

Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida

INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

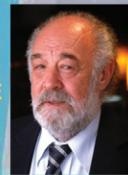
DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES



Columna
NATURALEZA DE LA ACTUAL
PUJA DISTRIBUTIVA EN SALUD
Por el Dr. Hugo E. Arce



OPINIÓN
SALUD, POBREZA Y NIÑEZ VULNERABLE
ESPEJOS DE LA DECADENCIA SOCIAL
Por el Dr. Sergio H. Del Prete



Columna
LA LARGA AGONÍA DEL
SISTEMA DE SALUD
Por el Dr. Ignacio Katz

Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO

Cuidamos la pasión de quienes dan todo.



¡Mirá nuestro Spot!



Sponsor oficial de
Las Leonas y Los Leones



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada



CONFEDERACION
ARGENTINA DE HOCKEY

sancorsalud.com.ar

0810-555-SALUD (72583)



ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscrita en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el número 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.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: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.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)

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
COLUMNA UN SENDERO DE REFORMAS Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)	8
DEBATE 20 AÑOS NO ES NADA Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA	10
COLUMNA NATURALEZA DE LA ACTUAL PUJA DISTRIBUTIVA EN SALUD Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS	12
OPINIÓN INNOVACIONES EN SALUD: UN SIGLO DE PROGRESO Y FUTURO PROMETEDOR Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario	14
COLUMNA ¿QUÉ HACER AHORA EN SALUD? CINCO PROPUESTAS PARA INCORPORAR EN EL CONTEXTO ACTUAL Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Especialista Médico en Salud Pública - Presidente del Grupo PAIS	16
OPINIÓN LA SALUD PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD Por la Dra. Liliána Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga	18
DEBATE EL DESAFÍO DE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur	20
COLUMNA ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL GOBIERNO DE JAVIER MILEI HASTA EL PRESENTE Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines	22
COLUMNA LA LARGA AGONÍA DEL SISTEMA DE SALUD Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)	24
PRIMERA PLANA MEDICINA COMO CIENCIA Y LOS MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni - Médico - Doctor en Medicina - Extitular del PAMI	26
OPINIÓN EL PAÍS DEL NO ME ACUERDO Por el Dr. Mauricio Klajman - dr.mkajman@gmail.com	30
VOCES NO SE PUEDE JUGAR AL FÚTBOL CON LAS REGLAS DEL RUGBY Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	32
DEBATE LA CREACIÓN DE VALOR DE LOS COMPRADORES DE SERVICIOS DE SALUD Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB)	34
VOCES ADECUACIÓN DE GÉNERO: RACIONALIDAD DE LOS RECURSOS, LEGISLACIÓN RESPONSABLE Y UN SISTEMA DE SALUD AUTOSUSTENTABLE Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud	36
VOCES LOS 7 HÁBITOS DE LA GENTE ALTAMENTE EFECTIVA: UN ENFOQUE EN EL GANAR-GANAR PARA EL PROFESIONAL MÉDICO Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria	38
COLUMNA REFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO UN ENFOQUE BASADO EN FORTALEZAS GLOBALES Por el Dr. David Aruachan - Médico - Especialista en Economía y Gestión en Salud	40
DEBATE MÉDICOS DIGITALES: UNA GUÍA PASO A PASO PARA DIGITALIZAR CONSULTORIOS Y PACIENTES Por Santiago Troncar - santiago@consultoriomovil.net	42
OPINIÓN SALUD, POBREZA Y NIÑEZ VULNERABLE ESPEJOS DE LA DECADENCIA SOCIAL Por el Prof. Dr. Sergio H. Del Prete - Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud - Universidad Nacional de La Plata	44
OPINIÓN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CLAVE DE GÉNERO Por la Lic. Florencia Brandoni - Psicóloga - Coordinadora del Área de Prevención y Promoción de la Salud, y en Auditoría de Salud Mental y Discapacidad de OSIM - Obra Social del Personal de Dirección	46
COLUMNA EL SEGURO Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo PAIS	47
COLUMNA VELOCIDAD Y OPINIÓN ACERCA DE CUÁNDO REDACTAR Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Doctor de la Universidad de Buenos Aires	48

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



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

osde

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

TEVA ARGENTINA NOMBRA A VANINA FAILLACE COMO SU NUEVA CEO

El Laboratorio Teva, líder global en la fabricación y comercialización de medicamentos genéricos y especializados, anunció el nombramiento de Vanina Faillace como su nueva CEO para Argentina y Uruguay.



Este nombramiento marca un hito significativo en el reconocimiento y fortalecimiento del liderazgo femenino en la industria farmacéutica, siendo Faillace una de las pocas mujeres en alcanzar una posición ejecutiva de tan alto nivel dentro de la compañía a nivel global.

Vanina Faillace, quien anteriormente ocupó la posición de Sr Director de Marketing y Ventas para Teva Argentina desde 2021, demostró ser una líder visionaria y comprometida a lo largo de sus más de 25 años de carrera en el sector. En su rol anterior, fue fundamental en la implementación de estrategias de crecimiento y desarrollo de mercados emergentes, consolidando la presencia de Teva en la región. Su ascenso a CEO no solo refleja su capacidad y trayectoria, sino también el compromiso de Teva con la diversidad y la inclusión en todos los niveles de su organización.

“Es un honor y un desafío asumir el rol de CEO en Teva para Argentina. Estoy comprometida con la misión de Teva de mejorar la salud y el bienestar de los pacientes a través de medicamentos accesibles y de alta calidad. Un objetivo clave para el negocio en 2024 es mantener un fuerte foco en el cumplimiento de los objetivos económicos de Teva Argentina y Uruguay, así como en el cuidado y bienestar de nuestra gente, al mismo tiempo que seguimos invirtiendo en la transformación de nuestra planta de manufactura local como HUB LatAm”, sostuvo Vanina Faillace, CEO de Teva Argentina.

Faillace se graduó como Licenciada en Administración de Empresas en la Universidad de Belgrano y obtuvo un MBA en la Universidad Di Tella. Su carrera en la industria farmacéutica incluye roles destacados en compañías de renombre como Janssen-Cilag, Novartis y Abbott, donde desarrolló una vasta experiencia y conocimientos que ahora aporta a su liderazgo en Teva.

Acerca de Teva

El laboratorio Teva desarrolla y produce medicamentos para mejorar la vida de las personas desde hace 120 años. Es uno de los líderes globales en medicamentos genéricos y de especialidad con una cartera de más de 35.000 productos en casi todas las áreas terapéuticas. Alrededor de 200 millones de personas en el mundo toman un medicamento de Teva todos los días gracias a que la compañía cuenta con una de las cadenas de suministro más complejas y grandes de la industria farmacéutica.

NUEVO GERENTE GENERAL DE RAFFO

La compañía farmacéutica argentina anunció el retiro de su gerente general Jorge Belluzzo y designó a Claudio Beramendi como su sucesor.

Laboratorios Raffo, compañía farmacéutica líder en Argentina, anunció un importante cambio en su liderazgo. Luego de 35 años en la compañía, el número uno de Raffo desde hace más de dos décadas, Jorge Belluzzo comunicó su retiro para fines de este año. Claudio Beramendi, actual vicepresidente de Oncología y Enfermedades Raras para Latinoamérica, será quien asuma a partir de enero de 2025 ese rol.

Bajo el liderazgo de Belluzzo, Raffo ha crecido exponencialmente convirtiéndose en una de las cinco farmacéuticas más importantes de Argentina. Su rol ha sido clave además en la creación de la planta productiva de la compañía en San Juan, una de las más importantes del país con un impulso constante de la economía y la educación de esa provincia.



En este contexto, Claudio Beramendi asumirá como gerente general de la compañía a partir de enero de 2025. Beramendi tiene más de 25 años de experiencia en el sector farmacéutico y sólida formación y experiencia en áreas clave del negocio como inteligencia de mercado, marketing, acceso y ventas. “Desde su nuevo cargo, Claudio tendrá la misión de continuar con el legado de Jorge y de liderar proyectos de gran impacto y de un proceso de transformación que robustecerá la presencia de la compañía en el país” comentó Patricio Rodríguez, presidente de Laboratorios Raffo. “Estoy profundamente honrado de asumir esta posición y agradezco la confianza para continuar el legado de expansión y el proceso de transformación que llevamos adelante en nuestra búsqueda de excelencia”, afirmó Claudio Beramendi.

Belluzzo continuará a cargo de la presidencia de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), posición que asumió este año. “Desde mi rol en la cámara, seguiré reafirmando mi compromiso con la mejora de la salud en la Argentina a través de medicamentos de calidad, la promoción de la producción y el impulso del empleo calificado”, dijo Belluzzo.

Acerca de Laboratorios Raffo

Somos un equipo multidisciplinario de más de 2.000 colaboradores, entre los que se destacan profesionales médicos, farmacéuticos, bioquímicos, ingenieros y licenciados que trabajan codo a codo en busca de la excelencia y en evolución constante. Estamos presentes en más de 20 países y con una amplia red de distribución para toda la región, exportamos nuestros productos en Latinoamérica. Importantes compañías de investigación globales confían en nosotros como puerta de entrada al mercado latinoamericano para ofrecer terapias innovadoras que mejoren la vida de los pacientes.

FEDERICO OVEJERO ASUMIÓ COMO NUEVO HEALTHCARE POLICY & CORPORATE AFFAIRS HEAD DE ROCHE PHARMA ARGENTINA

Roche, empresa internacional pionera en la investigación y el desarrollo de medicamentos y productos de diagnóstico para hacer avanzar la ciencia y mejorar la vida de las personas, designó a Federico Ovejero como Head de Healthcare Policy & Corporate Affairs.



El ejecutivo estará basado en Buenos Aires y reportará de manera directa a María Pía Orihuela, gerente general de Roche Pharma Argentina.

Ovejero es abogado de la Universidad Católica Argentina, con más de 30 años de experiencia liderando equipos de trabajo, especializándose en Asuntos Corporativos, Políticas Públicas, Comunicaciones, Manejo de Crisis, Responsabilidad Social y Sostenibilidad. Trabajó en diferentes empresas multinacionales como Unilever, Arcos Dorados, Monsanto y General Motors, donde desempeñó su más reciente rol como vicepresidente para Argentina, Paraguay y Uruguay.

“Es un honor para mí ser parte de una empresa que es líder en investigación y desarrollo de tratamientos y soluciones de diagnóstico innovadoras en el país y en el mundo, con más de 90 años de presencia ininterrumpida en Argentina”, afirmó Ovejero. *“Estoy muy entusiasmado en poder colaborar en mejorar la vida de las personas, trabajando junto a un equipo de expertos profesionales y acercando las propuestas innovadoras de Roche a los distintos puntos de nuestro país”,* agregó.

Asimismo, Federico Ovejero ha sido miembro del directorio de varias asociaciones gremiales e instituciones no gubernamentales en representación de las empresas para las que trabajó.

Acerca de Roche

Roche es la mayor empresa biotecnológica del mundo, con medicamentos auténticamente diferenciados en las áreas de oncología, inmunología, enfermedades infecciosas, oftalmología y neurociencias. Roche también es el líder mundial en diagnóstico in vitro y diagnóstico histológico del cáncer, y se sitúa a la vanguardia en el control de la diabetes.



**Respirar.
Cuidar. Vivir.**

Medifé
cobertura médica

medife.com.ar

UN SENDERO DE REFORMAS



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Los precios relativos de la medicina prepaga parecen el motivo central de los problemas del sistema de salud. Hay un cerrado silencio sobre los problemas verdaderos, los cuales se han agravado fruto de una crisis persistente y una situación macroeconómica que desde hace varios años aumenta el deterioro del nivel calidad y distribución de la cobertura: la atención pública que con reducción de presupuestos hace frente a una cada vez mayor población que busca cobertura en los hospitales públicos, la seguridad social que baja su nivel con la reducción de ingresos, por caída de salarios reales e incremento de costos; la abrupta modificación de precios relativos que usa como variable de ajuste los honorarios médicos; la compleja situación fiscal de clínicas y sanatorios, etc.

Para avanzar en la solución de gran parte de esos problemas resulta fundamental una concepción que comprenda la totalidad del sistema y la clara determinación de responsabilidades de los distintos niveles de gobierno, que no se resuelve exclusivamente en un debate parlamentario, ni con la sanción de una ley, sino que debe ser resultado de un proceso de interacción de los más variados actores, y de una secuencia de decisiones para construir consenso sobre la dirección de las reformas.

Todos conocemos las dificultades para abordar una solución integral a los problemas de eficiencia y equidad del sistema, en un país con una organización muy acentuada de la autonomía provincial pero muy débil en la definición de prioridades de políticas e instancias coordinadoras. Los desafíos que presenta la provisión de servicios públicos de salud son mucho mayores y de más complejidad que otras políticas públicas.

El estado de salud no depende exclusivamente del acceso a los servicios, el modelo de atención o su forma de financiamiento, existen numerosos factores extrasectoriales que tienen gran incidencia sobre los resultados y que deben ser considerados en el diseño de las políticas, la experiencia internacional muestra que aún países con sistemas de cobertura universal presentan importantes diferencias en los resultados, que tienen que ver con estos factores.

La necesidad de articular sistemas diferentes y brindar soluciones flexibles no responde exclusivamente al reconocimiento de una estructura federal muy difícil de modificar, hay que definir cuidadosamente el papel de los diferentes niveles de gobierno, que debe ser consensuado, y producto de una construcción lenta y persistente que incluya de manera central la cotidiana gestión de los sistemas.

En toda república federal, la Nación, a través de diferentes instituciones, tiene a su cargo la responsabilidad de coordinación y armonización de los sistemas, y la compensación de diferencias regionales, pues en salud pública no es posible sostener que la provisión de salud en una jurisdicción no afecta el bienestar de poblaciones vecinas, por las importantes disparidades entre necesidades y recursos.

Adquiere aquí una especial dimensión como pilar de las políticas sociales compensadoras, el régimen de reparto de fondos entre Nación y provincias, que no ha logrado acuerdos duraderos en

las últimas décadas. En la definición de este acuerdo descansa la posibilidad de construir un sistema de salud más equitativo y sustentable financieramente. Los avances hacia una atención pública con mayor grado de descentralización han predominado las últimas 4 décadas, derivando en 24 sistemas en los que la responsabilidad de la provisión de servicios descansa en los gobiernos provinciales, y atenta con la existencia de un nivel único de cobertura pública.

Las políticas de descentralización deberían estar orientadas a transferir funciones que permitan mejoras en la asignación de recursos, cuidando aspectos de equidad que involucran al sistema en su conjunto, pero el apoyo es débil: un reducido monto de gasto fiscal limitado a programas asistidos que no han sido determinantes del curso de las políticas provinciales, ni contaron con capacidad técnica ni económica a nivel nacional para supervisar el destino de esos fondos.

La paulatina devaluación de la moneda doméstica implica una necesaria revisión de la suficiencia del gasto, pues aun cuando se mantiene un elevado nivel como porcentaje del PBI, la nueva relación cambiaría resulta exigua en términos de insumos, medicamentos y otras tecnologías con costos asociados al tipo de cambio.

La experiencia internacional muestra que no se trata de reformas mágicas de efectos automáticos, sino que involucran significativas modificaciones institucionales que requieren un tiempo de maduración, y de un sendero de reformas, dominado por la confianza mutua, la búsqueda de consensos, la definición de prioridades claras, la articulación en una estrategia de mediano plazo, definir los mínimos comunes denominadores que las jurisdicciones deberán cumplir para contar con la asistencia de la Nación y la integración y articulación del sistema alrededor de la reforma de la atención pública, la promoción de una APS resolutive, y la construcción de redes de atención.

Las restricciones financieras y la necesidad impostergable de brindar una cobertura homogénea y aceptable a la población sin seguro imponen la búsqueda de una mayor coordinación de los subsectores permitiendo la integración de infraestructura y recursos públicos, privados y de la seguridad social, y el gobierno nacional debe ser responsable de acortar la distancia que separa provincias ricas y pobres respecto de la disponibilidad de recursos y capacitación en materia de atención pública.

Un verdadero federalismo significa respeto por las soluciones que decida cada jurisdicción, sin que la Nación abandone sus responsabilidades, en especial en materia de equidad. Toda reforma no podrá efectivizarse si no se acompaña de un claro mecanismo financiero que asegure la viabilidad de las políticas diseñadas, y allí está involucrada la discusión sobre el federalismo fiscal y el reparto de recursos, que se debería resolver con la sanción de una nueva ley de coparticipación en la cual salud y educación deberían ocupar el lugar central del debate.

Crear que una vez que individuos e instituciones con poder hayan comprendido la gravedad de la crisis y la necesidad de ponerle remedio se darán una palmada en el pecho, reconocerán que están equivocadas y darán instantáneamente un cambio de 180 grados a su conducta, o suponer que cualquier cambio por el mero hecho de contribuir a la equidad solo necesita ser explicado para ser adoptado es una ingenuidad.

Ello implica no verse atrapado por el “se debe... o el hay que hacer”: la mayoría de las cosas que ocurren y las que no, es porque determinados sectores poderosos así lo quieren. Eso explica la ausencia de soluciones verdaderas. Todo el mundo sabe perfectamente lo que se debería o tendría que hacer. El mejor manejo de la salud no es un problema científico que requiera más investigación y datos, sino un problema político de movilizar apoyos para intervenir contra la oposición del poder de genuinos intereses organizados. ■

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

- 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



20 AÑOS NO ES NADA



Por el Dr. Mario Glanc (*)

“La salud de los argentinos está amenazada... el sistema está enfermo, ya ha ingresado en la sala de urgencias y hace falta intervenir rápidamente. Hay que salvar a los trabajadores de la salud, que son nuestro principal recurso sanitario. Hay que salvar los establecimientos de salud públicos y privados. Hay que salvar nuestras obras sociales” (Tobar F. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(4), 2002).

“El sistema de Salud hoy está en situación crítica. Argentina necesita un profundo cambio en la gestión de su sistema si quiere resultados diferentes a los de los últimos 30 años... El objetivo es tener un sistema equilibrado, con mejores niveles de atención y prestaciones de calidad para todos los argentinos” (Russo M. InfoBAE 01/06/24).

“Sentir, que 20 años no es nada” (Gardel C. 1939).

22 años más tarde, salvando las distancias y las fuentes bibliográficas, el diagnóstico es el mismo. Aún viniendo de miradas tan divergentes como la del entonces Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud y el actual titular de la cartera. Y todos, ya tanto ciudadanos, usuarios o actores del sector hemos naturalizado ese deterioro, hasta el punto que lo que era impensable entonces, hoy es parte del paisaje.

De aquel modelo igualitario, aunque fragmentado, que formaba parte de nuestra identidad como nación, sólo queda aquel sesgo primario de inequidad que poco a poco se fue cristalizando hasta constituirse como signo identitario. La capacidad rectora del Ministerio diluida en un entorno de ausencia e inoperancia, las administraciones provinciales, gerenciando la escasez, abasteciendo prestaciones, más que generando salud y un mercado privado que progresivamente ha perdido su capacidad de proveer aquello que substituyó por ausencia o deficiencia del Estado.

Martin Seligman (1967) denominó “Indefensión Aprendida” a la condición por la cual una persona o un animal ha “aprendido” a actuar pasivamente, con la sensación subjetiva de no contar con capacidad de modificar lo establecido incluso existiendo posibilidades ciertas de cambio y mejora.

Pareciera que algo de ese síndrome estemos transitando como sociedad. Nos adaptamos a niveles de pobreza estructural del orden del 25% que ahora alcanza el 55,5%, y que la indigencia ya sea de 17,5% (ODSA mayo 2024). Y mientras tanto escuchamos pasivamente que “la intervención del Estado no es necesaria porque la externalidad del consumo la resuelve el mercado”, así como hasta hace poco el mantra era que el Estado todo lo resuelve. Encontramos admisible se retacee la entrega de alimentos en stock. Que se desfinancie la protección social, en aras de un dudoso equilibrio

fiscal obtenido a expensas de quienes más la necesitan. Que se califique a la justicia social como abominable. Poco a poco se ha aceptado que, ante iguales necesidades, el derecho colectivo a la salud se ejerza en función de la capacidad pre o pos datada de pago de quien lo demande, y que ello sea factor decisivo en materia de calidad, oportunidad y alcance de la respuesta obtenida.

