

Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida



“EL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LAS NUEVAS REALIDADES SOCIALES: LA PUJA DISTRIBUTIVA EN EL SECTOR”

El 17 de agosto la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM) llevó a cabo el XI Congreso Argentino de Auditores y Gerentes de Salud. La Prof. Farm. Estela Izquierdo, presidente de SADAM, destacó que actualmente existe “una fuerte competencia para obtener mayores partidas presupuestarias por el personal médico, sanitario, tecnología, y frente a la cual se deben priorizar los canales de diálogo, junto con la promoción de medidas que generen tanto por parte del Estado, como de los propios actores del sistema, una asignación más justa de todos los recursos”.

V CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2023 TIEMPO DE DEFINICIONES

“El valor de las prestaciones tiene que reflejar la realidad del mercado y la constante búsqueda de la calidad. Sin perjuicio del rol que ocupa cada actor en la cadena de valor del sistema de salud, pongamos a nuestro sector en el lugar que nos corresponde”, enfatizó Jorge Cherro, presidente de Adecra, en sus palabras de cierre del Congreso.



GALENO

TODOPARA VOS.

**TODO PARA
CUIDAR
AL EQUIPO
DE TU EMPRESA**



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

50
Años

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

SANCORSALUD.COM.AR

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



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

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral


EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,
ADMINISTRACIÓN
Y PUBLICIDAD:

 Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
 C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:
www.revistamedicos.ar
E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com
Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792

Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400. Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. ISSN: 1514-500X. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL - Virrey Liniers 2203 - CABA.

GRAGEAS
6
OPINIÓN
DISCIPLINAS DE GESTIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni - Médico y Doctor en Medicina

8
COLUMNA
NO NOS RESIGNEMOS

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

10
COLUMNA
BASES JURÍDICAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

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

12
OPINIÓN
CUENTAN LOS QUE CUENTAN...

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

14
DEBATE
EL CONCEPTO DE UTOPIA: CUANDO NO ALCANZA CON LOS DESEOS

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

16
VOCES
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

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

18
OPINIÓN
RED DE SERVICIOS (RS)

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

20
COLUMNA
¿POR QUÉ ESCASEAN LOS JÓVENES PROFESIONALES EN LA SALUD?
UN ANÁLISIS A LAS DECISIONES QUE TOMAN LAS NUEVAS GENERACIONES EN LA ARGENTINA

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

22
OPINIÓN
LA RENOVACIÓN DE LAS ENERGÍAS UTÓPICAS

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

24
COLUMNA
LA SALUD AGÓNICA

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

26
PRIMERA PLANA
XI CONGRESO ARGENTINO DE AUDITORES Y GERENTES DE SALUD

La búsqueda de consensos frente a la puja distributiva en salud

28
COLUMNA
LA NECESIDAD DE INCORPORAR REAL WORLD DATA Y REAL WORLD EVIDENCE EN LA ARGENTINA

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

32
OPINIÓN
GASTO EN SALUD: CONTRADICCIONES

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

34
OPINIÓN
¿YA SE ENSEÑA "MEDICINA DIGITAL" EN LA FACULTAD DE MEDICINA?

Por Santiago Troncar - CEO de FutureDocs Latin America

36
ADECRA + CEDIM
V CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2023

Prestadores de Salud Privada en la Argentina - Tiempo de definiciones

38
COLUMNA
TERAPIAS BIOLÓGICAS Y GÉNICAS: EL ROL DEL ESTADO

Por el Dr. Javier Ramón - Director Médico de OSIM - Especialista en Economía y Gestión en Salud

40
VOCES
¿QUIÉN INCLUYE LA MEDIACIÓN SANITARIA EN LA AGENDA COMO PARTE DE UNA POLÍTICA PÚBLICA?

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

42
OPINIÓN
SALUD, REFORMA Y TIEMPOS POLÍTICOS ¿Y SI CAMBIAMOS DE RUMBO?

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

44
DEBATE
EL CAMINO DE LA REFORMA SANITARIA PASA POR LAS JURISDICCIONES PROVINCIALES

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL - Universidad de Bologna

46
COLUMNA
RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS

Por Fernando G. Mariona - Abogado - CEO de RiskOut y miembro CD del ITAES

48

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

GALENO

TODO PARA VOS.



EL INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD (IAS) CUMPLIÓ 10 AÑOS



El Instituto Argentino de Salud (IAS) cumplió sus primeros 10 años desde su fundación el día 15 de julio de 2013. A partir de sus inicios se desarrollan actividades centradas en el cuidado de la salud de las personas focalizando su atención en la promoción de la misma participando activamente en desarrollo de procesos, calidad de servicio, prestaciones médicas, investigación y desarrollo, tutorías, asesoramientos, y desarrollando con mucho énfasis la medicina del seguro en todas sus variantes.

*“La **misión** del IAS destaca el trabajo en toda la cadena de valor que participe del cuidado de la salud de las personas para asegurar su bienestar, las buenas prácticas y la eficiencia en sus resultados. La **visión** del IAS es ser un referente cuando se trate del cuidado de la salud de las personas, empresas, entidades educativas, de investigación, académicas y organizaciones. Nuestros **valores** hablan de nosotros: compromiso, honestidad, calidad, cuidado, profesionalidad y diligencia”,* comentó Carlos Pescie, director del IAS.

“En el desarrollo de estos primeros 10 años hemos crecido de manera permanente y sostenida, incrementando el número de clientes, socios estratégicos, infraestructura, servicios y RRHH. También hemos desarrollado, de manera innovadora, servicios relevantes como por ejemplo la telemedicina aplicada a la evaluación de pacientes y a la valoración del daño corporal, lo que nos hace pioneros en el desarrollo de nuevos servicios”, agregó Pescie.

“Hacia adelante nos encontramos con muchos desafíos que vamos transitando de manera sustentable, pensando en la innovación y en los nuevos caminos que van marcando los adelantos en el cuidado de la salud de las personas y organizaciones. Siempre adaptándonos y creando para lograr los servicios que requieren nuestros socios estratégicos y clientes a los efectos de ser cada día un poco mejor y más sustentables. Nuestra palabra más importante en este momento es gracias”, enfatizó el director del Instituto para concluir. ■

Más información: www.iarsalud.com

SIFEME RECIBIÓ UN RECONOCIMIENTO POR SUS 30 AÑOS DE TRAYECTORIA

En el marco de la Cena Anual de *Consenso Salud*, donde importantes personalidades del sector de la seguridad social, de la medicina privada y de la salud pública se dieron cita, **SIFEME** fue distinguida por sus 30 años de trayectoria.

El Sistema Federal de Emergencias Médicas (SIFEME), fue creado en 1993 con la finalidad de dar respuesta a convenios de gran distribución geográfica. De este modo se fueron sumando grandes y pequeñas empresas de medicina prehospitalaria, conformando con más de 700 efectores la *Red de Emergencias Médicas* más grande del país.

Hoy brinda cobertura de emergencias, urgencias, visitas domiciliarias y telemedicina a empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Cooperativas y Aseguradoras de Riesgo de Trabajo en un universo superior a los siete millones de cápitales.

Es líder en *Traslados Sanitarios* (terrestres y aéreos) dando solución en todo nuestro complejo territorio donde utiliza móviles de todas las complejidades para dar respuesta tanto a derivaciones simples de pacientes ambulatorios como aquellos en situaciones críticas.

Este crecimiento es acompañado por una continua actualización tecnológica y una capacitación ininterrumpida de su recurso humano y de gestores externos quienes gestionando desde hace 8 años bajo normas ISO lograron que se ubique como la única Red enfocada estratégicamente en la coordinación logística que permite el aprovechamiento eficiente de los recursos existentes minimizando los tiempos de asistencia.

La solución de **SIFEME** para las empresas del rubro se basa en la posibilidad de tener una sola auditoría y resolver desde un solo teléfono todo un país. ■



Santiago Massano, Gerente General de SIFEME, Aldo Perfetti, Gerente Comercial de SIFEME, Alberto Mazza, Ex ministro de Salud de la Nación y Cristian Mazza, presidente de ALAMI.

- 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



DISCIPLINAS DE GESTIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD



Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni (*)

La ciencia es una forma de pensar que nos permite mejorar nuestra comprensión de la realidad y los modos de transformarla. Aquí deseamos mejorar los niveles de salud de la población; una empresa imposible sin cooperación y ciencia.

Todo esfuerzo cooperativo exige coordinación y esta demanda gestión: planes, delegación de tareas, y control. Ahora bien; en el caso de la gestión de salud nuestros niveles actuales de desarrollo científico son inaceptablemente bajos para un quehacer humano que trata de medicina, la ciencia más innovadora de la historia, y del 10% del PBI mundial, siendo uno de los sectores más bastos de la economía.

La gestión de salud es hoy, científicamente primitiva, lo que produce ineficiencia del uso de recursos, ineficacia en la obtención de resultados sanitarios, profundas desigualdades, y niveles alarmantes de inseguridad para los pacientes. Para mejorar la salud de la población es indispensable “cientificar” la gestión sanitaria. En la Argentina el desafío es urgente y la precariedad grande.

Diseño del sistema de salud

Diseñar y gestionar sistemas de salud es extremadamente complejo. El conocimiento científico en la materia, así como el desarrollo de innovadoras técnicas de gestión evolucionan aceleradamente. Pretender resolver los problemas acuciantes del sistema de salud argentino con formulaciones simplistas como “-hay que gestionarlo bien”, “-esto se resuelve atacando la corrupción”, “-hay que dar un voucher y que la gente elija”, o “-terminemos con la fragmentación”, solo agregará desconcierto y fracasos.

Invocar la inteligencia artificial podría ser también simplista, en un país donde buena parte del personal no cumple su horario hospitalario. Todas esas expresiones, parcialmente verdaderas, carecen de metodología y sistematicidad. El indispensable rediseño de nuestro sistema de salud requiere de varias disciplinas científicas en su auxilio y rigor en su aplicación.

Ciencia de la estrategia

Necesitamos una estrategia nacional de salud y un dispositivo efectivo de planeamiento sanitario, con metas claras hoy inexistentes. Las metas deben desbordar en objetivos numéricos por jurisdicción, evaluables en el tiempo, obligatorios, y con revisiones periódicas; acciones concertadas; indicadores de desempeño; y planificación por capacidades.

Universidades, hospitales de todo nivel, clínicas privadas, obras sociales, deben todos adaptar su operación a la planificación sanitaria nacional. Y esta debe contar con el mayor respaldo científico local, regional, e internacional.

Modelado y pensamiento sistémico

El modelado y pensamiento sistémico son herramientas para distribuir las tareas en los planes de acción, pues se debe partir de un

modelo de la realidad con variables de ingreso, procesos de transferencia, y variables de egreso, cuantificables.

Además, las disciplinas del modelado y pensamiento sistémico reducirán complejidades e incertidumbres que hoy se administran intuitivamente. No podemos seguir distribuyendo tareas según organigramas y esquemas burocráticos desactualizados, o en base a prescripciones ideológicas; la realidad funciona distinto y la experiencia internacional proporciona guías para hacer mejor las cosas. Pero hay que pensar sistémicamente y modelar.

Demografía y epidemiología

El financiamiento no tiene solución sin cálculos actuariales, evaluación demográfica, y proyección de la carga de enfermedad. Estos son los análisis sólidos para fundamentar la sustentabilidad (o no) de muchos financiadores, y para diseñar los espacios presupuestarios que pagarán las cuentas cada vez más abultadas de la innovación médica y el deterioro de la situación social.

Sin números, modelos matemáticos, inferencias estadísticas, la discusión es demasiado difusa para la gravedad actual. En salud no se hace ni un décimo de los análisis que llevan adelante compañías petroleras o mineras para decidir inversiones. Imposible estimar suministros y capacidades sanitarias sin las herramientas de demografía y epidemiología.

Análisis operacional

El análisis operacional surgió en la Segunda Guerra cuando hubo que organizar las campañas militares y luego el reabastecimiento de la Berlín derrotada. Se usa ampliamente en la industria y la logística.

Utiliza análisis lógico, modelos de Markov, teoría de colas, y simulaciones de eventos discretos, entre otras herramientas, para entender la realidad desde una o varias funciones matemáticas que serán optimizadas. Así se descubren las mejores intervenciones para cumplir los objetivos deseados.

Esta disciplina debe revolucionar la gestión de los hospitales y sistemas de salud municipales, provinciales y nacionales, de toda la Argentina. Aquí las nuevas herramientas de inteligencia artificial serán de ayuda. ¡La gente todavía saca turno haciendo filas! Y las guardias no hacen cálculo de demanda para estimar su staff disponible. La oportunidad de mejora es inmensa.

Evaluación de costo-efectividad y trayectos de cuidados

Las obligaciones para los financiadores se establecen por el Plan Médico Obligatorio. El mismo no cuenta con ninguna evaluación costo efectiva. Además, el principal problema es qué usar y en qué circunstancias, marcando todo en las reales prioridades sanitarias de la población.

Debemos ser capaces de dar lo esencial, a todos. Para ello no se puede dar todo a solo algunos. Pero debemos realizar exhaustivos análisis de costo-eficiencia, y reemplazar el PMO por trayectos de pacientes y protocolos.

Ciencia en la gestión de salud

Dice Ortega al joven argentino que quería estudiar filosofía que “... no hay nada más fecundo que la ignorancia consciente de sí misma”. Como al pensador la juventud argentina, de forma análoga la sanidad argentina hoy “inspira más esperanza que confianza”. Porque a nuestra enorme potencialidad le falta disciplina.

Y, agregará Ortega, es “imposible hacer nada en el mundo si no se reúne esta pareja de cualidades: fuerza y disciplina”. Debemos admitir que la gestión en salud debe asimilar la nueva ciencia de la gestión de salud. Para así complementar nuestra vitalidad con un método. Y como termina el español, “... ir a las cosas sin más”. ■

(*) Médico y Doctor en Medicina.

**Junto a vos,
a lo largo de tu vida.**

osde

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

NO NOS RESIGNEMOS



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Cerca del acto electoral, no sabemos con precisión, qué ocurrirá en el país a partir del 10 de diciembre, y en salud, poco o nada se muestra como propuestas. Mientras, hay un constante deterioro: trabajadores desmotivados que viven con incertidumbre, bajos salarios, falta de insumos, etc., que crean un escenario de humillantes esperas por un turno, guardias de emergencia colapsadas por consultas que debieran ser resueltas en otros lugares y malversación de conceptos, como inclusión, a los que habrá que dar nuevamente sentido.

Hay una clara y entendible preocupación en la conformación de equipos económicos, y aunque clave para la salud, pues dentro del mismo país, riqueza relativa, nivel educativo y ubicación del nacimiento, pueden definir el riesgo de enfermar o morir, pero existen pocos indicios, como se ha repetido sistemáticamente, de nombres, condiciones y equipo que se esperan para el próximo Ministerio de Salud.

El desafío es la oportunidad para, más allá de eslóganes electorales, reducir en serio la pobreza, eliminar la desnutrición, garantizar la calidad de la educación básica obligatoria, y un sistema de salud equitativo.

Cada nuevo gobierno tuvo esta oportunidad, y casi siempre evitó el respaldo a un modelo de política sanitaria, que asemeje un camino, a ser transitado con idénticos pasos, en el mismo sentido, y durante muchos años, que exceden ampliamente a un gobierno, para alcanzar una salud más equitativa para todos.

No logramos construir un Estado prestador eficiente de servicios esenciales, y ha llegado el tiempo de decisiones valientes y transparentes para el futuro. El desafío no es equipamiento o estructura edilicia: la tarea titánica será sacar al recurso humano de la letanía en que se halla, que parece sin salida, generando una mística renovada por el compromiso social, y volver a ponerlo en el sitio de prestigio social y respeto que antiguamente ocupará.

Esa transformación implica liderazgo y pensamiento a largo plazo, pero en la Argentina la historia suele ser más piadosa con quienes mantienen la olla a hervor, llena de problemas a resolver, que con quienes muestran la realidad (o “destapan la olla”).

Mientras, la resignación invade a los ciudadanos; se pierde la confianza en que las instituciones del Estado puedan prestar los servicios para los cuales fueron creadas.

El que puede se refugia en el ámbito privado (en el cual se atienden los funcionarios admitiendo que los servicios que administran no son buenos). Los que no tienen opción quedan rehenes de un Estado mediocre que los atiende por caridad, y sufren cada día, su fracaso e ineficiencia.

Nuestras necesidades de salud dependen de una preocupación compartida por las vidas y el bienestar de todos, pero confianza y reciprocidad están retrocediendo, pues las políticas que promueven

competencia y consumo fomentan la retirada moral y erosionan las motivaciones éticas.

Los cambios deben iniciarse con la inequívoca decisión de alcanzar un sistema de salud equitativo, donde la misión del hospital público no sea atender a carenciados, sino a todos, y abandonar la peregrina idea de que se lo defiende amotinándose dentro de él para que nada cambie, así solo se logra que se imponga el mercado, que se dice combatir y se habrá extraviado para siempre el proyecto de construir una vida en solidaridad.

Quedo atrás la pesadilla autoritaria pero el proceso participativo que prometía comer, educar y curar, se frustró, y el Estado abandonó su papel en salud, especialmente con los más pobres, a los cuales la inflación devasta. El Congreso sancionó leyes para distintas patologías, que protegen a beneficiarios de obras sociales y prepagas, pero no a los más pobres.

Crear estructuras innecesarias, regular deficientemente, dejar que el sector privado determine la política a seguir y la corrupción se lleve recursos, explica porque la democracia ya no cura ni educa. Esto se resuelve con un gran esfuerzo colectivo, pero algunos dirigentes, de fortunas turbias, y empresarios prebendarios se transformaron en extorsionadores del poder democrático y defienden un statu quo, que les dio bonanza personal, y trajo desgracia colectiva.

Intendentes y gobernadores, de administraciones ricas en empleados y pobres en eficiencia no recortan micros para actos, floquis ni legislaturas bicamerales, los legisladores no resignan ni los pasajes y los jueces no aceptan pagar ganancias.

Se generó un Estado cada vez más grande e ineficaz, incapaz de brindar servicios públicos, y nos llevó hasta este país surrealista y fracasado, en decadencia sostenida.

Conseguir logros y privilegios, en cualquier nivel social, con poco esfuerzo, generó un “facilismo” que llevo al país a vivir por encima de sus posibilidades, pagarlo con inflación, deuda, y una idiosincrasia aspiracional de gastar sin producir y vivir de prestado y una desigualdad social creciente.

Hay que tomar conciencia de que estamos mal, y deberá postergarse la creación de organismos multitudinarios que defienden derechos de tercer orden cuando no podemos garantizar los de primero. Controlar gasto y eficiencia públicas hará ruido en las calles, de aquellos que pretenden un Estado más grande, aunque no cumpla ninguna de sus funciones centrales, y temen perder la libertad de ejecutar presupuestos públicos sin control y que se corten beneficios injustos.

Los partidos políticos, están hoy ocupados en el corto plazo, y como las corporaciones, muy preocupados por sus intereses para pensar propuestas que los contradiga, como cambiar conductas sociales, incrementar la solidaridad, la honestidad, la redistribución de riqueza y oportunidades, y la eficiencia.

La Argentina está sin rumbo, con funcionarios que viven en Puerto Madero, a los que avergüenza la ciudad “opulenta”, pero no la miseria que la rodea, los niños que no comen y las provincias feudales. Parece ser un país inviable condenado a una sucesión de crisis y una decadencia sin freno. Pero aún con todos los dramas, puede volver a ser el país pujante, que fue.

Para ello, harán falta grandes decisiones, coraje, coherencia, voluntad de hacerlo postergando la satisfacción de nuestros intereses particulares, y entender que el mérito no es mala palabra.

Hay algo que nos puede rescatar, la fuerza vital de la sociedad que no está en sus gobernantes ni en los discursos del poder, sino en el espíritu de sus ciudadanos, aquel de nuestros abuelos inmigrantes, que construyeron aquella Argentina, que hizo que, a través del esfuerzo y el mérito hoy estigmatizado, los hijos vivieran mejor que sus padres.

No nos resignemos a otra cosa. ■

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



**+ 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

BASES JURÍDICAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Un destacado experto en relaciones internacionales señalaba recientemente que, cuando nuestro país toma deuda en base a legislación de EE. UU., debe responder ante la Justicia de ese país en calidad de *deudor privado*. Esta sorprendente afirmación explica que un tribunal norteamericano, haya embargado la Fragata Libertad (patrimonio público) amarrada en un puerto africano, en reclamo de una obligación, a la que aquí se caracterizaba como deuda “soberana”. El hecho comentado nos lleva a suponer que, la significación política que asignamos a las instituciones del Sector Salud a menudo está muy distante de su verdadera naturaleza jurídica.

