■

(*) Médico - Especialista en Salud Pública



www.sanidad.org.ar

LA NOTICIA Y LA JUSTICIA

UN FALLO QUE SIENTA UN PRECEDENTE INTERESANTE



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

Para referenciar el caso que vamos a tratar en este artículo, debemos exponer -sucintamente- la noticia que el diario Clarín tituló: “*El drama de una familia en Chaco: deben devolver 300.000 dólares por la operación que salvó a su hija*”.



El modo en que está redactado su título y la intención que conlleva a la atracción de su lectura como objetivo editorial, poco tiene que ver con los fundamentos del fallo que ha fundado la medida que se transforma en el drama de esa familia.

Aclaremos que la noticia ha sido expuesta en la web el 20 de abril del corriente año, y la decisión judicial a la que se refiere su contenido es del 20 de mayo de 2019 y ha sido dictada por el Superior Tribunal de Justicia de la Provincia del Chaco.

En concreto, la situación que se ha presentado es la siguiente: una menor de edad, de un grupo familiar afiliado a la Obra Social Provincial del Chaco (INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUROS Y PRESTAMOS – INSSSEP), que padece una cardiopatía congénita, ha solicitado la realización de una intervención quirúrgica y la cobertura total, incluidos los tratamientos de la menor conforme su necesidad médica, en el Boston Children’s Hospital de Estados Unidos. Para ello, promovieron una medida cautelar en esa Provincia. En ese proceso judicial, la primera instancia rechazó el pedido, y la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial (Sala Segunda), revoca la resolución dictada en origen y en consecuencia dispone que el INSSSEP provea los medios necesarios para esa intervención quirúrgica y posterior

tratamiento en el Boston Children’s Hospital de los Estados Unidos de Norteamérica.

El tratamiento se cumplió de acuerdo con lo dispuesto por la Cámara y, paralelamente, los recursos judiciales llevaron la decisión hasta el máximo Tribunal de esa Provincia. Aclaremos, para los lectores que no conocen las normas legales, que en materia de salud la decisión no firme ⁽¹⁾ no impide la ejecución de la medida. Dicho de otro modo, los recursos de apelación no suspenden la prestación que se mantiene en la discusión judicial.

El fallo del Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Chaco, finalmente, dispone la nulidad del fallo de segunda instancia y confirma el de primera. En los hechos, esa nulidad significa que esa decisión judicial se tiene por no dictada y vuelve al rechazo de la cautelar originado en ese expediente judicial.

Volviendo a la noticia, la consecuencia de ese fallo es que la institución provincial le está reclamando a los accionantes (padres de la menor) la restitución del dinero abonado por el tratamiento (que incluye la intervención quirúrgica, los gastos de los viajes que fueron varios, etc.).

Dos son las cuestiones que considerar en este artículo. En primer lugar, analizar los fundamentos del fallo revocatorio y, finalmente, dar una opinión sobre las consecuencias.

En cuanto a los fundamentos, los miembros del Superior Tribunal tuvieron en cuenta la finalidad del Instituto en su carácter de obligado a brindar la salud de todo el personal dependiente de la administración pública provincial, y especialmente hicieron hincapié “*en la correcta marcha de los servicios conveniados y determinar las limitaciones con que efectuará cada prestación la obra social y el funcionamiento del fondo de alta complejidad y sus normas de utilización con cargo parcial al afiliado*”.

Continúan señalando que “*la ley ⁽²⁾ instituye un sistema cerrado, en el que el afiliado, salvo casos excepcionales en los que la prestación sólo puede brindarla determinado profesional o entidad, carece de derecho a cobertura por otros que no sean los indicados. En tal sentido, el art. 5, inc. b de la ley n° 800 H (antes ley n° 4044) prescribe como obligaciones de la entidad: “corresponde al organismo organizar y mantener, como expresión concreta de la garantía constitucional de la Seguridad Social... b) las prestaciones del régimen de obra social y alta complejidad tendientes a brindar cobertura integral de la salud a los afiliados, serán ejecutadas mediante convenios con organismos similares de la Nación, Provincia,*

Municipios, entidades privadas prestadores y con infraestructuras propias...”. De modo tal que está asegurado el derecho a la salud de los afiliados y a la cobertura integral en la seguridad social, pero siempre respetando el padrón de prestadores que ofrece la obra social. La elección de profesionales o instituciones por afuera del listado implica salir del sistema, con las correspondientes consecuencias, lo que en el caso de marras se traduce en la cobertura hasta el monto presupuestado para las prácticas requeridas por las entidades conveniadas, debiendo la afiliada afrontar el costo de la diferencia existente con la suma que le cobra la clínica donde desea realizarse el tratamiento”.

Continúa la sentencia del Superior Tribunal con un detalle de decisiones judiciales coincidentes con este criterio, incluyendo fallos del propio tribunal y de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, para finalmente resolver como ha quedado dicho anteriormente.

Resta entonces considerar nuestras reflexiones sobre el fallo en cuestión.

1. LA CARTILLA DE LA OBRA SOCIAL COMO LIMITACIÓN A LA OFERTA.

Es clara la decisión judicial en fundar su fallo en las disposiciones de la ley local, pero fundamentalmente expone el criterio de la existencia de un “sistema cerrado” que opera como límite para las obligaciones de la obra social. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene dicho que “Si bien se reconoce el carácter fundamental del derecho a la salud y la especial atención que merecen las personas con discapacidad, tales derechos de raigambre constitucional, así como los principios y garantías consagrados en la Constitución Nacional, no son absolutos sino que deben ser desplegados con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio, en la forma y extensión que el Congreso, en uso de sus facultades propias, lo estime conveniente a fin de asegurar el bienestar general (arts. 14 y 28 de la Constitución Nacional), con la única condición de no ser alterados en su substancia”.⁽³⁾

2. LA TERRITORIALIDAD DE LA LEY. LA SOLIDARIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL COMO PILAR DEL SISTEMA.