Frente a esto, poco valor tienen las declamaciones huecas de las autoridades sectoriales. Menos aún, el intento de ordenar el sistema a partir del vértice de la pirámide social, excluyendo a quienes ya lo único que esperan del sistema de salud es que la beneficencia atenúe la intemperie. Transcurridos ya seis meses de gestión, es preciso decir una vez más que no es a través de la reducción indiscriminada del gasto público como se podrán corregir las brechas de inequidad heredadas. Ni eliminando programas de probado costo beneficio, ni cambiándole el color al eterno relato que apela a una ficticia cobertura de calidad en la seguridad social, y particularmente en los adultos mayores. Tampoco permaneciendo imperturbables frente al incremento despiadado del precio de los medicamentos, ni suspendiendo la cadena de provisión de drogas oncológicas y/o de alto precio.

Más aún: aunque se explicitara una hoy inexistente plataforma en salud, nada podría efectivamente funcionar sin atender los determinantes sociales que condicionan y establecen los límites de la atención sanitaria. Si la cosmovisión que guía las acciones de gobierno modela, como sus máximos referentes así lo manifiestan, un horizonte en el que el mercado regula por competencia y los estados provinciales proveen lo posible a una población cautiva, no es dable pensar siquiera en que el terreno tienda a nivelarse. La confluencia de condiciones materiales de existencia cada vez más precarias para casi la mitad de los argentinos, la indolencia con la que se contempla el dolor ajeno, el desprecio por los valores solidarios más elementales, y por las cualidades que hacen a la dignidad de la condición humana esterilizarán toda iniciativa.

Y pese a ello, o mejor, precisamente por ello, **es necesario intentar una respuesta viable desde el Sector mismo**. Ir más allá de la puja distributiva y propiciar la participación activa de todos los actores para acceder a un modelo más justo y sustentable. Sin ello, la irracionalidad que hoy impera no hará más que profundizarse, y así se agravará aún más la desigualdad, la ineficiencia, y la injusticia.

Cuidado. Hace más de doscientos años alguien dijo: *“Un hombre que nace en un mundo que ya es propiedad de otros, si no puede lograr de sus padres su subsistencia, de quienes con justicia puede demandar, y si la sociedad no requiere su trabajo, no puede pretender derecho alguno ni a la menor porción de alimentos y, de hecho, no tiene por qué estar donde está. En el espléndido banquete de la Naturaleza no hay cubiertos para él. La Naturaleza le ordena que se vaya y no tardará en ejecutar ella misma su propia orden, si ese hombre no logra compasión de alguno de los invitados. Si estos se levantan y le dejan sitio, acudirán enseguida otros intrusos pidiendo el mismo favor. La noticia de una provisión para todo el que acuda llenará la sala con numerosos pretendientes. El orden y la armonía del banquete desaparecerán, la abundancia que antes reinaba se convierte en escasez; y la felicidad de los invitados es destruida ante el espectáculo de miseria y desamparo en cualquier punto de la sala y la clamorosa impertinencia de quienes están con justicia indignados por no encontrar la provisión que se les acostumbró a esperar”* (Robert Malthus “Ensayo sobre el principio de población. 1798).

Malthus se equivocó. Entre otras cuestiones, no previó que las sociedades, particularmente durante el Siglo XX edificarían entornos sociales en los que la solidaridad y el humanismo se expresarían edificando estructuras de amparo y cuidados colectivos. (C.N. art. 75, inc. 19). Esa construcción primero se desfinanció. Más tarde se convirtió en relato y ficción. Y ahora, aquellas sentencias perversas resurgen disfrazadas de modernidad.

Estamos a tiempo. Por ahora. ■

(*) Médico cardiólogo y sanitarista. Mg. En Economía y Gestión y Mg. en Salud Pública. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA.

Cobertura Médica Nacional

Omint

EXPERIENCIA PARA LO QUE SIGUE

NATURALEZA DE LA ACTUAL PUJA DISTRIBUTIVA EN SALUD



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

En 1970, durante el Gobierno militar denominado “Revolución Argentina”, se dictaron leyes trascendentes, que dotarían más tarde al Sector Salud de importantes actores, a través de la conformación de grandes corporaciones gremiales de 3^{er} grado. En el campo sindical se reconoció a la CGT -liderada entonces por José Rucci, con el apoyo de Lorenzo Miguel-, como interlocutora ante el Gobierno de la reorganización del área laboral. Al mismo tiempo se sancionó la Ley 18.610, que universalizó el régimen de Obras Sociales (OS’s) para todos los trabajadores en relación de dependencia. Por parte de los empresarios, se oficializaron la Confederación General Económica (CGE) -para pequeñas y medianas empresas- y la Unión Industrial Argentina (UIA), que nucleaba a medianas y grandes empresas.

La regulación del nuevo régimen incluyó la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Aunque el INOS se inició dependiendo del Ministerio de Bienestar Social (MBS), al año siguiente pasó a la cartera de Trabajo y Seguridad Social, donde el interlocutor fue el ministro Rubens San Sebastián. Un año después -desde el MBS, a cargo ahora de Francisco Manrique- se sancionó la Ley 19.032, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, luego conocido por el apelativo de PAMI, que identificó al plan de cobertura de la entidad. Con estas medidas, más el simultáneo desarrollo de las OS’s provinciales, hacia mediados de la década del 70 se había alcanzado la cobertura de las $\frac{3}{4}$ partes de la población del país.

En el marco histórico descrito bajo el régimen de Seguridad Social (SeS) -el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tuvo un alcance limitado a los servicios públicos de 4 provincias-, la puja distributiva por los fondos destinados a financiar las coberturas sociales quedó circunscripta a las OS’s y las organizaciones gremiales de 3^{er} grado. Para resolver armónicamente las tensiones económicas se sancionó en 1972 la Ley 19.710, con la que quedó constituida la Comisión Paritaria Nacional (o “gran paritaria”), integrada por la CGT, representando a los beneficiarios, las organizaciones de 3^{er} grado (COMRA, CONFELISA, CORA, CUBRA y COFA) ⁽¹⁾ y el INOS, representando a las OS’s. La mesa de negociación escenificaba claramente la puja distributiva, determinada por la legislación vigente: los usuarios, los prestadores y las OS’s. Este esquema de consenso funcionó durante la década del 70, hasta 1981, regulado por un listado arancelario, que adquirió la influencia de una norma operativa general: el Nomenclador Nacional (NN). A partir de la crisis de 1981, las condiciones macroeconómicas diseñadas por Martínez de Hoz entraron en crisis y resultaron inadecuadas para regular la operatoria corriente, de los actores del ámbito privado del Sector Salud.

Durante la década del 80, diversas medidas de estabilización (Plan Austral, Plan Primavera, Festival de Bonos) se mostraron insuficientes para frenar la acelerada espiral inflacionaria, que estalló en 1989 y 1990. La corriente de importación de nuevas tecnologías, que modernizó el desempeño de la atención médica entre 1977 y 1981, no encontraba patrones regulatorios, que permitieran seguir actuando sin quebrar el Sistema. La fidelidad de los prestadores individuales a las organizaciones gremiales, que gerenciaban los contratos con la SeS, comenzó a resquebrajarse. Los aseguradores (OS’s y EMP’s) ⁽²⁾ se encontraron en libertad de seleccionar los prestadores preferidos, y optaron por contrataciones selectivas, que eludían las que

admitían la totalidad de los asociados. Las autoridades sanitarias y el PAMI, procuraron adecuarse a la inestabilidad macroeconómica, implementando “aranceles globalizados”. Frente a la desagregación de aranceles del NN, que hacía soportar el riesgo financiero a los aseguradores, los nuevos valores globales trasladaban la puja distributiva al interior de las instituciones prestadoras. Los sanatorios tipo *shopping center*, de fácil gestión contable, se vieron obligados a tomar decisiones distributivas, para las que no estaban preparados.

En la década del 90, el Sector Salud sufrió un proceso de marcada concentración de capitales. Los sanatorios privados procuraron fortalecerse, ya sea incorporando o vendiendo sus instalaciones a inversores privados o asociándose a redes prestacionales selectivas. Los de menor magnitud, se resignaron a ser sometidos a las reglas de juego de los grandes compradores de servicios (OS provincial, PAMI! monopsonios). Las EMP’s, salvo OSDE, afianzaron su rentabilidad adquiriendo grandes sanatorios, y posibilitando de este modo actuar a “ambos lados del mostrador”. Las OS’s más solventes, invirtieron en servicios propios sanatoriales, con el fin de fidelizar su población cautiva. Similar conducta -en sentido inverso- tuvieron los hospitales privados de comunidades extranjeras, promoviendo planes de salud dentro de sus redes prestacionales. La configuración resultante de este proceso fue de grandes grupos empresarios -de origen sindical o asistencial-, actuando en calidad de aseguradores y prestadores al mismo tiempo, compitiendo entre sí para captar a los beneficiarios de OS’s con mayor poder adquisitivo. El mercado de las EMP’s, apoyado por medio de estas maniobras, triplicó su población desde principios de este siglo. Pero la población de OS’s, sean la de origen sindical o las provinciales, son consumidores preferenciales de servicios privados, con lo que el subsector privado ha alcanzado magnitudes del orden del 60% de la producción económica en los escenarios provinciales.

La diversificación de la recaudación deteriora la confiabilidad administrativa y la fiscalización de los recursos tributarios obligatorios de la SeS -tercerizados a menudo a través de seguros voluntarios de EMP’s, que pasan a financiar paquetes de beneficios de distinta naturaleza. La experiencia internacional muestra que sistemas de protección considerados más efectivos (Reino Unido, Canadá, Alemania), se sostienen mediante entes únicos y autárquicos de recaudación, que cuentan con todas las facultades de auditoría de los fondos y los distribuyen según el cumplimiento de normas generales de calidad de los servicios asegurados. En estos casos, los seguros voluntarios complementan o amplían la cobertura obligatoria, pero no la reemplazan. En Argentina la recaudación de las OS’s nacionales es fiscalizada por un ente estatal autárquico (AFIP), para recursos que pertenecen a un extenso número de destinatarios. Por otra parte, las instituciones aseguradoras para las que recauda cumplen al mismo tiempo las funciones de financiación y prestación de servicios, lo que complica aún más su control. En los modelos emblemáticos mencionados, en cambio, existe una neta separación funcional y de intereses entre financiación y prestación: los aseguradores se ocupan del mejor rendimiento de su cobertura y, los prestadores, de la mayor eficiencia y calidad de sus instalaciones asistenciales.

Según los procesos de desarrollo descritos, la garantía de rentabilidad en nuestro país está orientada a ambas funciones -aseguramiento y prestación bajo un mismo interés- de la protección de la población, es decir, a todos les conviene que el sistema gaste más, aunque su sustentabilidad macroeconómica quede comprometida. ■

Referencias:

1) COMRA: Confederación Médica de la República Argentina; CONFELISA: Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados; CORA: Confederación Odontológica de la República Argentina; CUBRA: Confederación Única de Bioquímicos de la República Argentina; COFA: Confederación Farmacéutica Argentina.

2) EMP’s: empresas de medicina prepaga.

(*) Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria

+

COBERTURA TOTAL SIN COSTO

Presentes en todo el país
Sanatorios de media y alta gama
Hola Doctor App
Emergencias y Urgencias 24 horas

+



Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



Para afiliarte a la Obra Social OSPAT el aporte de tu recibo de sueldo es suficiente. Según las prácticas médicas que se requieran, podrán solicitarte el pago de coseguros, los cuales son establecidos por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud y en ningún caso pueden superar el tope que establece el ente regulador

INNOVACIONES EN SALUD: UN SIGLO DE PROGRESO Y FUTURO PROMETEDOR



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La salud ha experimentado transformaciones revolucionarias a lo largo del último siglo, impulsadas por avances tecnológicos y científicos que han redefinido el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

Las innovaciones en salud han tenido un profundo impacto epidemiológico, reduciendo la carga de enfermedades, aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida.

Económicamente, han generado significativos ahorros en costos al prevenir y reducir la necesidad de tratamientos prolongados y hospitalizaciones. Sin embargo, también han planteado desafíos financieros, como los altos costos de desarrollo y la accesibilidad desigual a tecnologías avanzadas.

A continuación, algunas de las innovaciones más importantes en el último siglo.

- **Antibióticos:** el descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming marcó el comienzo de la era de los antibióticos, salvando millones de vidas y transformando la práctica médica. Las infecciones bacterianas, antes letales, se convirtieron en tratables, reduciendo drásticamente la mortalidad y morbilidad.
- **Vacunas:** las vacunas han erradicado o controlado enfermedades infecciosas como la viruela y el sarampión, y han prevenido millones de muertes. Aunque ya existían algunas vacunas en el siglo XIX no fue hasta la década de 1950, con la vacuna contra la poliomielitis, que las vacunas cambiaron radicalmente la salud de la población.
- **Tecnología de imágenes:** desde los rayos X, pasando por la ecografía hasta la introducción de la tomografía computarizada y la resonancia magnética, en las décadas de 1970 y 1980, se revolucionó el diagnóstico médico, permitiendo una visualización detallada del interior del cuerpo humano como nunca antes, sin intervención quirúrgica.
- **Terapia génica:** desde la década de 1990, los avances en terapia génica han abierto posibilidades para tratar enfermedades genéticas mediante la modificación de genes defectuosos, ofreciendo esperanza para condiciones previamente incurables.

Cada uno de estos avances impactó en la salud más que los avances realizados en los miles de años anteriores. Sin embargo, poniendo la lupa específicamente en los últimos avances, y mirando por una pequeña ventana al futuro, encontramos saltos cualitativos en las tecnologías que redundarán en cambios positivos en los indicadores de salud con una velocidad inimaginable.

- **Medicina personalizada y la nanotecnología:** la secuenciación del genoma humano y los avances en biotecnología han permitido tratamientos adaptados al perfil genético individual de los pacientes, mejorando la eficacia y reduciendo efectos secundarios. La aplicación de la nanotecnología en medicina permitirá la administración precisa de fármacos a nivel celular, mejorando no solo la eficacia del tratamiento sino también la eficiencia y efectividad. Además, la tecnología CRISPR-Cas9, desarrollada en la última década, ya permite la edición precisa del ADN, ofreciendo potencial para corregir defectos genéticos y tratar enfermedades hereditarias.
- **Inmunoterapia contra el Cáncer:** ha emergido como un tratamiento innovador que potencia el sistema inmunológico para combatir el cáncer, mostrando resultados prometedores en tipos de cáncer resistentes a otras terapias.
- **Sistemas de información y comunicación:** la telemedicina, impulsada por la pandemia de Covid-19, ha permitido la continuidad de la atención médica a través de consultas virtuales, mejorando el acceso a servicios de salud y reduciendo costos operativos. Se suma la inteligencia artificial (IA) y el aprendizaje automático que revolucionarán el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas, como así también permitirán predecir brotes de enfermedades y mejorar los tratamientos vigentes.
- **Medicina regenerativa:** los avances en células madre y bioimpresión 3D prometen regenerar tejidos y órganos dañados, ofreciendo soluciones a la escasez de donaciones de órganos y a enfermedades degenerativas.

Impacto económico

Desde el punto de vista económico, cada nueva tecnología médica implica una inversión inicial y un aumento en los gastos totales de salud. A pesar de estos costos iniciales elevados, a largo plazo estas tecnologías pueden reducir los costos totales de atención médica al evitar tratamientos ineficaces y hospitalizaciones prolongadas. Se ha demostrado que esta inversión contribuye a reducir la carga de enfermedades, resultando en ahorros significativos en costos de atención médica y un aumento en la productividad laboral.

Además, estas tecnologías disminuyen la necesidad de procedimientos quirúrgicos invasivos costosos, facilitan el seguimiento continuo de pacientes con enfermedades crónicas, lo cual reduce las visitas hospitalarias y los costos asociados, y han demostrado ser cruciales en la gestión de crisis sanitarias globales.

Mirando hacia el futuro, la inteligencia artificial promete aún más ventajas al mejorar la precisión diagnóstica, reducir errores médicos y optimizar el uso de recursos sanitarios, lo cual podría traducirse en ahorros significativos. Por último, aunque la edición genética plantea dilemas éticos y regulatorios importantes, su potencial para eliminar enfermedades genéticas podría transformar la salud pública y reducir considerablemente los costos de tratamiento a largo plazo.

En conclusión, las innovaciones en salud continúan transformando el panorama médico-sanitario, ofreciendo nuevas posibilidades para el futuro. La integración de estas tecnologías y avances promete no solo mejorar la salud global, sino también optimizar los recursos económicos destinados a la atención sanitaria, creando un sistema más eficiente. Tecnologías emergentes como la IA y la edición genética prometen llevar la atención médica a nuevas alturas, con impactos epidemiológicos y económicos que aún están por ser completamente comprendidos pero que sin duda transformarán el panorama global de la salud. El desafío será cómo hacerlo más accesible y equitativo para todos. ■

(*) Profesor universitario.

A photograph of a man with a beard and short dark hair, wearing a grey t-shirt, holding a baby in a grey and black sling. The man is looking down at the baby with a smile. The baby is looking towards the camera and smiling. The background is a blurred indoor setting. The entire image has a blue tint.

En el Sanatorio
de la Trinidad
nació Lucia y
nació un amor
que **durará**
para siempre.

TODO PARA ACOMPAÑAR TU PROPIA HISTORIA

GALENO | TODO PARA VOS

¿QUÉ HACER AHORA EN SALUD?

CINCO PROPUESTAS PARA INCORPORAR EN EL CONTEXTO ACTUAL

ACCIÓN FARMACÉUTICA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Los cambios que se vienen operando en el sistema de salud no impactan en la estructura general del sistema que continúa con su morfología histórica y con los rasgos de alta fragmentación y segmentación que lo caracterizan. Las consecuencias de estos cambios tampoco modifican los resultados que presenta el sistema como lo son la inequidad y la ineficiencia; por el contrario, las profundizan.

Podríamos generalizar diciendo que los cambios realizados son un aquelarre de medidas que tienden a eliminar la escasa y desorganizada regulación que existe en el sistema y a producir un ajuste en el ya escaso financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación hacia las provincias.

Así vemos como se liberaron las restricciones de precios al sistema de medicina prepaga, se permite elegir libremente entre cualquier obra social o prepaga que se inscriba en el nuevo régimen, se desarticula el sistema de Hospitales de Gestión Descentralizadas (Hospitales de Autogestión) en el sentido del cobro automático a las obras sociales, debiendo ahora cada hospital gestionar sus propios convenios con cada financiador, se habilitó la venta de algunos medicamentos de venta libre en la vía pública, kioscos, y cualquier otro comercio, se eliminó la ANLAP, Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, órgano que intentaba generar rectoría, coordinar y fortalecer la producción pública de medicamentos entre otras medidas.

¿Qué podemos hacer en este contexto?

En un sistema altamente fragmentado y segmentado, medidas de este tipo por sí misma no producen ningún beneficio a la población, ni a la economía. Por el contrario, como dijimos aumentan la inequidad causando mayor pobreza y enfermedades sin resolución, disminuyendo la calidad de la atención, aumentando el gasto en salud sin mejores resultados por lo que aumenta la ineficiencia.

Algunas iniciativas posibles en este contexto que podrían analizarse e implementarse para morigerar el impacto de este ajuste son:

1. Generar rectoría

Se puede y se debe generar rectoría desde muchos aspectos. Desde generar un marco legal y normativo, desarrollar un marco conceptual, definir políticas, establecer protocolos y procedimientos, pasando por lograr consensos, establecer un plan nacional, evaluar políticas y programas hasta empoderar a la población en diferentes aspectos.

2. Aumentar la gobernanza del Ministerio de Salud de la Nación

De la mano de lo anterior se deben desarrollar algunos instrumentos que fortalezcan y den musculatura a un Ministerio que ya de por sí carecía de la posibilidad de interactuar fuertemente en el sistema como pueden ser el fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica (brilló por su ausencia en las epidemias de dengue), incorporar sistemas de clasificación de pacientes como los GRD o ACG, nominalizar y georreferenciar a toda la población, avanzar en sistemas de sistemas de información en salud, incorporar estudios de carga de morbilidad a través de indicadores como los AVAD, impulsar sistemas de medición de costos y protocolos en salud, definir sistemas adecuados de medición del gasto y financiamiento y de resultados en salud, etc.