Veamos algunos ejemplos. Las Obras Sociales (OS's) fueron definidas por las Leyes 23.660 y 23.661 como “personas de derecho público no estatal”, de tributación obligatoria para los trabajadores formales y sus empleadores. Por consiguiente, los fondos recaudados, son aportes y contribuciones compulsivos -regulados por alícuotas del salario-, que participan en el financiamiento de la Seguridad Social (SeS). Es decir, son obligaciones de *derecho público*. Con esos recursos deben proveer servicios asistenciales a sus afiliados. Sin embargo, cuando esas OS's deben reclamar deudas de los empleadores, se presentan ante la Justicia como *personas privadas*. Lo mismo ocurre cuando litigan con los prestadores contratados por demoras en el pago de servicios, o por incumplimiento de contratos. La misma condición jurídica cabe para el PAMI, según la Ley 19.032; pero desde su creación la máxima autoridad casi invariablemente fue designada por el presidente de la Nación. Como además recibe subsidios del Estado, está incluido en el Presupuesto Nacional.

Aunque la cobertura es obligatoria para cada rama de la producción -o por la elección voluntaria de un trabajador de otra rama-, el afiliado no adquiere derechos para elegir a las autoridades de su OS, dado que desde 1970 (Ley 18.610), la facultad de conducirlos ha sido otorgada al sindicato de la respectiva rama productiva. No obstante, originalmente, la legislación estipulaba que cada OS debía estar institucional y contablemente separada del correspondiente sindicato. En la práctica, esta separación no ocurrió -y sigue sin ocurrir- por lo que los dirigentes sindicales suelen hacer uso arbitrario de los fondos, para invertirlos con otros fines o para destinarlos a intereses políticos, ajenos a la protección social que deben brindar.

En cambio, los sindicatos son asociaciones civiles con *personería gremial*, pero de *afiliación voluntaria*. Su naturaleza gremial les faculta para negociar en los Convenios Colectivos de Trabajo (Ley 14.250) -sean sectoriales o por empresa- representando a todos los trabajadores de la jurisdicción. Su posición negociadora les permite presionar a los representantes patronales, para que todos los trabajadores se afilien al sindicato y aporten la *cuota sindical*. Esos afiliados tienen derecho a votar a sus dirigentes, pero ese derecho no se extiende a las autoridades de la OS, que serán las que designe el sindicato. Esto

ha justificado que los críticos hayan planteado la *libertad de sindicalización*, pero esta conducta ha facilitado la multiplicidad de entidades sindicales con motivaciones políticas (docentes de CABA y Buenos Aires, metro-delegados, aeronavegantes), con riesgos de anarquía en los reclamos.

La duplicidad de atribuciones (sindicato y OS), ha facilitado las inversiones en *servicios propios* (centros ambulatorios, sanatorios, hoteles-colonia, campos deportivos, proveedurías), que cumplen la doble función de empresas sociales y prestadores de servicios. La ubicación a “ambos lados del mostrador”, también alentó la corruptela y las operaciones ilegales. En algunos casos la gestión fue “tercerizada” a través de *gerenciadores* amigos, posibilitando la administración como empresas pseudo-independientes de los servicios delegados. La experiencia de los sistemas de protección social más desarrollados ha mostrado que la separación entre la función de recaudación-administración y la de prestación de servicios, deben mantenerse separadas (Alemania, Canadá, Reino Unido, Francia, Colombia, Chile), de modo que ambos sectores protagónicos ejerzan su función con la mayor eficiencia. Sería más transparente que los “servicios propios” pasen a la órbita del respectivo sindicato, gestionados como empresas privadas de capital social, pero totalmente autónomas respecto a la función de la OS.

El ente recaudador suele ser estatal, descentralizado y estable ante los cambios políticos. En la Argentina, en cambio, pese a que la recaudación corresponde a la AFIP, ésta no ejerce ninguna fiscalización sobre la utilización de los fondos, tarea que nominalmente está reservada a la SSSalud, con limitada capacidad punitiva. Dado que los recursos se recaudan en nombre de las respectivas OS's, este mecanismo permite que el Gobierno utilice como instrumento de presión política frente al sindicalismo, la demora en la liberación de los fondos ingresados.

Entre los principios fundacionales de las OS's debe destacarse su función redistributiva en sentido *progresivo*. Los afiliados tributan un *porcentaje* de su salario, para utilizar los servicios que requieran, en forma *equitativa*. Pero las reformas instrumentadas desde mediados de los '90, indujeron que las OS's cedieran a las empresas de Medicina Prepaga (EMP's) la atención de sus afiliados de mayor poder adquisitivo, con lo que se transgredió el principio original de *equidad*. Este *derrame* no permite, además, que las EMP's cumplan eficazmente su función de *seguros privados*, empeñadas en las exigencias de responder a una demanda del mercado, de OS's de *alta gama*.

A despecho de las inversiones que históricamente el país ha realizado en servicios públicos -el 55% de las camas son de hospitales estatales-, más del 60% de la operatoria económica de la SeS, que hemos analizado, circula por efectores privados. Los efectores públicos responden gratuitamente a las demandas de la población, salvo en los pacientes amparados por los planes Nacer, Sumar y Remediar. En realidad, no podrían reclamar judicialmente la liquidación de sus servicios, porque la casi totalidad carece de personería jurídica. Esta condición es retenida por el Ministerio de Salud del que dependen, que debería reclamarlo como el pago de un *servicio público*. Pero las OS's y las EMP's saben que esos reclamos nunca llegan a ser litigiosos, por lo que saldar esas deudas, no lo consideran una de sus prioridades.

Como corolario de estas tribulaciones cabría plantear, que una estrategia *innovadora*, en lugar de planes de reformas grandilocuentes, sería que cada uno de los actores cumpla con los propósitos *jurídicos* para los que fueron creados. ■

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

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT

Te lo garantiza
Ágil y Simple

CUENTAN LOS QUE CUENTAN...



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Que cuando en 1598, Juan de Garay fundó la Ciudad de la Santísima Trinidad y Puerto de Santa María del Buen Ayre lo hizo “sin tener médico, boticario ni cura, trinidad infaltable en todo pueblo”.

Por ese motivo, el primer hospital de la actual Buenos Aires pudo edificarse en los plazos previstos, hasta que desde Portugal llegó el primer médico en ejercer efectivamente sus saberes: Don Manuel Álvarez quien el 31 de enero de 1605 “firmó un contrato con el Cabildo, en el que éste se comprometía a pagarle 400 pesos en mercaderías -frutos de la tierra- como contraprestación a sus servicios”.

Don Manuel se abocó entonces a los fomentos, las sangrías, las ventosas y los purgantes, pero al año hubo de renunciar, cansado de reclamarle a sus empleadores la paga prometida. ⁽¹⁾

Hace entonces 433 años que los médicos en estos Buenos Aires y sus alrededores reclamamos un pago justo por nuestros servicios.

Años más tarde, en 1608, Don Francisco Xijón, primer médico español con título reconocido exige y obtiene, por parte de las autoridades, la obligatoriedad de la habilitación del título para cada distinguido colega que arribe a estas costas como prerrequisito para el ejercicio de la medicina. Tal vez, el prohombre de los Colegios Médicos.

Más de cuatro siglos después, seguimos peleando por nuestros honorarios y reclamando por el número de estudiantes y médicos extranjeros... Tal vez sea hora de incorporar una perspectiva diferente. ¡Ahí vamos! (o por lo menos lo intentaremos en el párrafo final).

El ejercicio liberal de la medicina fue -con la excepción de contrataciones específicas a cargo de autoridades civiles o incluso la iglesia- la modalidad casi excluyente de la inserción del médico en el mercado de la salud hasta casi entrado el Siglo XX.

Fueron los primeros contingentes de inmigrantes quienes, con sus organizaciones mutuales, y sus asociaciones de oficios incorporaron acuerdos institucionales, los que, de todos modos, continuaron siendo marginales.

El hospital, como fuente de formación y prestigio superaba a los ingresos marginales que podía generar, y el consultorio, el sanatorio, se ocupaban del sustento -y mucho más que eso-.

La sistematización del empleo a través de aseguradoras o prestadoras de servicios esboza a mediados del siglo pasado una tendencia que se arraiga en nuestro país en los tempranos setenta.

Tal como iba sucediendo en Europa e incluso en nuestra región, la consolidación de los sistemas de seguridad social, y el surgimiento de los seguros privados incorporaron formas contractuales muy distantes a las de los modelos iniciales.

La puja distributiva que caracteriza al sector salud desde entonces comienza a profundizar el sendero que el Dr. Álvarez había iniciado tanto tiempo atrás.

Desde entonces -como bien sabemos-, las condiciones no han hecho más que agravarse. Precarización, multiempleo y postergación de pagos para la mayoría de quienes trabajan en salud como características constitutivas de un sector que, particularmente desde la finalización de la pandemia clama por respuestas y se ha constituido como el condicionante central de la viabilidad de los sistemas de salud.

Insensiblemente, hemos pasado de aquel ejercicio liberal inviable en el contexto de una organización socialmente equitativa en el siglo XXI, al desarrollo de un mercado dual en el que la baja remuneración y las condiciones laborales impulsan el desarrollo de conductas auto defensivas, y en el que el incremento de la oferta de trabajo a tiempo parcial acrecienta el riesgo de stress laboral, burnout, desapego e inestabilidad para quien allí se desempeña, mientras que provee deterioro de la calidad, inestabilidad, alta rotación de personal y “fordización” del proceso asistencial en las instituciones de salud. Y para unos y otros, deshumanización del acto y la relación médico paciente.

Según datos de 2020, ⁽²⁾ **durante la pandemia Covid-19**, el 96,3% de los médicos y 68,1% de enfermeros registraban multiempleo. La media fue de 3,1 de empleos para médicos/as y de 1,89 para enfermeros/as. Largamente, las causas invocadas fueron la necesidad de subsistencia y la insuficiencia de ingresos, predominando la relación de dependencia como forma de contratación (62,5% entre enfermeros, 43% entre médicos).

Como era de esperar, en estos, la segunda forma de contratación fue la locación de servicios y luego el pago por prestación o cápita. El panorama en la región no es muy diferente, aunque con una impronta clara: los menores niveles de pluriempleo se ven en países que han avanzado hacia la consolidación de sistemas más integrados. Aun así, como mínimo el 40% de los médicos en la Argentina y Brasil trabajan más de 40 Hs. semanales, 53% en Perú y 82% en Costa Rica. ⁽³⁾

Más allá de las condiciones macroeconómicas y estructurales que condicionan el mercado de salud, los datos precedentes explican por qué muchos de quienes que pueden incorporarse al sistema no lo hacen, y muchos de los que forman parte de él, están insatisfechos o dispuestos a abandonarlo. O a emigrar, en busca de mejores condiciones de vida.

El ecosistema sanitario se ha roto por su eslabón más débil. Y es necesario repararlo urgentemente. Pero no será sólo a través de la reivindicación económica la que encuentre la salida del laberinto. En la medida que los intereses de quienes se desempeñan en el sector salud no se encuentren alineados con los que el conjunto de la sociedad reclama de éste, no existe solución posible.

Dicho en otras palabras: *mientras el médico no forme parte de un modelo integrado, y trabaje para ese sistema de salud, recibiendo respuestas y contraprestación digna en vez de ganarse la vida contra un sistema desarticulado, en el que se sienta necesariamente compelido a optimizar su ingreso marginal, seguiremos escuchando las amargas palabras de Manuel Álvarez, despotricando contra un Cabildo que se olvida tanto de él, como de las externalidades de su satisfacción personal.* ■

REFERENCIAS:

- 1) López Mato, O. La Patria enferma. Eds. Penguin. 2012.
- 2) Duré I. et al. El multiempleo en profesionales de la salud de la provincia de buenos aires: Estudio transversal de profesiones y especialidades más demandadas en la pandemia covid-19. Becas Salud Investiga 2020-21.
- 3) Rosales C. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores en Argentina, Costa Rica, Brasil y Perú. 2010.

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



EL CONCEPTO DE UTOPIÍA: CUANDO NO ALCANZA CON LOS DESEOS



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Utopía: no hay mejor palabra para definir lo que nuestra sociedad ha elegido, en forma aspiracional, en las últimas elecciones, luego de agotar su larga espera. Pasaron cinco siglos desde que Tomás Moro mencionó este término que no podría ser mejor definido que por su etimología: un “no-lugar”. En su obra hace referencia a un ideal inalcanzable, un mundo perfecto en el que todos los aspectos de la sociedad funcionan en armonía y felicidad.

Las propuestas libertarias tienen este carácter, aparecer como ideales, pero como “La Utopía” son inalcanzables. Esa sociedad perfecta, justa, donde todo discurre sin conflictos y las fuerzas del mercado y el deseo definen las tendencias, no hay pruebas de que pueda llevarse a la práctica.

Lamentablemente las limitaciones de la realidad, la naturaleza humana, las estructuras sociales, las injusticias en el punto de partida, y las diferencias de opinión, requieren algo más que sueños idealistas, requieren de planes, de estrategias y de acciones posibles en los contextos que deben desarrollarse.

Un sistema de gobierno regulado completamente por el mercado podría parecer atractivo en teoría. Sin embargo, este enfoque ignora una serie de aspectos prácticos y éticos. Esta mirada que prioriza el mercado no tiene en cuenta las desigualdades. La salud es un área en las que el acceso igualitario y el cuidado de todos los individuos es esencial.

En la Argentina, la salud se incorporó en 1994 como derecho constitucional, como lo han hecho muchos otros países. Esto no llevó a resolver los problemas del sistema que sigue fragmentado y con muchas desigualdades, pero implementar un sistema de salud puramente basado en el mercado chocaría, no solo directamente con este derecho, sino que incrementaría la exclusión.

La regulación puramente basada en el mercado podría llevar a una situación donde solo aquellos con recursos financieros significativos puedan acceder a una atención médica de calidad, dejando atrás a los más necesitados. La creencia de que un subsidio a la demanda redistribuyendo los recursos existentes garantizaría el acceso de todos es un análisis ligero.

Las preocupaciones en torno a este modelo se pueden sintetizar en las referencias a las restricciones normativas, las restricciones a la accesibilidad a una prestación de calidad, y el aumento de la inestabilidad laboral del personal de salud.

Restricciones normativas

Al ser este un país federal y la salud estar reguladas por las provincias, sin un cambio a nivel provincial, el efecto de las medidas se limitaría a unos pocos hospitales nacionales y afectaría a la seguridad social y al PAMI. Esta asimetría de implementación conduciría a más fragmentación y desigualdades.

Restricción a la accesibilidad

Al eliminar el aporte de fondos públicos a los hospitales y fomentar el financiamiento de la demanda, es probable que se impulse la privatización de muchos servicios de salud o su cierre por desfinanciación. Esto podría resultar en la reducción de servicios esenciales en busca de maximizar las ganancias. La reducción de servicios públicos y la falta de recursos para sostenerlo podrían llevar a la escasez de personal médico, la reducción de camas disponibles y la limitación de tratamientos y procedimientos.

Esto perjudicaría a aquellos que no pueden permitirse el lujo de acudir a proveedores privados, y contar con los medios financieros para cubrir las diferencias entre el aporte del seguro y los costos de su atención.

No es claro en este modelo como se resuelve el acceso a prácticas de alto costo. Asimismo, un modelo sin regulación, basado en la rentabilidad y el mercado puede promover prácticas con escaso sustento en evidencia científica.

Inestabilidad laboral y condiciones de trabajo para el personal de salud

Al reducirse la financiación pública a hospitales, y predominar en el sistema el modelo de pago por prestación, o productividad, los trabajadores de la salud podrían enfrentar una mayor inestabilidad laboral y condiciones de trabajo precarias.

Esto profundizaría el pluriempleo que hoy alcanza a prácticamente todos los/las médicos/as con una media de 3,5 trabajos y al 60% del personal de enfermería con dos trabajos.

Además, podrían aparecer recortes de personal en áreas poco productivas lo que no quiere decir que no sean esenciales como la emergencia o los cuidados críticos y por ende cargas laborales más pesadas. Toda esta combinación podría afectar la calidad de la atención brindada.

En resumen, mientras que la propuesta de cambiar de un modelo de subsidio a la oferta a un modelo de subsidio a la demanda podría tener ciertas ventajas en términos de elección y competencia, también presenta una serie de desafíos y problemas potenciales.

La implementación plena de esta idea se encuentra con desafíos prácticos y éticos. La restricción de servicios, la desigualdad en el acceso, la reducción de la calidad asistencial con alto impacto en el capital humano en salud, son algunas de esas barreras.

La búsqueda de la utopía puede ser un impulso valioso, pero también es importante reconocer las limitaciones y trabajar hacia sistemas que equilibren eficiencia sin vulnerar los derechos de los ciudadanos y contribuir a construir una sociedad más justa y equitativa.

Hay para ello numerosos ejemplos de cómo construir sistemas que aseguren mejores resultados en salud sin apelar al mercado como regulador. ■

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

Nueva App UOCRA

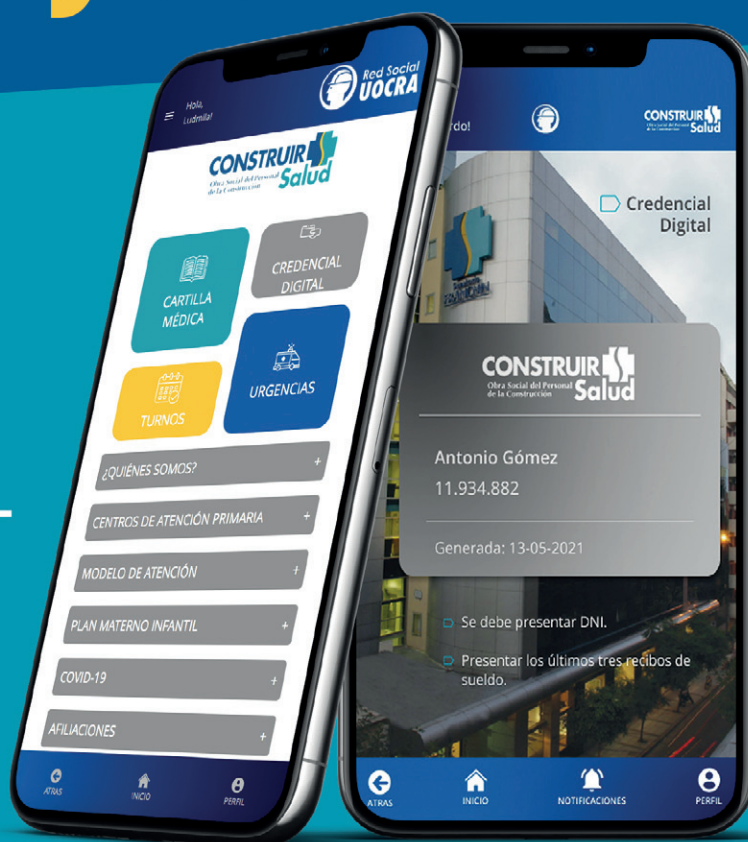
La SALUD a tu lado

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

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS



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

En los últimos años, se reiteran preocupaciones, quejas y angustias vinculadas con la dificultad de alcanzar un financiamiento adecuado para otorgar las prestaciones médico-asistenciales que exige la realidad actual del Sistema de Salud.

En varias notas anteriores publicadas en esta revista, nos referimos a este tema. Aquí, intentaremos sugerir algunas herramientas que puedan mitigar parcialmente esta dificultad.

Cabe recordar que hace ya 18 años se dictó el decreto 317/2005 -denominado de **regionalización** de obras sociales-, que tuvo, entre otros objetivos, otorgarles a las obras sociales un instrumento que les permitiera contratar servicios a mejores precios.

En esta norma se indicaba que se había podido constatar que, en determinadas regiones del país, en las que no se verificaba una gran concentración de población, un importante número de obras sociales enfrentaban dificultades para mantener la cobertura de sus beneficiarios, dado que la atomización existente les quitaba capacidad de contratación.

También se dijo allí que se estimaba procedente alentar la agrupación de beneficiarios de las obras sociales residentes en determinadas regiones del país de menor densidad poblacional, con el objeto de alcanzar un número de personas que, como masa crítica, posibilitase una mayor concentración en las contrataciones y una consecuente racionalización en la utilización de los recursos disponibles para solventar las prestaciones de salud.

Sin seguir a rajatabla el procedimiento que el decreto mencionado previó -es decir, de modo más informal-, hubo una experiencia fructífera que tuvo este objetivo en la provincia de Neuquén.

Más allá de algún otro caso en que pudo haber sido aplicada esta norma, lo cierto es que no tuvo la difusión e impacto que, a nuestro criterio, debería haber tenido.