Sin que haya sido señalado expresamente por el fallo en análisis, uno de los tantos precedentes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación citados por esa decisión judicial, es una Resolución del 20 de noviembre de 2001 dictada como máxima autoridad de la Obra Social del Poder Judicial. El Supremo Tribunal, en uso de las facultades conferidas por el artículo 113 de la Constitución Nacional, es el órgano que define en avocación las solicitudes de prestaciones que conllevan pedidos rechazados por esa obra social. La decisión, en ese caso, estaba también vinculada a una práctica en el exterior, casualmente en el mismo hospital de Boston. En la Resolución citada, dispuso “Que la Dirección Médica de la Obra Social efectuó diversas gestiones que incluyeron recabar opiniones de instituciones asistenciales de reconocida trayectoria científica, y aclaró debidamente a los afiliados que la Obra Social no brinda cobertura fuera de los límites de la República, que la Operación de Norwood se realiza en el país, y puso a consideración de los interesados “las distintas alternativas institucionales”, a saber, Fundación Cavaloro, Hospital de Niños Sor María Ludovica y Centro Cardiovascular del Sanatorio Quilmes, centros asistenciales que llevarían a cabo la operación con la cobertura de la Obra Social (fs. 48)”.⁽⁴⁾

Continuó señalando el tribunal que “La medida adoptada en el caso por la Obra Social se ajusta estrictamente a normas preestablecidas, que han sido dictadas en ejercicio de facultades discrecionales, las cuales fijan límites razonables para el otorgamiento de las coberturas y los reintegros, y cuya legitimidad no puede cuestionarse sobre la base de

argumentos fundados en la disparidad de criterio de los solicitantes. Por de pronto, es insuficiente desde el punto de vista jurídico, el argumento de la “estadística más favorable”, pues, por una parte, al ignorarse si los estudios han sido realizados sobre la base de una metodología común, aquélla sólo constituye un conjunto de datos numéricos para obtener inferencias basadas en el cálculo de probabilidades; y por la otra, de receptarlo, habría que hacerlo en todos los casos que plantearan los afiliados invocando igual fundamento, lo cual podría conducir al extremo de descalificar prácticas científicas de calidad en favor de la cantidad y desequilibrar el sistema de cobertura de todos los beneficiarios del sistema”. Finalmente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación en esa Resolución que dispone rechazar el pedido de la cobertura en el exterior por mayoría de sus miembros, señala “Que el principio de solidaridad exige una correcta y cuidadosa administración de las finanzas de la Obra Social ya que, de no ser así, tal solidaridad sería ilusoria (conf. Arg. Fallos: 313:425).

3. LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS CAUTELARES QUE PRODUCEN LOS EFECTOS DE ACCEDER A LA DEMANDA.

Vemos a diario decisiones de nuestros Tribunales en materia de salud que son dictadas en carácter de “medida cautelar”. Ya hemos explicado en artículos anteriores la orfandad de elementos con que cuenta el tribunal para justificar el acceso a las prestaciones y la falta de cotejo o confronte con otras opiniones médicas, como también que las consideraciones jurídicas genéricas que sirven de fundamento a una operación, un trasplante, un medicamento, la afiliación y/o la permanencia en la obra social para evitar pasar al Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Una especie de “copie y pegue” indiscriminado cuando se trate de amparos en salud.

Últimamente, la “solución” que han encontrado frente a las cautelares de prestaciones, prácticas o medicamentos costosos, ha sido la condena solidaria o concurrente del Estado Nacional, pero nunca se analiza la procedencia de la medida para ese afiliado en particular.

Es imprescindible que el Poder Judicial en su totalidad analice las medidas cautelares con un criterio restrictivo y que, aún en aquellos supuestos en donde la medida se ejecute, los procesos conlleven el dictado de una sentencia que disponga la procedencia o no de la demanda. Actualmente, el criterio jurisprudencial imperante considera que la cuestión se ha tornado abstracta por la realización de la medida (la que sea) de manera anticipada.

4. ¿SON LOS ACCIONANTES QUIENES DEBEN RESTITUIR EL DINERO?

Finalmente, nos parece oportuno dejar planteado el interrogante acerca de quién es el legitimado pasivo para restituir el dinero al Instituto. Es claro que, para los Tribunales chaqueños, la obligación recae sobre los accionantes. La pregunta que nos formulamos es: habiendo cumplido la medida cautelar en los términos que quedó expuesto ut supra, es decir pendiendo recursos legales procesalmente pertinentes y con el cumplimiento de la medida cautelar, los actores pueden considerar que -temporalmente- estaban habilitados para ejecutarla.

Es un interrogante que no sería del caso plantear si las medidas debieran quedar firmes para su ejecución, como se dijo anteriormente.

Sólo planteamos el interrogante. Quizás en otras ediciones, podamos esbozar algunas teorías al respecto. ■

REFERENCIAS

- 1) Llamamos aquí decisión no firme a la resolución judicial que puede ser revisada por instancias superiores.
- 2) Ley 800 que rige las competencias del INSSSP.
- 3) Fallos 341:919
- 4) Fallos 324:3988

DISEÑO DE SISTEMAS PARA GESTIONAR CONFLICTOS



“Las organizaciones de salud son evaluadas y calificadas por la gestión de sus conflictos y su aptitud resiliente”.

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

Los métodos colaborativos de prevención y gestión de conflictos tales como Mediación, Negociación, Facilitación del Diálogo, Evaluación Neutral Temprana y Formación de Consensos, por ejemplo, representan un nuevo paradigma para la prevención y resolución de conflictos ya sea entre partes con intereses divergentes, o bien dentro o entre las organizaciones.