3. Incentivar y asistir a la conformación de sistemas provinciales en salud

La unificación de los presupuestos provinciales de salud con los de las obras sociales provinciales, e incluso sumando al PAMI, daría cobertura a más del 80 % de la población en la gran mayoría de las provincias.

Muchas obras sociales pequeñas adherirían a este fondo y sumarían cobertura. La unificación de sistemas de compra de medicamentos e insumos médicos en las provincias también tendría un efecto positivo al generar posibilidades de grandes ahorros. Por el lado de la demanda el contar con un padrón unificado y programas preventivos y protocolos de atención únicos, mejoraría la calidad de la atención y los niveles de salud.

4. Modificar el Programa Médico Obligatorio (PMO)

El actual PMO está totalmente desactualizado y es imposible de financiar por el sistema de seguridad social y de la medicina prepaga. Se debe analizar y reformular este PMO e implementar a la brevedad uno nuevo. Como base se podría tomar un estudio realizado por la Superintendencia de Seguros de Salud en el marco de un programa denominado PAISS que había avanzado bastante en la identificación de unas 40 líneas de cuidados.

5. Disminuir la cantidad de obras sociales

Existen innumerables agentes de salud inscriptos en la Superintendencia de Seguros de Salud, la mayoría con escasos ingresos y afiliados. La cantidad de OOSS y mutuales, etc. no deberían superar las 50, concentrando en ellas los aportes y el financiamiento.

Reflexiones finales

Los recientes cambios en el sistema de salud acompañan las medidas generales del gobierno en cuanto a la desregulación en general y la disminución del gasto público, medidas que puedan ser tal vez viables en la economía en general pero que en salud son contraproducentes.

El mercado de la salud es altamente imperfecto y requiere de medidas regulatorias y adecuadas, además de un Estado fuerte que fije reglas de juego claras. Caso contrario se incrementará la fragmentación y la segmentación del sistema y sus resultados negativos que son la ineficiencia y la inequidad. ■

(*) Especialista Médico en Salud Pública. Presidente del Grupo PAIS.

Nueva App UOCRA

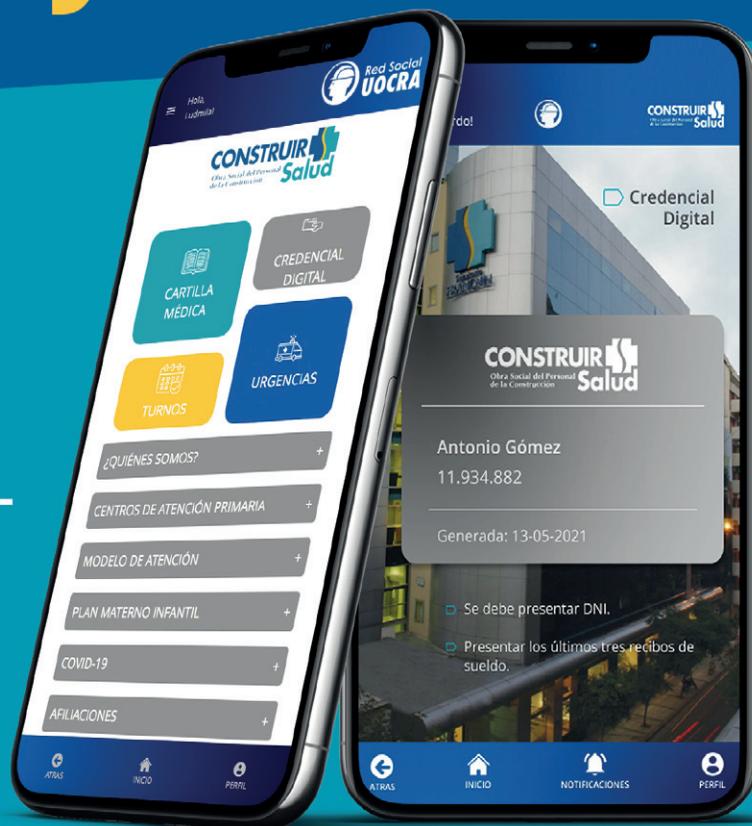
La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al mundo UOCRA estés donde estés!

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal de la Construcción



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

LA SALUD PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD



"La armonía es la unificación de lo diverso y la puesta en concordancia de lo discordante" - Filolao

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

La salud patrimonio de la humanidad ⁽¹⁾ representa un valor universal inherente a nuestra condición vital y a la salud del planeta que habitamos.

Trabajar para instalar esta idea en el ámbito de la sociedad, en los espacios académicos, políticos, económicos, industriales, de medios de comunicación representa una oportunidad estratégica de elevar la mirada a un horizonte esperanzador.

La salud como un bien indispensable para continuar la vida en el planeta, con una concepción *eco-ambiental*, sostenible y sustentable, pacífica, oportuna y transformadora.

En cada región del planeta existen multiplicidad de personas dispuestas a trabajar en esta idea universal que nos inspira como aliento vital a seguir luchando, investigando, pensando como implementar este gran desafío integrador.

El Profesor Dr. Antoine Flahult, director actual del Instituto de Medicina Global de la Universidad de Ginebra entrevistado en un programa de Geopolitis (RTS) sobre "Pandemias respuesta global" ⁽²⁾ relató que en 1958 en plena guerra fría y en una atmósfera internacional de graves abismos, la entonces Unión Soviética/ URSS se presentó en la Organización Mundial de la Salud, con la propuesta de erradicar la viruela a nivel mundial, patología infecciosa que solo en el siglo XX, ya se había cobrado más de 300 mil muertes.

Frente a esta idea se alzaron numerables voces de burla y rechazo escéptico. *Veinte años después en 1979, se declaró erradicada la viruela a nivel mundial gracias a una idea y el trabajo integrado.*

Las *utopías* que tienen sus raíces en la salud, tienen un consenso internacional disponible a ponerlas en práctica, asevera el Dr. Antoine Flahult, gobiernos disímiles, podrían ponerse de acuerdo para asegurar una accesibilidad real a los servicios de salud, a preservar la vida, sin importar discriminación alguna, ni condición económica/social (junio 2024). ⁽²⁾

Para alcanzar esta idea es imprescindible trabajar en aproximaciones sucesivas, y planificaciones estratégicas, posibles en cada territorio, comenzando por nuestras realidades locales. ⁽³⁾

Frente al cambio climático que atraviesa el planeta entero, no existe país libre de inundaciones, sequías, incendios, inseguridad alimenticia, epidemias y futuras pandemias... Ningún país ajeno a las tensiones de la geopolítica, las consecuencias de guerras y horrores, la economía internacional o al impresionante giro antropológico digital y sus eventos inéditos en la realidad cotidiana. ⁽⁴⁾

Más allá de una realidad absurda de diferencias, antagonismos y fragmentaciones, es un tiempo donde nadie se salva solo ni eliminando a su vecino. ⁽⁵⁾

Los sistemas de salud en multiplicidad de regiones no están preparados para las próximas epidemias ni pandemias.

La amenaza que representa el avance del mercado global sobre los espacios verdes, la tala indiscriminada y la contaminación de los mares, está determinando que especies que jamás tuvieron contacto con los humanos se produzca. ⁽⁶⁾

Esto genera que nuevas patologías atraviesen la barrera humana como sucede hoy con el virus H5N1 de la gripe aviar, que no solo provocó la muerte de millones de aves domésticas y salvajes, ahora se la encuentra en los vacunos y en animales domésticos, transmitiendo este virus a los humanos.

Entonces... ¿Qué podemos hacer desde el sector salud? ¿Qué es posible en la dimensión de nuestras realidades? ^{(7) (8) (9)}

La medicina familiar como eje de transformación en todo sistema de salud

Perdemos profesionales médicos porque salarios y condiciones laborales no están a la altura de sus necesidades.

Las residencias médicas no son cubiertas, y solo llegan a magros resultados aquellas con mejores posibilidades económicas.

Situación que se incrementa y replica con cifras alarmantes que nos están exigiendo encontrar respuestas estratégicas.

Esto sucede no solo en nuestro país, se replica en diversas regiones del planeta y es un llamado de atención, que debe ser tratado en espacios intersectoriales y transdisciplinarios.

La medicina familiar tiene hoy un protagonismo estratégico como primer nivel de complejidad, un punto de conjunción posible para alcanzar. ⁽¹⁰⁾

Es una propuesta eco-ambiental, sostenible y sustentable, es accesible para una transformación de los sistemas de salud.

No compete con otras especialidades y representa una polea de transmisión de sinergias oportunas. Acompaña al ser humano en todo su ciclo vital, en su ambiente y representa una estrategia / herramienta metodológica accesible de implementar. ⁽¹¹⁾

Los dramáticos escenarios actuales son complejos, multicausales y desafiantes a nuestra capacidad de resolución, esto nos exige responder con ideas originales y oportunas que están al alcance de nuestras posibilidades reales.

Incorporar a la salud como patrimonio de la humanidad y a la medicina familiar como eje de transformación de los sistemas de salud es un desafío vital. ■

Bibliografía:

- 1) Chertkoff Liliana / "La salud patrimonio intangible de la humanidad" Editorial, Med Gen Fam v13n2 / Disponible en <https://buff.ly/4c7vMEj>
- 2) TV5 Monde / Geopolitis / Pandemie, Riposte Mondiale / Disponible en <https://www.tv5monde.com/tv/video/76971-geopolitis-pandemies-riposte-mondiale>
- 3) Morin E. / Pensar la complejidad. ISBN: 9788437077680 Valencia - España Ed. Universidad de 2010 - Pág. 190.
- 4) Gurevich R., Almirón A., Bachmann L., Castro H. / Ambiente y Educación - Ed. Paidós / 2011.
- 5) Montaigne M. / Ensayos Completos / Ed. Orbis 1984.
- 6) Didier F ¿Cuánto vale una Vida? ISBN978-987-801-129-5 - Buenos Aires - Argentina 2022 / Ed. Siglo XXI / 93 Pág. 96.
- 7) Ce que peut l'histoire Collège de France - Patrick Boucheron diciembre 2015 Accesible en <https://youtu.be/8uhHnTwakp0?si=cAq680s1WbLQxE6M>
- 8) Patrick Boucheron / Conjurar el Miedo / Ed. Fondo de Cultura Económica / Bs As - 2018 ISBN978987719135 Pág. 289.
- 9) Patrick Boucheron - Corey Robin / El Miedo / Ed. Capital Intelectual. Argentina 2016 ISBN9789876145152 - Pág. 89.
- 10) Alex M., Rosas P., Zarate V., Cuba Fuentes M. "Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar" - Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1>
- 11) O. Artaza, J. Santacruz, J. Girard, D. Álvarez, S. Barría, C. Tetelboin, F. Tomasina, A. Medina / "Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas" / disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7384700/>

(*) Médica sanitaria - Epidemióloga



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

EL DESAFÍO DE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

En el complejo panorama de la atención sanitaria actual, la falta de profesionales en áreas y especialidades claves, la formación de profesionales se pone en foco como posible fuente de soluciones por lo que, tanto los procesos de grado como los de posgrado, se enfrentan a desafíos sin precedentes.

El sistema actual, que otorga títulos habilitantes a los graduados para ejercer sin supervisión acorde con las actividades reservadas inmediatamente después de completar sus estudios universitarios, genera una situación paradójica: profesionales noveles se encuentran ante casos de complejidad impredecible, creando una tensión palpable entre la necesidad de ganar experiencia práctica y el imperativo primordial de garantizar la seguridad del paciente.

Esto se ha visto potenciado en el último tiempo por la disminución de interés en las residencias médicas. Esta tensión entre la necesidad de hacer prácticas para preparar a los graduados para la práctica y la falta de autonomía de los estudiantes puede ser analizada desde diferentes aspectos tanto en los fundamentos como en la construcción de soluciones. Deben analizarse las implicaciones éticas y legales de la práctica durante la formación, el impacto económico, la mirada de las universidades. Solo así es posible analizar soluciones que podrían llevarnos a mejorar la oferta de capital humano en el sistema de salud.

La formación de profesionales de la salud ¿Conocimientos o competencias?

El primer punto de inflexión en este debate se centra en la naturaleza misma de la educación médica. Tradicionalmente, nuestros sistemas de evaluación y diseño curricular han puesto un énfasis significativo en la acumulación de conocimientos teóricos.

Sin embargo, surge la pregunta de si la simple suma de evaluaciones aprobadas es suficiente para asegurar que los graduados podrán resolver problemas en la práctica real. El desarrollo sucesivo de estándares con los que la CONEAU ha llevado adelante los procesos de acreditación han ido poniendo un énfasis creciente en la necesidad mínima de prácticas, la carga horaria de las actividades prácticas y de orientar la formación a competencias.

La simulación ha venido a traer algunas soluciones, pero los entornos de simulación, por avanzados que sean, no pueden replicar de manera realista la complejidad y variabilidad de los casos clínicos que un profesional encontrará en su práctica diaria. En todo caso los deja mejor preparados para la práctica en campo real, el problema es que esto solo ocurrirá al obtener su título habilitante.

La práctica final obligatoria ha sido una respuesta para incrementar la práctica en ámbitos de asistencia, aunque la autonomía que puede tener un estudiante sigue siendo limitada. Además, la formación de posgrado especializada en residencia, si bien disponible para todos los graduados, no es requerida para la habilitación profesional, y cada vez menos elegida.

La ética de la práctica durante la formación

El aprendizaje en escenarios reales sigue siendo fundamental para el desarrollo de competencias clínicas. Sin embargo, este proceso plantea dilemas éticos significativos. Por un lado, los estudiantes y residentes necesitan oportunidades para practicar y desarrollar sus habilidades. Por otro, los pacientes tienen derecho a recibir la mejor atención posible y a ser informados sobre quién los está tratando. La clave para este dilema está en que las instituciones aseguren una supervisión adecuada.

Principios que deben asegurarse tanto en instituciones públicas como privadas, formativas y asistenciales. Sin embargo, la implementación efectiva de esta supervisión enfrenta obstáculos prácticos, como la escasez de personal docente y la presión asistencial en los centros de salud. En ese sentido es clave la existencia de un sistema de aseguramiento de la calidad -intra-institucional como un sistema de acreditación externo-, que verifiquen el cumplimiento de los más altos estándares, para asegurar que la supervisión es adecuada al estado de desarrollo de competencias de los aprendices.

Responsabilidades legales

El aspecto legal de la práctica médica durante la formación es otro terreno lleno de incertidumbres. Uno podría preguntarse si los principios de responsabilidad civil y penal se aplican de manera diferente cuando se trata de estudiantes o profesionales en formación. Con los estudiantes parece más sencillo establecer los límites, pero alcanzada la residencia y con un título habilitante, debemos analizar cuanta responsabilidad recae en el residente con capacidad de decisión limitada y cuanta sobre los supervisores y las instituciones formadoras.

Estas preguntas no tienen respuestas sencillas y las resoluciones judiciales varían significativamente entre jurisdicciones. Existe una tensión inherente entre garantizar la seguridad del paciente y la necesidad de proteger legalmente a los profesionales en formación. En algunos países, se han establecido marcos legales específicos para la práctica médica supervisada. La llamada ley Nicolás ley de Calidad y Seguridad Sanitaria reserva un capítulo para los profesionales en formación constituyendo un paso significativo a darle un tratamiento a los problemas que estamos analizando.

El impacto económico: un costo oculto

Un aspecto a menudo pasado por alto en este debate es el impacto económico de la formación de profesionales de la salud.

La inexperiencia y la inseguridad de los profesionales noveles pueden llevar a un incremento en el gasto sanitario por diferentes razones como el aumento del uso de pruebas diagnósticas, la necesidad de repetir procedimientos, un mayor tiempo para llevar adelante la precitas y consultas, incluso con mayor posibilidad de complicaciones o efectos colaterales. Estos costos adicionales rara vez se cuantifican de manera sistemática, pero su impacto en el sistema de salud podría ser significativo. La gran pregunta es quien debe asumir estos costos y si la inversión que hoy se realiza da los frutos que se esperan en formación de capital humano.

La autonomía universitaria y los títulos habilitantes

La autonomía universitaria es un principio fundamental en la educación superior argentina enalado en los principios reformistas que han sido orgullo del sistema por más de un siglo. En este marco las universidades tienen la responsabilidad de otorgar títulos que habilitan a los graduados para ejercer todas las actividades reservadas a su profesión. Pero en el contexto de las profesiones de salud, plantea desafíos únicos devolviéndonos la pregunta sobre si podemos garantizar que los graduados estén verdaderamente preparados para una práctica autónoma cuando durante su formación no han tenido la oportunidad de ejercer con plena autonomía.

Propuestas para el cambio

Tal vez estemos en el momento de debatir la incorporación de la formación de postgrado especializada e integrarla a la formación previa a la habilitación, o la búsqueda de títulos con habilitación atenuada solo válidos para ingresar a la formación de posgrado como ocurre con otros países.

Este licenciamiento gradual permitiría a los graduados ejercer con niveles crecientes de autonomía a medida que ganan experiencia y demuestran competencias específicas. Por supuesto que es necesaria una revisión de los marcos legales, tal vez el aspecto de mayor complejidad por sus implicancias políticas. Esto no es nuevo y es la práctica habitual en los países de América del Norte y de Europa. Las condiciones para avanzar en este sentido están dadas en nuestro país.

Todo esto no es posible sin un fortalecimiento del sistema de residencias y sobre todo del aseguramiento de la calidad de formación en residencias y una mayor incorporación de la simulación. Es imperativo que se inicie un diálogo abierto y constructivo entre todos los sectores involucrados sobre estos temas.

Debemos estar dispuestos a cuestionar paradigmas establecidos y a innovar en nuestros métodos de enseñanza, evaluación y regulación profesional. El objetivo final debe ser crear un sistema que equilibre la necesidad de experiencia práctica con la seguridad del paciente, que promueva la excelencia profesional sin comprometer la ética, y que prepare a nuestros profesionales de la salud no solo para los desafíos de hoy, sino también para los del futuro. ■

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



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2024

DIPLOMATURAS VIRTUALES

AREAS DE SALUD

- Gestión en Salud
- Enfermería
- Emergentología
- Infectología
- Neumonología
- Odontología
- Oftalmología
- Medicina Deportiva
- Autismo
- Cardiología
- Oncología
- Medicina Legal/Criminalista
- Inmunología
- Medicina del Trabajo
- Acompañamiento Terapéutico
- Diabetes
- Ortopedia y Traumatología
- Nutrición

DIPLOMATURAS DE MAYO

- Diplomatura en Patología Forense
- Diplomatura en Antropología Forense
- Diplomatura en Cirugía de Catarata
- Diplomatura en Cuidados Paliativos Calidad asistencial y ética del cuidado
- Diplomatura en Economía de la salud y Gestión Sanitaria
- Diplomatura en Hipertensión en el Embarazo
- Diplomatura en Retina
- Diplomatura en Oncoplastia Mamaria
- Diplomatura en Enfermería Oncológica
- Diplomatura en Dermatología Pediátrica
- Diplomatura en Hepatitis Agudas y Crónicas

MÁS INFORMACIÓN



ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL GOBIERNO DE JAVIER MILEI HASTA EL PRESENTE



Por el Dr. Carlos Felice (*)

Desde la ascunción de Javier Milei como presidente de la Argentina, el sector de la salud ha sido testigo de diversas medidas que han generado un amplio debate. Pretendo dar una perspectiva de cierta objetividad respecto de las políticas implementadas por su administración y evaluar sus posibles impactos en el sistema de salud del país.

Desregulación del sistema de obras sociales y medicina prepaga

Uno de los cambios más significativos introducidos por la administración de Milei es la desregulación del sistema de obras sociales y el fortalecimiento de las opciones de medicina prepaga. Según las nuevas regulaciones, los trabajadores pueden destinar sus aportes directamente a las empresas de medicina prepaga, sin necesidad de pasar por las obras sociales tradicionales. Esta medida pretende aumentar la competencia y ofrecer más opciones a los consumidores. Sin embargo, ha suscitado críticas debido a su potencial para debilitar las obras sociales, que han sido históricamente esenciales en la provisión de servicios de salud a una amplia base de la población.