Entendemos que, sin la necesidad de renunciar al reclamo de la obtención de nuevas fuentes de financiamiento del Sistema de Salud, entre todos podemos trabajar con herramientas que ya están disponibles en el sistema.

Por otra parte, estamos convencidos también que tenemos que intensificar los mecanismos de **compras conjuntas** de insumos sanitarios y medicamentos para abaratar los costos cada vez más elevados que tienen para los financiadores.

Tuvimos ejemplos exitosos en este sentido, como por ejemplo con la compra del Factor VIII, que deberíamos replicar.

Para institucionalizar un sistema de "Compras Conjuntas" deberíamos desarrollar estudios de factibilidad y de necesidades comunes, proyectos de convenios interinstitucionales, actos preparatorios, inicio del proceso de selección de compras conjuntas; y, finalmente, la ejecución de los contratos que se celebren.

En el año 2016, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social coordinó tareas que tenían este fin, con la participación de representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud, del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI), del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) y del Consejo de Obras Sociales de las Universidades Nacionales (COSUN). Si bien allí no se alcanzaron los objetivos trazados al inicio de esos encuentros, se sentaron bases que pueden ser aprovechadas para desarrollar compras conjuntas de financiadores de la salud.

Con relación a este tema, la Superintendencia de Servicios de Salud ha emitido la Resolución 144/2018, creó la Comisión Asesora Técnica de Compra de Medicamentos e Insumos y Dispositivos, con el fin de "*adquirir medicamentos de calidad, seguros y eficaces, en mejores condiciones económicas de mercado que las que se logran en la actualidad*".

A su vez, la propia Organización Panamericana de Salud fomenta este tipo de herramientas para facilitar el acceso de los países a los medicamentos de alto costo.

Así, Carissa F. Etienne, Directora de esta organización, sostuvo que "*... para algunos países usar este mecanismo puede suponer un desafío, en particular ante la fragmentación del mercado farmacéutico, la proliferación de acuerdos de comercio que limitan la entrada en el mercado de genéricos más baratos, y la necesidad de convencer a los fabricantes de los beneficios de trabajar con esta herramienta...*"; "*... el acceso a medicinas seguras, de calidad y costo efectivos para todos es un requisito esencial del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en tanto es fundamental para fortalecer los sistemas de salud. Pero asegurar un acceso equitativo a las medicinas también trae varios desafíos para los países, en tanto la compra de medicamentos es uno de los gastos de bolsillo más altos para los usuarios de los sistemas de salud...*".

La República de Chile, por ejemplo, tiene desarrollado un mecanismo de compras conjuntas de insumos y medicamentos que demuestra la eficacia de este instrumento.

Además, en el año 2019, los países del MERCOSUR acordaron crear una plataforma de compra conjunta de medicamentos de alto costo. La iniciativa tuvo el objetivo de garantizar el acceso a productos que pesan en el presupuesto de los diversos países y de ayudar a ampliar el acceso a los tratamientos y la sostenibilidad de sus sistemas de salud.

Si se adoptaren determinados procesos de adaptación y se cumplieren con estándares internacionales de seguridad, calidad y eficacia, se podría solicitar apoyo financiero al Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Resulta inequívoco que, si rápidamente no encontramos una solución para asegurar el acceso a medicamentos de muy alto precio, nuestro sistema de salud puede ir a la bancarrota.

Otra de las medidas que, entendemos, mejoraría la situación financiera del sistema, es la de incentivar la estrategia de celebración de contratos de **riesgo compartido**, es decir, desarrollar instrumentos que permitan vincular el precio y la financiación de ciertas innovaciones sanitarias a sus resultados económico-financieros y sanitarios; y que, de este modo, cubran los resultados con efectividad, tanto desde el punto de vista del impacto presupuestario, como de la relación remuneración/resultados.

Es una estrategia que se está desarrollando en distintas partes del mundo y que tuvo su reflejo exitoso en nuestro país, mediante la cual el Estado nacional garantizará el acceso a la terapia génica de un laboratorio para el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME), independientemente del tipo de cobertura de los pacientes.

Por supuesto que las propuestas contenidas en este artículo no son excluyentes; sino complementarias, y tienen por fin aportar ideas para ir solucionando el déficit crónico de financiamiento que padece nuestro Sistema de Salud. ■



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

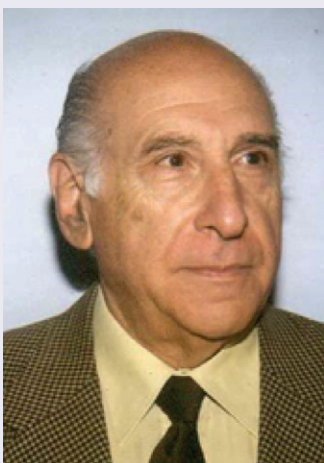
Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn

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

RED DE SERVICIOS (RS)



"El que sabe medicina ni medicina sabe".
José de Letamendi y Manjarrés

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

Una Red constituye una forma de organización formada por servicios de una misma especialidad perteneciente a un conjunto de establecimientos que con distinta capacidad resolutive están intercomunicados en una zona geográfica para prestar atención médica.

En orden a ello una RS constituye un abordaje a nivel meso en donde se deben combinar y coordinar los recursos existentes según el nivel de complejidad destinados a una población de referencia, de tal modo de asegurar su accesibilidad y mejorar los resultados. Por lo tanto, el concepto fundamental en la construcción de RS radica en el uso racional y eficiente de los recursos.

El enfoque en RS diseña organizaciones utilitarias en el campo de la producción de servicios en los distintos establecimientos, visualizada como una compleja relación entre las partes que lo componen.

En consecuencia, constituye una estrategia vinculatoria de articulación e intercambio entre instituciones o personas, que resulta en una modalidad de gestión, cuyas principales características son: adaptabilidad, horizontalidad y fluidez de las relaciones.

Es probable que en el proceso de organizar una RS aparezca la pregunta ¿Quién es el jefe? O ¿Cómo se nombra al jefe? La esencia de una RS es desarrollar actividades en procura de objetivos compartidos, pero manteniendo la identidad de los participantes.

La decisión de establecer el funcionamiento de una RS debe acompañarse de una serie de acciones y decisiones tendientes a favorecerlas, sin dar por hecho, que la sola resolución de creación las establece por sí mismas.

La idea de abordar un modelo público de provisión directa de servicios, en particular para la población que no cuenta con otra cobertura, enlaza la estrategia de la APS con la organización de la oferta en RS lo que permite aprovechar al máximo los recursos y mejorar los resultados.

En el sistema público de atención médica no puede apreciarse de manera contundente evidencias suficientes respecto a la existencia de estructuras funcionales en redes.

El trabajo de Bello y col. (CONAPRIS) concluye que las redes cuando existen se establecen en base a relaciones personales más vinculadas a la derivación que a un sistema de referencia y contra referencia.

Las organizaciones proveedoras de servicios de cobertura médico asistencial no se organizan en redes, sino que son formas asociativas que comprometen la provisión de servicios a través de una cartilla de establecimientos y profesionales que no están organizados en redes.

Se diferencian en cuanto a los objetivos económicos, la competitividad entre sus integrantes y la oposición de intereses entre los actores que la componen. En estos casos es el usuario quién hace el enlace en busca de la solución de sus servicios.

No obstante, puede verse cierta aproximación en aquellos planes que se organizan por niveles de atención donde necesariamente hay una vinculación entre ellos.

La gestión y administración de una red requiere de tres programas, todos de carácter dinámico. Uno de ellos es el de ajustar permanentemente la capacidad resolutive en orden a las necesidades de la demanda. El otro es el de inversiones que debe acompañar al anterior en sus aspectos cuali y cuantitativos. El tercero es el de la suficiencia de los recursos humanos para hacerla funcionar, lo que supone nuevas alternativas de formación y educación.

En consecuencia, también se impone una revisión de las estructuras y de las carreras con la finalidad de crear incentivos que apoyen una forma distinta de encarar la gestión de los aludidos recursos.

En lo que hace a la estructura debe reconocerse el funcionamiento matricial en los hospitales, conformado por dos estructuras, la del conocimiento y la de la aplicación del conocimiento. La gestión entonces debe ser hábil en la conducción del personal a los efectos de alinear intereses.

El desafío de mejorar los niveles de salud de la población debe integrar los conceptos de APS y el de RS, en un marco de accesibilidad, suficiencia y oportunidad de la atención.

El fundamento integral y verdadero de una RS debe permitir: a) Incrementar la capacidad operativa de la provisión de servicios; b) Fortalecer el proceso de planificación y evaluación; c) Desarrollar una tecnología adecuada y racional; d) Lograr la participación de las instituciones vinculadas.

Las RS deben definirse en regiones, lo que hace al mecanismo y concepto de una descentralización, que reviste las siguientes formas: a) Geográfica o territorial; b) Sistémica en cuanto a población definida; c) Administrativa; d) Organizacional o de relación funcional de servicios.

Cuando analizamos la relación entre oferta, necesidades y demanda pueden observarse poblaciones con insuficiente oferta y otras con exceso de oferta, consecuente con los defectos de distribución de la tecnología y recursos, lo que tiene consecuencias en la equidad del sistema, problema que resuelve la construcción de redes.

Si la organización en RS tiene claras ventajas tanto económicas como de cobertura, cabe preguntarse cuáles son los impedimentos o causas que dificultan su construcción.

Uno de ellos es el criterio de propiedad y producción individual tanto en el sector público y especialmente en el privado, en la inteligencia especulativa, en la distribución de la demanda.

Otro factor responde a las consultas de baja calidad que generan múltiples estudios diagnósticos, lo que ha propiciado el crecimiento y el desarrollo comercial de los establecimientos dedicados a dichas prácticas.

La ausencia de RS propicia el desarrollo de un sistema fragmentado en el que la forma organizativa es jerárquica, la forma de acción es episódica según demanda, las intervenciones son sólo curativas y de rehabilitación y no existe la planificación de la oferta.

La construcción de RS constituye una propuesta de política pública, en particular en un escenario de recursos escasos y complejos.

En conclusión, en las RS se aprecian las siguientes ventajas: 1) Capacidad de aprendizaje; 2) Difusión del conocimiento; 3) Utilización de la información; 4) Creación de vínculos entre actores y diversas organizaciones; 5) Producción de economía de escala; 6) Mayor seguridad a los procesos. ■

(*) 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

¿POR QUÉ ESCASEAN LOS JÓVENES PROFESIONALES EN LA SALUD? UN ANÁLISIS A LAS DECISIONES QUE TOMAN LAS NUEVAS GENERACIONES EN LA ARGENTINA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La escasez del recurso humano en medicina en la Argentina es una cuestión compleja que involucra tanto aspectos económicos como sociales. Por un lado, la falta de médicos y profesionales de la salud puede atribuirse a factores económicos, como salarios bajos y condiciones laborales desfavorables que pueden desalentar a los profesionales a ejercer en el país o incluso llevarlos a emigrar hacia otros lugares donde encuentren mejores oportunidades.

Por otro lado, también hay aspectos sociales que contribuyen a esta escasez. Por ejemplo, la falta de infraestructura adecuada en muchas regiones del país, especialmente en áreas rurales o remotas, puede dificultar el acceso a servicios de salud de calidad.

Además, la falta de programas de capacitación y formación especializada en determinadas áreas médicas puede limitar la disponibilidad de expertos en campos específicos.

Es cierto que en la Argentina se gradúan muchos profesionales en medicina, pero no todos deciden ejercer de inmediato o en el país. Existen diversas razones que pueden llevar a los profesionales a no ejercer al instante después de graduarse.

Una razón posible es la preferencia por realizar estudios de postgrado o especialización antes de comenzar a ejercer. Algunos deciden ampliar sus conocimientos y mejorar sus habilidades a través de programas de residencia o maestrías antes de ingresar al campo laboral.

Además, también hay aquellos que eligen ejercer en áreas relacionadas con la medicina, como la investigación, la docencia o la gestión de salud. Estas áreas pueden ofrecer diferentes oportunidades y desafíos que pueden resultar atractivos.

En resumen, la elección de no ejercer de inmediato después de graduarse puede estar influenciada por diversos factores, como la falta de oportunidades laborales, el deseo de seguir estudiando o la preferencia por otras áreas relacionadas con la medicina. Pero fundamentalmente las malas remuneraciones.

En definitiva, sí hay una escasez de recurso humano en el sector de la salud en la Argentina. Aunque se gradúan muchos profesionales en medicina, la demanda de atención médica supera la oferta de profesionales disponibles, especialmente en ciertas especialidades y en áreas geográficas específicas.

Esta escasez puede tener varios impactos, como la falta de acceso o demoras en la atención médica, una mayor carga de

trabajo para los profesionales de la salud existentes y la necesidad de contratar personal extranjero o realizar contrataciones temporales para cubrir la demanda.

Es importante abordar esta situación desde diferentes perspectivas, tanto a nivel económico como social, para buscar soluciones que promuevan una mejor distribución de los recursos humanos en el sector de la salud y así garantizar una atención médica de calidad para todos los ciudadanos.

El campo de estudio de la “moratoria social” ha sido explorado por diversos sociólogos y expertos en ciencias sociales a lo largo del tiempo. Algunos de los investigadores y académicos que han contribuido a este tema incluyen a Erving Goffman, uno de los sociólogos más influyentes del siglo XX, quien estudió el comportamiento humano en situaciones sociales específicas, incluidas las pausas en las normas sociales.

Otros sociólogos, como Anthony Giddens y Herbert Blumer, también han investigado temas relacionados con la interacción social, las normas y los cambios culturales en la sociedad.

Este ovillo nos lleva a un sistema sanitario recesivo, no solo en el aspecto económico en cuanto a la mala remuneración que es la consecuencia, pero a la vez causa de no ser la mejor alternativa negociable para los profesionales que salen, sino que hay otro fenómeno transversal que tiene que ver con la formación del recurso humano; con la formación de nuestros jóvenes profesionales que, no solo impactan en el sistema sanitario, sino que también lo hacen en el sistema educativo. Y ahí es donde salta la chispa a lo más esencial de la pirámide poblacional de nuestro capital humano.

Entonces el problema sanitario tiene que verse con una mirada en la cual nuestros jóvenes profesionales (nuestros médicos) terminan siendo mal pagos, es cierto; pero formar a un médico tiene un costo enorme y un valor muy bajo porque la relación de costo, precio y valor termina siendo impactante a la hora de tomar decisiones para un profesional que está transitando un estado de adolescencia, en la mayoría de los casos una adolescencia tardía, y de juventud en la cual hay fenómenos intrínsecos (psicológicos) que se explican por este fenómeno de moratoria social ⁽¹⁾ tal como lo indica Erikson (1960) ⁽²⁾ donde lo establece claramente; después Michael Young ⁽³⁾, lo termina de definir. En el cual los jóvenes postergan la paternidad, postergan aspiraciones de índole social por aspiraciones de índole personales, como estudiar.

Esto que llamó “moratoria social” los invita a esos jóvenes a postergar el matrimonio y la procreación para enfocarse en las responsabilidades personales y prepararse para la vida laboral.

Esta postergación que todos los jóvenes experimentan, que tiene fundamentos científicos y psicológicos, se ve frustrada cuando se enfrenta a un mundo que no los valora y en el cual no tienen alternativas para elegir.

El sistema educativo y sanitario transitan por los mismos caminos, entonces nos damos cuenta que es un problema generalizado y sigue siendo un tema de liderazgo.

Es un tema de poner el eje donde debemos ponerlo, y en realidad tratar de armonizar la realidad y la expectativa que tenemos como jóvenes o como sociedad en un plano de reconocimiento de cada actor social.

Y eso termina siendo la causa de todo lo que después padecemos en un sistema educativo, en un sistema sanitario, en el cual solo somos héroes sociales y hablamos de medicina desiderativa, la medicina del deseo, de lo que debiera hacer y no de

“El sistema educativo y sanitario transitan por los mismos caminos, entonces nos damos cuenta que es un problema generalizado y sigue siendo un tema de liderazgo.”

un proyecto y un programa que tenga que ver con buscar el éxito de los proyectos, de las aspiraciones y el éxito como un fin.

Es darle las herramientas de productividad a nuestra juventud para que manejen la libertad con responsabilidad y le generen valor a la sociedad en todos los ámbitos donde se desempeñen; así es que la salud termina siendo eso precisamente: el bienestar físico, psíquico, mental, espiritual y económicamente productivo para la sostenibilidad del modelo.

Hay que tener una mirada mucho más amplia de la causa del problema porque si no, vamos a ser capaces de escribir una realidad, pero no entender hacia dónde enfocarnos para lograr los resultados que esperamos y esos resultados que esperamos nos llegan cada cuatro años y ese es el problema.

Son resultados que llegan en quince o veinte años entonces: hay que empezar lo antes posible a generar cambios que trasciendan nuestros períodos de gobierno, de gestión, porque no se construyen modelos sociales culturales y productivos en un período de gobierno, obviamente que se necesita un pacto social para construir una sociedad que evite la migración del poco recurso humano que se pudo formar y que nos queda como capital humano, y evitar así que se vayan o que vengan otros de menor calidad a ocupar esos espacios o que simplemente se deshila la trama social en un sistema anárquico y fragmentado como el que tenemos. ■

REFERENCIAS

1) El campo de estudio de la “moratoria social” ha sido explorado por diversos sociólogos y expertos en ciencias sociales a lo largo del tiempo. Algunos de los investigadores y académicos que han contribuido a este tema incluyen a Erving Goffman, uno de los sociólogos más influyentes del siglo XX, quien estudió el comportamiento humano en situaciones sociales específicas, incluidas las pausas en las normas sociales.

2) Psicólogo y psicoanalista germano-estadounidense de origen judío reconocido mundialmente, entre otras áreas, por sus contribuciones en psicología del desarrollo. Sus teorías acerca de la crisis de identidad de la adolescencia -y su correspondiente impacto sobre la personalidad del individuo-, así como su propuesta de que la principal neurosis que afectaba a los Estados Unidos tras la guerra mundial era el narcisismo, alcanzaron gran popularidad en los años cincuenta y sesenta (https://es.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson#cite_note-1). Una encuesta, publicada en la Review of General Psychology en 2002, situó a Erikson como el duodécimo psicólogo más eminente del siglo XX.

3) Escribió la sátira The Rise Of The Meritocracy en 1958, originalmente para la Fabian Society a pesar de que rehusaron publicarlo. Esta publicación promovió el cambio en el pensamiento laboral acerca de igualdad de oportunidades y acuñó la palabra *meritocracia*.

(*) 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).



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

LA RENOVACIÓN DE LAS ENERGÍAS UTÓPICAS



"Las utopías pintaron las condiciones para una vida digna y para una felicidad organizada socialmente".
Jünger Habermas/Escuela de Frankfurt/Alemania

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

El **Ministerio de Salud** es el organismo público de la República Argentina encargado de atender las cuestiones administrativas relacionadas con el servicio de salud, entre ellas las cuestiones de epidemiología, campañas de vacunación, control sanitario de las fronteras, registro de los profesionales de la salud y el banco de drogas, entre otras.

La salud en la Argentina es una facultad de las provincias no delegada a la Nación. Si bien la Nación, desde fines del siglo XIX, creó hospitales públicos, la tendencia en los últimos años es que sean las provincias las que administren directamente los centros de salud pública.

El Ministerio de Salud, es el encargado de coordinar las reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA).

En el sistema de salud argentino las grandes diferencias de oferta entre jurisdicciones, la informalidad laboral y un régimen mixto, condicionado por normativas no siempre eficaces para su cometido, dificultan la existencia de un acceso a la salud equitativo e igualitario.

La atención pública es utilizada por el 36% de ciudadanos, unos 16 millones de personas, que no tienen otro tipo de cobertura y con grandes diferencias en las prestaciones que reciben según las provincias.

El 61% de los ciudadanos está bajo el régimen de obras sociales y el 13,6% posee cobertura del régimen privado (existe un 10,4% de habitantes con más de una cobertura). El 63% de los establecimientos de salud registrados son privados y el 97% de ellos, comerciales.

La Nación ocupa un rol subsidiario en la atención de la salud, lo cual se evidencia, entre otras cosas, en que el 95,7% de los nosocomios públicos son provinciales o municipales.

Hay grandes diferencias entre las jurisdicciones en la cantidad y tipos de establecimientos. La provincia que más tiene cuadruplica en número de centros de atención respecto a la que menos tiene.

La concentración de beneficiarios entre las distintas obras sociales es notablemente dispar: en las sindicales, la de los empleados de comercio tiene 1.692.600 afiliados, mientras que otras poseen menos de 500.