En varias jurisdicciones a nivel nacional, desde el año 1995, está vigente la mediación como medida previa a la iniciación de un juicio, con el fin que las partes, con la intervención de un mediador o mediadora profesional en su rol neutral, logren acercar sus posiciones, satisfagan recíprocamente sus intereses, alcanzando la mayoría de las veces un acuerdo que en ese ámbito tiene el efecto de una sentencia.

Este procedimiento está incorporado en el ámbito prejudicial, con resultados exitosos, con el consiguiente ahorro del costo material y emocional que implica evitar un juicio. Se percibe que cada día se instala aún más este **nuevo paradigma** en el ámbito público (mediación escolar, deportiva, comunitaria, nocturna), en el privado (colegios profesionales, alquileres) y hace varios años ya, en el seno de las organizaciones (gremiales, empresariales, sanitarias).

Los pacientes están dejando de ser tales para convertirse en usuarios o consumidores de productos y servicios sanitarios. Actualmente no sólo preocupa la enfermedad sino el estado de salud, así como su promoción y prevención.

Como consecuencia de esta ampliación en la concepción de la salud, los servicios sanitarios han pasado a ser servicios de derecho a la salud y el perfil del paciente ha pasado a ser el de un usuario-consumidor.

El aumento del nivel de información que poseen los pacientes incrementa las expectativas, las necesidades, la conciencia de derechos en la prestación de servicios de salud. La demanda de prestaciones es infinita y los recursos para financiarlos tienen sus límites naturales.

El médico también se encuentra permanentemente

expuesto a la realización de actos susceptibles de calificarse por su resultado y por ello, muchas veces, se generan conflictos que son demandados ante los tribunales.

Como titulamos, los conflictos existen y existirán, forman parte de la vida de los humanos y de las organizaciones. Estas, conscientemente o no, tienen una forma de enfrentarlos, o bien los postergan, los esquivan, los ignoran, los controlan o luchan contra ellos.

De hecho, tan gravitante es este tema (el modo en que gestionan y/o previenen conflictos) que es uno de los indicadores para establecer si una organización es o no **resiliente**, al mismo tiempo, es un punto clave en las intervenciones de las consultorías (como el manejo del liderazgo, distribución del poder, perspectiva de género entre otros). En las organizaciones e instituciones, la resiliencia es el resultado de reconocer y elogiar competencias particulares, como las capacidades de estar alerta y de combinar los recursos en arreglos novedosos.

Estar alerta permite conectarse con el entorno para:

- ✓ Avizorar los problemas y escalarlos antes de que se salgan de control y mientras existen soluciones potenciales.
- ✓ Identificar nuevas oportunidades y realizar los acomodos organizacionales que permitan aprovecharlas.
- ✓ Recombinar los recursos de que se dispone aumenta la diversidad de herramientas que permiten atender eficazmente las situaciones que se presenten, sean éstas ventajosas o no.
- ✓ Adaptarse a las condiciones del entorno favorece la producción de respuestas eficaces ante los diversos acontecimientos, sean estos favorables o no.

Actualmente se denomina “**Desarrollo Organizacional**”, su centro es el hombre y como tal, integrante de grupos, miembros gravitantes de las organizaciones. Ya no son las máquinas, ya no solo es la tecnología, son los procesos que ponen en el centro al ser humano. Que claramente en relación con otros conflictúa y esos conflictos hacen a la relación personal, al rendimiento de la institución, a como es vista esa organización para el público en general (clientes, usuarios, competencia, etc.).

Es una respuesta al cambio, una estrategia de carácter educacional que tiene la finalidad de cambiar creencias, actitudes, valores y estructuras de las organizaciones de modo que puedan adaptarse mejor a las nuevas tecnologías, a los nuevos desafíos y al ritmo vertiginoso del cambio (Bennis).

Esta nueva tendencia resulta una oportunidad auspiciosa para **Diseñar Sistemas para Gestionar Conflictos**, a la medida de cada organización sanitaria, para prevenir y enfrentar los conflictos de un modo superador, desentrañar sus elementos, a fin de encontrar una solución equilibrada que mejore los circuitos relacionales, y se produzcan respuestas que satisfagan las necesidades de los usuarios-consumidores, de los profesionales, y de los recursos humanos de la organización.

El desafío consiste en crear un sistema dentro de la organización (Hospital, Sanatorio, Obra Social, Prepaga, etc.) que integre los diferentes métodos colaborativos (Negociación, Mediación interna, Evaluación Neutral), como un menú de alternativas al que los propios recursos humanos

de la organización recurrirán según la característica de cada situación, para abordar los conflictos gestionándolos positivamente, de tal modo que se mejore el ambiente laboral y la calidad asistencial, se asegure la contención y reducción de los costos personales y organizacionales asociados al conflicto, se pueda resolver la conflictividad dentro de la organización, reduciendo notoriamente su judicialización y elevando los niveles de ese desarrollo organizacional, que incluso posicionan a la organización respecto de su competencia.

Algunos de los puntos de impacto que se logran son:

- Restablece la **confianza** entre las personas.
- Optimiza el **rendimiento** de los equipos.
- Mejora la **satisfacción** de los profesionales y usuarios.
- Incorpora **nuevos aprendizajes** para el cambio hacia un nuevo modo de ser, pensar, sentir y actuar en un proceso continuado de crecimiento personal y grupal de las personas que trabajan y se relacionan en la organización sanitaria.
- Reducir **los costos** de la judicialización y se reinviertan en la Organización.

Quienes hace años nos dedicamos a la operación de los conflictos y nos preocupamos genuinamente por mejorar la calidad de vida de las personas, sabemos que no es fácil, que las organizaciones están en un estado de flujo continuo, expuestas a cambios y evolución permanentes.