El modelo propuesto facilita que los trabajadores cambien de obra social con mayor frecuencia, lo que podría resultar en una fragmentación del sistema y una posible disminución de la calidad y equidad en la prestación de servicios. La posibilidad de destinar los aportes directamente a las prepagas también puede crear un sistema de dos niveles, donde aquellos que pueden pagar obtienen mejores servicios mientras que los más vulnerables quedan relegados a una cobertura inferior.

Expansión de la venta de medicamentos de venta libre

El gobierno ha permitido la venta de medicamentos de venta libre fuera de las farmacias tradicionales, autorizando su comercialización en kioscos y otros puntos de venta. Esta medida busca aumentar la accesibilidad de los medicamentos. No obstante, ha generado serias preocupaciones sobre la seguridad y el control de calidad. Los expertos advierten que podría fomentar la automedicación y reducir la supervisión profesional sobre la distribución de medicamentos.

La Confederación Farmacéutica Argentina (COFA) ha

criticado esta medida, señalando que podría inducir a la automedicación y al uso incorrecto de medicamentos, aumentando el riesgo de efectos adversos y complicaciones para la salud pública. Además, la falta de regulación estricta en estos puntos de venta puede llevar a problemas de almacenamiento y conservación de los medicamentos, comprometiendo su eficacia y seguridad.

Implementación de recetas electrónicas

En un esfuerzo por modernizar el sistema de salud, la administración ha acelerado la implementación de recetas electrónicas. Esta medida facilita la prescripción digital de medicamentos, mejorando la eficiencia y reduciendo el riesgo de fraude. La adopción de la receta electrónica es vista como un avance significativo hacia la modernización de la infraestructura de salud, simplificando el proceso tanto para los proveedores como para los pacientes.

La receta electrónica permite una mejor auditoría de las prescripciones, reduce los errores y el fraude, y facilita el acceso de los pacientes a sus medicamentos, mejorando la adherencia al tratamiento. Este cambio también promueve la interoperabilidad entre diferentes sistemas de salud, lo cual es crucial para un manejo más eficiente de la información médica.

Recortes presupuestarios en salud

Uno de los aspectos más críticos de las políticas de salud de Milei ha sido la implementación de recortes significativos en el presupuesto destinado a la salud. Estos recortes han afectado a programas esenciales de salud pública y la provisión de medicamentos, impactando particularmente a los sectores más vulnerables de la población. La reducción del gasto en salud se ha justificado como parte de un esfuerzo para sanear las cuentas públicas, pero ha generado preocupaciones sobre la capacidad del sistema de salud para atender las necesidades básicas de la población.

El impacto de estos recortes es evidente en áreas críticas como el tratamiento de enfermedades crónicas y el manejo de epidemias. Por ejemplo, durante el brote de dengue, la falta de recursos ha obstaculizado la respuesta efectiva, exacerbando la crisis sanitaria. Además, la reducción en la provisión de medicamentos esenciales ha afectado a pacientes con VIH y otras enfermedades crónicas, poniendo en riesgo la continuidad de sus tratamientos.

Corolario

Las políticas de salud implementadas por el gobierno de Javier Milei reflejan una clara orientación hacia la reducción del rol del estado y un mayor énfasis en la privatización. Aunque algunas medidas, como la receta electrónica, representan avances en términos de eficiencia y modernización, otras han sido fuertemente criticadas por su impacto potencialmente negativo en el acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud. La desregulación del sistema de obras sociales y la venta de medicamentos fuera de las farmacias son ejemplos de políticas que, aunque buscan aumentar la competencia y accesibilidad, plantean riesgos significativos para la seguridad y la integridad del sistema de salud público. Es crucial monitorear y evaluar continuamente estas políticas para asegurar que no comprometan la salud y el bienestar de la población argentina.

Desde una perspectiva sanitarista, es crucial analizar las propuestas de Javier Milei en relación con el Ministerio de Salud, considerando su enfoque libertario y su visión crítica del rol del Estado en la provisión de servicios de salud.

1. **Reducción del Estado:** propone una drástica reducción de la intervención estatal en la salud. Desde un punto de vista sanitarista, esto podría implicar una disminución de la capacidad del Estado para coordinar respuestas a emergencias sanitarias, gestionar programas de salud pública y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud esenciales.
2. **Privatización:** la inclinación hacia la privatización sugiere una transferencia significativa de la provisión de servicios de salud al sector privado. Esto podría llevar a un sistema de salud donde la calidad y el acceso a la atención médica estén determinados por la capacidad de pago de los individuos, lo que potencialmente aumentaría las disparidades en salud y dejaría desatendidas a las poblaciones más vulnerables.
3. **Sistema de vouchers:** la implementación de un sistema de vouchers podría permitir a los ciudadanos elegir entre proveedores de salud privados. Sin embargo, desde una perspectiva sanitarista, es fundamental asegurar que todos los ciudadanos, independientemente de su nivel socioeconómico, tengan acceso a una atención médica de calidad. Este sistema podría no garantizar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios.
4. **Desregulación:** con la reducción de restricciones y regulaciones, podría fomentar la innovación y eficiencia. No obstante, es vital mantener estándares de calidad y seguridad en la atención médica para proteger a los pacientes y asegurar prácticas basadas en evidencia.
5. **Libertad individual:** si bien la promoción de la responsabilidad y libertad individual es fundamental, también lo es

la provisión de una red de seguridad sanitaria que garantice el acceso a servicios de salud básicos para toda la población. Un enfoque equilibrado debe considerar la protección de la salud pública y la equidad en el acceso a los servicios.

6. **Financiamiento:** cambiar el modelo de financiamiento hacia seguros privados puede introducir competencia, pero también puede fragmentar el sistema de salud y dificultar la implementación de políticas de salud pública a gran escala. Es crucial evaluar cómo estos cambios impactarían la sostenibilidad y accesibilidad del sistema de salud.

En resumen, mientras que las propuestas de Milei buscan incrementar la eficiencia y reducir el rol del Estado, desde una perspectiva sanitarista, es esencial garantizar que cualquier reforma del sistema de salud mantenga el acceso equitativo, la calidad de la atención y la capacidad para responder a emergencias sanitarias y necesidades de salud pública. ■

Referencias:

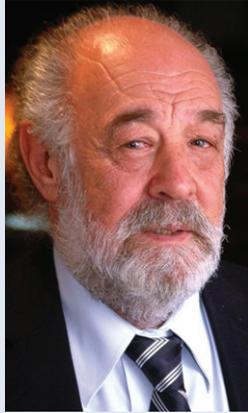
- 1) Chequeado: "El DNU de Javier Milei y la salud: cómo impactan los cambios en tu vida".
- 2) Clarín: "Se definió el equipo de Milei en Salud y el PAMI: los nombres clave".
- 3) Página/12: "El gobierno recortó un 40% en salud: ¿cómo afecta esto a las personas que viven con VIH?".
- 4) Infobae: "El plan fiscal de Milei enfrenta riesgos en lo social y político, con advertencias que llegan hasta del FMI".

(*) 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).



www.sanidad.org.ar

LA LARGA AGONÍA DEL SISTEMA DE SALUD



"Los problemas esenciales nunca son fragmentarios y los problemas globales son cada vez más esenciales".

Edgar Morin

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La 77ª Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Ginebra en días pasados, y la posición de nuestro país en ella, es propicia para reflexionar sobre un conjunto de temas. El motivo principal fue el acuerdo para mejorar el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), con base en la prevención de nuevas pandemias, que nuestro gobierno decidió no acompañar, aludiendo un sobrepaso a la soberanía nacional.

La propuesta puede resumirse en *garantizar* que existan sistemas integrales y sólidos en todos los países para proteger la salud y la seguridad de todas las personas en todas partes del riesgo de futuros brotes y pandemias, amenazas a la salud que no reconocen fronteras nacionales, en un marco de *solidaridad y equidad*. Para ello, se decide un protocolo básico, que el gobierno nacional entiende como un atropello a su autonomía soberana, en lugar de un acuerdo común en vistas de una *prevención mancomunada internamente*, la única posibilidad de abordar un escenario pandémico de manera integral y sostenida.

Así lo expresaron los dos representantes del gobierno que expusieron: "Esta delegación quisiera destacar en la 77ª Asamblea Mundial de la Salud que manifiesta su **no apoyo** si ello implica establecer normas por encima de nuestra Constitución Nacional como nación libre y soberana". Lo cual desconoce que la propia Constitución Nacional incluye tratados internacionales que no por ello subordinan a la carta magna, sino que se equivalen en jerarquía jurídica, al ser considerados parte de la misma.

Los cambios propuestos incluyen, desde definir qué es *emergencia pandémica* con un potencial de riesgo suficiente como para activar una respuesta internacional y garantizar el acceso a productos médicos y fondos de financiamiento a los países, hasta crear un comité especial representativo de los estados para aplicar el RSI, con autoridades locales para la coordinación interna y con otros países.

Al respecto, merece detenerse en la clasificación trídica de:

1. Urgencia: la aparición fortuita de una afección de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.

2. Emergencia: una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa en forma inmediata y adecuada.
3. Desastre (Catástrofe): un *hecho natural o provocado por el hombre* que afecta negativamente a la vida y requiere que las partes implicadas renuncien a la autonomía y a la libertad tradicional, para producir respuestas en conjunto y organizadas, siguiendo un comando o estructura definida.

Entendiendo además que el sujeto es la sociedad en su conjunto con su *vulnerabilidad*, concepto eminentemente social que hace referencia a las características que le impiden a un determinado sistema humano adaptarse a un cambio en el medio ambiente en el que se desenvuelve. Lo que nos lleva a diferenciar las duplas del nodo que constituye el entrecruzamiento multiplanar entre:

- Lo biológico/lo social.
- El individuo/la sociedad.
- Lo científico-técnico/lo político.
- La comprensión/la acción.

Efectivamente, la salud pública fusiona el pensamiento y la acción, y está definida por su nivel de análisis: el *poblacional*. La salud pública no es una disciplina sino un nivel de análisis de conocimiento interdisciplinario, y el concepto de salud global constituye una parte de la salud pública.

Este es el núcleo génesis de la *gobernanza* a ejercer desde el Estado en su rol de **responsable garante intransferible** (aunque delegable). De ahí su necesidad de idoneidad y capacidad de control. Como se ve en el área sanitaria, *lo público o privado son adjetivos* siendo el sujeto el capital biológico y el potencial de vida de la población, que condiciona su dignidad como humanos.

El sistema de salud es la forma de organización social para dar respuesta a los problemas de salud del conjunto de la población, en cuyo núcleo se encuentran los prestadores de servicios, el Estado como mediador colectivo y la propia población, que no se reduce a beneficiaria pasiva, sino que es siempre, de una u otra manera, también consumidora, financiadora y coproductora de los servicios de salud. Los **sistemas de salud no son las instituciones sino la red de relaciones estructuradas** que se establecen entre sus componentes.

La gobernanza no puede suceder en un marco normativo dentro de instituciones colapsadas y sin capacidad procedimental, en lo que se refiere a la eficiencia de cumplir con una programación estructurada en función de realizar los objetivos concretos. Apreciando que la complejidad del área sanitaria **requiere una modelización** que parta de reconocer las variables de control, las que limitan la dinámica (ya que las variables de estado se imponen, siendo imposibles de eludir). De manera tal de evitar lo acontecido:

- ✓ En los pacientes: desamparo + desorientación.
- ✓ En los profesionales: agotamiento + frustración.
- ✓ En los empresarios: incertidumbre + descapitalización.
- ✓ En el gobierno: debilidad para desbloquear la inercia organizativa.

Y, como resultante de todo esto, el infortunio y desasosiego. De ahí la necesidad de un profundo debate referido a la salud que, a diferencia de cómo se dio en el tema de la educación, tratado en el II Congreso Pedagógico Nacional (1984-1988) -a pesar de que el primero se había dado cien años antes, en 1882-; la salud ni

“ En la actual situación de *anomia*, donde los pacientes no tienen hospitales ni los hospitales médicos, ¿quién es el que armoniza y articula ese co-liderazgo, sino el Estado? ”

siquiera ha enunciado la necesidad de discutirse de forma operativa. Más allá de sus resultados, el Congreso Pedagógico sirvió para tomar conciencia de lo significativo de la educación y la necesidad de repensar el tema, mientras que en salud prevalece la inercia y la aceptación resignada de las deficiencias.

No se trata de acumular críticas sino de elaborar propuestas y alcanzar el nivel de co-liderazgo entre política e idoneidad científico-técnica que el área demanda. **En la actual situación de *anomia*, donde los pacientes no tienen hospitales ni los hospitales médicos, ¿quién es el que armoniza y articula ese co-liderazgo, sino el Estado?**

A riesgo de reiterarnos, el planteo no pasa por ninguna monopolización estatal, sino -en términos que hemos usado recientemente-, de una *plataformización* que haga posible una estructuración en red que articule e integre sin fusionar ni asfixiar burocráticamente, que complementemente evitando las duplas de carencia y derroche; que transparente asignaciones y recursos, así como funciones y responsabilidades. Como siempre, no es cuestión de recetas detalladas y mucho menos cerradas sino de afrontar estrategias de innovación profundas pero flexibles.

Retomando al médico francés devenido filósofo Georges Canguilhem, la epistemología se centra en despejar, descubrir y analizar los problemas tales como se plantean o eluden, se resuelven o se disuelven en las prácticas efectivas de los científicos. Y no en la mera descripción de los procedimientos generales, de los métodos y de los resultados de la ciencia o de la razón de la ciencia. En términos llanos: trabajar sobre la realidad y no teorizar sobre la verdad.

La ampliación de normas sin protocolos específicos expande la anomia. De ahí que ningún reconocimiento de derechos puede sustituir la falta de estructuras y de acciones adecuadas. No basta con transformar las expectativas en derechos si no se modifican las condiciones práctico-materiales que determinan las necesidades y al mismo tiempo definen los tipos de acción. El relato no sustituye la realidad.

Finalmente, no debemos dejar de señalar que lo elaborado por la 77ª Asamblea de la OMS se corresponde con la labor realizada por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios: evaluando los criterios positivos y negativos que atravesaron sus países durante la pandemia, con la pretensión de *transparentar la necesidad de una respuesta coordinada, eficaz y solidaria*, tanto dentro como fuera de cada país. ■

(*) 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 de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN); Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcgua - Mendoza (UDA); Director de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Concepción del Uruguay (UCU); Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020). Autor de "La Salud que no tenemos" (2019); "Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (2018); "Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" (2012); "En búsqueda de la salud perdida" (2009); "La Fórmula Sanitaria" (2003).

U UNIVERSIDAD
ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram Facebook Twitter LinkedIn

MEDICINA COMO CIENCIA Y LOS MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

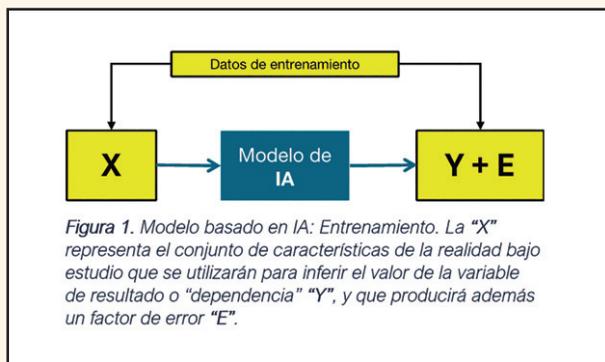


Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni (*)

Los modelos de inteligencia artificial están revolucionando las herramientas de diagnóstico por imágenes, diagnóstico anatomopatológico, interpretación de estudios de laboratorio, y hasta el mismo diagnóstico clínico. En la enorme mayoría de los estudios los algoritmos se acercan o superan claramente al médico más avezado en dar con la causa de la anomalía observada. Los sistemas se usan también para desarrollar herramientas de pronóstico, donde también hay enormes sorpresas. Y no se queda atrás el uso de algoritmos para llevar adelante investigaciones; identificar potenciales tratamientos, definir factores de riesgo, en incluso profundizar en sutiles anomalías antes no advertidas, asociadas a enfermedades ya conocidas. Todo esto crea un enorme desafío para la medicina como ciencia. El lugar que ocupará la explicación causal en los próximos descubrimientos, las razones de nuestra conducta clínica, los motivos que nos obliguen a tomar tal o cual decisión de relevancia para el paciente, podrán extraviarse entre los intrincados parámetros, nodos, y demás funciones que componen las redes neuronales y otros algoritmos propios de las técnicas de inteligencia artificial. El problema no es menor y recibe el nombre de “explicabilidad” de los modelos. La cuestión de la explicabilidad de los modelos resulta un ataque directo al corazón de la inferencia científica que ha especificado el desarrollo de la medicina durante siglos.

¿Cómo funcionan los modelos de inteligencia artificial?

Los modelos de inteligencia artificial y aprendizaje automático demuestran gran habilidad para predecir el comportamiento de complejas dependencias, es decir para predecir los valores de una o múltiples variables dependientes, generando predicciones muy precisas respecto



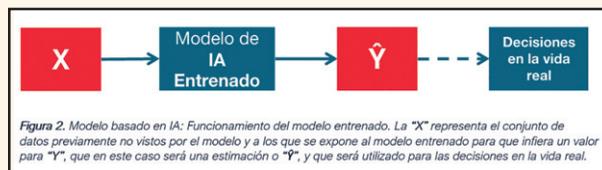
de los valores que adoptarán estas variables del resultado de interés en cualquiera proceso que se evalúe.

Un modelo de inteligencia artificial (IA) consiste en un conjunto de reglas, algoritmos y parámetros que se utilizan para aprender a partir de datos, y desde allí tomar decisiones o realizar tareas. Los modelos de IA se basan en la idea de que los datos pueden ser utilizados para entrenar a un modelo estadístico para que aprenda a reconocer patrones en la información y de esta forma hacer predicciones.

En la figura (figura 1) se puede ver un diagrama básico de cómo funciona un modelo de IA. El modelo consiste en un conjunto de herramientas estadísticas que en el caso de los grandes modelos generativos son redes neuronales artificiales, que junto a otros algoritmos accesorios producen una estimación sobre una pregunta. La pregunta será siempre una clasificación, como cuando deseamos saber si el paciente es o no diabético, o un grado de expresión de una variable; por ejemplo, cuando preguntamos por el riesgo de mortalidad a seis meses de un caso de cáncer de esófago.

Similar a como podría ocurrir con una regresión logística o una regresión simple, los algoritmos estadísticos reciben una serie de valores de las variables de entrada o independientes, denominadas genéricamente “X”, y producen, gracias a los parámetros que gobiernan su funcionamiento, una estimación para la o las variables de salida o dependientes agrupadas en “Y”. Los parámetros que regulan su funcionamiento son cantidades que determinan cómo funciona el sistema de predicción. En el caso de la regresión simple, por ejemplo, los mismos se llaman coeficientes de la regresión y definen los dos puntos de la recta que se utilizará para predecir un valor de la variable de resultado Y para cada valor de ingreso de X. En el caso de las redes neuronales artificiales los parámetros que gobiernan su funcionamiento son bastante más complejos y se denominan “pesos”; pero el principio es el mismo.

A modo de ejemplo entonces, el algoritmo recibe la información de que las variables de temperatura corporal, radiografía de tórax, y expectoración, dan valores de “fiebre”, “opacidad”, y “esputo purulento” respectivamente. El algoritmo produce entonces el valor neumonía para la variable de resultado, que era “diagnóstico más probable”. En el proceso habrá errores, que serán minimizados modificando los valores de los parámetros del modelo durante el proceso de “aprendizaje



automático”. Al cabo de este ciclo el modelo se considera “entrenado”, que es cuando su error de predicción es mínimo. A partir de allí el mismo puede ser utilizado para realizar predicciones sobre la variable de resultado “Y”, siendo expuesto a los valores de las variables predictoras agrupadas en “X” (figura 2) que nunca había visto antes. Así separará a los pacientes en neumonía y no neumonía en un proceso de “inferencia” estadística.