Similar situación se plantea con las obras sociales del personal de dirección: OSDE (en su rol de obra social) concentra el 50% de afiliados. El presupuesto del PAMI representa el 1,1% del Producto Bruto Interno.

La diferencia de cobertura del subsistema privado es la más marcada: entre la provincia que presenta mayor cobertura y la que menos (respecto a su población total) existe una diferencia de 21,2 veces.

En el subsistema privado también se observa una fuerte concentración: OSDE (en su rol de prepaga), Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus concentran el 80% del total.

Las políticas complementarias de libre elección de obra social y de derivación de aportes al subsector privado amplían, en la práctica, las diferencias entre servicios brindados por las distintas obras sociales y afectan su financiamiento.

En la mayoría de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga la cantidad de varones titulares es mayor a la de las mujeres, replicando la realidad evidenciada en el mercado laboral.

En líneas generales, la mortalidad infantil resulta ser superior en las provincias del norte argentino respecto al resto del país.

El sistema de salud argentino es muy complejo. Tiene un conjunto de dificultades que son propias de la Argentina y otras comunes con la situación mundial.

Todo sistema complejo requiere de **una mesa amplia de diálogo** donde todos podamos aportar nuestra mirada y dialoguemos en cada lado del sistema.

Sin diálogo efectivo no hay forma de transformar nada en un sistema democrático. El sistema de salud ha tenido una respuesta verdaderamente significativa, muy positiva y valorada por la sociedad en todo el período pandémico.

Los trabajadores de la salud en base a las condiciones de trabajo y como son reconocidos y remunerados, están **insatisfechos**.

Población cubierta por tipo de cobertura

Cantidad y porcentaje. 2021.

Tipo de cobertura	Población cubierta	Participación % en población
Subsistema Público (1)	16.500.000	36,00%
Subsistema de la seguridad social	27.928.471	60,97%
Subsistema privado	6.218.032	13,57%
Total	50.750.833	110,54%
Población Argentina	45.808.747	100,00%
Población con más de una cobertura (2)	4.942.086	10,54%

(1) Estimación a 2021 sobre la base del Censo 2010-INDEC, concordante con EPH

(2) Estimación basada en la diferencia entre población proyecta a 2021 y sumatoria de población cubierta

FUENTE: OPC, en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC

Ni hablar la situación de los médicos... con salarios y remuneraciones bajísimas, con pluriempleo, debilitando su capacidad de actualización científica, afectando a todos los subsistemas y en algunos casos, aumentando el costo y disminuyendo la eficiencia.

No lo podemos resolver con un único camino porque hay una historicidad y una capacidad aprendida de cada sector del problema que requiere un debate amplio. Cuanto más complejo es el problema, mayor participación se necesita.

Profundizar la integración de los todos los subsistemas

Vamos a tener que repensar todo el sistema de salud. Frente a las dificultades de financiamiento, la solución no puede ser achicar las coberturas, porque donde hay una necesidad, existe un derecho.

Hay que ser pragmáticos y empezar a integrar en el campo de acción de cada uno. Si todos avanzamos hacia la integración mediante la **complementariedad**, vamos a entender que **no estamos tan lejos**.

El mercado primero destruye el sistema de salud público y luego dice que el sistema público no funciona y que es un problema.

El Ministerio de Salud tiene una labor eje de este cambio.

La **gobernanza** del sistema es su norte, por medio de COFESAS que no queden en meras expresiones de deseos. Además de elaborar otras herramientas de debate y discusión, más adaptadas al nuevo tiempo y a formas de comunicación más modernas y efectivas.

Mediante políticas nacionales que se lleven a cabo activamente, con fiscalizaciones serias de los programas consensuados.

Esta fiscalización debe alcanzar a todo el sistema prestacional, público y privado, controlando la calidad de las prestaciones que se brindan.

El Ministerio debe aumentar la fiscalización a través de la elaboración de modernas normas de control adaptadas al nuevo tiempo que vivimos.

Además de **restablecer** una red de centros de salud y hospitales nacionales distribuidos a lo largo y ancho de la geografía de la República. Deben ser ejemplos de calidad prestacional.

Reservorios del conocimiento científico, avalados por las universidades nacionales e instrumentos continuos de renovación científica. Esto se traducirá en un aumento de la calidad prestacional y de inspiración para el modelo federal en vigencia.

Interactuar con las potencialidades regionales y locales a lo largo y ancho del país, para acrecentar el federalismo.

Regular la tecnología, ya que más tecnología no es más salud, pero sin tecnología no se puede.

Debería trabajar con las facultades de medicina para elaborar en conjunto, una nueva currícula que se adapte a las realidades nacionales y no para que sirva a los intereses del mercado.

Y además promover la ampliación del número de los hospitales de clínicas, ejemplos fecundos de calidad médica. Procurar ayudar a las universidades nacionales a la modernización de los ya existentes.

La regulación de los ingresos del personal de salud adaptados a la economía del país, haciéndolos dignos, para que puedan vivir sin carencias, es una meta que se debería cumplir en el corto plazo.

Como vemos, la labor del Ministerio de Salud es enorme... pero se avecina el tiempo de una nueva administración... todos los ciudadanos alentamos nuestras esperanzas de un tiempo donde la renovación de las energías utópicas haga latir muy fuerte nuestros corazones, iluminando con nuestra energía el camino del devenir... ■

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

Bajo la dirección
y atención de
Médicos Pediatras



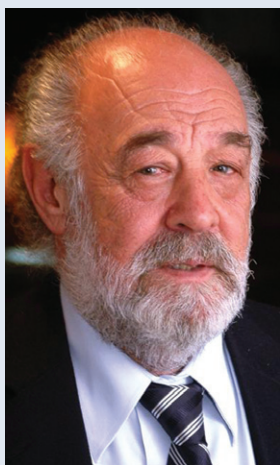
En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.

CIDPEN^{SRL}

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

LA SALUD AGÓNICA



*"No hay dificultades económicas,
sólo hay dificultades políticas".*

Simone Weiss

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

En nuestro país, la carencia de profesionales de la salud ha dado un alarmante salto cualitativo. Ya no se trata de tal o cual especialidad, sino de muchas y claves. Al punto que se generan vacancias inéditas en residencias, cuellos de botella en operaciones, y turnos con dilaciones indignantes.

Existe una baja en la graduación, una emigración preocupante, corrimientos al sector privado (incluso del prepago al particular), y una sobrecarga extenuante para quienes permanecen, muchas veces en condiciones de pluriempleo. Incluso un repaso somero excedería el espacio de este artículo, pero el resultado es claro: *la inequidad se potencia*.

El debilitamiento institucional ha jugado un papel no menor en esta larga crisis sanitaria, que hoy nos obliga a analizarla con la responsabilidad que merece, a fin de lograr su pronta corrección. La consideración de este punto ineludible pasa por retener a los profesionales formados con condiciones laborales y de remuneración adecuada.

Resulta inadmisibles que éstas varíen hasta triplicarse en jurisdicciones vecinas como ciudad y provincia de Buenos Aires. El éxodo de especialistas se hace así incontenible. No se les puede pedir a los médicos que se sacrifiquen, o erigirlos como mártires. No tienen por qué serlo. Deben ser profesionales dedicados, idóneos y responsables; no super héroes.

Seguramente se puedan revisar los programas de medicina, pero la solución no pasa por recortar contenidos para acelerar las graduaciones. Se hace indispensable fortalecer la formación práctica, de taller, de residencia.

En este sentido, la reducción en la edad jubilatoria de médicos a los 50 años que provincia de Buenos Aires realizó en 2015 resulta el colmo de la insensatez. Precisamente a la edad en que se madura la experiencia y se está en condiciones de traspassar su saber práctico en los hospitales que son (al menos lo eran) la verdadera escuela práctica de los médicos, se los aparta del cargo.

Estamos presenciando una verdadera **tragedia sanitaria** en cámara lenta (y ya no tan lenta), que requiere ser revertida cuanto antes. No hay soluciones rápidas, pero hay que empezar a ordenar. La caída viene de lejos y tuvo un crescendo en los últimos años de pandemia.

Porque está claro que no sólo faltan médicos. Falta la *determinación política de priorizar la gobernanza sanitaria*, la gestión de atención médica, de *ordenación profesional*, de jerarquización laboral. Generar los incentivos que morigeren la desigualdad en lugar de recrudecerla. Atender al corto, mediano y largo plazo, diferenciando objetivos y medidas acordes a ello, con la suficiente flexibilidad para enmendar lo que hiciera falta.

Lo llamativo es la falta de preocupación que parece generar en la opinión pública. Como si la gestión sanitaria no fuera responsabilidad del Estado. Como si no debiera ser una agenda de transformación política de primer orden. Porque solo en manos del mercado, ya no deberían quedar dudas, se generan profundas inequidades, con la oferta dineraria atrayendo a los médicos en polos de mayor concentración de riqueza. Se necesita para revertirlo una Ley de Ordenación Profesional, pero incluso más: una redefinición cívica del rol de la atención de la salud.

El cuidado de la salud parece resguardarse en la intimidad de cada quien, cuando *es una articulación pública la que teje una red* de lo que efectivamente es un bien privado, pero social también. Debemos priorizar la atención de salud, jerarquizar su función, privilegiar su formación y ordenamiento territorial. Especialmente en su vertiente pública, pero también en la privada. Favorecer su **integración** y no su competencia o mera yuxtaposición.

Esto no es todo, desde luego. La propia infraestructura, desde lo más complejo a lo más básico, deben repensarse en términos de *una mayor integración a una estrategia productiva propia*, que nos haga menos dependientes de la oferta extranjera y de paso morigere la restricción externa. ¿Alguien se preguntó en cuánto colabora la importación de medicamentos, maquinaria y demás insumos sanitarios en la deuda externa?

Pero lo impostergable hoy es encarar la tarea de rearticular la asistencia médica que se haya colapsada y raleada. El nudo consiste en destrabar la distribución del mercado, y generar una atención médica que no sea una oferta que responda a una demanda (económica) sino una producción profesional que responda a una necesidad social.

La herramienta para generar esa articulación es el Estado con políticas públicas haciendo uso de instrumentos de incentivación económica y de distinto índole suplementario y complementario a los del mercado.

La economía de mercado es un medio que emplea la sociedad para satisfacer las necesidades de bienes y servicios. Sin embargo, "en la atención de la salud se dan particularidades que la hacen diferente de otros bienes y servicios", según afirmara el propio Milton Friedman, Premio Nobel de Economía-1976 y líder de la Escuela de Chicago.

La demanda de un bien se define como las diversas cantidades de él que los consumidores están dispuestos a adquirir a diversos precios. Ahora bien, el mercado de la salud posee una característica capital a discernir: si se trata de una demanda real o de una demanda inducida. Su diferenciación sólo es el resultado del conocimiento de la situación sanitaria.

En el mercado de la salud la demanda está interrelacionada, es decir que no es independiente. Está claramente influenciada por la conducta médica, ya que los pedidos de exámenes complementarios, como también las recetas médicas, adquieren carácter de una orden de compra. Esto sucede por la transformación de la actividad, consecuencia del impacto tecnológico, aún no satisfactoriamente asimilado racionalmente.

De esta manera, al no estar normatizado ni sistematizado, el abordaje o estudio del paciente actúa como incrustaciones y no como incorporaciones al bagaje de conocimientos. Hasta el 80% de los gastos médicos son generados por este accionar.

No se ha desarrollado aún el sistema de producción por

“El cuidado de la salud parece resguardarse en la intimidad de cada quien, cuando *es una articulación pública la que teje una red* de lo que efectivamente es un bien privado, pero social también. Debemos priorizar la atención de salud, jerarquizar su función, privilegiar su formación y ordenamiento territorial. Especialmente en su vertiente pública, pero también en la privada. Favorecer su integración y no su competencia o mera yuxtaposición.”

exámenes y estudios, ni el sistema de aplicación por módulos, lo que se traduce en una distorsión entre el costo y el gasto médico. Todo riesgo financiero derivado de mayores costos e incertidumbre de ingresos se potencia ante la falta de conocimiento perfecto, respecto al costo de los procesos en las intervenciones médicas.

No son los habituales esquemas de marketing que utiliza el mercado los resortes válidos para revertir la irracionalidad y fragmentación, la dilución de la responsabilidad, las fugas presupuestarias y el alto costo que hoy impera en el área de la salud.

Además, *no se trata del juego de la oferta y demanda* como si fuera un supermercado con distintas góndolas. No basta, para el equilibrio en salud, con disponer de una buena oferta si no se cuenta con los conocimientos científicos que nos ayudan a elegir.

En definitiva, si partimos de la perspectiva mercantilista, lo que tenemos es el mecanismo de oferta y demanda de salud, que implica una tergiversación de lo que debiera ser una adecuada satisfacción de necesidades de salud, por medio de una eficiente producción de atención médica.

Vivimos una desvalorización sanitaria. El valor del médico se pierde. La salud está agonizando a ojos vista, pero nadie parece hacerse responsable más que para, en el mejor de los casos, resolver la urgencia. Debemos *pasar de administrar el caos para gestionar un reordenamiento profesional* que supere barreras jurisdiccionales burocráticas y que integre los subsistemas para optimizar recursos y, sobre todo, hacer a todo el sistema más equitativo, lo que no significa otra cosa que más justo. Más humano. Más saludable. ■

(*) 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



LA BÚSQUEDA DE CONSENSOS FRENTE A LA PUJA DISTRIBUTIVA EN SALUD

El jueves 17 de agosto de 2023 se realizó el undécimo Congreso Argentino de Auditores y Gerentes de Salud, organizado por la Asociación Argentina de Auditoria y Gestión Sanitaria (SADAM) y que tuvo lugar en el flamante auditorio del Centro Cultural y de Capacitación “Prof. Dr. Ramón Carrillo” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El tema que se abordó este año fue “El sistema de salud frente a las nuevas realidades sociales: la puja distributiva en el sector”, que desarrollaron importantes oradores del ámbito público y privado, y contó con la presencia de más de 200 participantes.

En el inicio del congreso, la Prof. Farm. Estela Izquierdo, presidente de SADAM, compartió unas palabras de bienvenida, en las que señaló que el Sistema de Salud ha atravesado y está atravesando una serie de retos, como es la puja distributiva: “una lucha entre distintos actores que pertenecen a un mismo sector que tienen la característica de tener una profunda interrelación entre todos ellos, que compiten por la asignación de los recursos, los cuales por definición son escasos. Si a esto le sumamos el contexto económico desfavorable, esta lucha por la ampliación de los recursos, ya sean monetarios, humanos o tecnológicos, toma una dirección que compromete no solamente el funcionamiento actual y básico, sino también el futuro de todo el sector en el ámbito de salud”. En este sentido planteó

que el congreso pueda ser un espacio de debate y de aporte frente a todas estas temáticas.



Dra. Silvina Benchetrit

Fue la Dra. Silvina Benchetrit, gerente de evaluación y planificación del medicamentos, insumos y prótesis del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, la encargada de abrir el congreso con la conferencia “Estandarización de procesos asistenciales en la gestión del alto costo: Experiencia en el Ministerio de Salud del GCABA”.

En ella, compartió el trabajo que se viene realizando desde el 2018: “Es una gestión dentro de lo que es el alto costo, que tiende al consenso entre las diferentes partes de la estandarización de procesos asistenciales que nos permitan una gestión más eficiente, teniendo una mirada 360 de todo lo que acontece, nos sucede y nos atraviesa, tratando de que todas las partes sean atendidas”. Indicó que para lograrlo se realizó un proceso que incluyó: un diagnóstico de la situación, sobre la población objetivo, usos, gastos y procesos; la evaluación de tecnologías sanitarias, como metodología de trabajo a fin de hacer indica-

ciones basadas en evidencias; la estandarización cómo implementación; el consenso permanente entre los equipos para evaluar la factibilidad; la implementación; el análisis y sobre ese análisis de los resultados, para hacer un “recalcando” de esa implementación.



Dr. Alejandro Ciancio

En la primera mesa de debate se abordó el tema “La búsqueda de consenso entre el binomio Financiadador-Prestador”, por el Dr. Alejandro Ciancio, director médico de la Clínica Montegrande, y el Dr. Pablo Freire, gerente de gestión de prestadores en Swiss Medical. En su disertación, el Dr. Ciancio, planteó que el objetivo es buscar “relaciones equitativas que beneficien a ambas partes y mejoren la calidad de eficiencia de los servicios de salud, y a su vez, que sean sostenibles, ya que si no es imposible funcionar”. Señaló que cada financiador y prestador, debe empezar a medir y objetivar la discusión para poder encontrar soluciones más concretas: “los financiadores tienen los costos de inversión, que cada vez son más altos y con más pagos en dólares, con lo cual cada vez debemos tener más inventiva como para encontrar soluciones a cuestiones que no son adecuadas a la realidad de la Argentina. Muchos tienen procesos para medir estas cuestiones.



Farm. Estela Izquierdo

Pero ¿están todos los procesos establecidos?”. En este sentido, señaló que es necesario “trabajar en calidad y acreditar las instituciones, tener el panel de desarrollo, que aseguren lo que estamos trabajando”.



Dr. Pablo Freire

Por su parte, el Dr. Pablo Freire, remarcó que “sin información no hay gestión” y que es necesario trabajar en la construcción de esa información, para que sea “tan transparente para el prestador y tan efectiva para el financiador que la discusión pase a ser estrictamente objetiva y numérica, y no permita grises y discusiones que no lleven a buen puerto”. En este sentido, continuó “¿Cuál sería el norte para construir la información?”, y considerando el rol del auditor, que frente a la masividad de la información, debe saber dónde tiene que poner foco y mostrar los resultados, propuso como posible punto de partida, trabajar donde está el consumo.



Dr. Benjamín Surace

La mesa siguiente, trató el tema “**Medicamentos y Tecnología: Rol de los proveedores, Prestadores y Financiadores**”, que abrió el Dr. Benjamín Surace, gerente de planificación de la Obra Social de Gastrónómicos, en la cual señaló la necesidad de tener una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías, como

pueden encontrarse en países como Alemania, Canadá, Brasil, Colombia y México. Desde el 2018, la Argentina tiene la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías (CONETEC), que cuenta con una Coordinación General, área administrativa, área de participación ciudadana, mesa de asesoramiento normativo, y luego, las entidades de supervisión metodológica que son institutos de evaluación de tecnología que están fuera del área del Ministerio: IECS, IMSSET, REDARETS, CUFAR y CETSA, entre otros. En la última resolución de julio de 2023, señaló que “la CONETEC se convirtió en un organismo desconcentrado como el Malbrán, por ejemplo, y todas las instituciones, como para darle alguna mejor jerarquía a la CONETEC, pero sigue siendo *ad-honorem* y sigue sin tener un presupuesto para trabajar”.



Dra. Jimena Fernández Bartolomé

Le siguió la Dra. Jimena Fernández Bartolomé, gerente de acceso estratégico en Beckton Dickinson, quién compartió el contexto actual de postpandemia en el que se encuentra el sector de la industria farmacéutica multinacional, y respecto de la Argentina, señaló que “existe una problemática que es crítica en relación con las SIRAS debido al contexto político y económico. Hay restricciones a las importaciones por el Banco Central de la República Argentina y lo que hacen es que se estén demorando las aprobaciones de las SIRAS. Estamos teniendo demoras de hasta 3 meses en liberar la mercadería”. Como una de las consecuencias de esto, mencionó: “hace dos semanas se vencieron reactivos de tuberculosis y los tuvimos que tirar, y ese costo lo asume la compañía. Esto a su vez, implica un no cumplimiento con las entregas de las licitaciones porque la mercadería está retenida”.

Quién cerró esta mesa, fue el Dr. Gabriel Montero, director de gestión de la Clínica del Parque Centenario, quién



Dr. Gabriel Montero

habló sobre entender a la salud como inversión y no como gasto: “es una inversión porque el gasto en la partida no tiene recupero y la inversión en salud lo tiene en capital humano, en producto bruto interno, en un montón de cosas, pero además de eso en ética. Y va a seguir creciendo, mientras la clase media de la sociedad siga demandando estándares de cuidado que consideren apropiados”. Por otro lado, señaló a la desigualdad social como factor: “hay que tener en cuenta los determinantes sociales, socioeconómicos y socioeconómico ambientales. Hay que mirar que la desigualdad, y no solo la pobreza, causa enfermedades, por ejemplo: el estrés social”. Por último, señaló que “cada sociedad, en la medida en que hace una mayor inversión en términos de lo que significa la inversión en salud, baja la mortalidad infantil de menores de 5 años”.

Durante el Congreso, se realizó la entrega de distinciones que SADAM hace a los auditores y gerentes de salud que se han destacado por su trayectoria y aporte a la comunidad. En esta oportunidad, se distinguió al Dr. Carlos Alberto Romero, gerente regional del ITAES.