Creemos, que al igual que en otros países, que se han adelantado a este cambio paradigmático, nuestro sistema

sanitario necesita esta mirada para mejorar su dinámica; que el **Diseño de Sistemas para Gestionar Conflictos** redundará en la calidad de la estructura funcional, y creará valor en el aspecto relacional de las personas que se desempeñan en el sistema, ya que se sentirán protagonistas del crecimiento de las organizaciones en las que participan, aunque ello lleve más esfuerzo y compromiso, pero con resultados mucho más efectivos.

Sabemos que nos enfrentamos a resistencias y tensiones que genera cualquier intervención que conozca la dinámica interna de la organización; aunque tenemos la certeza que, sorteados esos primeros obstáculos, podrán disfrutar de un modelo de comunicación y resolución de problemas que además será trasladado a la vida cotidiana de las personas en sus relaciones familiares y personales.

Asimismo, los beneficios de instalar las virtudes de los métodos colaborativos de resolución de conflictos dentro de sus organizaciones van a crear la base para la construcción permanente de consensos, también en sus comunidades, contribuyendo a la paz social y ¿porque no?, propiciarán la creación de una política pública que tome estos lineamientos para mejorar el rendimiento del sistema sanitario. ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria



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

ANTIGUOS Y FRAGMENTADOS



Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)
dralilianachertkoff@gmail.com

"La ignorancia provoca miedo"

La idea de esta nota es reflexionar sobre la oportunidad del conocimiento como fuerza emancipadora de trabas, temores, prejuicios, que nos limitan como personas, profesionales, protagonistas del sistema de salud.

Vivimos una transición vertiginosa que ya no es posible soslayar. Nos enfrentamos día a día a resolver problemas de una trama compleja que tiene una multiplicidad de factores cuya etiología, podríamos desconocer.

Todo está interconectado

¿Lo percibimos? La naturaleza en una evidencia de interconexiones fantásticas, de un saber que nos supera. Todos experimentamos, la epifanía de la vida, frente a un paisaje grandilocuente... Albert Einstein, Stephen Hawking, Ilya Prigogine y tantos otros, enriquecen la concepción: todo **está entrelazado...**

IncurSIONEMOS de la mano de otras disciplinas, la oportunidad de acercarnos a una visión que nos ayude a comprender el valor de la transdisciplina como herramienta metodológica.

"Ilya Prigogine desarrollo un lenguaje que intentó sostener conexiones y ligar el ámbito de las ciencias de la naturaleza, aquellas ciencias llamadas duras y esa otra dimensión de las ciencias del hombre, las ciencias sociales. Siendo premio Nobel de química en 1977, intentó construir puentes para pensar de una manera diferente nuestra visión del mundo, nuestra imagen del universo y nuestra concepción de la vida. Con Prigogine vamos a recorrer los senderos de la visión moderna de la naturaleza, desde ese tiempo en donde se gestaron las condiciones de la revolución científica de la modernidad. Allí vemos como se construyó una determinada imagen del universo, de la máquina, del hombre, de las causalidades, de lo necesario, de lo universal, de la estabilidad, del equilibrio. Y allí, sin embargo, Prigogine va a poner en discusión estas concepciones, introduciendo la idea de fluctuación, evolución, inestabilidad, desorden" (Ricardo Forster). ⁽¹⁾

Lo interesante de esta época es la diversidad de aportes de la ciencia ¿Sabemos dónde y qué buscar para enriquecer nuestra comprensión? ¿Utilizar la tecnología con inteligencia y sentido común? ¿Tenemos la capacidad de discriminar sobre la verdad o falsedad de las comunicaciones?

La tecnología no reemplaza al **Ser Humano**, pero es imprescindible hoy, analizar las asimetrías en su acceso y utilización.

No vamos a lograr resolver las problemáticas del presente,

solos, **agrietados**, indiferentes o proyectando nuestra emocionalidad en la culpa del otro...

Podría ser posible encontrar estrategias que nos ayuden a salir del laberinto de negatividad, encontrar el hilo de Ariadna que conduce a la salida. ⁽²⁾

El sector Salud es un reflejo de la sociedad, la economía, historia, la cultura, las herencias psicoemocionales de sus actores sociales ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ y de los grupos y corporaciones que integran.

Ampliar la visión para resolver lo cotidiano

- Geopolítica - Economía fluctuante.
- Formación académica - Anacronismo de las instituciones
- Banalización cultural - Comunicaciones.
- Cambio climático - Inseguridad alimentaria.
- Inserción laboral - Multiempleo - Violencia en los hospitales.
- Gasto errático - Tecnología - Inteligencia Artificial.
- Resiliencia individual y colectiva.
- Sistema Integrado de Salud.

Geopolítica - El Sur globalizado

Estamos frente a cambios en los ejes de la geopolítica ⁽⁵⁾ y lo será en la economía. China, Turquía, India, Brasil, países del Sur globalizado toman un protagonismo que es necesario conocer a la hora de tomar decisiones sobre acceso a tecnología, posibilidades en la escala del área de trabajo, proyecciones personales e institucionales en la toma de decisiones para definir hacia dónde y cómo avanzamos.

Ya no existe la guerra fría, ni los contextos de pasado, todo es inédito.

Lo inédito nos invita a descubrir una mirada cartográfica, lo mismo que, cuando salimos de viaje, preparamos lo necesario: ropa, dinero, elección del transporte, tiempo e imprevistos...

La pandemia, las guerras y multiplicidad de factores que emergen en este tiempo, tiñen las realidades internacionales y las locales de impactos. Los médicos e instituciones de salud no deben ignorar estas variables. ^(6/6)

La incertidumbre es un estado que compartimos con millones de seres en el planeta, pero tenemos la posibilidad de construir en estas atmósferas, si ampliamos nuestras **matrices conceptuales** (matriz espacio donde nacen ideas, estrategias, acciones).