Recapitulando entonces, un modelo de IA consta de datos de entrada y un complejo proceso de procesamiento de datos. El modelo prepara los datos de entrada para que sean utilizados por la red neuronal. Esto puede incluir la limpieza de datos, su normalización, transformaciones y demás. La red neuronal luego será el corazón del modelo de IA. Consiste en un conjunto de capas de cálculos estadísticos denominados redes neuronales artificiales que se conectan entre sí para procesar los datos de entrada. Las capas de neuronas artificiales extraen características de los datos y las envían de una a otra capa creando una función matemática que terminará expresará los patrones reconocidos. Estos patrones encontrados en la información de entrada se utilizarán para inferir los resultados, es decir los valores de la variable dependiente de interés, “Y”. El modelo aprende a partir de los datos de entrada, y lo hará de manera supervisada, no supervisada, o reforzada. El conjunto de funciones matemáticas que componen al modelo están regidas por

parámetros, que son los valores que se ajustan durante el proceso de aprendizaje para que el modelo produzca el menor error de predicción posible a partir de los datos de entrada. Los valores de los parámetros del modelo serán ajustados mediante técnicas de optimización como el gradiente descendente y otras. La salida es el resultado final del modelo de IA, que puede ser una predicción, una clasificación (es el caso de nuestro ejemplo, en neumonía sí o no), una recomendación, etc. Los modelos de IA se entrenan con datos conocidos y se validan mediante la comparación de sus predicciones con datos nuevos o no vistos, ajustando los modelos para mejorar su precisión.

Inferencia de la Inteligencia Artificial

Correctamente se ha definido a la IA como un “proceso de automatización de la inferencia”. Recordemos que la inferencia es el proceso lógico por el cual, a partir de datos de la realidad, siempre limitados, se descubre una relación de los mismos con una ley general u otro proceso más general que hará que, dadas idénticas circunstancias, se generen siempre valores similares (probabilísticamente similares) a los observados. Por ejemplo, a partir de la observación de la presión arterial en innumerables pacientes se descubre (por inferencia) que la presión arterial diastólica normal de un ser humano promedio se encuentra entre los 70 y 90 milímetros de mercurio.

Los modelos de IA utilizan algoritmos de aprendizaje automático para hacer predicciones o decisiones basadas en datos. Los algoritmos identifican los patrones y relaciones dentro de grandes conjuntos de datos, e infieren leyes o patrones que usará luego para predecir resultados futuros o desconocidos.

La inferencia lógica es el proceso mental básico detrás de todo diagnóstico clínico, igual que detrás de todo descubrimiento científico. Se infiere un diagnóstico a partir de los datos de una biopsia, se infiere la utilidad de un betabloqueante a partir de los datos de un ensayo clínico, o se infiere la fisiología respiratoria a partir de los datos de variaciones de presión de la vía aérea y del espacio pleural. Sucede

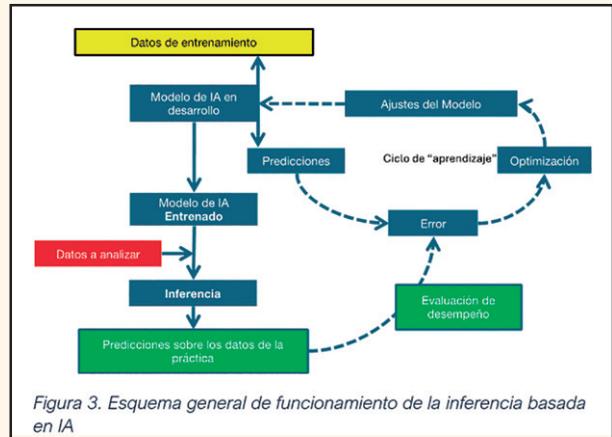


Figura 3. Esquema general de funcionamiento de la inferencia basada en IA

entonces que en el caso de la IA, el sistema infiere por nosotros, y dada la complejidad del proceso, muchas veces siquiera podremos entender cómo llegó el algoritmo a la conclusión que llegó, aunque si sabemos que la misma es correcta la enorme mayoría de las veces. La IA es muy eficaz, pero le resulta casi imposible decirnos cómo acertó en el blanco. No deja espacio a la inferencia lógica, propia de la ciencia.

Interpretabilidad de modelos

Sucede que además de estar interesados en los valores que adoptaron las variables dependientes que nos interesan en un determinado proceso, muchas veces los médicos necesitamos o simplemente deseamos entender la propia dinámica del proceso que genera esos datos. Vale decir, queremos conocer los mecanismos intermedios que en definitiva se encuentra detrás de las predicciones realizadas por los algoritmos.



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

Esto equivale a decir que los médicos estamos interesados en los mecanismos que producen los fenómenos que observamos. Queremos saber cómo se realizó la inferencia. Sin embargo, en el caso de la IA, la realidad es que la compleja naturaleza no lineal de muchos modelos de aprendizaje automático que se están desarrollando en diferentes áreas de la salud los vuelve opacos y prácticamente imposibles de comprender para el humano que los entrena. La capacidad de entender y explicar cómo los modelos de IA llegan a sus conclusiones, no obstante, resulta crucial para generar confianza y validar resultados, especialmente en áreas sensibles como la salud. Entramos entonces en una paradoja; la IA, que automatiza la inferencia estadística, podría aniquilar la inferencia lógica del médico o del científico que la utiliza.

La explicabilidad de los modelos, es decir la posibilidad de entender los caminos por los cuales el algoritmo llega a sus conclusiones, daría transparencia, interpretabilidad, y responsabilidad ética al uso de la IA en salud.

En cuanto a la transparencia, es crucial que los modelos de IA sean interpretables y comprensibles para que usuarios y desarrolladores puedan comprender cómo se toman las decisiones. Cómo se llegó a una decisión que seguramente será correcta, pero cuyo origen termina siendo misterioso. La capacidad de los modelos de IA para proporcionar explicaciones claras y entendibles sobre sus predicciones y decisiones sería esencial para generar confianza en los usuarios y garantizar su correcto uso. Y la explicabilidad de los mismos sería indispensable para cumplir con normativas y estándares éticos, asegurando que las decisiones automatizadas sean justas, responsables y no discriminatorias. Todo esto es imposible si nadie entiende cómo funcionó la máquina al ser expuesta a determinados datos.

Mínimamente en los modelos de inteligencia artificial que se publican, debería quedar claro cuáles propiedades del proceso aleatorio que genera los datos son computadas, y cuál es el tratamiento que se ha hecho de la varianza y la incertidumbre en los mismos. Y aún no hemos llegado al punto más delicado de la cuestión, cual es la relación de causalidad. El porqué de las cosas lo descubrimos al advertir relaciones de causalidad entre fenómenos medidos. Diferenciar entre relaciones causales y meras correlaciones es esencial tanto en la inferencia científica como en las aplicaciones de IA, particularmente en el campo médico donde las intervenciones tienen consecuencias directas.

Causalidad vs correlación:

La propia naturaleza de la pesquisa médica, sea al momento del diagnóstico como en el proceso de investigación científica, hace que los profesionales estemos interesados no solo en la asociación entre valores de variables de interés, sino en conocer la causa de aquello que observamos. Por ejemplo, lesión aterosclerótica e infarto se asocian, pero pretendemos comprender cómo se establece causalidad. Todos los médicos tenemos la experiencia de la insuficiencia de las asociaciones para deducir causalidad. Por ejemplo, ciertos síntomas pueden asociarse con una enfermedad, la cual, al ser tratados aquellos, no necesariamente se verá afectada. Dicho esto, ganar profundidad en cuanto a los efectos de una intervención podría requerir conocimiento causal, es decir mecanicístico, y experimentos controlados para comparar por ejemplo tratamientos.

La distinción entre causalidad y correlación es fundamental en el ámbito médico. Para desarrollar tratamientos efectivos, los médicos necesitan entender qué factores causan realmente una enfermedad o condición, no solo cuáles están asociados con ella. Una correlación puede llevar a intervenciones ineficaces o incluso perjudiciales si se confunde con una relación causal. Ahora bien, la asociación estadística, base del funcionamiento de la IA, de ninguna manera demuestra causalidad; a lo sumo la sugiere. Identificar las verdaderas causas de las enfermedades permite desarrollar estrategias de prevención más efectivas. Comprender las relaciones causales permite a los médicos adaptar los tratamientos a las características específicas de cada paciente, considerando cómo diferentes factores interactúan para causar o exacerbar una condición. Esta particularización del accionar profesional es opuesta a la estandarización que puede ofrecer la IA. Los ejemplos podrían continuarse.

Lo cierto es que un modelo basado en IA que sea sumamente eficaz para predecir el evento de interés en base a millones de datos, pero que no pueda dar cuenta de las asociaciones que específicamente fueron utilizadas para llegar a la conclusión, es decir un modelo no explicable, será un serio impedimento para establecer vínculos de causalidad, indispensables para la comprensión profunda de los hechos.

Necesidad de modelos que expliquen la causalidad en medicina

Los modelos de inteligencia artificial aplicados a las ciencias de la salud, por lo menos, necesitan entonces poder ser interpretados de alguna forma. El inconveniente surge cuando la exigencia de explicabilidad podría restar eficacia al sistema de inteligencia artificial en operaciones. Justamente el autoaprendizaje y la complejidad matemática inherente a las redes neuronales recurrentes y el proceso de aprendizaje profundo, permiten a estas ecuaciones modelar complejísima distribuciones de los datos que surgen de las observaciones de la realidad. Pretender traducir estos modelos a una forma entendible por el entrenador de estos, o el eventual usuario terminaría conduciendo necesariamente a su simplificación y evidentemente a su pérdida de capacidad predictiva. Para darnos una idea de lo que hablamos, baste decir que un punto en el espacio podría ser ubicable por tres valores correspondientes a tres parámetros. Más allá de aquí, resulta inimaginable para nuestra mente. Los modelos de inteligencia artificial pueden utilizar para ubicar a un punto, es decir para definir su posición, mil millones de coordenadas, o el doble. Los grandes modelos generativos caracterizan la información usando hiperespacios de mil o dos mil millones de dimensiones.

Las soluciones que se están buscando al dilema son varias. Una es la incorporación de la inferencia causal en los propios algoritmos. Se necesitan modelos estadísticos y de IA que no solo identifiquen correlaciones, sino que puedan inferir relaciones causales a partir de datos observacionales, ensayos clínicos, estudios longitudinales, información mecanicística, y evidencia previa. A estos fines los modelos están integrando diferentes técnicas capaces de explicar cómo se llega al resultado arrojado por los modelos. También se está ensayando el uso de diagramas causales que ayudarán a visualizar y analizar relaciones causales complejas en sistemas biológicos y médicos. Los modelos, en un futuro cercano, podrán simular escenarios “what-if” (qué sucedería si...) para predecir los efectos de intervenciones médicas, lo cual demandará alguna forma de entendimiento causal del sistema bajo análisis. También se busca desarrollar modelos que puedan identificar y cuantificar los mecanismos intermedios a través de los cuales una causa produce su efecto. Los modelos, además, están incorporando métodos para capturar cómo los efectos causales pueden variar entre diferentes subgrupos de pacientes, o agrupaciones de datos.

El desarrollo de modelos causales en medicina combina estadística avanzada, aprendizaje automático y conocimiento médico experto. La integración de conocimiento experto en los modelos de IA consiste en combinar el aprendizaje automático con el conocimiento humano especializado para mejorar la precisión y relevancia de los modelos, especialmente en campos como la salud donde el contexto y la experiencia son críticos. Entender mejor las relaciones causales entre los factores que influyen en las enfermedades revolucionará la práctica médica, y enriquecerá la toma de decisiones informadas.

Tan importante como esclarecer los mecanismos de inferencia, es decir las razones de los resultados, así como las relaciones causales, es la explicitación de los grados de incertidumbre que se incluyen en las respuestas. Un modelo generativo puede ser consultado por un diagnóstico. Su devolución debería incluir medidas de incertidumbre, así como distribuciones probabilísticas de los diferentes resultados. De esta manera la devolución será más realista, pues siempre existe algún nivel de incertidumbre, ya sea fenomenológica como epistemológica.

Las técnicas de inferencia basadas en IA tienen un poder formidable. Ahora bien, los resultados no están exentos de tres características de la realidad que en definitiva genera las observaciones sobre las cuales se concluye. Primero, la realidad produce valores intrínsecamente variables, derivados de la aleatoriedad propia de la física que produce lo que observamos. Segundo, la realidad no es absolutamente variable ni absolutamente aleatoria, sino que en ella existen regularidades propias de la naturaleza, las que hacen posibles los patrones indispensables para cualquier proceso de inferencia. Finalmente, la mente humana no siempre está convencida o cierta. La certeza ocurre solo en nuestra mente. Es a nosotros a quienes debe convencernos la inferencia estadística que realiza el modelo. Finalmente es la mente humana la única capaz de inferir en términos lógicos. Y, paradójicamente, nos es de gran ayuda para desarrollar mayores niveles de certeza frente a algo tremendamente variable como es la salud, conocer los niveles de incertidumbre con que trabaja la estadística, alma del sistema de inteligencia artificial. ■

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

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

EL PAÍS DEL NO ME ACUERDO



**¡Ay de aquel que no tiene Patria!
Nietzsche**

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Cualquier análisis de la situación de la política en la Argentina debe enmarcarse en el fenómeno de la sociedad fragmentada. Ella es la base social propia de las democracias restringidas y denota una sociedad en la que, mediante distintas estrategias de fragmentación, transformando a la sociedad en un conjunto de grupos aislados, que se declaran la guerra entre sí y adquieren una condición dual de víctimas y victimarios. De este modo, se evita la construcción de mayorías y se condiciona de un modo estructural a la democracia, evitando que se convierta en una democracia transformadora.

La fragmentación de la sociedad es una estrategia de los poderes dominantes y la sociedad fragmentada es la situación de gran parte de la población, que no sólo está alejada del poder, sino afectada en su propia capacidad de aspirar a lograr el bienestar social. ⁽¹⁾

La fragmentación de la sociedad, como estrategia de poder, busca construir o fabricar grupos sociales aislados, y busca generar prácticas de conflicto entre esas minorías, e incluso las mayorías, logrando un control social horizontal, que involucra a esos mismos grupos sociales en una relación víctima-victimario, dual y cambiante.

La sociedad fragmentada es la condición de nuestro pueblo, trabado en contradicciones superficiales, desorientados respecto a objetivos comunes, imposibilitados de asumir luchas colectivas. La fragmentación implica estrategias de desorientación. La sociedad fragmentada implica una mayoría **-y a veces un pueblo entero-** que ha perdido el rumbo de su propia causa nacional.

La fragmentación, repetimos, es una estrategia de los poderes dominantes. Esta estrategia se basa en la puesta en marcha de ciertos mecanismos que constituyeron una verdadera política de desorientación social que actúa, fundamentalmente, en tres niveles:

- a) la atomización de la sociedad en grupos;
- b) la orientación de esos grupos hacia fines exclusivos y parciales, que no susciten adhesión;
- c) la anulación de su capacidad negociadora para celebrar pactos. ⁽²⁾

Generalmente los diversos mecanismos de desorientación producen efectos en los tres niveles, aunque existen algunos específicamente dirigidos hacia alguno de esos niveles en particular. En primer lugar, una estrategia de fragmentación necesita romper el horizonte de la totalidad. Este horizonte de la totalidad constituye, por una parte, el espacio en el que se proyectan los objetivos trans-

grupales, es decir, que pueden ser compartidos por otros grupos; por otra parte, constituye el espacio en el que los pactos políticos son posibles, es decir, el ámbito en el que los sujetos del consenso se reconocen a sí mismos como potenciales aliados (y no como enemigos) y donde el consenso se hace efectivo por el acuerdo.

Francis Fukuyama en su artículo/libro sobre el fin de la historia en los 90 nos habla del fin de *esa* historia y equivocadamente se tomó como la muerte de las ideologías. En realidad, Fukuyama explicaba el comienzo de una nueva historia con ideologías distintas de las conocidas por entonces y la preeminencia de algunas sobre otras. Tuvo una razón parcial ya que, en realidad las ideologías se transformaron en procesos mixtos y nuevos. ⁽³⁾

El fin de la historia no era el fin de la historicidad...

Mediante esta prédica se rompe el horizonte de la totalidad, ya que la ideología implica un análisis de la realidad que aspira a brindarnos una comprensión de la sociedad y de la práctica política, igualmente abarcadora. Existe otro mecanismo para destruir la capacidad utópica de los grupos sociales. ⁽⁴⁾

El que hemos descripto, busca anular el espacio de la totalidad. El que ahora analizaremos busca ocupar todo ese espacio, eliminarlo por saturación. A este mecanismo lo denominamos **Milenarismo**. El milenarismo ⁽⁵⁾ se presenta como una versión de la historia y del desarrollo político de nuestras sociedades según el cual hubo una antigua época de oro, donde nuestro país gozaba de una buena situación social y económica, el progreso era constante, las clases políticas cultas y responsables, la moneda fuerte y, en general, se vivía una época de prosperidad y bienestar.

Cada país tiene su propia versión milenarista, según sus propias condiciones históricas y presentes. ⁽⁶⁾

Es obvio que se trata de una visión simplista, mesiánica, relativa y sesgada, pero la estrategia milenarista consiste, precisamente, en instalar en la conciencia social una idea de pérdida, la sensación de que antes estábamos bien y luego estuvimos mal. Tal simplificación del análisis histórico tiene entre sus objetivos facilitar la fractura que requiere la ruptura de la totalidad.

¡Sólo importa recuperar el pasado de gloria, la abundancia de los viejos tiempos! ¿No hemos escuchado frases de este tipo en muchos discursos oficiales de nuestro país? ¿Esas frases no son un lugar común del análisis político que realizan muchos de nuestros gobernantes?... cualquiera sea el espacio político...

De este modo se produce un nuevo factor de desorientación: el presente se define como algo nuevo, como una nueva fundación, que no tiene que saldar ninguna deuda con el pasado; pero, a la vez, se presenta como la restauración de un tiempo idílico. La estrategia

“ ¡Sólo importa recuperar el pasado de gloria, la abundancia de los viejos tiempos! ¿No hemos escuchado frases de este tipo en muchos discursos oficiales de nuestro país? ¿Esas frases no son un lugar común del análisis político que realizan muchos de nuestros gobernantes?... cualquiera sea el espacio político... ”

milenarista busca apropiarse de la historia y con ella busca adueñarse de la conciencia histórica, generando un vaciamiento de la conciencia colectiva.

Ahora bien, si se pierde la conciencia histórica, se pierde también la posibilidad de definir el futuro, ya que el presente se convierte en el único espacio libre. Y esto es precisamente lo que busca la versión milenarista. El futuro ya está definido y legitimado porque es la restauración de la edad de oro.

Estos párrafos son el análisis desde la sociología y la ciencia política de lo que sucede -exacerbado- en el ámbito de la salud.

Hemos escrito en artículos anteriores sobre la integración del sistema de salud argentino. Pero con la hiperfragmentación de la sociedad en general, cada vez ese objetivo se vuelve inconsistente y más alejado de nuestras realidades.

En la Argentina, la fragmentación constituye el gran problema del sistema de salud. La falta de coordinación entre los subsistemas público, de seguridad social y privado evidencia fallas a la hora de proveer cobertura de salud, generando dificultades en el acceso, así como problemas en la calidad de la atención.

A esto se agrega un nuevo subsistema mediante la creación del sistema de vouchers. De resultado incierto y parecería ser para desfinanciar al sistema público.

Llamaré la atención -además de los enumerados en artículos anteriores- que sería importante una revisión del sistema de salud argentino en general.

Es imposible una desregulación total como la implementada.

Varios ejemplos ya existen: el desmesurado aumento de los valores de la medicina prepaga, el incremento de los medicamentos a niveles insostenibles por los financiadores, la desvinculación del Estado nacional de la provisión de medicamentos de alto costo y baja incidencia a pacientes graves, las comunicaciones de incrementos sanatoriales sin negociación posible y sobre todo la desfinanciación de los ingresos del equipo de salud.

¿Alguien cree posible que con lo que se abona por honorarios médicos que el sistema podrá continuar siendo viable?

La desaparición de oferta para las guardias médicas en general y en particular de algunas especialidades lo demuestra.

No existirán algunas especialidades en el futuro próximo.

Es hora de que revisemos de verdad el sistema de salud argentino, que pensemos que los que saben deben tener el tablero de control y que se planifique una integración mediante la complementariedad y la sinergia de todo el sistema. Esto es ya o nos quedaremos sin sistema.

Hay que tomar de una vez por todas la determinación de acabar con los analfabetos funcionales del control del sistema.