La siguiente conferencia estuvo a cargo del Dr. Ezequiel Luna, coordinador médico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio Güemes, quien abordó la temática **“Inteligencia Artificial. Nuevos Desafíos Aplicados en Salud”**. En su conferencia, el Dr. Luna citó a Daniel Kraft, director en la Universidad de la NASA, para señalar que nos encontramos frente a un “tsunami digital”, y que la ciencia de la salud se iba a ver enfrentada a este tsunami, y “tenemos que ver si estamos preparados para surfear toda esta tecnología”.



Dr. Ezequiel Luna

Luego, abordó el tema de la ciberseguridad, en la que ejemplificó algunos casos de ataques en seguridad informática sufridos por instituciones de salud como el hackeo a OSDE, al Hospital Clínic de Barcelona, que durante ese período debió suspender 150 cirugías no urgentes y cancelar de 2.000 a 3.000 consultas ambulatorias, y el hackeo a PAMI “afectando a muchos afiliados sin poder tener sus recetas, retrasos en el pedido de materiales, prótesis y todo por no tener buenos sistemas de seguridad”. En esta línea, señaló que si queremos la informatización de las instituciones en salud es necesario hacer una inversión en la correspondiente seguridad informática.

La última mesa de disertaciones **“¿Qué responsabilidad legal tiene el auditor?”**, estuvo a cargo del Dr. Ignacio Raddi Orueta, jefe de auditoría médica y legal del Sanatorio Finochietto, y del Dr. Carlos Escudero, director de la carrera de Médico Especialista en Auditoría Médica.

En su conferencia, el Dr. Raddi Orueta, señaló que, desde el aspecto legal, al auditor médico le corresponde realizar un “correcto y completo registro de lo actuado”, lo que implica “documentar y fundamentar las decisiones tomadas, dejando constancia de todo en un informe de auditoría”. Por documentar, indicó que se debe tratar sólo la información que sea necesaria y relevante para el análisis del caso, que cuente al menos con: orden de práctica, medicación, resumen de historia clínica, estudios previos reali-



Dr. Ignacio Raddi Orueta

zados, y dependiendo del caso: presupuestos, interconsultas para 2da. opinión, etc. con el fin de contar con información más completa y gestionar alternativas.

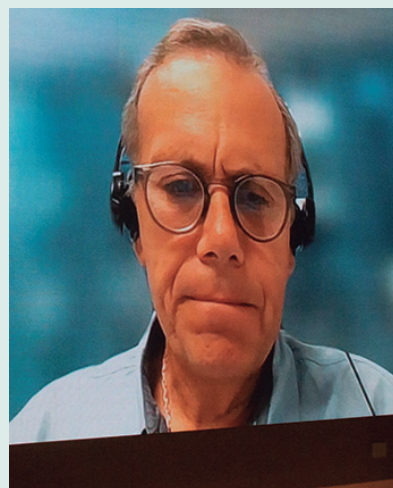
Por su parte, el Dr. Escudero, agregó que se debe auditar por la necesidad y no por demanda, y consideró que para prevenir la mala praxis en salud, los médicos auditores deben considerar la regla de las 4 “D”: dedicación al estudio y a la persona; la discreción, tener prudencia; diligencia, hacer en búsqueda de resultados, en el contexto de la calidad, y, por último, poder demostrarlo con evidencias. En caso de no cumplir con alguna de estas, se estaría dando una impericia, imprudencia, negligencia, y “no prueba”, respectivamente.



Dr. Carlos Escudero

Por último, la conferencia de cierre estuvo a cargo del Dr. Federico Tobar, sociólogo y economista de salud, asesor de sistema de salud y financiamiento en el fondo de población de las Naciones Unidas, quien abordó el tema **“Perspectivas Futuras para el Sistema Argentino dentro de un escenario inflacionario”**. En su conferencia, el Dr.

Tobar expuso una serie de ejemplos del funcionamiento de las coberturas de salud en diferentes países de Latinoamérica, respecto de las que destacó: “los sistemas de América latina tienen por lo menos a la luz de las grandes lógicas, de la decisión sanitaria, del modelo de gestión, del modelo de financiación y del modelo de atención, problemas comunes que son: los cuidados diferentes, las utilidades difusas, es decir, la fragmentación del sistema, la superposición de las coberturas, la duplicación de las atenciones y de las responsabilidades, y los recursos insuficientes.



Dr. Federico Tobar

Uno de los mayores problemas que tiene el sistema de salud argentino es la financiación; la falta de flujos positivos, es decir, tenemos una financiación muy vinculada al mundo del trabajo cuando justamente hay más desempleo, la existencia de las crisis en cuanto más recursos se necesitan para financiar los sistemas”.

En este sentido, mencionó que la falta de financiamiento es lo que primero que se debería ajustar con recursos adecuados, y también buscar vías de solución: “hay varias soluciones que se han incorporado en otros países que se podrían tomar en la Argentina, por ejemplo, en Nigeria, se sancionó una ley que establece que ni el gobierno nacional ni los gobiernos provinciales pueden gastar menos del 10% del presupuesto público en salud”.

Para finalizar, la Prof. Farm. Estela Izquierdo, agradeció la presencia de todos los participantes y a los disertantes por su valioso y enriquecedor aporte en este debate que afecta actualmente al sistema de salud: “hemos llegado al acuerdo de lo importante que es el consenso, trabajar todos juntos, con calidad y dignamente, llegando a acuerdos para que nadie pierda, y realmente todo sea en pro del paciente, su seguridad y a la vez brindando una atención de calidad”. ■

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



LA NECESIDAD DE INCORPORAR REAL WORLD DATA Y REAL WORLD EVIDENCE EN LA ARGENTINA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Definimos Real World Data (RWD) como “Datos usados para tomar decisiones sobre medicamentos o procedimientos médicos que se recogen fuera de los ensayos clínicos aleatorizados”. En otras palabras, es la recopilación de datos sobre medicamentos, pacientes y enfermedades en un contexto no experimental (ISPOR - International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research).

Los datos (Real World Data) son los que debidamente analizados nos conducen a las evidencias (Real World Evidence). Entre ambos colocamos los procesos analíticos que nos permiten convertir datos en evidencias.

Hay muchos tipos diferentes de investigación que se ajustan a la definición de estudios basados en RWD, dependiendo de diferentes diseños y fuentes de datos, lo que hace que debemos tener cuidado a la hora de comunicar e interpretar los resultados. Los proyectos basados en RWD pueden ser comparativos o descriptivos, retrospectivos o prospectivos.

Los estudios observacionales basados en datos reales obtenidos de la práctica clínica diaria (Real World Data, RWD) no sustituyen los datos de seguridad y eficacia generados por los Estudios Clínicos Aleatorizados (ECA), pero los complementan y amplían ya que se obtienen de un entorno clínico real. Los Ensayos Clínicos Aleatorizados siguen siendo los Gold Standard en investigación clínica.

La siguiente tabla muestra las principales diferencias entre Estudios de RWD-RWE y los ECAs:

Características	Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs)	RWD – RWE
Tipo de estudio	Experimental	Observacional
Centrados en	Eficacia, seguridad y calidad	Efectividad, eficiencia, valor
Grupos de pacientes	Limitados	Amplios
Costos	Mayores	Menores
Riesgos y beneficios	En el corto plazo	En el largo plazo
Estudios de adherencia	No	Si
Monitorización	Intensa	No es necesaria
Aleatorización y ciego	Si	No

Entre los beneficios que pueden aportar los estudios de RWD por sobre los ECAs se encuentran: ⁽¹⁾

- Estimaciones de la efectividad de un tratamiento o práctica más que de la eficacia, en una variedad de escenarios clínicos diferentes.
- Comparación con múltiples alternativas de investigación o estrategias clínicas para informar de opciones terapéuticas óptimas, más allá del uso del placebo como comparador.

- Estimación de los riesgos y beneficios de una nueva intervención, incluyendo los beneficios y daños a largo plazo.
- Obtención de resultados clínicos en una población diversa que refleja el rango y la distribución de los pacientes observados en la práctica clínica y no solo los grupos experimentales.
- Resultados obtenidos desde una perspectiva más amplia que en los ECA tradicionales (resultados informados por los pacientes, calidad de vida y síntomas).
- Datos utilizables para cálculo de los costes de los servicios de salud y evaluación económica.
- Información de cómo un producto es aplicado y prescrito en la práctica clínica y cuál es la adherencia al mismo.
- Datos en situaciones donde no es posible llevar a cabo un ECA.

Fuentes de datos para RWD y RWE

Las fuentes donde se obtienen los datos para los estudios de RWD-RWE son:

- Historias clínicas electrónicas.
- Registros de enfermedades.
- Información generada por dispositivos electrónicos vinculados con la salud (los llamados wearables).
- Encuestas a pacientes y médicos. Patient Reported Outcomes (PROs).
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Asociaciones de pacientes.
- Facturas por pagos de servicios médicos.
- Datos de seguros médicos.

Utilidades del RWD y RWE

Entre las utilidades de la RWD y RWE podemos enumerar las siguientes:

- Identificar la existencia de alguna necesidad clínica no satisfecha.
- Estudios poblacionales, demográficos, epidemiológicos.
- Estudios de mercado, etc.
- Valor agregado de un medicamento.
- Seguridad y efectividad en el mundo real.
- Farmacovigilancia.
- Identificar pacientes en las que el producto funciona mejor.
- Otras utilidades y beneficios del medicamento.
- Evaluación de tecnologías: estudios de costo-efectividad.
- Estudios de adherencia.
- Detectar si el uso del fármaco es óptimo, por ejemplo, si se está utilizando a la dosis que la compañía farmacéutica recomienda.
- Contratos de riesgo compartido.

Utilización por Agencias Regulatorias: ⁽²⁾

De acuerdo con la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) la aprobación de medicamentos usando EMR subió en el mundo del 49% en 2019 al 75% en 2020.

Algunos países que están incorporando los datos del mundo real en la toma de decisiones regulatorias sobre medicamentos huérfanos: Estados Unidos, Canadá, China y Australia.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) hasta el 2020 había realizado 88 análisis de fármacos basándose solo en EMR.

Utilización por la Industria

Pfizer ha creado una división específica de RWE y colabora con diversas organizaciones e instituciones para acceder a bases de datos globales y generar evidencias que respalden sus productos. Por ejemplo, para evaluar la efectividad de su vacuna contra el neumococo en adultos mayores.

Roche ha desarrollado una plataforma digital llamada NAVIFY, que integra RWD con datos clínicos y genómicos para facilitar la toma de decisiones personalizadas en oncología. Además, Roche ha establecido alianzas con proveedores de RWD como Flatiron Health o Fundación Medicine para acceder a datos de alta calidad sobre pacientes con cáncer.

Novartis ha apostado por el uso de RWD y RWE para acelerar el desarrollo de terapias innovadoras, especialmente en áreas terapéuticas con necesidades médicas no cubiertas. Novartis ha colaborado con organizaciones como IQVIA, COTA o Medidata para generar evidencias que apoyen el diseño y la ejecución de sus ensayos clínicos, así como la evaluación post-comercialización de sus productos.

La necesidad en nuestro país

Nuestro país está en pañales respecto a esta tecnología. Si bien se ha avanzado mucho en una agenda digital, aún es poco el impacto en el tema farmacéutico nacional.

Sería muy importante incorporar esta tecnología y estos estudios para mejorar la aprobación e inclusión de medicamentos de alto costo, las nuevas terapias génicas, y otros tratamientos.

Resultaría de mucha utilidad para los aspectos regulatorios

del ANMAT para la farmacovigilancia, para complementar los ECAs presentados por la industria a fin de aprobar un medicamento, para la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) a fin de evaluar el valor y la efectividad de los medicamentos, para la firma y el seguimiento de los contratos de riesgos compartidos que pudieran firmarse.

Pero también podría ser utilizado para estudios poblacionales, epidemiológicos, para la detección de necesidades, para estudios de adherencia a tratamientos de programas como TBC, para el análisis de la opinión de los ciudadanos en diferentes temas sanitarios.

En definitiva, resultaría de un gran avance para la gobernanza del Ministerio de Salud de la Nación sobre todo el sistema sanitario. ■

REFERENCIAS

1) Aportación de los "Real World Data (RWD)" a la mejora de la práctica clínica y del consumo de recursos de los pacientes. JOSÉ L. GARCÍA LOPEZ, JUAN E. DEL LLANO SENARÍS, JORGE DEL DIEGO SALAS, JOSÉ M^a RECALDE MANRIQUE. © Fundación Gaspar Casal.

2) Real World Data y Real World Evidence: un nuevo paradigma. CAEME 2021.

(*) Médico - Especialista en Salud Pública



www.sanidad.org.ar

GASTO EN SALUD: CONTRADICCIONES



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

"Las ideas tienen la capacidad de revertir los hechos".
Susana Rivara de Milderman

En la Italia de la Post Guerra, nace el neorrealismo italiano, emblema cinematográfico narrativo, que abrió las compuertas a una cartografía conceptual y perceptiva, que nos llega hasta hoy y nos atraviesa, interrogándonos como sociedad, ¿dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos como humanos? ¿Cómo resolvemos? ⁽¹⁾

El neorrealismo italiano es un movimiento que surge de una constelación de pensadores, filósofos, escritores, directores, guionistas, como reacción al régimen fascista de Mussolini, que los italianos padecían desde 1922. Sus exponentes más destacados Cesare Zavattini, Roberto Rossellini, Luchino Visconti, Vittorio De Sica... ⁽²⁾ solo para nombrar algunos. ⁽³⁾

La idea central de este artículo es una invitación a reflexionar, pensar y accionar. Aventurarnos a descubrir herramientas metodológicas transdisciplinarias (cine, filosofía, epidemiología, sociología, historia, bioestadística etc.) que nos ayuden a comprender la realidad, más allá del espanto... O del entusiasmo...

Todo movimiento como el neorrealismo, nace de la conjunción de ideas, sentimientos, emociones, como reacción a un suceder que atraviesa a multitudes.

La inversión y su impacto en salud

Comprender el impacto de la inversión en salud, es un ejercicio interesante en la búsqueda de respuestas, más aún cuando podríamos estar interpretando la realidad desde un contexto psicoemocional impregnado de prejuicios o "arquetipos": modelo que da lugar a los conceptos, prácticas y valoraciones.

Un sello que adquirimos, y que al igual que el que utilizamos, en la práctica médica, podría estar antiguo, gastado... Esto sucede con modos de ver y accionar, que solo llegan a un territorio limitado de visión, significa que hoy necesitamos, más elementos para definir, como invertimos nuestro potencial humano en contextos disímiles, atravesados por incertidumbres y tensiones.

En sociedades difractadas por desigualdades bochornosas ⁽⁴⁾ y

donde los grandes desarrollos de países poderosos no reflejan la solución a los dramáticos problemas poblacionales: cambio climático, inseguridad alimenticia, contaminación ambiental, epidemias y pandemias, huella ecológica, falta de recursos hídricos, migraciones, pérdida de recursos humanos esenciales, violencia, etc.

Todo esto frente a la Cuarta Revolución Industrial, escenario que genera un impacto en la vida toda. Impregnando con la tecnología y donde la inmensa mayoría no está preparada ⁽⁵⁾, frente a un "Choque de narraciones sobre el trabajo en medio de intensos procesos de digitalización, automatización, y robotización" (Jorge Riechman). ⁽⁶⁾

Es evidente que el relato del espejismo, sobre progreso global y su difracción en desigualdades sociales, calentamiento global, escasez de energía y materiales, degradación de esos materiales, ralentización de la economía, representan solo una parte del gran iceberg que emerge con aristas inéditas, en la historia del ser humano en el planeta.

¿Cómo pueden justificarse, los magros recursos destinados a profesionales médicos y los daños colaterales en su calidad de vida (*multiempleo*)? Todo esto también deja huella ecológica...

Para citar un pequeño ejemplo: la pandemia objetivó la tragedia en el planeta, de 15 millones de vidas perdidas prematuramente, además de las no registradas, lo que se suma la prevalencia de las secuelas del Long COVID, con un impacto Eco-Ambiental aún no evaluado.

Los aplausos a los médicos no evitaron salarios mínimos, que no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. Comenzó una **deserción alarmante de médicos** en lugares estratégicos del Sistema de Salud.

Estamos perdiendo médicos generalistas, de familia, pediatras y otras especialidades. Situación que se replica desde Europa hasta la Argentina. La feminización de la profesión médica está indicando que tenemos, un largo camino para recorrer acerca de derechos y remuneraciones.

Invertir en más tecnología, es indispensable, pero no va a resolver las tensiones estructurales en la trama de los sistemas de salud. El sesgo en definir los problemas tiene su raíz en las ideas de quienes los plantean y aquí vamos a necesitar conocer la magnitud de estos y nuestra escala real de abordarlos.

No se puede evitar la robotización, ni la I.A., sin embargo, el trabajo humano será irremplazable, pero diferente a todo lo antes conocido.

La inversión en tecnología médica exigirá una regulación epidemiológica del Estado, con potestades de fiscalización sanitaria y evaluación de daños colaterales relacionados a impacto ambiental en la fabricación y empleo de estos elementos, como así también los efectos en la diversidad laboral.

Más allá del riesgo, significa, una gran oportunidad de estudios académicos en estrategias de intervención y evaluación Eco-Ambientales. **Las Facultades de Medicina no podrán estar sujetas al libre mercado...**

La huella ecológica

La huella ecológica ⁽⁷⁻⁸⁾, es un indicador para conocer el grado de impacto de la sociedad sobre el ambiente. El concepto fue propuesto en 1996 por William Rees y Malthus Wackernagel. Es una herramienta para determinar cuánto espacio terrestre y marino se necesita para producir todos los recursos y bienes que se consumen, así como la superficie para absorber los desechos que se generan, usando la tecnología actual.

En el sector Salud, estamos muy lejos de evaluar el impacto de los recursos tecnológicos, y de insumos en el ambiente. La falta de



énfasis en **la Atención Primaria de la Salud** y su efecto en la sobrecarga de los diferentes niveles de complejidad genera gastos inútiles; dimensión desconocida por financiadores y gestores del Sistema de Salud.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud / O.M.S. y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia / Unicef, convocaron a una conferencia internacional de trascendencia histórica donde participaron 136 países, 67 organismos internacionales, y múltiples organizaciones no gubernamentales, donde se delinearon 10 puntos esenciales para alcanzar la **“Salud para todos en el año 2000”**. Se consensuaron 10 puntos básicos y estructurales:

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La Atención Primaria de la Salud se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

Pasaron 45 años, la mayoría de las sociedades ignoran estos principios básicos de supervivencia.

La mercantilización de la vida desata hoy “La Época de las pasiones tristes” ⁽⁹⁾ en sociedades impregnadas de odios y antagonismos. La violencia que padecen los equipos de salud, médicos con burnout o síndrome de cabeza quemada, la judicialización de la medicina, la crispación social son síntomas que emergen como objetivación de una multiplicidad de dimensiones que es posible decodificar: desigualdades sociales, ciudades deshumanizadas, confinamiento habitacional, niñez y adolescencias con precariedades en su crecimiento y desarrollo (no solo de grupos vulnerables, también en grupos de grandes exigencias educativas de presión), etc.

La Atención Primaria de la Salud ⁽¹⁰⁾, no solo es una metodología esencial aplicable a todos los niveles de complejidad. Es una matriz conceptual, esto significa un conjunto de ideas y estrategias que están interconectadas, por lo que las especialidades como pediatría, adolescencia, medicina familiar, medicina generalista, salud mental suelen ser más empáticas. **Pero que ninguna de las otras podría ignorar...**

Hoy **es imposible** abordar todo acto médico, de gestión en salud, de financiación de tecnología, sin conocimiento de la sociedad, de las interrelaciones del ser humano en cada ciclo vital con su espacio / tiempo, su Eco-Ambiente todo esto factible de investigar, evaluar y obtener indicadores epidemiológicos de los procesos de salud / enfermedad, discriminados por grupos etarios, ámbitos geográficos y tiempo.

En un tiempo desafiante, seamos creativos, descubramos en el conocimiento, la oportunidad escondida en los pliegues del peligro.