La Argentina está inmersa en esta complejidad internacional, con debilidades, dramaturgias locales y **grandes fortalezas**.

Esta nota es un llamado a la reflexión-acción. Considero que es posible mirar más allá de la circunstancia y crecer realmente como individuos y como sociedad.

En la década de los setenta soñamos, trabajamos discutimos sobre **"Salud para todos en el año 2000"** - Alma Ata...

¿Cómo puede ser que aún hoy, los humanos no encuentren una vía diplomática, de diálogo y cooperación para subsanar sus diferencias, apetencias y necesidades reales?

Infinidad de voces inteligentes, investigadores y representantes de todo ámbito expresan su aporte para encontrar respuestas a las tragedias que nos atraviesan como humanidad.

Thomas Piketty "economista relevante se estableció como una voz decisiva: puso en el centro del debate mundial el tema de la desigualdad. Su análisis de la historia de la distribución de la riqueza y la riqueza a nivel global desde el siglo XVIII hasta la actualidad tiene el valor de la evidencia en un campo en el que han abundado los prejuicios. Resultado de quince años de investigación sobre la dinámica de los ingresos y la desigualdad, el libro **-El Capital en el Siglo XXI** utiliza la base de datos de más de veinte países para responder una serie de preguntas que merecían una

respuesta urgente. ¿La acumulación del capital privado conduce a la concentración del poder y la de la distribución de la riqueza y qué lección podemos extraer para el siglo XXI? Piketty propone regulaciones para el capital financiero y políticas fiscales que moderen la disparidad, como impuestos a la riqueza y la herencia. Referencia mundial de economía de los últimos años, el capital del siglo XXI tiene decenas de miles de lectores en América Latina".⁽⁷⁾

Nadie que se interese por el destino de su país puede eludir el tema de la desigualdad.⁽⁷⁾

Formación académica

Las instituciones están **antiguas**, frente a los cambios, no están respondiendo a las dinámicas de la sociedad. La currícula universitaria **es hierática** hoy. La neurolingüística debe ser estudiada. Encontramos profesionales con dificultad en la lecto escritura, con falta de comprensión de textos...

Las propuestas académicas padecen de una fragmentación de compartimentos estancos. Las instituciones están atrasadas en sus respuestas.

La deserción de estudiantes y la falta de profesionales preparados objetiva la urgencia de asumir estas responsabilidades.

Esto no solo sucede en la Argentina, en el contexto internacional países desarrollados y con economías fuertes padecen la deserción de médicos y docentes de diferentes áreas.

Cambio climático - Inseguridad alimentaria - Deficiencia nutricional - Contaminación

Pensar sobre la escala propia dentro de la dimensión de estos grandes problemas, nos libera de la presión de estar sumergidos en la negatividad, de una situación colectiva que atraviesa todo el planeta.

La idea es descubrir con creatividad como ir resolviendo las situaciones que **están al alcance de nuestras manos**. Como asociarnos con los otros y construir una trama que sostenga la vida nuestra y de las generaciones futuras.

Personas e instituciones en todo el planeta trabajan para revertir esta situación lamentable, algunos con éxitos relevantes en muchas regiones.

Inserción laboral - Multiempleo - Violencia social - Tecnología - Inteligencia artificial

La causa de todos los males es compleja. No existen soluciones mágicas, ni formulas académicas únicas, pero si un camino del conocimiento, que puede acercar las asimetrías.

Es un trabajo imprescindible de quienes financian la salud, elaboran políticas sanitarias o gestionan desde sus diferentes roles las prestaciones de salud.

A mayor desigualdad, mayor conflicto...

La inteligencia artificial no va a reemplazar al médico, no es una panacea, pero vamos a convivir con ella. Ya se elevan voces de sus fracasos terapéuticos en los países con grandes poderes económicos, sin embargo, su utilidad en el ámbito de la cirugía robótica está instalado y en muchos otros. **Plantea temas sobre ética⁽⁸⁾, legislación sanitaria y políticas de salud.**

La salud no puede ser un negocio, ni podemos hablar del mercado de la salud.

Resiliencia

La resiliencia, del latín resilio, concepto tomado de la física que significa rebotar. Cuando tiramos una pelota de goma sobre una pared, pierde su forma, pero vuelve con más fuerza.

Hay múltiples orígenes de este término que se extiende mucho más allá de su utilización en la psicología.

Fue enriquecido con aportes desde diferentes ámbitos científicos en investigaciones **epidemiológicas** (ciencia que estudia la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas en un ámbito social-geográfico y de tiempo).

Estas investigaciones fueron proyectando su comprensión **epistemológica** desde el individuo a los sistemas sociales (década 1980/1990).

En síntesis, la resiliencia, **define una condición humana de recuperarse de situaciones extremas de crisis, saliendo fortalecido, más allá de no olvidar el trauma, individuos y sistemas tendrían la oportunidad de enfrentar las dificultades desde una mirada introspectiva, reflexiva, para resolver con creatividad, independencia, responsabilidad social, la multiplicidad de problemas, adversidades, impregnados de buen humor, altruismo e integración.**

"Se puede afirmar que la resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano, en tanto enfatiza el potencial humano, es específica de cada cultura y compromete la responsabilidad social".⁽⁹⁾

La epistemología parte de la filosofía estudia los principios, fundamentos, extensión y método del conocimiento humano, que es una fuerza que ilumina en la oscuridad, va más allá de la información intelectual o de las redes de comunicación. Requiere de la acción de pensar; de la lectura en la experiencia-prueba error, de la observación, reflexión, percepción... solo por nombrar algo de la riqueza de nuestro cerebro, que como médicos conocemos bien.