Un país sin salud, o con una salud para pocos -que no garantiza calidad, ya que no hay políticas gubernamentales de control- nos llevará a una irremediable sociedad con patologías agudas y crónicas en aumento, quitándole la calidad de vida a los argentinos tal como estábamos acostumbrados. ■

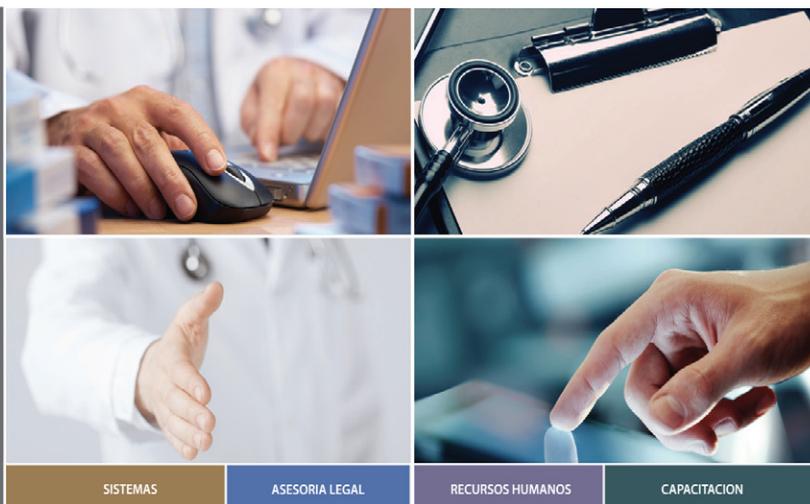
Bibliografía:

- 1) Remede a l acceleration/Hartmut Rosa/Philosophie Magazine Editeur/Paris 2018.
- 2) La era del individuo tirano/Eric Sadin/Caja Negra/2022.
- 3) Francis Fukuyama / El fin de la historia y el ultimo hombre/ 1ª Edición 1992/Brookfield Book/New York/USA.
- 4) La crisis del estado de bienestar y el agotamiento de las energías utópicas/Jünger Habermas /Península/Barcelona /1984.
- 5) El milenarismo por Montero Diaz, Santiago y Manga/Edit. Complutense/Madrid/2015.
- 6) Milenarismo/Mario Morales /Gedisa/Madrid/2009.

(*) dr.mklajman@gmail.com



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



La Pampa 1517 - 2º piso C - Ciudad de Buenos Aires - Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

www.prosanity.com.ar

NO SE PUEDE JUGAR AL FÚTBOL CON LAS REGLAS DEL RUGBY



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

Imaginemos esta situación: un partido de fútbol, 11 jugadores por lado que entran a la cancha, con la distribución que cada uno estableció. Pero el partido se juega en un césped demarcado como una cancha de rugby, con palos en lugar de arcos, con señalamientos de yardas en lugar de áreas y círculos, y con la pelota ovalada. Que cuando el creativo del equipo quiera tirar un pase filtrado para alguno de los delanteros que corre en diagonal, la pelota no gira sobre el césped y va para cualquier lado, finalmente algún jugador de ese equipo se hace de la pelota y el defensor contrario lo tacklea. El desconcierto no es sólo para los jugadores. Lo es más para el público.

En nuestra opinión, es eso lo que está ocurriendo hoy en el Sistema Nacional del Seguro de Salud a través de las sucesivas reformas introducidas a partir del Título XI del Decreto de Necesidad y Urgencia.

En el ejemplar del mes de marzo del corriente año (edición n° 139) bajo el título de “*A quién beneficia la reforma del DNU*” esbozamos algunas críticas a la pretendida reforma que, a meses vista, no sólo gozan de buena salud (actualidad, digamos) sino que van demostrando que el público sigue desconcertado del pique de la pelota ovalada y el delantero del tackle del defensor. Esto es lo que ocurre cuando se pretende incluir a la medicina privada dentro de la seguridad social. ⁽¹⁾

Las reglas de la seguridad social son bastante diferentes de las reglas de los sistemas privados. Porque parten de premisas y objetivos diferentes. Las premisas son distintas, ya que a través de los siglos de vigencia de los sistemas de seguridad social se ha demostrado que basarse en los pilares de la solidaridad, la universalidad y la equidad han permitido sostener un sistema de salud que, desde su constitución a través de la primera ley (ley 18.610), sostiene la cobertura de más de veintisiete millones de argentinos si incluimos también a los otros subsistemas de la seguridad social (obras sociales universitarias, obras sociales provinciales, fuerzas armadas, poder judicial, etc.). Estos principios se traducen, para simplificar, en que el sano financia al enfermo, el joven al mayor, el que aporta más al que aporta menos, sin olvidar que toda la seguridad social en salud protege al grupo familiar primario (de manera obligatoria) financiado exclusivamente por el aporte del titular. Y sus objetivos no se condicen con los de las empresas privadas en salud, la mayoría de ellas destinadas a generar lucro para sus propietarios. No es

del caso explayarse en las diferencias entre un sistema y otro en otros aspectos disímiles del financiamiento. ⁽²⁾

Las obras sociales nacionales, regidas desde 1989 por las vigentes leyes 23.660 y 23.661 han “convivido” con la medicina privada a través de la llamada desregulación. Este calificativo se atribuyó a la posibilidad que los usuarios del sistema pudieran ejercer su derecho de opción de cambio de obra social. El primer decreto que habilitó ese derecho se remonta al año 1998 y a partir de esos años la complementación entre ambos sistemas (seguridad social - obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga) se ha desarrollado pacíficamente a través de los convenios que permiten que los usuarios destinen sus aportes y contribuciones de la seguridad social como parte del pago de la cuota de los planes de la medicina prepaga. Vemos con sorpresa que ese derecho vigente desde 1998 se promocione como una novedosa potestad.

Esa convivencia no se interrumpió a partir del dictado de la ley 26.682 (ley de medicina prepaga), reglamentada a partir de diciembre de 2011. Muy por el contrario, la convergencia de ambas legislaciones (seguridad social y medicina prepaga) permitió que un grupo de usuarios de medios y altos ingresos pudiera acceder a la medicina prepaga que se cargó de regulación, especialmente en lo referido a los valores de los planes.

Las normas que reglamentaron la incorporación de las empresas de medicina prepaga en calidad de agentes del seguro de salud, les permiten ser directos y obligatorios receptores de los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia. Como dijimos en el artículo ya citado, la potestad de la decisión quedó en cabeza de las instituciones financiadoras que, a juzgar por la calidad y cantidad de los nuevos inscriptos, no se han mostrado muy interesados en jugar al rugby con las reglas y en la cancha de fútbol.

Podemos conjeturar que el diferente (y más costoso) tratamiento del aporte al Fondo Solidario de Redistribución -15% para las obras sociales sindicales y 20% para las de dirección y las prepagas que se inscriban- puede justificar un desinterés en la inscripción. Pero la presunción se hace casi una certeza cuando el análisis se refiere a las exigencias que el Sistema Nacional de Salud impone a los agentes del seguro, especialmente en lo que tiene que ver con el otorgamiento del PMO para los pequeños contribuyentes (monotributistas), personal doméstico y monotributo social, todas poblaciones poco atractivas para estas entidades, la condición de administradores de fondos de terceros ⁽³⁾ que, entre otras consecuencias, asimila a los integrantes de los órganos de conducción de los agentes del seguro a la condición de funcionarios públicos en lo que hace a la comisión de actos o hechos ilícitos en el ejercicio de las funciones ⁽⁴⁾, y todas las reglamentaciones vinculadas a presentaciones obligatorias y periódicas (balance, presupuesto de gastos y recursos, programa médico asistencial, entre otros). En síntesis, los clubes de rugby no parecen muy interesados en jugar con las reglas del fútbol.

Actualmente, conocemos de la existencia de un nuevo proyecto de Decreto de Necesidad y Urgencia que equipara en el 15% el aporte al Fondo Solidario de Redistribución para todos los agentes del seguro sin distinción, ya se trate de obras sociales sindicales, de dirección o empresas incluidas en la ley de medicina prepaga (ley 26.682). Además, elimina el aporte al FSR sobre las diferencias de plan, al derogar el artículo 19 bis que había sido agregado por el DNU 70/2023 ⁽⁵⁾ y muy cuestionado por el sector de la medicina privada. Pero lo más llamativo es

un artículo que se incorpora a la reglamentación de la ley 23.661 (ley del seguro nacional de salud), sustitutivo del artículo 1 del Anexo II del Decreto 576/93, que textualmente dice:

ARTICULO 3°.- Sustituyese el artículo 1° del Anexo II del Decreto N° 576/93 por el siguiente: “ARTICULO 1° - Los Agentes del Seguro no podrán:

- a) supeditar la afiliación al cumplimiento de ningún requisito no previsto en la ley o sus reglamentaciones;
- b) efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria;
- c) realizar examen psico-físico o equivalente, cualquiera sea su naturaleza, como requisito para la admisión;
- d) establecer períodos de carencia, salvo con relación a lo previsto en el inciso c) del artículo 5° de la Ley N° 23.661 y
- e) decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.

Los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 podrán ofrecer sus servicios en el Sistema de Salud dentro del marco de la Ley N° 26.682”.

Este último párrafo que hemos transcripto en negrita, establece que las prohibiciones que el artículo instaura en cabeza de las obras sociales, no serán aplicables a las empresas de medicina prepaga que se inscriban en el Registro Nacional de Agentes del Seguro.

Dicho de otro modo, podrán fijar cuotas por preexistencias, completar una declaración jurada de salud, efectuar exámenes de salud e incluso interrumpir el servicio y/o decidir la baja de los usuarios si los fondos de los aportes y contribuciones no llegan a destino.

En consecuencia, no van a jugar al fútbol con las reglas del fútbol. La pregunta que nos debemos hacer es: qué va a pasar con los usuarios del sistema que, de buena fe, trasladen sus aportes y contribuciones -vía el ejercicio de la opción de cambio- hacia un agente del seguro de salud del inciso i) del artículo 1 de la ley de obras sociales (léase empresas de medicina prepaga). Se le aplicará el reglamento del fútbol o el del rugby.

Todavía la respuesta está abierta y reflexionemos qué es lo mejor para la gente. ■

Referencias:

- 1) Se incorporó un inciso i) al artículo 1 de la ley 23.660 que describe las personas jurídicas que son o pueden ser obras sociales, permitiendo que se inscriban los sujetos comprendidos en la ley 26.682, o sea, las empresas de medicina prepaga.
- 2) Podría citarse, a modo de ejemplo, la continuidad de la cobertura del sistema ante la baja o quiebra de alguna entidad o la obligación de continuar brindando el servicio ante la falta de pago de los aportes y contribuciones.
- 3) En este aspecto, es prudente efectuar una interpretación negativa a tal afirmación, sin perjuicio de señalar que la reforma no es clara al respecto. Lo mismo cabría sostener respecto de las exenciones impositivas que la ley 23.661 establece para los impuestos nacionales para los agentes del seguro de salud.
- 4) Ver artículo 13, segundo párrafo, de la ley 23.660.
- 5) Es cuando menos curioso que un DNU derogue una norma incluida por el DNU anterior.



50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

www.osim.com.ar

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

LA CREACIÓN DE VALOR DE LOS COMPRADORES DE SERVICIOS DE SALUD



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

Las transacciones del sector salud tienen algunas características especiales, en particular el bien que se intercambia **asistencia sanitaria** no puede ser clasificado como un bien de búsqueda o inspección.⁽¹⁾

La asistencia sanitaria debiera ser considerada en cambio como un *credence good*, donde los proveedores son expertos que determinan las necesidades del consumidor paciente y el nivel de calidad. La calidad de los bienes de confianza (*credence good*) nunca podrá establecerse con seguridad. Los consumidores no pueden saber hasta qué punto es necesaria, así como tampoco evaluar su prestación de manera fiable. Esta asimetría informativa crea incentivos para la aparición de comportamientos oportunistas por parte de los proveedores.

Ante ellos solo un **comprador experto** que actúa de manera colectiva por cuenta de una población afiliada puede lograr moderar los comportamientos oportunistas de los proveedores. La compra de servicios se ha estudiado y analizado en la literatura económica bajo lo que se conoce como juegos de persuasión.

En este sentido el papel de los colegios profesionales y otras entidades del sector debería ser disminuir los comportamientos oportunistas y controlar la calidad de los miembros. Sin embargo, el corporativismo médico (prestador en general) actúa como un cartel que sirve a unos intereses que son propios y que administran un poder delegado por los gobiernos cuando los llama a participar a del proceso de autorregulación.

La competencia entre aseguradoras bien reguladas parece ser mejor que el esquema de competencia entre prestadores que puede tender a degenerar hacia lo que el Prof. Pere Ibern denomina “la carrera armamentista sanitaria por intentar avanzar en la diferenciación de las prestaciones y capturar rentas manteniendo mercados cautivos”. La asimetría informativa que surge de la relación de agencia se puede controlar mejor en aquellas áreas donde el paciente (usuario) del servicio mejora su capacidad de elección que en el caso de la salud son la atención primaria y la aseguración.

Los aseguradores (compradores de servicios)

El hecho de que los agentes de compra tengan diferentes tipos de propiedad (privadas lucrativas, privadas sin fines de lucro o públicas) permitiría comparar la eficiencia relativa de unas respecto a otras, puesto que todos deberían tender a cubrir las mismas prestaciones buscando la máxima calidad. Es condición sine qua non que las primas se ajusten por riesgo, ya que al pagar la prima capitativa el financiador transfiere el riesgo a los agentes de compra de servicios.

Los compradores asumen de esta manera el papel de vigilancia y auditoría de los proveedores y considerando que disponen de una población de referencia, la cual recibe servicios y fruto de su relación continuada **puede transformar lo que es un bien de confianza para el consumidor en un bien de experiencia para el comprador**. Aunque siempre existirán atributos sobre los que no se podrá determinar nada.

El caso holandés es bastante relevante dado que tiene una población de 16 millones de habitantes y cuenta con solo 7 agentes de compras. A nivel político cualquier propuesta de participación de compañías de seguro privado o competencia entre aseguradoras deberá tener en cuenta que sin resolver a priori los ajustes necesarios en la fórmula de reembolso que evita la selección de riesgos será preferible considerar nuevas alternativas o el mantenimiento de la situación actual.

a) Articulación entre poblaciones y prestadores

Esta función incluye tres roles claves: administración del riesgo, administración del acceso y la representación.

1. **La administración del riesgo** se lleva adelante afiliando poblaciones en un número suficiente como para diluir los riesgos mayores (esto pone en dudas la negación que han tenido las autoridades en aceptar mecanismos de afiliación corporativa y exigiendo que la misma sea individual, donde la selección adversa y el riesgo moral se incrementa). Cuando los riesgos se dispersan se reduce la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los proveedores. Las aseguradoras reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos. A fin de fijar un tope a los gastos y crear al mismo tiempo un incentivo equitativo contra la competencia basada en la selección de riesgos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo.
2. **La administración del acceso** incluye aspectos cruciales de la interacción entre las poblaciones y los proveedores, incluyendo los procedimientos para el ingreso y la salida de los usuarios del sistema de salud, el conjunto de contingencias que deben ser cubiertas, definido mediante un paquete explícito de beneficios (PMO) o de intervenciones y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores mediante la organización de redes integrales de proveedores.
3. **Representación:** actuar como agente informado de los consumidores y representar sus intereses agregados (así como aquellos de la agencia financiera) operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre.

Estas tres subfunciones permiten conciliar la heterogénea demanda de los consumidores con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que asegure un uso costo efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción del usuario. Esta articulación explícita de recursos, prestadores y consumidores constituye una verdadera innovación.

b) Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicio

La articulación actúa como mediadora entre las agencias de financiamiento y los prestadores de servicios mediante la canalización selectiva de los recursos. Tres subfunciones a saber: 1) Diseño de incentivos, 2) El diseño de beneficios y 3) La gestión de calidad. Las aseguradoras reciben una prima pagada por el financiador (cápita ajustada por riesgo) y pagan por los servicios realizados de acuerdo con el sistema de pago establecido contractualmente. Algunas de las funciones son: revisión de utilización, análisis de la utilización

adecuada, case management y responsabilidad presupuestaria del médico generalista, acreditación de proveedores, definición y aplicación de sistemas de pago.

- 1) **Diseño de los incentivos:** el tema clave es el mecanismo de pago. Si se encuentra estructurado de manera adecuada, la forma en que los proveedores reciban el pago puede impulsar su eficiencia y su respuesta sensible frente a los consumidores.
- 2) **Diseño de beneficios:** Otro aspecto crucial en el diseño del sistema se refiere al paquete de beneficios o intervenciones. A través de un diseño de beneficios adecuado, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos serán aplicados de la forma más costo efectiva posible.
- 3) En el tema de la **gestión de calidad** pueden también las aseguradoras desempeñar un rol clave como la selección de proveedores, y el monitoreo de los procesos y resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor.

Salir del rol de pagadores pasivos para convertirse en compradores activos de servicios y de esta forma poder garantizar el acceso a un paquete de intervenciones para una población predefinida constituye un eje fundamental de la estrategia de cambio. Para lograrlo se debería organizar los diferentes tipos de proveedores con base en los incentivos diseñados para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta frente a los usuarios. Al mismo tiempo actuar en beneficio de los consumidores, de forma que estos puedan ejercer una mayor libertad de elección en la búsqueda de continuidad y calidad de atención. La concentración de los gastos de gestión es una de las consecuencias de la concentración de los riesgos sanitarios de los afiliados.

La inexistencia de la función de compra de servicios por parte de los financiadores, desvinculada del papel de los proveedores, que intente combinar adecuadamente las proporciones y costos de servicios adecuados per cápita es una de las claves para comprender porque existe tanta incapacidad en el control del gasto sanitario.

Hace muchos años que las aseguradoras navegan en un mar seguro sin tener que preocuparse por costos, riesgos, modalidades de pago, etc. A medida que se comience a competir se comenzaran a tomar decisiones que traten una mejor gestión de los usuarios de alto costo, ya que decisiones que aumenten la eficiencia sobre el 5% de los usuarios repercutirían en el 52% del gasto. Mientras las aseguradoras no se constituyan en órganos de gestión empresarial de las prestaciones y programas respecto a sus afiliados, no cabe esperar innovaciones.

Selección de proveedores

El asegurador debe modular los servicios hacia aquellos proveedores que ofrezcan un conjunto de actividades de diagnóstico y tratamiento para las distintas enfermedades con el mayor nivel de costo efectividad. Como el comprador es el que paga, procura obtener un costo per cápita mínimo atendiendo a una combinación adecuada de proveedores costo efectivos para el conjunto de enfermedades que presenta su población.

La orientación hacia los proveedores eficientes por parte de las aseguradoras parece ser una guía adecuada, considerando que han comprobado que una selección adecuada de proveedores y la configuración de relaciones a largo plazo permite complementar mejor los términos contractuales. Para evitar comportamientos oportunistas nada mejor que ofrecer estabilidad y continuidad en la relación.

Los compradores establecerán relaciones con aquellos proveedores que muestren niveles de eficiencia mayores. Considerando la información con la que cuentan las empresas compradoras podrían seleccionar los prestadores más adecuados para cada problema de salud. La selección de proveedores es un tema fácil, en algunos casos se hace por subastas o licitaciones. En los lugares donde existe un prestador único no se puede, no hay selección posible.

La existencia de un proveedor único puede justificarse por razones de tamaño óptimo de la inversión, que son consecuencias de planificaciones donde no se desea la competencia entre proveedores. El problema de la competencia en el sector salud, se debe a que los usuarios que están asegurados (no eligen costo efectividad por que el dinero no sale de sus bolsillos) y el papel de los precios es diferente (no constituye la señal para tener en cuenta para equilibrar oferta y demanda).

La demanda está mediatizada por la presencia del asegurador. En este entorno los hospitales pueden hacer competencias en calidad (diferenciación de productos), lo cual a menudo tiende a incrementar los costos más que a reducirlos, por ejemplo, con instalaciones tecnológicamente superiores que se duplican innecesariamente. El diseño institucional y la formalización contractual en entorno de competidor único requiere de un análisis detallado del mecanismo de compensación, de incentivos no económicos, así como de control de calidad asistencial, con el objetivo de dar respuesta a la selección adversa y el riesgo moral.