La APS es una estrategia de intervención indispensable, que no compite con la tecnología y jerarquiza los vínculos de todos los protagonistas del Sistema de Salud, instala la interdisciplina como herramienta metodológica estratégica en la integración de la trama humana. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Unam.mx-<http://enp3.unam.mx/revista/articulos/6/neorrealismo.pdf>
2. Milagro en Milán Vittorio de Sica Film - https://www.youtube.com/watch?v=vCC-DFT_KNo
3. <https://www.agenciapacourondo.com.ar/cultura/milagro-en-milan-un-film-renacentista>
4. Le Monde Diplomatique “El Atlas de las desigualdades” “Claves para entender un mundo injusto” / Capital intelectual / Courrier international.
5. La cuarta revolución | The UNESCO Courier La cuarta revolución | The UNESCO Courier
6. Riechman Jorge ¿Derrotó el Smartphone al movimiento ecologista? / Ed. Catarata.
7. ¿Qué es la huella ecológica? Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)
8. CONICET Huella Ecológica - La Huella Ecológica: Un análisis de su origen conceptual y sus transformaciones metodológicas - <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187015>.
9. Dubet Françoise - La época de las pasiones tristes / Ed. siglo XX.
10. <https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-internacional-desigualdades-acceso-la-salud-la-centralidad-la-atencion-primaria>.

(*) Médica sanitaria - Epidemióloga



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

¿YA SE ENSEÑA “MEDICINA DIGITAL” EN LA FACULTAD DE MEDICINA?



Por Santiago Troncar (*)
@stroncar

La “medicina digital” dejó hace tiempo de ser un concepto liderado por tecnólogos y médicos “early adopters”: hoy es una realidad en la vida de los pacientes y de todos los profesionales de la salud.

Esta nueva realidad y tendencia nos obliga a plantear algunas preguntas básicas desde y para la comunidad médica... ¿Sabe un profesional médico cuál es el marco legal de la salud digital en la Argentina? ¿Cuánto sabe un médico sobre sus derechos y obligaciones (y los del paciente) sobre historia clínica digital, las recetas y órdenes electrónicas, las regulaciones sobre protección de datos personales, la cobertura de su seguro y/o la legalidad de los actos médicos remotos de telemedicina como la mensajería digital, la videoconsulta o la interconsulta virtual?

¿Conocen los profesionales la nueva evidencia médica que se viene publicando en todo el mundo, desde hace ya años, sobre la eficacia del uso de herramientas digitales en el seguimiento de pacientes crónicos? ¿Se les enseña a los estudiantes sobre el creciente uso de apps y dispositivos de seguimiento remoto de pacientes, sobre inteligencia artificial y sobre el adecuado uso de tecnologías para prevenir, educar y acompañar a los pacientes? ¿Somos conscientes de que en otros países los médicos ya les indican a sus pacientes “terapias digitales”, bajo estricta prescripción médica, servicios médicos digitales basados en software con AI que son aprobados regulatoriamente por la FDA después de analizar su evidencia publicada?

Estas y muchas otras preguntas son las que a diario se hacen los profesionales y estudiantes de las ciencias de la salud, quienes son testigos directos de la creciente adopción de tecnología en la vida de los pacientes, en su práctica médica diaria y en la evidencia que leen.

Es por eso que nos parece apropiado preguntarnos si las universidades y los centros académicos están actualizando sus programas científicos para sumarle las “habilidades digitales necesarias” (digital literacy) para conocer y saber usar las herramientas tecnológicas que están irrumpiendo en la medicina desde ya hace algunos años, transformando los servicios de salud para los pacientes y las instituciones.

Veamos primero el marco estratégico que nos proponen algunas de las instituciones referentes en salud, globales, regionales y locales, que podrían guiarnos en las necesidades y oportunidades que abre la tecnología para el sector:

- En 2019 la OMS publicó su “Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025” y ese mismo año publicó su primera Guideline sobre Telesalud: “Recommendations on digital interventions for health system strengthening”.
- En 2019 el Estado Argentino publicó su “Estrategia de Salud Digital de Argentina”.

- En 2021 la Organización Panamericana de la Salud publicó un documento llamado “Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud”.
- En 2022 el BID publicó su documento clave sobre el tema: “La gran oportunidad de la salud digital en Latinoamérica y el Caribe”, donde delinea cuáles son las oportunidades de la medicina digital y los pilares sobre los cuales esta se puede llevar adelante.
- En 2021 fue publicado el “The Topol review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future”, un trabajo de investigación contratado por el Gobierno de Gran Bretaña, liderado por el “médico tecnólogo” Eric Topol, destinado a pensar cómo debería ser capacitada la fuerza laboral de salud.

En todos estos documentos y estrategias se destaca la oportunidad y la necesidad de promover conocimiento y adopción de herramientas como:

- ✓ Conectividad a internet para instituciones, profesionales de la salud y pacientes.
- ✓ Historia clínica digital.
- ✓ Telesalud y telemedicina.
- ✓ Telementoring y otras herramientas de capacitación continua para profesionales.
- ✓ Data privacy y gobernanza de los datos.
- ✓ Redes sociales e internet como herramientas educativas y de prevención para pacientes.
- ✓ Mobile apps, companion apps y terapias digitales.
- ✓ Dispositivos, sensores, wearables y plataformas de seguimiento digital y remoto de pacientes.
- ✓ Robótica.
- ✓ Realidad virtual y realidad aumentada.
- ✓ Data science.
- ✓ Inteligencia artificial.
- ✓ Genómica.

Cada año se presentan en el congreso anual de la HIMSS, el encuentro global más importante en tecnología para la salud, una docena de universidades americanas y centros médicos de excelencia que lideran la oferta de educación e investigación en medicina digital, entre las cuales se destacan prestigiosas instituciones como Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Mount Sinai y la Universidad Johns Hopkins.

Respecto de la oferta académica de salud digital en universidades americanas:

- Stanford University ofrece programas relacionados con la salud digital a través de su Escuela de Medicina y su Departamento de Ingeniería Biomédica.
- Harvard: la Escuela de Medicina de Harvard y la Escuela de Salud Pública de Harvard han estado involucradas en la enseñanza e investigación de la salud digital.
- La University of California es conocida por su enfoque en la tecnología y la innovación en la atención médica. Ha ofrecido programas relacionados con la salud digital.
- La Universidad de Michigan tiene un Centro de Innovación en Salud Digital que ofrece programas y cursos relacionados con la salud digital.
- La Escuela de Medicina de Johns Hopkins ha estado involucrada en la investigación y la educación en el campo de la salud digital.

La propia HIMSS.org tiene una variada oferta de servicios educativos y de certificación desde su centro de Profesional Development, a través de programas presenciales y digitales, buscando hacerle llegar nuevas herramientas y skills a la comunidad médica y tecnológica internacional.

En la Argentina las universidades que ofrecen carreras de grado en Medicina aún tienen pendiente sumar la “salud digital” a sus programas formales con acreditación oficial, mientras algunas instituciones u organizaciones académicas internas que ofrecen posgrados son las que van sumando estas tendencias y herramientas a su oferta académica:

- La Facultad de Medicina de la UBA desde el Laboratorio de Innovación de su Instituto de Salud Pública.
- La FCB de la Universidad Austral ofreciendo su programa de “IA y ciencia de datos en medicina” junto con el Instituto Universitario CEMIC.
- El Instituto Universitario del HIBA desde su Maestría en Informática en Salud y sus múltiples programas vinculados.
- La Universidad Nacional de Cuyo a través de su Diplomado de Posgrado en Telemedicina.
- La Facultad de Derecho de la UBA desde el Programa de Actualización en Salud Digital organizado por su Observatorio de Salud.
- La Universidad Favaloro con su Diplomatura en Inteligencia Artificial aplicada a la Medicina.
- La UCEMA desde su flamante Posgrado en Health Management.
- La Universidad de San Andrés desde su programa Health Tech.
- Algunas Sociedades médicas líderes como la SAR, SAD, CAO, SAO, SAC, entre otras, que desde hace años ofrecen capacitación en temas de telemedicina y salud digital.
- Programas de capacitación de organizaciones non profit especializadas como TISAC.org.ar, el HIBA, y cámaras o asociaciones como ACTRA, CADIME, CADIEM, entre otras.
- Programas educativos para emprendedores desde incubadoras/ aceleradoras como The Hive, del Hospital Universitario Austral, o la Fundación Barceló, desde su programa Incubando Salud.

En julio de 2023 el New England Journal of Medicine publicó un interesante artículo titulado “AI and Medical Education - A 21st-Century Pandora’s Box”, donde sus autores Avraham Cooper, M.D., and Adam Rodman, M.D., M.P.H., frente a la intempestiva arremetida de la inteligencia artificial, se hacían una pregunta que muchos directivos de instituciones académicas se deben estar haciendo frente a la tecnología en general y a la medicina digital en particular.

“Claramente, las arenas de la educación médica se están moviendo (y ya se han movido) bajo nuestros pies, lo que deja a la disciplina con una elección existencial: ¿adoptan los educadores médicos un enfoque activista para integrar la IA en la capacitación médica, preparando deliberadamente a la fuerza laboral médica para el futuro seguro? ¿Y el uso adecuado de esta tecnología transformadora en la atención sanitaria? ¿O permitimos que fuerzas externas gobernadas por incentivos para priorizar eficiencia operativa y ganancias para determinar cómo se ve esa integración? Creemos firmemente que los diseñadores de currículos, los líderes institucionales y de programas y los organismos de acreditación deben comenzar a tomar en cuenta la IA”.

Pensar la medicina del siglo XXI sin el debido aprovechamiento de las nuevas herramientas digitales equivaldría a pensar la medicina del siglo XX prescindiendo de usar laboratorios de sangre o estudios por imágenes. La falsa dicotomía entre la “la relación presencial médico-paciente” versus la “medicina digital” responde a un modelo de pensamiento que ya fue superado por la comunidad médica.

La pandemia nos enseñó a todos que ambas prácticas pueden ir de la mano, y que la tecnología nos ofrece una variedad de herramientas de un potencial formidable para la clínica, tanto a profesionales como a pacientes.

Es por eso que creemos que las instituciones académicas y los centros médicos de excelencia serán los grandes responsables de evaluar su eficacia y guiar a los alumnos y profesionales de la salud en su debida utilización, privilegiando siempre la formación basada un criterio médico integral, que en definitiva será el que prevalezca a la hora de tomar la decisión de usar/no usar una tecnología para cada paciente o contexto específicos.

El nuevo mundo digital nos arroja un guante a los que trabajamos en docencia para el sector de la salud, y nos deja sembrada una pregunta clave... ¿Incorporaremos habilidades en medicina digital o dejaremos que los alumnos y el mercado lo hagan por su cuenta? ■

(*) CEO de FutureDocs Latin America



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**

V CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2023

PRESTADORES DE SALUD PRIVADA EN ARGENTINA: “ES TIEMPO DE QUE LA AGENDA DE LA SALUD SEA UN EJE CENTRAL DE LAS POLÍTICAS DE ESTADO”

Bajo el lema “Tiempo de definiciones”, Adecra+Cedim llevó adelante, en Pilar, el V Congreso de Salud. Referentes del área analizaron la crisis de financiamiento del sector, que se agravó drásticamente en la coyuntura político-económica post PASO. Debatieron sobre modelos de *salud* y remarcaron la necesidad de reformas y el compromiso de todos los actores del sistema.

A lo largo de dos días, 23 y 24 de agosto, Adecra+Cedim -la cámara nacional que nuclea a más de 420 instituciones de salud privada entre clínicas, sanatorios, hospitales privados, laboratorios y centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorio- organizó la quinta edición del Congreso de Salud anual, en el Hotel Sheraton de la ciudad de Pilar, ante más de 800 personas en el auditorio y más de 2100 siguiendo por streaming.

Bajo la consigna “Tiempo de definiciones”, más de 30 referentes del management empresarial en salud y otros analistas del área debatieron sobre la agenda técnica, para la mejora de la gestión en las organizaciones de salud, y la agenda político-empresarial, marcada por la crisis económico-financiera estructural del sector y la situación coyuntural (atravesada por los problemas en la provisión y costos de insumos médicos y no médicos), en el contexto a nivel nacional de fuerte devaluación e incertidumbre política.

“El problema de la salud debe estar en la agenda política y la agenda de la sociedad” fue la principal definición sobre la que coincidieron los expositores. También concluyeron en que la salida a la crisis del sistema “es tarea de los prestadores, de los financiadores, del Estado y de todos los actores de la actividad”.

“En nuestro sector, los ingresos están regulados y controlados y los costos semilibrados, y a pesar de la crisis crónica y de la coyuntura que atravesamos, seguimos ofreciendo medicina de excelencia. Seguimos siendo un gran dador de trabajo y, lo que no es menor, le damos salud al 70% de la población en nuestro país con buenos resultados”, señaló Alfredo Arienti, miembro de la Comisión Directiva de Adecra y director

de la División de Clínicas de Grupo Omint, en la apertura del Congreso de Salud.



Pablo Paltrinieri - Miembro de la Comisión Directiva de Adecra.

En línea con este concepto y en lo que fue la Jornada Político-Empresaria, el segundo día del evento, Pablo Paltrinieri, miembro también de la Comisión Directiva de Adecra y director comercial del Hospital Privado Universitario de Córdoba, se preguntó: “¿Quién de todos los actores de la salud hace el *fronting* con el paciente? ¿Quién es el que genera más empleo? ¿Quién exporta servicios de salud? ¿Quién pone en juego la tecnología y el conocimiento aplicado? El sector prestador. ¿Y quién de todos los actores se está muriendo?”.

“Ojalá que este Congreso de Salud sea la plataforma que necesitamos para

hacer ver a todos los actores de esta actividad, tanto a nivel nacional, como provincial y municipal, y a las autoridades presentes y futuras de Estado que necesitamos una mesa conjunta de diálogo. La solución es con todos adentro”, destacó Paltrinieri.

Por su parte, el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman, graficó: “Según el índice REM, la Argentina proyecta una inflación anual de más del 150%. En este escenario y considerando que nuestro sector no es formador de precios, el desfase entre ingresos y egresos se profundiza”.

“Es tiempo de que la salud sea un eje fundamental de las políticas de Estado”, sentenció Jorge Cherro, presidente de Adecra, en sus palabras de cierre del Congreso y agregó: “El valor de las prestaciones tiene que reflejar la realidad del mercado y la constante búsqueda de la calidad”.

“Sin perjuicio del rol que ocupa cada actor en la cadena de valor del sistema de salud, pongamos a nuestro sector en el lugar que nos corresponde, y tomemos y sostengamos el compromiso de mantener normalizada la cadena de pagos”, pidió Cherro en un mensaje dirigido a las instituciones prestadoras.



Jorge Cherro - Presidente de Adecra.

En relación con las autoridades políticas actuales y futuras señaló: “Necesitamos que las reformas reclamadas durante años trasuntan en la modernización laboral que requiere el país entero, la reforma fiscal que necesita el sector y el ordenamiento que lleve a la estabilidad económico-financiera de la Argentina”.



Marcelo Kaufman - Presidente de Cedim.

Modelos de salud en Latinoamérica. Realidad y desafíos

Hugo Magonza, presidente de Acami y miembro de la Unión Argentina de Salud (UAS), disertó en el panel sobre “realidades, desafíos en torno de modelos de salud en Latinoamérica”. “Quiero referirme a todos ustedes como sobreviviente del sistema de salud”, abrió.



En base a una encuesta de la Universidad de San Andrés, de marzo de 2023, que midió la percepción de la población sobre “los principales problemas que afectan al país”, Magonza mostró que “la inflación, con un 59%; delincuencia, robos e inseguridad, con 36%; y la corrupción, con un 35%, siguen siendo elegidos como los principales problemas, en tanto la salud se ubica en un 7%”.

También se explayó sobre la incidencia de los “aspectos de la transformación epidemiológica en Argentina” y los costos en salud.

En ese mismo panel, Cecilia Hackembruch, gerente general del Centro Nacional de Quemados de Uruguay, ponderó la reforma sanitaria en su país, en 2007, “como una política de Estado”. “Esta reforma cambió el modelo de atención de rectoría y la forma de financiación”, dijo.

Explicó que en el país vecino existe un “Fondo Nacional de Salud, que se sustenta en función de los aportes de bajos y altos ingresos”, y una “Junta Nacional de Salud, regulada por el sistema de finanzas, representantes de prestadores, usuarios y otros actores, donde se proponen metas a todos los integrantes. “El gran desafío es desmedicalizar la salud, corregir las inequidades y barreras de acceso que todavía existen”, resumió.

Por último, Juan Carlos Giraldo, director general de la Asociación

Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), trajo a la mesa un estudio que realizan desde hace varios años, que en su versión 2022, incluye a 94 países y 38 variables respecto de “modelos y organizaciones del sistema de salud”, y apunta a la caracterización basada en “gobernanza”, “modelo” y “financiación”. Analizando los últimos resultados opinó: “Parece que hoy los modelos *bismarckeanos* y guardianes de salud son los mejores. Entre más alto es el gasto, más mejora el sistema”.

La alianza público-privada como una alternativa para la viabilidad del sistema

En otra de las mesas, con la coordinación de Jorge Colina, titular de IDESA, se debatió sobre la necesidad y oportunidad de la alianza entre el sector público y privado.

“Tenemos que pasar de un modelo de competencia a uno de cooperación, incluyendo a lo público y a lo privado”, señaló Arnaldo Medina, presidente de la Asociación Argentina de Salud Pública.

Y entre los ejes más importantes, resaltó la necesidad de “integrar con una cultura de calidad, basada en una guía clínica, y que haya un sistema de costos en salud, transparente, orientado por un modelo de atención”.



“En el sector privado, hay una gran oportunidad en salud digital, y allí puede haber una alianza con el área pública, pero esto requiere de un cambio cultural. Tenemos que pensar en inversiones que contemplen las tecnologías de la información y la comunicación”, puntualizó.

Por su parte, Ricardo Pieckenstainer, director general del Hospital Privado Universitario de Córdoba, compartió, desde su institución, la experiencia sobre el modelo de alianza que se llevó adelante con la obra social APROSS. “Se propuso un modelo reiniciando las actividades del antiguo Hospital Español en base a

previsión presupuestaria, lo cual es justo tanto para la institución como para la obra social”, contó.

“Estamos frente a una circunstancia histórica, convulsionados en una crisis interminable que nos obliga a crecer pensando distinto, y la alianza público-privada tiene que ser una de las herramientas. En ese marco, hay que agregar a los proveedores a la mesa de discusión”, opinó.

Luego, Gabriel Lebersztein, gerente médico de OSECAC, afirmó: “Deberíamos trabajar en objetivos sanitarios, que incluyen financiamiento, aseguramiento, modelo de atención, normas de cobertura, carreras formativas y de posgrado, entre otros ejes”. “Podemos integrarnos sin tener que discutir y solo hacer sinergia, pero para pensar en una alianza público-privada, primero tenemos que trazar esos objetivos sanitarios y apuntar a la priorización”, continuó.

“Tiempo de Elecciones”: el análisis de los periodistas

Al final de la Jornada Político-Empresaria, los líderes de opinión periodística en economía y política Daniel Fernández Canedo (Clarín), Eduardo van der Kooy (Clarín) y Maximiliano Montenegro (A24) trazaron el mapa político y económico de la Argentina a partir de las PASO, el 13 de agosto pasado, y lo que se proyecta para los meses previos y posteriores a las Elecciones Generales de octubre.

“Yo diría que el 13 de agosto se ha dado el escenario electoral más complejo de todos los que se podían dar en la Argentina, con un electorado dividido en tres tercios y una manifestación electoral con niveles de fastidio muy alto”, afirmó Eduardo van der Kooy, y señaló que esto “implicará, de cara a octubre, el rediseño de las coaliciones políticas tal cual están”.

“El Gobierno tiene dos desafíos centrales durante estos meses: cuánto mejor o peor va a estar la dinámica económica, con una proyección de inflación mensual de dos dígitos, y la calle, sumado al hecho de que la coalición a la cual representa está quebrada”.

Desde la mirada macroeconómica, Maximiliano Montenegro opinó que hay un panorama más negativo al corto plazo y una etapa posterior “más alentadora”. “Se vienen meses muy difíciles, pero tenemos un mediano plazo más optimista. Si bien estamos en un escenario inflacionario grande, a la Argentina la espera un mediano plazo con más dólares, ya sin sequía, con más inversión en alimentos, litio y el despegue de Vaca Muerta”, puntualizó. ■

TERAPIAS BIOLÓGICAS Y GÉNICAS: EL ROL DEL ESTADO



Por el Dr. Javier Ramón (*)

Las terapias biológicas y génicas han representado un importante avance en el campo de la medicina, **siendo una alternativa a la terapéutica convencional en patologías de cierta gravedad** y, especialmente, en pacientes con compromiso de su status clínico y su calidad de vida.

Actúan en la mayoría de los casos en forma sinérgica con los tratamientos disponibles para cada patología, presentando como limitaciones:

- ✓ Efectos secundarios sistémicos.
- ✓ Riesgo de reactivación de infecciones latentes.
- ✓ Contraindicación de uso en pacientes con ciertas patologías de base.
- ✓ Requerimiento de dosis repetidas para mantener el efecto deseado.
- ✓ Elevado costo.