Asumir la intensidad de las transformaciones, nos exige la flexibilidad de enriquecer la vida individual y colectiva.^(10,11)

Sistema Integrado de Salud

El Sistema Integrado de Salud, podría ser un ejemplo de **resiliencia colectiva**, gestionando con eficacia la demanda habitual, jerarquizando su oferta, reforzando una amplia gama de factores facilitadores, como equipos adecuados, financiamiento, personal calificado, sistemas de información eficaces, y protocolos operativos y de gestión eficientes.⁽¹²⁾

Espacio donde cada subsector se complementa, con sinergias donde todos ganan.^(13,14)

No es una utopía, es una posibilidad, el horizonte de aproximaciones sucesivas. ■

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ilya Prigogine - <https://www.youtube.com/watch?v=tuqrvPQ7nAk>
- 2) Carl Gustav Jung / El hombre y sus símbolos / Ed. Paidós.
- 3) Paul Diell / El Simbolismo en la Mitología Griega.
- 4) Anne Ancelin Schutzenberger / Ay, mis Ancestros / Ed. OMEBA.
- 5) Bertrand Badie / 108-116 ARTÍCULO_BERTRAND BADIE.pdf
- 6) https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie_de_publicacion/notes_internacionales_cidob/283/el_mundo_en_2023_diez_temas_que_marcaran_la_agenda_internacional
- 7) Thomas Piketty Breve / Historia de la Igualdad - El Capital en el Siglo XXI.
- 8) Actis, A.M., 2021b, Ethical issues related to gen editing using CRISPR-Cas9 technology / Revista Bioética y Derecho / 53: 203-214. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/33505/35867>
- 9) Ana Cecilia Salgado Levano / RCU 19 1 / La ciencia y su respuesta frente a la adversidad / Estudios desde la perspectiva resiliencia / Pdf Revista Cultura.com.pe
- 10) Resiliencia: una aproximación al concepto / Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal Psychiatry and Mental Health (elsevier.es) / Biblioteca digital - UNESCO
- 11) <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
- 12) M. Klajman / El diagnóstico eterno https://issuu.com/revistamedicos.com.ar/docs/medicos_133_web/2
- 13) Oscar Cetrángolo. Florencia Devoto www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/28457/LCbueR251_es.pdf
- 14) <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/04/13/frontline-preparing-healthcare-systems-for-shocks>

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga

CANDIDATOS 2023: REPRESENTACIÓN, PERTENENCIA Y DECISIÓN POLÍTICA



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

América Latina está atravesada por una puja que tiene por un lado la inclusión de amplios sectores de la población a la cobertura sanitaria y por el otro las demandas de acceso a innovaciones de última generación de las clases medias que puján por mantener el acceso y la amplitud horizontal de la cobertura.

La judicialización se ha convertido en un instrumento para definir la asignación de recursos, no siempre de manera más racional como podrán imaginarse. Es muy escaso el conocimiento de los jueces sobre la medicina basada en la evidencia, las guías de prácticas clínicas o de la utilidad terapéutica que surge de las evaluaciones de tecnologías sanitarias.

En el transcurso de las últimas décadas hemos visto como Brasil, Chile, Colombia y Uruguay han abordado reformas estructurales y políticas específicas para intentar dar respuesta al reclamo y quejas de la población sobre el funcionamiento de los sistemas de salud.

En la Argentina todo parece estar en calma en la materia y las cuestiones se intentan dirimir en los tribunales sin que la política puede atinar a definir objetivos y metas. La salud estuvo tempranamente en la agenda durante el reinicio de la democracia recuperada que este año en octubre cumplirá 40 años. Lo hizo más por decisión y vocación del príncipe que por un reclamo del pueblo.

El intercambio y debate parlamentario duró aproximadamente 5 años, y luego se diluyó para ingresar a la oscuridad y la discusión sectorial alejada del ámbito legislativo. El sistema sanitario se terminó de bloquear dado que nadie tiene el liderazgo suficiente para cambiar y los que traban las reformas siguen siendo poderosos.

Esta situación de empate solo puede ser desbloqueada por un accionar del Estado erigiéndose en el árbitro de los intereses y conductor del sistema. Somos testigos diarios de la debilidad del Estado nacional en el área de salud, y que ese rol no puede ser cubierto por los estados provinciales ni municipales.

La Argentina necesita replantearse el esquema de gobernanza del sistema sanitario que a partir de las transferencias de servicios a las provincias por una parte y el

poder político y económico de PAMI y del sistema de obras sociales nacionales que se ha visto debilitado.

La salud aparece como una masa informe de coberturas que avanza o retrocede según la situación económica del país, pero cuya constante es la ausencia de rumbo y dirección que integre esfuerzos, estructuras y también culturas.

Hoy los sistemas sanitarios del mundo están sujetos a debates, discusiones, protestas y reclamos de los ciudadanos disconformes con las diferentes velocidades que se observan entre la vida diaria mediada por la tecnología y los problemas de las organizaciones sanitarias en adecuarse a los nuevos tiempos.

El sistema sanitario es demasiado importante como para dejarlo que oscile y que vaya según la dirección del que tiene más poder o hace más presión. La consecuencia de no tener una gobernanza clara y definida, una autoridad consolidada en materia de salud termina generando esta dispersión del sálvese quien pueda y como pueda.

Claramente los que estén en la parte del edificio de arriba de la salud, segmentada por pisos tendrán más posibilidades de salir airoso a la tragedia sanitaria que venimos viviendo hace ya muchos años y que la pandemia expuso más claramente ante los ojos de la sociedad argentina.