Se vienen tiempos de cambios para los aseguradores sociales y privados, que exigirá comenzar a repasar cambios en la naturaleza de las organizaciones. Es necesario una ingeniería organizacional que las ponga a la altura de las exigencias y la competencia. Ya no podrán seguir escondiendo sus ineficiencias y su falta de innovación con arreglos financieros millonarios, con la cautividad de los afiliados o los múltiples refugios que ofrece un entorno inflacionario. Llegó el momento de cambio y de las adaptaciones para ser en serio considerados aseguradores/compradores de servicios para un colectivo de población y dejar de ser simples intermediarios que no agregan valor a las prestaciones salud. ■

REFERENCIA:

1) Son aquellos en los que el consumidor aprende sus características mediante su uso repetido o su compra repetida.

(*) Profesor Salud Pública UNL. Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB). www.ideblatam.org



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

ADECUACIÓN DE GÉNERO: RACIONALIDAD DE LOS RECURSOS, LEGISLACIÓN RESPONSABLE Y UN SISTEMA DE SALUD AUTOSUSTENTABLE



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

La Ley de Identidad de Género N° 26.743, sancionada en 2012 en Argentina, y su Decreto Reglamentario N° 903/15, representan un avance significativo en el reconocimiento y protección de los derechos de las personas trans en el país. Este marco legal no solo establece el derecho a la identidad de género, sino que también garantiza el acceso a tratamientos médicos necesarios para el cambio de género y promueve la igualdad de derechos. Sin embargo, su implementación ha enfrentado desafíos y ha requerido en muchos casos el respaldo de la justicia para asegurar su cumplimiento efectivo.

La norma ha sido pionera a nivel mundial al reconocer el derecho de las personas a ser identificadas conforme a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de someterse a intervenciones quirúrgicas, tratamientos hormonales u otros procedimientos. Esta legislación establece que cualquier persona puede solicitar la rectificación del sexo y el cambio de nombre de pila en su documentación personal a través de un trámite administrativo, sin la intervención de un juez o la necesidad de presentar informes médicos o psicológicos.

Este enfoque despatologizador es crucial para la destigmatización de las identidades trans y no binarias, y representa un cambio paradigmático en la forma en que el Estado argentino reconoce y respeta la diversidad de género.

Por su parte el Decreto Reglamentario N° 903/15, emitido en 2015, proporciona las directrices necesarias para la implementación efectiva de la Ley N° 26.743. Este decreto establece los procedimientos administrativos para la rectificación registral de la identidad de género y regula el acceso a tratamientos médicos relacionados con la afirmación de género en el sistema de salud público y privado.

Uno de los puntos más destacados del decreto es la garantía de cobertura integral por parte del sistema de salud para los tratamientos hormonales y las cirugías de reasignación de sexo. Esto asegura que las personas trans puedan acceder a los servicios de salud necesarios sin enfrentar discriminación o barreras económicas.

Hasta este punto, he puesto especial atención en los aspectos positivos en cuanto al avance legislativo, en tanto que reivindica y otorga derechos, o, mejor dicho, proporciona un marco legal. Esto

no es una novedad para la Argentina, que ha demostrado en reiteradas ocasiones una notable evolución normativa adaptada a las necesidades sociales contemporáneas. Desde la implementación del divorcio vincular hasta la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, el país ha sido un referente en la ampliación de derechos, no solo para la región sino también para el mundo.

Sin embargo, suele suceder que ninguna de las “batallas” legislativas o judiciales, tienen en cuenta el financiamiento de los derechos otorgados o las garantías custodiadas. Ello trae aparejado complicaciones para la operatividad de las normas, las que muchas veces no encuentran fondos para ser financiadas, máxime cuando exceden el espíritu que tuvo el legislador al sancionarla.

Por ello, y a pesar del avance legislativo, la implementación de la Ley N° 26.743 y su decreto reglamentario muchas veces ha requerido la intervención de la justicia para asegurar su cumplimiento, contando en la actualidad con varios fallos judiciales.

Desde el llamado caso “Luana”, una niña de seis años, quien en el año 2012, se convirtió en la persona más joven en recibir un DNI con su identidad de género recocida por la Ley N° 26.743, o inclusive antes de la sanción de la ley con el caso “Nati”, quien en el año 2005, con 14 años de edad apoyada por sus papás -una profesora y un médico-, acudió a la Justicia para solicitar una terapia hormonal que evitara el proceso de masculinización de la pubertad, tanto la justicia como organismos de derechos humanos han tenido una importante relevancia en la flexibilización de la ley y la adaptación a los requerimientos particulares.

De forma más actual encontramos numerosos casos judiciales que han ido aún más allá la cobertura contemplada en el Anexo I del Decreto reglamentario N° 903/2015, exigiendo la cobertura integral de prestaciones, algunas de ellas de las denominadas “estéticas”.

Así, en un caso de la Provincia de Formosa la actora solicitó la cobertura de: 1) Fotodepilación definitiva de: barbilla, labio inferior y superior (barba y bigote), brazos, antebrazos, abdomen, tórax, pubis, glúteos, muslo, miembros inferiores y espalda; 2) Feminización facial: voluminización facial, Rinosplastia primaria (armonización facial), mentoplastia y pexia de cejas; 3) Feminización corporal: mamoplastia o mastoplastia de aumento con colocación de prótesis bilateral y gluteoplastia de aumento con colocación de prótesis bilateral; 4) micro trasplante capilar con técnica f.u.e.; 5) Atención médica con especialista en endocrinología (terapia hormonal); laringología y otorrinolaringología para tratamiento de la nuez de adán. Como así también cubra de manera integral las prestaciones consistentes en Reasignación genital Vaginoplastia feminizante (Penectomía, Orquiectomía bilateral, Confección de neo-vagina con flap escrotales y neoprepucio, todo lo cual tuvo favorable acogida por parte de la justicia federal de dicha provincia.

Como podrá advertirse las prestaciones solicitadas superan el espectro de lo establecido en la normativa aplicable al caso, lo que nos lleva a preguntarnos ¿Cuál es el límite de las prestaciones?, ¿Cuál es el límite las obligaciones por parte de los sujetos obligados?, ¿Cuál es el límite de los derechos?

Resulta indispensable reflexionar sobre los límites y el alcance de las prestaciones, sobre la utilización racional de los recursos de la seguridad social. Profundizar en lo que llamo, legislación responsable, entendiendo que los legisladores deberán discutir junto con el otorgamiento de derechos, su financiamiento, teniendo en cuenta que los recursos son finitos, independientemente del subsistema del que se trate, todo ello a los fines de tener sistemas de salud sustentables en el tiempo.

Asimismo, no hay que dejar de mirar y analizar el contexto general de las coberturas integrales de salud, entendiendo que todos los recursos que direccionemos para cubrir una determinada demanda, podrá de forma indirecta lesionar o restringir derechos o prestaciones de terceros, toda vez que los recursos de salud se utilizan para cubrir las contingencias de salud de toda su población.

Es por ello que es necesario mantener un criterio de igualdad y equidad para todos los beneficiarios, criterios que deben prevalecer sobre el caso particular, ya que estos casos tienen indefectiblemente un impacto sobre el resto de las prestaciones que potencialmente deberán ser cubiertas a otras personas.

En este punto quiero ser claro, en modo alguno se pretende hacer primar un interés económico sobre el derecho a la salud, o un derecho por sobre otro derecho, otorgando "jerarquías de prestaciones", pero en casos en donde existe una interpretación por parte de jueces, superadora de lo establecido por el legislador, habrá que ser cuidadoso en los límites de cobertura, ello para que no se vuelva una cuestión subjetiva y a demanda, en desmedro del resto del sistema.

Me resulta oportuno recordar un reclamo de un beneficiario ante la Superintendencia de Servicios de Salud, en donde por vía administrativa solicitó la cobertura de adecuación de género, la cual fue satisfecha por el Agente del Seguro de Salud requerido. Sin embargo, poco tiempo después el mismo beneficiario solicitó la reversión de sexo, situación no contemplada por la legislación, pero que fue resuelta en favor del beneficiario.

Las demandas sociales suelen tener un dinamismo mayor al legislativo, así es que aparecen nuevos conceptos no legislados, como la "destransición de género", que pueden traer aparejado situaciones no contempladas. El hecho de tener que lidiar con algunos cambios físicos irreversibles puede resultar extremadamente difícil, sumado a la falta de protocolos de atención y de servicios específicos que permitan dar respuesta a sus demandas.

Por ello menciono una arista que también resulta importante, como lo son los profesionales de la salud, que tienen la responsabilidad de asegurarse de que las decisiones tomadas sean, efectivamente, las

mejores posibles, lo cual conlleva adoptar una mirada crítica en su contexto social, cultural y de desarrollo.

Ahora bien, siguiendo lo que hasta aquí fue un caso concreto imaginemos la situación hipotética en donde, esta misma persona vuelva a requerir por segunda vez la adecuación de género, ¿sería esto posible?, ¿Qué obligatoriedad de cobertura existiría?

No hay dudas que nuevamente debemos hacer especial hincapié en la necesidad de hacer un uso racional de los recursos en salud y trabajar de forma conjunta para establecer los límites razonables de cobertura.

Por ello a pesar de los avances legislativos que podemos transpolar a otras leyes, persisten desafíos que deberán ser acompañados de modificar otras conductas por parte de la sociedad, mejorar la formación de quienes ocupan cargos en las tomas de decisiones, como así también de las instituciones públicas y privadas, propiciando espacios de discusiones críticas.

Es esencial que se continúen realizando esfuerzos para educar y sensibilizar a la sociedad y a los profesionales de la salud, la justicia y la administración pública. La implementación de políticas de inclusión y el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y control son cruciales para asegurar que los derechos de las personas trans sean respetados en todas las áreas de la vida.

La sociedad argentina debe continuar trabajando hacia un futuro donde la diversidad de género sea celebrada y protegida, y donde cada individuo pueda vivir con dignidad y respeto, pero además velar todos los actores, por la racionalidad de los recursos, por una legislación responsable y un sistema de salud. ■

(*) Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud.

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

Praxis | Médica
Más de 400 clínicas y más de 2000 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

ESPECIALISTAS EN GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICOS LEGALES
23 ANIVERSARIO
2001 - 2024

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

LOS 7 HÁBITOS DE LA GENTE ALTAMENTE EFECTIVA: UN ENFOQUE EN EL GANAR-GANAR PARA EL PROFESIONAL MÉDICO



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

En el exigente mundo de la medicina, donde la excelencia y la eficiencia son pilares fundamentales, la búsqueda del éxito profesional va más allá de la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas. Se trata, en gran medida, de desarrollar hábitos que permitan una gestión efectiva de uno mismo y de las relaciones con los demás.

Para comenzar aportemos luz sobre dos conceptos que parecieran ser lo mismo, pero no lo son: eficiencia y eficacia. Si bien a menudo se utilizan indistintamente, existe una distinción importante entre ambos términos.

Ser *eficaz* implica lograr el objetivo deseado, sin importar los recursos o el tiempo que se invierta. Se centra en los resultados y en cumplir con lo que se propone. En otras palabras, hacer las cosas correctas.

Ser *eficiente*, por otro lado, se refiere a optimizar el uso de los recursos para lograr un objetivo de la manera más rápida y con el menor costo posible. Se centra en los procesos y en hacer las cosas de la mejor manera posible. En otras palabras, hacer las cosas de manera correcta.

En este contexto, la obra de Stephen Covey, “Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva”, ofrece una guía valiosa para los profesionales médicos que buscan alcanzar su máximo potencial. Entre estos hábitos, el cuarto, “Pensar ganar-ganar”, se destaca como un pilar fundamental para construir relaciones sólidas y duraderas con pacientes, colegas y equipos de trabajo.

Los 7 Hábitos se dividen en tres categorías:

A) Hábitos de paradigma personal: estos hábitos se enfocan en el desarrollo personal y la gestión de uno mismo.

- **Ser proactivo:** tomar la iniciativa y asumir la responsabilidad de nuestras vidas, en lugar de ser reactivos a las circunstancias externas.
- **Tener un fin en mente:** definir nuestros objetivos y valores con claridad, para que sirvan como guía para nuestras decisiones y acciones.
- **Primero lo primero:** priorizar las tareas más importantes y urgentes, gestionando nuestro tiempo y energía de manera efectiva.

B) Hábitos de liderazgo interpersonal: estos hábitos se enfocan en las relaciones con los demás y la comunicación efectiva.

- **Pensar en ganar-ganar:** buscar soluciones que beneficien a todas las partes involucradas en una interacción.
- **Buscar primero comprender, y después ser comprendido:** escuchar atentamente y empatizar con los demás antes de expresar nuestras propias ideas.
- **Sinergizar:** trabajar en conjunto con los demás para lograr resultados que serían imposibles de alcanzar individualmente.

C) Hábitos de renovación personal: estos hábitos se enfocan en el cuidado personal y el crecimiento continuo.

- **Afilar la sierra:** renovarnos física, mental, emocional y espiritualmente para ser más efectivos en todas las áreas de nuestras vidas.

Más allá de una estrategia de negociación

Pensar en ganar-ganar no se limita a una simple estrategia de negociación, sino que representa una mentalidad y una filosofía de vida. Es un paradigma que busca el beneficio mutuo en todas las interacciones, buscando soluciones creativas que satisfagan las necesidades de todas las partes involucradas.

En el ámbito médico, el ganar-ganar se traduce en la búsqueda de soluciones que beneficien tanto al paciente como al profesional. Esto implica:

- ✓ **Establecer una comunicación abierta y honesta con los pacientes:** es fundamental escuchar atentamente sus preocupaciones, comprender sus expectativas y trabajar en conjunto para encontrar el mejor tratamiento posible.
- ✓ **Fomentar el trabajo en equipo:** la colaboración entre profesionales de diferentes especialidades es esencial para brindar una atención integral y de alta calidad. El ganar-ganar implica valorar las diferentes perspectivas y trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes.
- ✓ **Gestionar conflictos de manera efectiva:** los desacuerdos son inevitables en cualquier entorno laboral. Sin embargo, el ganar-ganar proporciona un marco para abordar los conflictos de manera constructiva, buscando soluciones que beneficien a todas las partes involucradas.
- ✓ **Negociar acuerdos justos:** En el ámbito médico, las negociaciones pueden surgir en diferentes situaciones, desde la contratación de personal hasta la colaboración con instituciones de salud. El ganar-ganar permite establecer acuerdos que sean justos y equitativos para todas las partes.

Los beneficios de adoptar una mentalidad ganar-ganar en la medicina son numerosos:

- ✓ **Mejora de la satisfacción del paciente:** un enfoque ganar-ganar conduce a una mejor comunicación, mayor confianza y una experiencia más positiva para los pacientes.
- ✓ **Reducción del estrés y el burnout:** al fomentar la colaboración y la resolución de conflictos de manera efectiva, se reduce el estrés individual y se promueve un ambiente laboral más positivo.
- ✓ **Aumento de la productividad:** el trabajo en equipo y la búsqueda de soluciones creativas optimizan el tiempo y los recursos, lo que se traduce en una mayor productividad.
- ✓ **Crecimiento profesional:** la capacidad de establecer relaciones sólidas y construir acuerdos ganar-ganar contribuye al desarrollo de habilidades interpersonales y de liderazgo, lo que favorece el crecimiento profesional.

Los profesionales médicos que deseen adoptar una mentalidad ganar-ganar pueden comenzar por:

- 1) **Reflexionar sobre sus propias creencias y actitudes:** es importante identificar cualquier patrón de pensamiento de “ganar-perder” y trabajar para reemplazarlo por una mentalidad de abundancia y colaboración.
- 2) **Desarrollar habilidades de comunicación efectiva:** la escucha activa, la empatía y la asertividad son habilidades esenciales para construir relaciones ganar-ganar.
- 3) **Practicar la resolución de conflictos de manera constructiva:** existen diversas técnicas para abordar los conflictos de manera efectiva, como la negociación basada en intereses y la mediación.
- 4) **Buscar oportunidades para colaborar con otros:** el trabajo en equipo es fundamental para alcanzar objetivos comunes y encontrar soluciones ganar-ganar.

Al adoptar una mentalidad ganar-ganar, los profesionales médicos pueden crear un impacto positivo en su propia carrera, en la atención de sus pacientes y en el sistema de salud en general.

Tiempo después de su icónico libro, Covey incorpora uno más en su libro “El Octavo Hábito: de la Efectividad a la Grandeza”, se titula “Encontrar tu voz interior y vivir con integridad”. Se trata de un hábito que va más allá de la efectividad personal y se enfoca en el crecimiento interior y la contribución a algo más grande que uno mismo. ¡De esto hablaremos en artículos venideros! Los esperamos. ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria.

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

salud@gptcomunicacion.com.ar
www.gptcomunicacion.com.ar

REFORMANDO EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO UN ENFOQUE BASADO EN FORTALEZAS GLOBALES



Por el Dr. David Aruachan (*)

Introducción

La reforma del sistema de salud argentino es una necesidad urgente en un contexto donde la calidad de atención, su recurso humano y el acceso a los servicios médicos varían considerablemente entre diferentes regiones y sectores de la población. La hipótesis de esta propuesta es que Argentina podría mejorar significativamente su sistema de salud al incorporar las mejores prácticas y fortalezas de los sistemas de salud de otros países desarrollados. Este ensayo explora cómo las experiencias exitosas en otros países pueden ofrecer un marco valioso para reformar y mejorar el sistema de salud en la Argentina.

Fortalezas de sistemas de salud globales

1. Valores y cuidado de salud universal del Reino Unido

El Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido es ampliamente reconocido por su equidad y accesibilidad. Fundado en 1948, el NHS proporciona atención médica gratuita en el punto de uso para todos los residentes. Los valores del NHS incluyen la universalidad, la accesibilidad y la equidad, aspectos que podrían ser altamente beneficiosos para el sistema de salud argentino. Implementar un sistema similar en Argentina ayudaría a garantizar que todas las personas, independientemente de su situación económica, tengan acceso a servicios de salud de calidad.

2. Cuidados primarios de Israel

Israel ha desarrollado un sistema de cuidados primarios excepcional, apoyado por organizaciones de mantenimiento de salud que ofrecen servicios integrales y accesibles las 24 horas del día. Este modelo podría ser adoptado en Argentina para mejorar la atención primaria y preventiva, reducir los tiempos de espera y garantizar un acceso más eficiente a los servicios médicos básicos. La integración de la tecnología, como los registros electrónicos de salud y la telemedicina, también sería esencial para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado.

3. Servicios comunitarios de Brasil

El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil y el Programa de Salud Familiar (PSF) han demostrado ser efectivos en proporcionar atención comunitaria a nivel local. La implementación de equipos de salud comunitaria en Argentina podría mejorar la atención de enfermedades crónicas y promover la prevención a través de visitas domiciliarias regulares, teleseguimiento y apoyo comunitario. Este enfoque también podría ayudar a reducir la presión sobre los hospitales y mejorar los índices de salud a nivel nacional.

4. Salud mental y bienestar de Australia

Australia ha transformado su enfoque hacia la salud mental, pasando de un modelo hospitalario a uno basado en la comunidad con servicios proactivos de intervención temprana. Argentina podría beneficiarse al adoptar un sistema similar, enfocándose en la creación de servicios comunitarios de salud mental que sean accesibles y eficientes. Además, la implementación de políticas de salud mental que promuevan la educación, la participación cívica y el bienestar general sería crucial para abordar esta área crítica de la salud pública.

5. Promoción de salud de los Países Nórdicos

Los países nórdicos han logrado avances significativos en la promoción de la salud pública mediante estrategias integradas que involucran tanto a los sectores públicos como privados. Argentina podría aprender de su enfoque en la prevención de enfermedades a través de políticas públicas efectivas que promuevan hábitos saludables y reduzcan los factores de riesgo comportamentales. La colaboración intersectorial y el enfoque en la equidad en salud serían esenciales para replicar el éxito de los países nórdicos.

6. Empoderamiento de pacientes y comunidad de África

El empoderamiento de los pacientes y las comunidades es una estrategia vital en varios países africanos, donde los recursos son limitados. Entrenar a los pacientes como compañeros en el cuidado de su salud y fomentar la participación comunitaria podría mejorar la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud argentino. Este enfoque también podría ayudar a reducir los costos al involucrar a los ciudadanos en la gestión de su propia salud.