En muchos casos el grado de evidencia no ha llegado aún a niveles óptimos como para garantizar la seguridad y eficacia de las drogas en cuestión.

En otros casos tienen aprobaciones parciales: no están aprobadas totalmente por la FDA y la EMA, no tienen aprobación por la ANMAT o bien el prospecto de la molécula tiene aprobación para el uso bajo determinado protocolo y, sin embargo, es prescripta según el criterio personal e individual del profesional actuante sin ajustarse a GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA O RECOMENDACIONES INTERNACIONALES DISPONIBLES.

Todo lo antedicho implica que su indicación debiera ser efectuada en pacientes determinados por un equipo multidisciplinario y sin relación ni

injerencia alguna con la compra y/o negociación del precio, es más, la provisión de las moléculas debería estar administrada y provista por el Estado.

De esta manera se cumpliría con uno de los objetivos: ser una alternativa válida para evitar el progreso de la enfermedad y/o aumentar la sobrevida en el caso de determinadas patologías.

La forma de evaluar la pertinencia en la utilización de estas drogas es a través de procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). Parece haber un consenso general acerca de que algún tipo de ETS es necesaria o al menos inevitable.

Dicho consenso refleja la aceptación, por una parte, de que una ETS ofrece la posibilidad de mejorar la calidad de la atención sanitaria evitando riesgos innecesarios a la población, mientras que **al mismo tiempo puede mejorar el proceso de asignación y distribución de recursos**.

Su ausencia da lugar a la adopción, la difusión y la utilización de tecnologías antes de que se haya comprobado su seguridad, eficacia, efectividad y/o eficiencia tanto clínica como económica.

El objetivo de toda OBRA SOCIAL que maneja recursos en el área de salud es gestionar los mismos en forma equitativa, igualitaria y eficiente, apoyando las decisiones de cobertura en niveles de evidencia para el beneficio de la población a su cargo.

No es posible seguir cubriendo prescripciones y prácticas que llevan a un desfinanciamiento creciente de los agentes del seguro, llegando al punto que absolutamente TODO LO INDICADO POR UN PROFESIONAL TERMINA SIENDO FINANCIADO POR LA OBRA SOCIAL, sea a través de presentaciones judiciales o bien porque no hay un organismo vinculante con la esfera judicial que se expida de manera CONTUNDENTE NEGANDO LA COBERTURA cuando ni siquiera aplica por no seguir las guías de práctica clínica o protocolos emitidos por el mismo.

Lo anteriormente expresado deja a las auditorías de las obras sociales atadas de pies y manos ya que su función queda totalmente desdibujada y su figura entrampada entre la mala gestión por autorizar, o la exposición al abandono de persona al negar cobertura.

Párrafo aparte merece el poder de compra que tendría el Estado al ser quien ADQUIERE, AUTORIZA Y PROVEE este tipo de moléculas.

Otro de los roles que debiera cumplir el Estado es el de ejercer el poder de control sobre las prescripciones que no ajusten a las guías y/o recomendaciones que hayan sido acordadas y puestas en vigencia.

En conclusión, los argumentos anteriormente esgrimidos son lo suficientemente fuertes y válidos para que el Estado sea rector y actor en la aprobación, compra y distribución de los agentes biológicos y génicos evitando el desfinanciamiento de las obras sociales y, a su vez, regulando las prescripciones a través de la elaboración e implementación de Guías de Práctica Clínica y/o protocolos debidamente aprobados. ■

(*) Director Médico de OSIM - Especialista en Economía y Gestión en Salud.

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

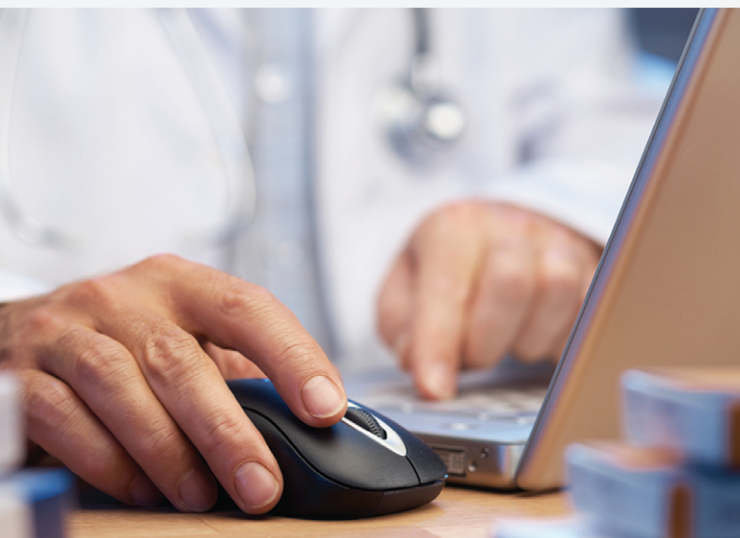
La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.

¿QUIÉN INCLUYE LA MEDIACIÓN SANITARIA EN LA AGENDA COMO PARTE DE UNA POLÍTICA PÚBLICA?



*"Juntarse es un comienzo.
Seguir juntos es un progreso.
Trabajar juntos es un éxito".*
Henry Ford

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

En tiempos de elecciones estamos más atentas que nunca en la búsqueda de aquellas agendas que hagan lugar a los mecanismos de gestión y resolución de conflictos con modos colaborativos. Y sobre todo en el ámbito de la salud.

"Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios" (Tamayo Sáez - 1997).

El 29/12/1995 se publicó la primera ley de mediación de la República Argentina.

Han pasado casi 28 años desde la sanción de la Ley 24.573 de Mediación y desde los organismos del Estado, no se han realizado acciones concretas para su difusión e instrumentación como política pública, siendo tan útil para una sociedad crispada y violenta como la que se percibe actualmente.

No obstante, la Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene en su página web un detalle provincia por provincia, de la cantidad de Métodos Autocompositivos de Resolución de Conflictos. La Mediación Escolar y la Mediación Comunitaria se conocen poco aún y se aplican en escasos lugares. (Defensorías del Pueblo, municipios, juntas vecinales, asociaciones civiles).

Las personas que han pasado por una mediación para resolver sus conflictos y los abogados que conocen de Derecho Colaborativo, han podido apreciar sus beneficios.

La mediación es un proceso no adversarial conducido por un profesional mediador, en su rol de tercero imparcial, a través del cual y juntamente con las partes enfrentadas en un conflicto, se intenta lograr un acuerdo que satisfaga en alguna medida los intereses de las partes, y así puedan evitar un juicio con el consecuente ahorro procesal y económico.

Las partes son protagonistas y desde su autonomía intervienen activamente para lograr un entendimiento.

El profesional mediador conduce el procedimiento y facilita el diálogo que por alguna razón se interrumpió y el conflicto escaló, lo cual generó el reclamo fuera del ámbito. Es confidencial, y ante el incumplimiento del acuerdo, el mismo puede

ser ejecutado con el mismo procedimiento de la ejecución de sentencias, o sea en muy corto plazo.

Ahora bien, independientemente de la utilidad de la mediación como proceso prejudicial e intra judicial, su filosofía y sus herramientas (**la comunicación, la empatía, la escucha activa, la negociación**) pueden ser utilizadas dentro de las organizaciones de salud, como **mecanismo preventivo y de resolución de conflictos**, diseñando un sistema acorde a cada empresa según su cultura y sus valores.

Asimismo, puede utilizarse como mecanismo preventivo y resolutorio de los conflictos laborales e intra e interorganizacionales en las organizaciones públicas y privadas. Incluso algunos prefieren mecanismos de conciliación laboral en el ámbito judicial antes que en los ministerios de Trabajo por la rapidez y efectividad de los primeros.

A pesar de que hubo algún intento hace unos años, y **habiendo capacitado algunos recursos humanos en la Superintendencia de Servicios de Salud, no se ha implementado aun el proceso de mediación en dicho organismo** para resolver los reclamos que allí canalizan los afiliados y socios de Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga.

Y es justamente salud el ámbito en el que más se acrecienta la necesidad de una comunicación eficaz entre el reclamante y el financiador y el espacio propicio para despejar dudas, aclarar criterios y lograr un entendimiento.

Asimismo, nos parece interesante destacar que aun cuando la moderna mirada de la relación médico-paciente ha ido evolucionando con el paso de los años (y esperamos que siga así), pasando de una concepción absolutamente paternalista a una de respeto de la autonomía de los pacientes, no es menos cierto que en muchos aspectos dicha relación sigue manteniendo la tradicional asimetría que ha caracterizado por siglos al ejercicio de la actividad curativa.

Incluso con el mayor empoderamiento de los pacientes por vía del acceso a la información por las redes y recientemente inteligencia artificial. Escenarios que al momento de producirse el conflicto no hacen más que oscurecer las posibles vías de solución entre las partes, implantando un cierto manto de impunidad y desconfianza que en la solución del conflicto nada aporta.

Podemos avizorar al paciente (término en debate claramente) junto a su entorno familiar, quienes, por regla general, acuden a los servicios de salud en condiciones desventajosas producto de la situación en la que se ven envueltas (física, emocional, económica, etc.), lo que conlleva un estado de vulnerabilidad que no debemos desconocer ante una situación de conflicto.

Y a esta descripción le sumamos algo más: el acercamiento que se produce en la relación entre la administración del centro asistencial y el paciente, configurándose una relación despersonalizada, indirecta y altamente burocratizada para este último. Todos son eslabones a los que hay que ponerle foco para poder hablar de gestiones del conflicto.

A los puntos ya señalados cabe sumar el conflicto en sí mismo, que envuelve y condiciona las relaciones de los interesados, limitando el ámbito de actuación de cada sujeto.

En suma, la realidad no hace más que mostrarnos una delicada situación donde se hace latente la necesidad de ofrecer a los ciudadanos una alternativa viable y rápida a la judicialización, cubierta por un marco normativo que resguarde el debido proceso, la igualdad y el respeto entre las partes in-

volucradas para que éstos, en atención a las particularidades de la relación médico-paciente, puedan arribar a verdaderas soluciones de sus conflictos en materia sanitaria.

Sabemos también, por las experiencias en otros países como España, México, Chile, etc., que la mediación, es una

“La mediación es un proceso no adversarial conducido por un profesional mediador, en su rol de tercero imparcial, a través del cual y juntamente con las partes enfrentadas en un conflicto, se intenta lograr un acuerdo que satisfaga en alguna medida los intereses de las partes, y así puedan evitar un juicio con el consecuente ahorro procesal y económico.”

herramienta altamente útil y efectiva esta forma colaborativa de resolución de conflictos, que representa un cambio de paradigma respecto de cómo se pueden resolver los mismos, se promueva y difunda como política pública a través de los diferentes organismos estatales, siempre y cuando se considere un objetivo acompañar a los ciudadanos a disminuir el grado de violencia con el que generalmente intentan resolver sus conflictos y así propender a instalar este nuevo método en pos de lograr entre todos una sociedad madura y dialoguista.

Sin confrontaciones, sin violencia, ni juegos de poder, sino mediante conversación y diálogo facilitado, se pueden lograr acuerdos que muchas veces no llegan a vislumbrarse solo por falta o fallas de comunicación.

Aún no hemos escuchado por parte de los candidatos a dirigir los destinos de la sociedad argentina, ideas ni propuestas en tal sentido. Seguimos en la búsqueda y el compromiso desde el lugar que nos toca como abogadas, mediadoras y docentes en generar estos espacios, llevando estos nuevos lentes a cada rincón donde tenemos la oportunidad.

Tenemos la esperanza de que encontraremos oídos atentos y corazones abiertos para lograr el objetivo: ***recurrir a estos mecanismos innovadores que llevan a que los ciudadanos maduren, se hagan cargo de resolver sus propios conflictos de manera colaborativa, y logremos una sociedad más equilibrada y pacífica.*** ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria



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

SALUD, REFORMA Y TIEMPOS POLÍTICOS

¿Y SI CAMBIAMOS DE RUMBO?



Por el Prof. Dr. Sergio H.
Del Prete (*)

La salud vuelve al ruedo de la retórica cada vez que hay procesos electorales, como si eso fuera suficiente para abrir -realmente- un diferente camino destinado a alumbrar una reforma que ponga luz a las penumbras de su crisis eterna.

Dilema que gira sobre sí mismo, tan particular como que lo viene sosteniendo desde hace 28 años una reconocida entidad nacional del sector, cuando allá por 1995 inició su serie de congresos anuales bajo el lema “Salud, Crisis y Reforma”.

Con la realidad vigente que la salud es la misma, la crisis que atraviesa el sistema cada vez es más profunda y la “Reforma” solo un activo que no aparece y ni siquiera se insinúa. Más aún, no sale de debates en cenáculos cerrados, alejados de la opinión de la gente y envueltos solo en la lógica y los intereses de sus participantes.

Han pasado esos 28 años de invitación a elaborar una solución creativa y todo sigue como la primera vez. Sin ideas posibles. Y las que hay, desangeladas. Las pocas que circulan parecen seguir envueltas en el deseo contrafáctico de lo que pudo ser y no fue.

La lírica idea de integrar todo en un sistema a la inglesa (SNIS dixit), cuando la propia Constitución no deja espacio para hacerlo. Porque, primera cuestión para tener en cuenta, una de sus partes -el componente público de la salud-, esta federalizado. Son las provincias las que lo sostienen y garantizan.

Ni siquiera la última reforma constitucional de 1994 lo tuvo entre sus prioridades. Con el agravante que desde 1970 a la fecha, los seguros *bismarckianos* de salud vienen sosteniendo una fragmentación tan compleja que es difícil explicar cómo aún no han colapsado definitivamente.

Es aquí donde viene la pregunta de rigor ¿Puede pensarse en un cambio lo suficientemente adecuado en el modelo de organización y gestión de un sistema tan intrincado como el de salud, cuando las profundas grietas que separan política, social y económicamente a la sociedad impiden lograr mínimos consensos respecto de: QUE correspondería hacer con un sistema de salud agotado, POR QUE es imprescindible modificarlo, PARA QUE se pretende reordenar un escenario en el cual la gente es solo un espectador de lujo y fundamentalmente COMO es posible transformar la salud en un derecho, o al menos en una igualdad de oportunidades?

En el escenario sanitario actual, el Estado -al que se define como “fuerte y rector”- no encuentra el rumbo adecuado para

“bajarle línea” a los actores sectoriales, a pesar de disponer de recursos financieros, organizativos y políticos suficientes como para plantear un reordenamiento básico del sistema. Y menos aún para ordenar su juego.

En realidad, su poder ha sufrido tal relativización que, al carecer de letra propia, otros parecen los directores. Y para complejizarlo aún más, hoy no le resultaría sencillo encontrar los consensos políticos necesarios como para pretender una convocatoria a discutir un posible proyecto, de cuyos alcances documentales aún se desconoce origen.

Solo existen expresiones de deseos. ¿No resultaría adecuado entonces escuchar la voz de los ciudadanos, que permita diluir el peso de intereses sectoriales que no son otra cosa que pujas interesadas por el control de lo que va a estar en juego, ni más ni menos que el sistema de salud? Y recién entonces formular las directrices para una reforma.

Cuando hay que modificar algo gigantesco y anquilosado como el sistema de salud, que en su interior se encuentra habitado por oponentes que poseen distintos gradientes de poder, pero unificados resultan más complejos de enfrentar, viene bien citar el libro “David y Goliath” de Malcolm Gladwell.

A lo largo de su lectura, el autor describe lo que ocurre cuando alguien normal se enfrenta a oponentes poderosos de todo tipo. Gladwell intenta sustentar así dos ideas. La primera es que gran parte de lo valioso en el mundo proviene de esa clase de retos y enfrentamientos desiguales. Porque luchar cuando se tiene todo en contra -dice- es lo que genera grandeza y belleza.

La segunda es que, de forma sistemática, se hacen lecturas o interpretaciones erróneas sobre estas situaciones. Se las comprende mal. Los poderosos no son como se los piensa. Las mismas características que parecen dotarlos de fuerza constituyen muchas veces sus puntos débiles.

Y el hecho de ser quien en principio lleva las de perder puede transformar entonces a la gente -el beneficiario- de una manera tal que a menudo no se lo aprecie.

Puede -según palabras del autor- abrir puertas, crear oportunidades, educar e ilustrar para que efectivamente se la escuche. Y hacer factible lo que de otra manera sería impensable.

La eterna disyuntiva Estado/Mercado que atravesó por años a la salud ha resultado una falsa dualidad, si no se tiene en cuenta la opinión de los que la padecen. El Mercado no funciona porque tiene múltiples fallas, y el Estado con rasgos paternalistas tiene sus propias fallas y es débil para resolver la crisis del mercado y corregir sus defectos.

Entonces la sociedad, en medio de ambos y estupefactiva frente al paso reciente de la pandemia, ha quedado encerrada en el centro de la tormenta perfecta y sin brújula. Va, como la nave, pero desconoce hacia dónde.

Envuelta en el nuevo discurso de la salud, que ha incorporado una epidemia de medicamentización que todo lo contamina, y una espiral de innovaciones biomédicas que fallan en encontrar un equilibrio entre lo racional, lo ético y lo científico.

La máquina está rota y sus engranajes desarticulados. Cualquier intento de reforma del sistema sanitario requiere entonces un debate profundo. No solamente técnico, sino político y social. Incluyendo al ciudadano común y su opinión. Y lo más importante, procurando articular consensos básicos.

De lo contrario, resultará imposible que pueda constituirse como Política de Estado. Con lo que seguirá corriendo el riesgo de sus parientes lejanos: aquellos viejos proyectos integradores del sistema, alumbrados durante partos complejos y difíciles y más tarde sepultados por defectos de origen y muerte prematura.

Hace ya más de un año, junto con Mario Glanc y bajo el

auspicio de FAMS, quisimos aportar un puñado de ideas al debate de la reforma posible. Sin romper todo. Solo buscando remedios con la premisa de *primum non nocere*.

Lo llamamos “CAMBIO DE RUMBO”, en un intento de dejar de revolotear endogámicamente sobre los puntos conocidos y los vicios históricos del sistema. Sabiendo que se podrá escribir y describir la mejor *Reforma Sanitaria* en los papeles, técnicamente hablando. Pero advirtiendo también que si ésta carece de espacio político, su destino estará condicionado a otro fracaso.

Hablamos de un cambio de rumbo que abarque tanto la “ingeniería institucional” -esto es, el diseño de un conjunto de nuevas instituciones y normas que revitalicen y consoliden el marco regulatorio existente hoy en el país- como también encontrar nuevas formas de reorganización de los mercados aseguradores y prestadores. Y escuchar la voz de la gente.

Resulta casi innecesario decir que, sin un importante esfuerzo en este último aspecto, el alto grado de irracionalidad que hoy prevalece, así como la puja distributiva en que está subsumido el sector seguirán alimentando decisiones divorciadas de la ciencia.

Dando por resultado conflictos de interés y prácticas restrictivas diversas que continuarán atentando contra la eficiencia y la efectividad del sistema en su conjunto. Y lo más grave, contra las oportunidades de quienes deben ser sus beneficiarios finales, las personas de carne y hueso.

Creemos haber cumplido un objetivo al adentrarnos en la búsqueda de un punto para conversar acerca de encontrar posibilidades para un nuevo sistema de salud, que de eso se trata. Debatir muchas veces suena a combatir, y en el fragor del combate pueden morir las mejores ideas.

Si no ponemos las cosas en su lugar continuaremos inmersos en esa encrucijada de la cual somos - en mayor o menor medida - también sus protagonistas. Ser funcionario, político o académico en el mundo de la salud de hoy implica -como en el de David y Goliath de Gladwell- reconocer que ocurre cuando alguien normal enfrenta oponentes muy poderosos y existe además un reto descomunal por el cual debe reaccionar.

¿Hay que jugar de acuerdo con las reglas u obedecer a lo que manda el sentido común y la necesidad de las personas? ¿Se debe perseverar o dejar de cejar en el empeño?

Quizás lo adecuado radique en encontrar un más moderno e innovador rol regulador del Estado, de por sí agrandado en tamaño, pero desdibujado y debilitado en el tiempo, y transformarlo en elemento central para avanzar hacia un diferente esquema de funcionamiento del sector salud y de sus actores históricos.

Que procure en forma definitiva compatibilizar intereses y necesidades de la comunidad en su conjunto con los de quienes funcionan como financiadores y prestadores. Algo central de la política pública a resolver en el mediano y largo plazo, pero para lo cual se necesitan más consensos que búsquedas parciales e individuales de salvación. ■

(*) Mag - Director de Economía Sanitaria. IPEGSA. CABA. Argentina.