Es importante y clave contar con denominadores comunes, con un núcleo básico de coincidencias sobre algunos objetivos claves de los que nos interesa proteger y de cómo diseñar, estructurar y gobernar a través de una nueva legislación sanitaria integradora. Pero la legislación no soluciona mágicamente las cosas, y muchas veces los entornos, los momentos son claves para cambiar el rumbo de las cosas.

En Italia fue importante la aprobación de la ley 833 creando el servicio nacional de salud, pero tan importante como esa ley fue la aprobación del decreto 552 durante la crisis de manipulite (1992) que permitió replantear el esquema de poder y de gestión de los servicios de salud, incorporando una mirada gerencial preocupada por el acceso, pero también por la sustentabilidad del sistema.

Citando al Dr. Javier Vilosio, autor del libro sobre las oportunidades perdidas para la reforma del sistema sanitario argentino, a mi juicio tuvimos una tercera oportunidad perdida fue 2002 que no la contabilizamos porque no existió un proyecto de ley como fue el SNIS o el Seguro Nacional de Salud, pero si podemos constatar que existieron condiciones objetivas para el cambio.

En este momento se abrió una ventana y quizás estábamos preparados para los efectos paliativos, pero desperdiciamos la oportunidad de tener un programa de transformación del sistema que estaba navegando en una crisis profunda. La responsabilidad le cabe a los que asumieron el gobierno sanitario del momento, que, con un estilo conservador, movidos por intereses políticos y económicos no tuvieron la decisión política y el coraje de atreverse a dar un salto clave en la transformación tantas veces postergada del sistema sanitario argentino.

Aquí faltó lo que menciona Borges en su cuento Biografía de Tadeo Isidoro Cruz, "cualquier destino, por largo y complicado que sea, consta en realidad de un solo momento: el momento en que el hombre sabe para siempre quién es" o quizás ese fue el momento donde descubrimos quien es.

Ya hace tiempo que algunos hemos dejado de pensar que nuestro archipiélago de coberturas pueda convertirse en un sistema nacional de salud. Claramente no están las capacidades

ni las condiciones ni el consenso suficiente para hacerlo. Sin embargo, la Seguridad Social que es parte de la solución se abroqueló en su esquema de organización más sindical que sanitario y evita discutir en profundidad algunas medidas que podrían ser claves para reorganizar el sistema desde una perspectiva de equidad y eficiencia.

La política nacional se vive quejando del PAMI, pero en cuanto llega al Poder Ejecutivo mágicamente piensa que hay una salida para esa gran caja política y vuelve a querer resucitar una institución que está agotada y al mismo tiempo penetrada por intereses muy poderosos de la industria farmacéutica nacional y prestadores privados en no pocos casos deplorables que no pasarían una acreditación básica de establecimientos.

Sin embargo, el PAMI es refugio para todos ellos incluso también para sostener prestadores propios que hace mucho tiempo que deberían haberse transformado y adecuado a la complejidad de la gestión sanitaria. PAMI es una especie de Tierra del Fuego para los proveedores privados de salud.

Así como Tierra del Fuego es un agujero negro que succiona millones de dólares para terminar ensamblando productos electrónicos de consumo en el mercado interno (celulares, televisores y equipos de aire acondicionado) el PAMI subsidia el mercado interno de medicamentos, dispositivos, equipamientos y camas sin criterios de uso racional. Y menos aún utilizando el poder de compra (y por ende de regulación) que tiene por ser el 4to presupuesto del país (2023 - \$ 1.439.691.800.000 miles de millones de pesos (a un dólar oficial de \$ 220 son aproximadamente U\$S 6.544 millones de dólares).

Los gobernadores viven en su mundo, en la mayoría de los casos desconociendo el funcionamiento y los resultados de las acciones sanitarias y de la sanidad en sus respectivas provincias. La pandemia fue un momento de atención que paso muy rápidamente, cuando se alejó el mayor peligro de esta se volvió a la isla de la fantasía sanitaria provincial.

Algo debemos haber hecho mal los sanitarios que todavía no hemos podido convencer a la política de los amplios beneficios de una atención primaria sólida, capacitada y con los instrumentos diagnósticos necesarios como para poder trabajar filtrando los pacientes y que no lleguen al hospital casos que pueden ser resueltos sin tanta complejidad ni recursos. Esto es claramente un mal gasto de recursos y una flagrante ineficiencia del sistema. El dinero se va también cuando hacemos cosas innecesarias dado que esto constituye el costo de oportunidad que no nos permite abordar aquellas actividades con mejores resultados.

Nos encontramos ahora ante un nuevo test electoral y no es mucho lo que se observa sobre la superficie. Los partidos no dialogan ni consensúan políticas macroeconómicas y tampoco sobre otros temas tan relevantes como la reforma laboral, la previsional o la fiscal.

En ese marco la verdad que pensar que se pongan de acuerdo en algunos cambios a iniciar y continuar en el sistema de salud que supere algunos períodos electorales entiendo que puede sonar utópico, pero sigo creyendo los políticos argentinos son también animales que aprenden, a prueba y error y que en algún momento intentarán por la vía de diálogo y el consenso.

Desafortunadamente vivimos en un país donde la humildad es sinónimo de debilidad y en consecuencia campea el macho alfa que sabe todo lo que tiene que hacer. Sería bueno ver algunos videos de la selección argentina de fútbol o de la selección de baloncesto para darse cuenta como se construye y dirige un equipo.

Para pintar el cuadro de situación primero una breve descripción de las condiciones sociales y sanitarias que nos permita identificar áreas donde la inversión puede tener un retorno social muy alto.



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



Sociales y sanitarios

- En 2022, la pobreza subió hasta alcanzar al 39,2% de la población, a pesar de la caída del desempleo y del crecimiento de la economía. El aumento de precios actual hace prever que empeorará aún más este 2023 (Observatorio de la Deuda Social Argentina UCA).
- 54.2% de los niños/as menores de 14 años en todo el país están bajo estado de pobreza (5,9 millones viven en hogares que no ganan lo suficiente para cubrir la canasta básica total) (INDEC).
- 20 millones sin cloacas y 7 millones de personas sin agua corriente.
- Lugar de alta concentración de población y pobreza (AMBA) – 17 millones de habitantes en el AMBA.
- Mala distribución del ingreso y alto gasto de bolsillo en salud (30%).
- Las comorbilidades con las cuales convivimos. Según datos recientes de encuestas de salud representativas a nivel nacional en la Argentina, Brasil, Ecuador, Guyana, México, Perú y Uruguay, la prevalencia de la obesidad, la hipertensión y el colesterol alto en personas mayores de 20 años es extraordinaria, superior al 30% en la mayoría de los países, y más del 40% en otros.
- Los problemas de educación. Gran parte de la población no sabe que padece un factor de riesgo. Por ejemplo, en la Argentina, el 33% de los adultos que creen que su presión arterial es normal, en realidad tienen presión arterial alta. Las personas menos educadas también son menos propensas (en 6 puntos porcentuales en el caso de la hipertensión en la Argentina) a no ser conscientes de sus problemas de salud subyacentes.

Aspectos institucionales

- ✓ Sistema de salud muy fragmentado en la financiación, aseguración y prestación.
- ✓ Debilidad en la gobernanza y la coordinación de los sistemas (altos costos de transacción).
- ✓ 40% de personas con trabajos informales y sin mecanismos de seguros por desempleo.
- ✓ 50% de la población sin cobertura de seguro médico formal y menor acceso a los servicios de salud.
- ✓ El financiamiento de la salud ligado al trabajo que será la variable más castigada desde el punto de vista económico. Una economía que no crea trabajo genuino no puede seguir financiando la salud por esta vía.

Me animaré a citar algunos temas de una agenda nacional de consenso que permita construir un esquema acerca de en qué invertir en el mediano y largo plazo:

- ✓ Completar las obras de agua corriente y cloacas para el 100% de los habitantes (actualmente 15% de la población carece de agua corriente y más del 50% de cloacas).
- ✓ Conformar un Consejo Nacional de Salud desde donde poder comenzar a articular acciones comunes entre el Estado nacional, provincial y municipal, el PAMI, la Seguridad Social y el sector privado.
- ✓ Convertir al Consejo Federal de Salud en un organismo que tome decisiones aplicarse en todos los sistemas sanitarios provinciales cuando son aprobadas por sus respectivos ministros y gobernadores.
- ✓ Definir un programa de fortalecimiento (inversión) de la

atención primaria para configurar centros de atención primaria recargados preparados para brindar y acompañar a las personas que se acerquen a los centros o consultorios privados de la atención que requieran.

- ✓ Los profesionales podrían ser contratados no en relación de dependencia sino como profesionales independientes y con una nueva modalidad de pago que combine cápita con resolutiveidad. Los centros de salud y consultorios deberían poner foco principal en las enfermedades crónicas no transmisibles y las relaciones entre oferta y demanda completamente mediada por tecnología.
- ✓ Atacar la desigualdad en la salud de los argentinos también se puede comprobar con la distribución de las enfermedades que típicamente se ensañan con la pobreza, como la tuberculosis o el mal de Chagas. En la Argentina se calcula que más de un millón y medio de personas padecen este último, o sea, un 4% de la población. Entre las distintas provincias también se observan profundas desigualdades en relación con la tuberculosis. Salta, Jujuy y Formosa tienen tasas de 47,8, 47 y 39,2 por cada 100.000 habitantes, más del doble de la media nacional.
- ✓ Inversiones en salud digital que avancen en el diseño de herramientas verdaderamente útiles para la toma de decisiones por parte de pacientes, clínicos y gestores.
- ✓ Programa de monitoreo de la calidad del aire (material particulado, PM 2,5) en las ciudades urbanizadas con alta densidad poblacional.

Fervientemente anhelo que en este año electoral que estamos viviendo, en el fragor de la discusión, el debate, el intercambio surja de lo más íntimo de cada uno de los candidatos presidenciales lo que vivió Cruz en el relato de Borges:

“Éste, [Cruz] mientras combatía en la oscuridad (mientras su cuerpo combatía en la oscuridad), empezó a comprender. Comprendió que un destino no es mejor que otro, pero que todo hombre debe acatar el que lleva adentro. Comprendió que las jinetas y el uniforme ya le estorbaban. Comprendió su íntimo destino de lobo, no de perro gregario; comprendió que el otro era él. Amanecía en la desaforada llanura; Cruz arrojó por tierra el quepis, gritó que no iba a consentir el delito de que se matara a un valiente y se puso a pelear contra los soldados, junto al desertor Martín Fierro”.

Se trata de comprender que los niños/as del país, que la pobreza y la indigencia, que la desocupación que los afecta, la incertidumbre de la inseguridad, la baja calidad de la educación y del acceso a la salud son el otro, no deberían consentirse y condenar a la ciudadanía a una vida con ausencia de oportunidades y lo que estamos esperando por una vez dentro del marco de la democracia que los candidatos replieguen sus apetencias individuales y partidarias y se pongan a pelear contra los problemas que afectan a esos desertores y excluidos de la sociedad que son sus compatriotas y conciudadanos que deben representar. ■

(*) Profesor Salud Pública - FCM UNL / Universidad de Bologna

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

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



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



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



Sumamos **recursos** que
renuevan nuestro **compromiso**
y **garantizan calidad.**

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



www.acudiremergencias.com.ar



La calidad es nuestra actitud.