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

Praxis | Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



EL CAMINO DE LA REFORMA SANITARIA PASA POR LAS JURISDICCIONES PROVINCIALES



Por el Prof. Carlos Vassallo Sella (*)

El reciente resultado de las PASO abrió un debate que hace 20 años estaba clausurado por vocación y decisión de las mayorías políticas que gobernaron durante estos períodos. Ese debate tiene que ver con el rol del Estado, donde poner las prioridades y los subsidios, la eficiencia y eficacia del accionar estatal, hasta donde expandir o contraer el Estado en su accionar, la importancia de evaluar los programas y las intervenciones públicas y la gestión de los recursos humanos. Andrés Malamud lo tituló muy bien con la frase “Javier Milei le hace bien a la política, mientras no gane”.

Este ocultamiento de la realidad (mal funcionamiento, distorsiones económicas, subsidios, ineficiencia, baja productividad) fue posible gracias a los ingresos económicos extraordinarios y al manoteo de cajas. Pero un día la sequía, la inflación, la baja productividad y las condiciones macroeconómicas salieron a la luz con toda la crudeza.

Lo que debemos tener en cuenta es que estos procesos que van a requerir ajustes y es necesario hacerlos con precisión quirúrgica y no seguir perjudicando a segmentos de la población sumergida que intenta sobrevivir y que ha perdido ingresos, pero también bienes públicos de calidad como la salud y la educación.

En economía sabemos que el crecimiento del gasto sanitario puede ser compatible con una reducción del costo real de la atención si se logra aumentar más el valor aportado que el gasto. Esto hace cada vez más importante la selección de los servicios y bienes que se van a financiar en forma solidaria para todo el universo del país y cuáles no.

La viabilidad de la financiación del sistema sanitario teniendo en cuenta el bombardeo innovador, pasa cada vez más por la priorización y la aplicación de criterios selectivos basados en la efectividad que demuestren servicios y tecnologías. La relación costo efectividad (costo por AVAC) puede ser una buena guía para la identificación de prioridades relacionada con la financiación de las tecnologías y programas.

Siempre hay que preguntarse si se gasta mucho o poco en relación con los resultados. Y en eso la Argentina gasta 10% del PBI para tener acceso parcial segmentado, calidad poco uniforme de las prestaciones y un alto gasto de bolsillo para los habitantes. Alerta algo no está funcionando bien.

Resulta difícil y complejo explicar nuestro sistema de salud. Está claro que en materia de salud la mayor responsabilidad de los servicios estatales corresponde a las jurisdicciones provinciales del que hemos sido críticos en esta columna innumerable cantidad de veces, reclamando de los gobernadores un rol más activo y com-

prometido con los habitantes de sus provincias. Sobre los municipios no es mucho lo que se puede decir porque resulta limitado su presupuesto y su accionar en materia de salud, constituyen un complemento.

Respecto al rol del Estado nacional que ahora se estará dirimiendo con las candidaturas presidenciales, podemos mencionar que en materia de salud hace mucho tiempo que el Ministerio ha perdido capacidad de gobernanza e intenta sobrevivir en algunos casos administrando programas financiados por los organismos internacionales o creando direcciones y dependencias que cuesta mucho trabajo asociar con resultados que se reflejen a nivel nacional.

Desafortunadamente, así como no se escriben las plataformas tampoco se hacen evaluaciones cuali cuantitativas de los programas. Esto nos podría dar alguna pista más allá de los discursos de cuales funcionan y cuáles no.

El COFESA más allá de las declamaciones nunca se puso en el centro de la escena y los ministros que han pasado por ese cargo, ya sea por egolatría o incompetencia nunca han sabido o han podido convertir al Consejo Federal de Salud en un ámbito para consensuar y tomar decisiones operativas que luego se apliquen en todo el país. Es cierto que hay cuestiones jurídicas y de legislación, pero para que estén las leyes y los acuerdos si no es para transformar la realidad.

El COFESA es como un viaje escolar que se hace algunas veces por año por los distintos lugares del país, donde concurren los ministros a mostrar alguna cosa que hicieron, a intentar quedarse con ambulancias o medicamentos según lo que reparten y volverse a sus provincias olvidándose inmediatamente de todo lo conversado.

Por qué no intentar con un observatorio para hacer seguimiento de la información, monitoreo, benchmarking y que se convierta en un círculo virtuoso de ideas, proyectos, intervenciones y programas. Es un patético modelo de falta de gobierno y conducción para un sistema federal de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación hace desde los años noventa que debería haber sido reconvertido. Fue salvado por la salida de convertibilidad y la viveza de la política argentina de intentar recrear nuevamente un gran Ministerio como existía hace muchos años atrás en la época de Carrillo como si nada hubiera cambiado. Pero la política no se hace con nostalgia y remembranzas se hace con realidades.

Se intentó volver a reconstruir un Ministerio por decisión de la política y de volver a manejar un presupuesto antes que por recuperar capacidad de gobierno sanitario. Se tomaron créditos que se ejecutan en las provincias obviamente porque el Ministerio de Salud de la Nación no tiene efectores propios o tiene algunos muy acotados, muy caros para los resultados y con escasa transparencia como casi todo el funcionamiento del sector público.

El programa Remediar paso de un programa de emergencia a instalarse en la jurisdicción nacional cuando debería haber sido transferido a las provincias o buscado un mecanismo de federalización. Pero el presupuesto y el prestigio de ser ministro es un gran incentivo para intentar resucitar un Ministerio que ya no conduce un sistema segmentado y fragmentado.

También ha sucedido con el PAMI con directores que luego de declarar que había que descentralizar o reconvertir la institución en el momento que se sientan en el organismo sienten que pueden ser los salvadores de la patria e intentan también resucitar otro organismo agotado. Así se repite la historia primero como comedia y luego como tragedia. Como bien denominó Mauro Brangold: “La tragedia sanitaria”.

Armando Reale se pregunta hace un tiempo con mucho criterio “Si la salud es responsabilidad federal de las jurisdicciones, ¿por qué no descentralizar recursos en vez de mantener programas unitarios como el PAMI?”.

Y la respuesta podría ser que cuando la caja es grande nadie la transfiere. En la Argentina el 60% de la población se atiende a través de algún asegurador de los sistemas de seguridad social o privado. Como sabemos el PAMI que es un gigante dormido o anestesiado (5,5 millones de personas cubiertas y el cuarto presupuesto de todo el país) que nadie sabe cómo tratar por las consecuencias políticas que puede traer.

Pero también porque resulta una gran caja nacional para repartir recursos con lógica política y sin criterio sanitario. “Todos sabemos que no funciona, pero es nuestro”, podrían decir los políticos (oficialistas u opositores) que aspiran al poder ejecutivo nacional. En algún momento esa caja la manejaremos nosotros y no debemos perderla. Sigue estando en la órbita nacional y en consecuencia sujeta a las influencias y discrecionalidad de la “casta” y de la burocracia sindical que se mueve en las esferas nacionales.

En los hechos el director ejecutivo de PAMI que tiene más de 5 millones de beneficiarios, tiene más poder que el Ministro de Salud y maneja en un diálogo directo con el Presidente de la Nación temas alejados de lo sanitario y más cercanos a la política de gobierno. Esto es una anomalía que juega en contra de construir la gobernanza del sistema sanitario.

Este es el momento donde algunos vivos que ya estoy escuchando me dicen “vos crees que la política va a hacer algo en contra de sus propios intereses eso es una ingenuidad”. Y me gustaría contestarles ahora, que la gente ha pegado un puño sobre la mesa, pidiendo un cambio ante estas decisiones que se manejan a espaldas de la sociedad una vez que terminan las elecciones. El horno no está para bollos. El que quiera entender que entienda y en caso contrario atenerse a las consecuencias.

Pero volvamos a las jurisdicciones provinciales nuevamente. Los gobernadores que se viven quejando de lo que no hace el gobierno nacional, no han sido capaces en estos últimos 20 años de llevar adelante una reforma del sistema de salud provincial y la verdad que tienen todas las posibilidades de hacerlo. Y eso que no tienen que manejar la macroeconomía por lo tanto salud y educación debería ser donde tienen más compromiso con el presupuesto y con su tiempo. Sin embargo, muchos desconocen los rudimentos de funcionamiento del sistema.

Solo falta decisión política, continuidad y estrategia. Para muchos de ellos invertir en salud es una fuente de negocios, porque saben que cotizan mejor los grandes hospitales antes que los centros de salud, claro la infraestructura, equipamiento y servicios que requiere un hospital son más importantes y grandes para el negocio que los que necesita un centro de salud donde el grueso del dinero se tendría que ir en pagar al equipo de salud para hacer atención primaria entendida como prevención, promoción y primer nivel de atención.

El poder de los grandes constructores y productores de medicamentos nacionales no resistirían un esquema de transparencia y competencia de precios. Sería importante que los discursos sobre la política sanitaria traten de no tomarnos el pelo con el compromiso con la atención primaria y otras cosas que se dicen en campaña para luego terminar haciendo más de lo mismo.

Organizar la salud no es caro y es relativamente simple solo que tengo que focalizar en tener una masa crítica preparada para poder dirigir y ordenar una cantidad de actores donde cada uno busca su propio interés y estar enfocado claramente en los objetivos y resultados que debe obtener un sistema sanitario: acceso, calidad y adherencia.

Las obras sociales provinciales constituyen un eje desaprovechado por los gobernadores para construir un sistema provincial de salud. Algunas están tan mal que no pueden ser utilizadas para conducir ningún proceso virtuoso. No tienen conducción ni recursos humanos preparados y en esos casos los Ministerios de Salud provinciales deberían tener un rol clave en este proceso de creación de seguros.

La falta de integración que existe entre la población con cobertura pública exclusiva y los que tienen la cobertura de la obra social provincial, conspira para poder construir una cobertura provincial para todos los habitantes. Es increíble que las compras de

medicamentos, la organización de la infraestructura prestadora, las contrataciones de prestaciones especiales o de laboratorio estén segmentadas según donde está la población.

Claramente en salud el hecho de agregar la demanda permite ponerle condiciones a la oferta y negociar precios. La fragmentación es funcional a una oferta que se hace un festín con la asimetría informativa y con los incentivos a los prestadores que se convierten en involuntarios cómplices del mal gasto y la pésima asignación de recursos que recorre como un fantasma las arcas provinciales.

Finalmente ingresamos al oscuro mundo de la Seguridad Social Nacional de la cual sabemos poco y nada. Salvo que administran 2% del PBI y que lo hacen de manera discrecional e ineficiente. Con obras sociales que son negocios privados de los sindicatos o de familias como quieran ustedes interpretarlo. Negocios que se transfieren de generación en generación bajo el manto de la oscuridad informativa en un mundo atravesado por el acceso y la libertad de información.

¿Por qué seguimos conviviendo con obras sociales que no llegan a recaudar el mínimo como para sostener el programa médico obligatorio de los beneficiarios que tienen a cargo? Voy a tratar de explicarlo de manera simple. Lo sindical está por arriba, por abajo y por los costados de lo sanitario. La obra social sigue siendo un lugar donde hacer política gremial y en consecuencia nadie quiere perder ese ámbito que el sindicalismo se ha ganado y consolidado con los años.

Pensar en la obra social hoy como una aseguradora de salud es una utopía hasta no modificar los comportamientos y los incentivos. Claramente la Superintendencia no puede ser un lugar cooptado por lo que debe controlar. Debe estar al servicio de los ciudadanos, de los beneficiarios y del sistema. No puede ser cómplice de la falta de eficiencia y transparencia que es la regla general.

La gobernanza del sistema sanitario a nivel nacional se construye con unidad de mando sanitario que significa coherencia en el funcionamiento del Ministerio de Salud, COFESA, el PAMI y la Seguridad Social Nacional. Por supuesto que en este esquema hay que trabajar por la integración. El tema clave es definir donde y como hacer la integración. Desde este espacio creo que debe haber quedado claro que las jurisdicciones provinciales tienen la ventaja para ese gran objetivo.

La reforma que necesita el país en materia de salud seguramente deberá seguir esperando hay otros problemas nacionales más importantes, pero si tengo expectativas que podría ser parte de alguna agenda provincial de algún gobernador que se anime a dar la batalla por primera vez en mucho tiempo.

Seguramente no estará exenta de controversias, conflictos, adherentes y detractores pues afecta intereses diversos, sin embargo, en las jurisdicciones tiene muchas posibilidades de salir airoso si el gobernador se carga la reforma.

Son muchos y variados los intereses que se ponen en tensión, comenzando con los prestadores privados que saben que los cambios afectaran su rentabilidad, los médicos (aunque tengo mis dudas si están dispuestos a defender algo más que no sea las limitadas decisiones discrecionales sobre los pacientes), restantes trabajadores de salud (gremios del sector público defensor de privilegios y conservador) y luego el resto de los políticos.

Los únicos que no participan de esta multiplicidad de intereses específicos y corporativos son los ciudadanos, los usuarios quienes son en definitiva los que pueden y deben beneficiarse de un radical cambio en la salud.

El norte de una reforma lo veo posible en alguna provincia que se atreva a organizar un Fondo Universal de Salud que se desarrolle como financiador del sistema provincial de salud de manera eficiente y equitativa, y eso requiere una planificación estratégica. Ese podría ser el sello de una gestión progresista, sentar las bases que puedan ser continuadas por futuros gobiernos de este o diferente signo perdurando en el tiempo como una política de estado basada en el consenso político y social. ■

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

RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS



Por Fernando G. Mariona
Abogado (*)

¿Qué cubren los aseguradores del riesgo?

Los aseguradores del riesgo de responsabilidad profesional médica no deben haber sido ajenos a las transformaciones sufridas por el “Derecho de Daños” aún desde bastante tiempo antes de la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial.

En la doctrina jurídica se fue pasando del modelo de la inexistencia de responsabilidad civil en caso de que no hubiera culpa, a la concepción de que la responsabilidad civil es la reparación frente al daño injusto.

Es decir que el daño ha desplazado a la culpa del escenario, ampliándose entonces el área desde la que se genera el reclamo por un resarcimiento cuando es justificable. Tanto estarán cubiertos los errores de la organización que producen daños evitables, como las malas prácticas médicas inexcusables, las evitables y hasta las inevitables.

El disparador del resarcimiento no es el acto ilícito del dañador, sino el daño de quien lo soporta. La reforma implicó también la unificación de las órbitas contractual y extracontractual, que ya se encontraba presente en algunos textos de póliza de seguros en nuestro país a partir de fines del año 1995, bastante tiempo antes de la sanción de la reforma.

A raíz de esta modificación se cambió el plazo de prescripción de la acción derivada de un mismo acto médico, pasando de 2 y 10 años a la unificación de tres años, art. 2516 CCyC. Y poniéndole fin de alguna manera a la discusión de la validez de la cláusula *claims made*.

A todo ello debemos adicionarle la máxima jerarquía que se le otorga al derecho a la salud, la pérdida de chance, las infecciones intrahospitalarias, el incumplimiento de la obligación de vigilancia y seguridad resultado, las malas prácticas en el desarrollo de los protocolos de investigaciones clínicas o en los tratamientos de infertilidad, el incumplimiento de la ley de Defensa de los Derechos del Consumidor, la cobertura o la exclusión de los Daños Punitivos, y hasta la constitucionalización del derecho civil, conf. arts. 42 y 43 y 75 inc. 22 de la CN, la consagración de la función preventiva sumada a la idea del resarcimiento (art. 1078 CCyC).

Esta modificación general en el espíritu de la cobertura, y ciertos factores potenciales de riesgo actuales, enfatizados por la propia comunidad médica, como el error y la seguridad del paciente, inimaginables al aprobarse el primer texto de póliza en enero de 1980, así como los avances de la medicina y sus prácticas, cuarenta y cuatro años atrás, hacen más que mérito suficiente para este breve repaso e intento de actualización a la comunidad médica, así como a los asesores productores de seguros.

¿Por qué no es fácil alcanzar un rápido acuerdo?

En primer lugar, porque por cada reclamo existe una multiplicidad de reclamados, requeridos o demandados: él o los médicos tratantes; las clínicas, sanatorios y hospitales donde la presunta víctima recibió prestaciones médicas; él o los servicios “tercerizados” de alguna especialidad de las clínicas; la empresa de medicina prepaga o la obra social a la que se encuentra asociado o afiliado el reclamante; la “Gerenciadora” de dicha obra social, y a veces hasta el servicio de emergencia domiciliaria que hubiera acudido en su intento de compensar al paciente y eventualmente y con posterioridad, lo hubiera transportado, o que luego de compensado su patología de base entró en crisis y el paciente sufrió algún daño.

Además, podría ocurrir que cada una de esas partes o “corequerida o codemandada” hubieran contratado seguro con distintas aseguradoras, y que no todos los profesionales tengan esa cobertura, o que las coberturas desde lo técnico sean diferentes, o tengan la cobertura vencida, o vencido el PED ⁽¹⁾ y no lo hayan advertido al cambiar de compañía o, nadie se lo hubiera advertido, o la aseguradora les hubiera otorgado una cobertura de *claims made o reclamo* no respetando las normas dictadas por la Superintendencia de

“El disparador del resarcimiento no es el acto ilícito del dañador, sino el daño de quien lo soporta. La reforma implicó también la unificación de las órbitas contractual y extracontractual, que ya se encontraba presente en algunos textos de póliza de seguros en nuestro país a partir de fines del año 1995, bastante tiempo antes de la sanción de la reforma.”

Seguros de la Nación (SSN) en su Resolución 585/2018, art. 2.2 en adelante, o bien ya sea de reclamos o de ocurrencia, las sumas aseguradas contratadas resulten insuficientes.

No podemos soslayar que en los establecimientos médicos donde trabajan los médicos todos los días, el departamento administrativo del sanatorio, o el del centro médico donde los médicos alquilan consultorios y derivan sus pacientes con mayor frecuencia a un mismo sanatorio para realizar sus prácticas, no hubiera verificado la existencia o la inexistencia de una cobertura aseguradora adecuada y actualizada, ya sea tanto desde la base técnica cuanto de la económica, así como que el PAS (Productor Asesor de Seguros) tampoco hubiera advertido dicha falla.

Esto significa que cada aseguradora y obviamente asegurados y víctimas, frente a un reclamo y la posibilidad de un arreglo, se puedan encontrar con distintas sorpresas. Ante dicha posibilidad de acuerdo, pueden existir por ej., políticas diferentes entre los aseguradores, y también que cada uno de esos asegurados tenga, o al menos evalúe tener responsabilidades diferentes o tal vez inexistentes, según su relación contractual con el paciente o con el establecimiento.

Y al no existir el adecuado aporte económico de alguno de los corequeridos por inexistencia de cobertura o por sumas aseguradas bajas, infra seguro, algunas aseguradoras tengan, o bien que decidir incrementar su aporte pagando por quienes no deben para evitar la extensión de la pérdida en la prosecución de un juicio de resultado incierto, o que los asegurados insuficientemente cubiertos, o no asegurados, deban atravesar situaciones de alto riesgo patrimonial, quedando suspendidos en un limbo de incertidumbre, o que los jueces, dada la impredecible extensión de los procesos,

evalúen por el propio sistema procesal, que la suma asegurada existente al momento del evento (en ocurrencia) o del reclamo, en claims made resulte demasiado baja, y condenen al asegurador como si fuera el demandado.

Ambas comunidades en los últimos 43 años vienen cometiendo gruesos errores de interacción y de proactividad para encaminar y explicar al mundo del derecho, del seguro y la justicia cómo funciona la actividad. ■

REFERENCIA

1) Período Extendido de Denuncias

Aclaración: es mi propósito desarrollar en forma sintética, entre esta columna y las de las próximas dos ediciones de la *Revista Médicos*, un panorama que permita a los profesionales de la medicina y a los dueños de los establecimientos de salud, repasar viejos conceptos nacidos a partir de 1980. Las dos próximas columnas estarán referidas, una a las mediaciones y la última será un parecer acerca de por qué se llega a juicio.

(*) CEO de RiskOut Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica. Autor del Libro "Como tapar los Agujeros" La Gestión de los Riesgos para la Seguridad del Paciente. Una Metodología, Dunker 2022, y del "Manual para el Productor Asesor de Seguros Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica", y del "Manual para el Médico sobre el Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica. Qué saber para contratar".



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

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

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



ExpomedICAL 2023

19na. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

Centro **COSTA
SALGUERO**
Buenos Aires

20 al 22 de
septiembre 2023

**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO
DE NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN**



En conjunto con

20^{ava.} JORNADAS
de Capacitación Hospitalaria

☎ (54-11) 3692-5890

✉ info@expomedical.com.ar

f in @ expomedical

www.expomedical.com.ar

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

 **MERCOFERIAS S.R.L.**



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.