7. Investigación y desarrollo de Estados Unidos

Estados Unidos lidera el mundo en investigación y desarrollo (R&D) en salud, lo cual ha contribuido a avances significativos en diagnósticos y terapias. Argentina podría beneficiarse al fomentar la investigación médica y la innovación tecnológica, creando alianzas con instituciones académicas y el sector privado. Incentivar la investigación local y adoptar nuevos modelos de cuidado basados en la evidencia científica sería fundamental para mejorar la calidad del sistema de salud y su financiamiento.

8. Innovación y velocidad de India

India ha demostrado ser un líder en la rápida adopción e implementación de innovaciones en salud, a menudo con recursos limitados. Argentina podría aprender de la capacidad de India para estandarizar procesos y mejorar la eficiencia operativa en hospitales y centros de salud. Implementar sistemas de información en tiempo

real y optimizar el manejo de recursos podrían ser pasos cruciales para mejorar la calidad y reducir los costos en el sistema de salud argentino.

9. Información, comunicaciones y tecnología de Singapur

El sistema de salud de Singapur es ejemplar en su uso de la tecnología de la información y las comunicaciones para mejorar la atención médica. La adopción de registros electrónicos de salud y la integración de datos clínicos, financieros y operativos permitirían a Argentina evaluar mejor el valor de la atención médica y optimizar los costos y resultados. Un enfoque centrado en el paciente, donde los individuos tienen acceso a su información médica y pueden participar activamente en su cuidado, sería altamente beneficioso.

10. Elección de Francia

Francia ofrece a sus ciudadanos una amplia gama de opciones dentro del sistema de salud, permitiendo que los pacientes elijan sus proveedores y centros de atención. La implementación de un sistema que ofrezca mayor libertad de elección en Argentina podría aumentar la satisfacción de los pacientes y mejorar la calidad de los servicios a través de una competencia saludable entre los proveedores de salud.

11. Fondos de Suiza

El sistema de salud suizo es notable por su sostenibilidad financiera y alta calidad de servicios. Argentina podría considerar la implementación de un esquema de seguros de salud similar, equilibrando la responsabilidad individual con la solidaridad social. Establecer un fondo nacional de salud que garantice la equidad en la financiación y distribución de recursos en ciertas circunstancias y con una reforma en la cobertura actual sería clave para asegurar la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud.

12. Cuidados de la Tercera Edad de Japón

Japón ha desarrollado un sistema integral de cuidados para la tercera edad que incluye seguro médico a largo plazo y una variedad de servicios comunitarios y residenciales. Dado el envejecimiento de la población argentina, adoptar un enfoque similar podría mejorar significativamente la calidad de vida de los ancianos y reducir la presión sobre el sistema de salud.

Conclusión

La reforma del sistema de salud argentino es un desafío complejo que requiere un enfoque multifacético. Al aprender de las fortalezas de los sistemas de salud de otros países, Argentina puede desarrollar un sistema más equitativo, eficiente y sostenible. La implementación de mejores prácticas globales, adaptadas a las necesidades y contextos locales, podría transformar significativamente la atención sanitaria en Argentina, garantizando que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de alta calidad. Entender y comprender estas fortalezas, así como el proceso que debieron llevar adelante cada uno de los países para poder lograrlo tanto como adaptarlo a nuestro sistema de salud es un desafío en sí mismo que merece ser explorado. ■

(*) Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Presidente del Grupo Unión Personal. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

“Con más de 26 años de trayectoria en el mercado es hoy la revista más leída, consultada y difundida en su segmento”.



Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📷 @revista_medicos

🌐 Revista Médicos 📘 Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar

MÉDICOS DIGITALES: UNA GUÍA PASO A PASO PARA DIGITALIZAR CONSULTORIOS Y PACIENTES



Por Santiago Troncar
santiago@consultoriomovil.net

En un contexto local donde el Estado y todos los jugadores del sistema de salud continúan acelerando la adopción de herramientas digitales, por vocación innovadora o por presiones del sector y/o regulatorias, los profesionales de la salud enfrentan hoy el desafío de convertirse en “médicos digitales” para mantenerse competitivos, aggiornar y potenciar su práctica médica de cara al futuro.

Hoy los médicos y prestadores no sólo tienen la posibilidad de adoptar tecnología para “innovar” sino que, además, desde el 1ro de julio pasado, tienen la **obligación** de implementar algunos elementos tales como la “prescripción electrónica”, si su jurisdicción adhiere a la normativa vigente a nivel nacional.

Estando vigente a la fecha la “obligatoriedad” de la prescripción electrónica de órdenes y recetas médicas a nivel nacional, **comenzó una cuenta regresiva de 180 días**, plazo que tienen los profesionales médicos y prestadores para “incorporar y/o adaptar las tecnologías existentes” para cumplir normativas de prescripciones electrónicas, según reza la Disposición 1/2024 de la flamante DIRECCIÓN NACIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA del MINISTERIO DE SALUD, publicada el 01/7/2024 en el Boletín Oficial.

Pero... ¿Alcanza con implementar prescripciones electrónicas para ser un médico digital?

La oportunidad es mucho más amplia y atractiva para el profesional médico que decida apostar al futuro digital, y aquí nos proponemos ofrecer una Guía Rápida para digitalizar consultorios médicos y pacientes, utilizando en muchos casos herramientas gratuitas para lograrlo.

Una guía paso a paso

Entendemos que un profesional médico debe analizar la implementación de las siguientes opciones, tecnologías y tácticas para potenciar su crecimiento como “médico digital”:

1. Analizar el marco legal aplicable a nivel nacional ⁽¹⁾ y local

El marco legal argentino está compuesto por leyes, decretos y resoluciones que regulan los derechos del paciente, las prescripciones y recetas electrónicas, la historia clínica digital, su interoperabilidad, la protección de datos personales y la telesalud, entre otros temas clave. Adicionalmente recomendamos contactar al colegio médico local para asesorarte sobre las regulaciones y reglamentaciones, provinciales y locales, que aplican de acuerdo con tu jurisdicción profesional y a tu matrícula.

2. Tener una presencia online en internet y redes sociales

¿Me gusta lo que veo cuando me busco en Google? ¿Me representan adecuadamente los resultados que arroja Google sobre mí?

Dado que nunca nos sobran ni el tiempo ni los recursos económicos, la estrategia más razonable consiste en construir nuestro posicionamiento, paso a paso, sin prisa y sin pausa, definiendo objetivos claros, creando y fortaleciendo diariamente nuestra presencia e interactividad en Internet y redes sociales:

- “Existir online” utilizando herramientas gratuitas como Linktr.ee, directorios médicos como Doctoralia, creando un perfil profesional en LinkedIn y/o un Website personal gratuito (Wix.com o WordPress).
- Comenzar a curar contenidos generados por 3ros, con baja inversión de tiempo, compartiéndolos con seguidores a través de redes sociales, y sumándoles nuestros comentarios u opiniones.
- Generar contenidos propios: textos a través de un blog de WordPress, videos a través de un canal en YouTube y YouTube Health, o posteos de imágenes, infografías y videos desde nuestras cuentas en redes sociales de nuestro target (YouTube, Facebook o Instagram, sólo por nombrar algunas donde están los pacientes de más de 30 años).
- Invertir tiempo y recursos para interactuar online con usuarios y pacientes, a través de redes sociales, y agrandar base de seguidores y potenciales pacientes.

3. Seleccionar e implementar las plataformas y tecnologías operativas que nuestro consultorio, su staff médico y operativo necesitan para:

- Administración de pacientes y agendamiento de turnos.
- Historia Clínica Digital.
- Prescripción electrónica de órdenes y recetas.
- Validación de prestaciones.
- Telemedicina y seguimiento de pacientes.
- Investigación clínica.
- Cobros online a pacientes y/o financiadores.
- Otras plataformas específicas.

Para analizar las opciones disponibles en el mercado, recomendamos el reciente relevamiento “RX2024: Mercado TIC para la Salud”, publicado en 2024 por “Telemedicina & Salud en línea” que puede descargarse gratis aquí:

<https://saludenlinea.com.ar/wp-content/uploads/2024/04/RX2024.pdf>



Existen plataformas que resuelven cada una de estas funcionalidades por separado, y otras que integran varias/todas en una sola plataforma (porejemplo, turnos-HCD-recetas-telemedicina en una sola plataforma).

Algunos ejemplos son:

- Para instituciones de salud medianas o grandes: Doc24, Omnia, Osana, LlamandoAlDoctor, Phillips, entre otras.
- Para consultorios ambulatorios o centros de salud: Consultorio MOVIL, DrApp, DigiDoc, IntegrandoSalud, entre otras. Algunas de estas plataformas incluso son accesibles de manera gratuita.

Nuestra recomendación a la hora de evaluar y elegir: pedirle siempre opiniones a colegas confiables que sean usuarios de cada plataforma analizada.

Otra opción para validar proveedores es chequear los proveedores recomendados por algunos financiadores líderes. Aquí dos ejemplos de páginas oficiales de OSDE y OMINT:

- <https://prestadores.osde.com.ar/prescriptores-electronicos>.



- <https://www.omint.com.ar/website2/default.aspx?tabid=5914>



4. Implementando telemedicina remunerable y seguimiento digital de pacientes

Estas son algunas de las preguntas clave que debería hacerse todo profesional frente a la decisión de implementar telemedicina remunerable:

- ¿Mi seguro me cubre?
- ¿Qué opina mi Colegio Médico local sobre los servicios de telemedicina?
- ¿En qué jurisdicciones puedo ofrecer estos servicios de acuerdo a mi matrícula?
- ¿Cuál es el alcance de los servicios que deseo ofrecer?
- ¿Es ésta una oportunidad para definir un “Consentimiento Informado de Telemedicina”, que nos permita una nueva interacción “Médico-Paciente” con reglas claras para la interacción digital?
- ¿Voy a trabajar con pacientes privados?
- ¿Qué medios de pago voy a utilizar?

- Telemedicina con financiadores: ¿qué plataformas, condiciones y honorarios ofrecen?
- Opción adicional: ¿deseo invertir algunas horas para trabajar en redes de telemedicina específicas que reclutan profesionales?
- ¿Qué plataformas de Telesalud (u otras herramientas digitales) debería usar para cumplir mis objetivos y qué criterios de evaluación para elegirlos?
- ¿Cuáles son las Guías y Best Practices de Telesalud ya validadas en el mundo, que yo debería estudiar y aplicar?

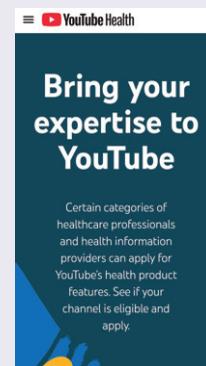
5. Aumentando mi base de pacientes a través del marketing digital

¿Tengo recursos económicos para invertir en publicidad online?

5.1. Analizar potencial presencia en “directorios médicos pagos”, como Doctoralia o TopDoctors (donde se destaca a los clientes que pagan).

5.2. Estrategias de posicionamiento profesional en red de sitios Google, a través de:

- SEO (“search engine optimization”) a través de contenidos y posicionamiento orgánico).
- SEM (“search engine marketing”) invirtiendo en compras de avisos y palabras clave).
- Presencia con videos en YouTube (libre).
- Presencia en el flamante YouTube Health (<https://health.youtube/features-application/>, canal exclusivo para MDs (sujeto a aprobación).



5.3. Compra de publicidad online en redes sociales como LinkedIn, Facebook, Instagram, Twitter X o TikTok (según segmento de pacientes buscado).

5.4. Estrategias de marketing directo digital, a través de newsletters, email marketing y/o WhatsApp con una base propia de usuarios y pacientes.



(1) Escanea este código QR para acceder a un website gratuito (<https://www.consultoriomovil.net/learningcenter/>) donde podrás encontrar:

- las leyes, decretos y resoluciones que regulan los Derechos del Paciente, las Prescripciones y Recetas Electrónicas, la Historia Clínica Digital y su Interoperabilidad, la Protección de Datos Personales y la Telesalud
- Guías y Recomendaciones globales y locales para Telesalud y Salud Digital.

Nuestras conclusiones

Al igual que el Cluetrain Manifiesto nos anticipaba, allá por 1999, lo que ocurriría en las siguientes dos décadas a través de la adopción masiva de internet en todo el mundo, hoy los pacientes y los profesionales médicos nos están mostrando el camino con la misma convicción: “estamos despertando y vinculándonos unos a otros. Estamos observando. Pero no estamos esperando”.

En la pandemia, los pacientes y todos los jugadores del sector salud, público y privado, descubrimos los beneficios de la salud digital -y ya no estamos dispuestos a volver atrás.

Hoy el sector tiene las rutas trazadas (y muchas de ellas construidas), los vehículos encendidos y los conductores entrenados, y los pasajeros listos para subirse, recorrer y potenciar a la más asombrosa superautopista de servicios y prestaciones de salud que podamos imaginar.

El Estado argentino dio, durante años, los pasos necesarios para diseñar una visión de salud digital global y competitiva, adoptando los estándares y mejores prácticas mundiales, proveyendo el marco jurídico y las garantías para que todos los actores del sistema puedan innovar y avanzar en la implementación de esa visión.

Ahora es nuestro turno, cada uno desde su lugar, para sumarnos al nuevo escenario, dando nuestro siguiente paso, en este camino de crecimiento exponencial que recién comienza. ■

SALUD, POBREZA Y NIÑEZ VULNERABLE ESPEJOS DE LA DECADENCIA SOCIAL



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

Cada vez que el INDEC revela los números oficiales de la pobreza en nuestro país, el resultado es una profundización del drama social. Hundirse en las carencias, además de la pérdida de expectativas, no es más que adentrarse en el opaco mundo de la penuria social con toda su gama de problemáticas.

Pero una cosa es exponer el porcentaje de pobres desde la presunción de una línea económica que divide la sociedad entre incluidos y excluidos del mercado y de la posibilidad de contar con una canasta básica de bienes y servicios, y otra muy diferente desagregarlos e identificar dentro de este amplio grupo a los estructurales, el sector más cristalizado en esa posición social y en condiciones de abismal desventaja respecto del resto. Incluido el universo de los nuevos pobres que se van sumando al ritmo de la paradójica y acelerada movilidad social descendente.

Por cierto, el dato de 70,8% de pobreza infantil del primer trimestre de 2024 y de una indigencia del 34,4% es más que alarmante. Respecto de la pobreza sobre la niñez vulnerable, vinculada a la pérdida de derechos básicos como educación vivienda adecuada o salud, el 42,6 % de estos chicos sufre al menos una privación (5,4 millones) y un 16,7 % tiene una privación considerada severa (2,1 millones).

Este drama no es nuevo. La Argentina viene enfrentando desde hace décadas un grave problema económico, social y sanitario frente a la pobreza, más complejo que la simple enunciación de cifras y situaciones particulares. Numéricamente desconocidos, pero geográficamente identificables en los márgenes urbanos de las grandes ciudades y con mayores carencias de todo tipo, el universo definido como pobre ha quedado configurado por un amplio colectivo social disperso entre tres círculos concéntricos, donde se juega su destino.

En el círculo más externo y dinámico están quienes entran y salen de esa frontera económica de bienes y servicios en función de que nivel de ingresos alcanzan y de la dinámica inflacionaria. El círculo más profundo lo componen 1.2 millones de familias, es decir, entre 4 y 5 millones de personas que viven en asentamientos y barrios de emergencia con

ingresos que los sepultan en la indigencia, bajo condiciones de alta vulnerabilidad y en muchos casos prisioneros de las carencias, del narco y de la marginalidad.

Entre ambos existe un tercer círculo de pobres que tratan de salir del pantano social con dignidad, esfuerzo y trabajo precario, envían a sus hijos a la escuela procurando algún progreso social futuro y cuidan de su salud, aunque sus pauperizados ingresos apenas si les permiten cubrir alimentos y escasos servicios básicos.

Las mayores dificultades de la condición de pobreza extrema surgen del daño colateral múltiple que producen los déficits crónicos no resueltos sobre su condición de vida, manteniéndolos en un malestar permanente. Carecer de vivienda digna, agua segura de consumo, saneamiento ambiental básico, trabajo y posibilidades de acceder a buenos servicios de salud y educativos. Viejos males conocidos y no resueltos que potencian su exclusión y marginalidad. Y los llevan a vivir en los márgenes de una sociedad que -además- suele estigmatizarlos en el estereotipo del delicto.

El modelo de exclusión a que quedan sometidos forma parte de un fenómeno creciente de vida en "guettos" aislados y amurallados por barreras físicas artificiales, que impiden su integración social y solo ayudan a profundizar el deterioro individual y colectivo. Se van transformando en una especie de "infraclase", sin valor de mercado -como sugiere Zygmunt Baumann- y cada vez más alejados de la posibilidad de consumir dentro de la lógica libremercaderista, solo visibles desde el supuesto "peligro" que representan para el resto del colectivo social.

El problema más sensible de la exclusión son los niños y adolescentes. Sometidos a la interacción directa entre nivel socio económico y salud, se exponen al impacto que ciertos factores tienen sobre sus habilidades cognitivas presentes y futuras. Su salud resulta un espejo que refleja las mayores inequidades. Hay estudios publicados internacionalmente en donde se advierte que las relaciones e interacciones en el medio y sus determinantes actúan modelando áreas del cerebro que controlan el comportamiento humano (por ejemplo, la habilidad de concentrarse en algo) e impactan en el resultado educativo (como aprender a leer).

Y está científicamente comprobado que quienes conviven en un entorno de pobreza significativa y violencia barrial muestran imágenes de progresivo debilitamiento de las conexiones neuronales en el cerebro joven, así como una menor interacción en tiempo real en áreas cerebrales vinculadas con la conciencia, el juicio y los procesos éticos y emocionales.

Las imágenes obtenidas utilizando RNM demuestran una marcada disminución de sustancia gris en el hipocampo vinculado a la memoria (soporte del procesamiento de la información y el comportamiento), en el lóbulo frontal (asociado al proceso de decisión, resolución de problemas, control del impulso, juicio y comportamiento social y emocional), y en el temporal (procesos de lenguaje, visión y audición y de conciencia de sí mismo).

Precisamente, áreas que asociadas resultan cruciales respecto de seguir instrucciones, poner atención y mejorar el aprendizaje global. ¿Pasa todo el tema de la salud por la cura? No. También pasa por anticiparse a la enfermedad. Estimular positivamente o no el cerebro en forma temprana durante la infancia será el determinante psíquico para que las conexiones neuronales se fortalezcan o bien se reduzcan, lo que puede generar un daño irreversible en el patrón futuro de desarrollo psicosocial.

¿Por qué es urgente focalizar acciones que generen un impacto sanitario y social sobre la infancia altamente vulnerable, que a futuro será parte de las nuevas generaciones económicamente activas del país? Porque quienes han investigado el comportamiento del cerebro frente a los determinantes sociales sostienen que éste dispone de neuroplasticidad (capacidad de modificar su propia estructura y aumentar el número de conexiones neuronales) entre el momento del nacimiento y la primera infancia, condición que luego irá disminuyendo con el tiempo, aunque sin llegar nunca a cero.

Esto implica la necesidad de incorporar también a sus madres -a veces adolescentes- criadas en la pobreza y con pocas probabilidades de haber desarrollado suficientes habilidades intelectuales al proceso de estímulo a sus hijos. Sabiendo además que entre los 15 a 30 años existe una segunda posibilidad de aumento de tal neuroplasticidad, lo que significa que, con entrenamiento y práctica suficiente, adolescentes y adultos jóvenes altamente vulnerables pueden quedar en mejor condición para adaptarse al entorno conflictivo en el que viven, y lograr superarlo.

No podemos predecir la vuelta de la movilidad social ascendente como motor social. Ignoramos el tiempo que falta para ello y venimos de una larga historia a la inversa. Tampoco una salud con igualdad de oportunidades. Pero planificar y gestionar en lo inmediato una política sanitaria efectiva sobre la población infantil más vulnerable y en alto riesgo que potencie su desarrollo intelectual y sus capacidades puede ser el único camino para obtener resultados a futuro, dejando atrás la insuficiencia e ineficiencia de los planes asistenciales focalizados y la relatividad de las transferencias condicionadas.

No basta entonces solo con paliar el hambre. Es urgente elaborar un programa socio-sanitario de promoción integral de la salud psicofísica focalizado en los niños y jóvenes

altamente vulnerables, donde todas las jurisdicciones provinciales se comprometan a llevarlo adelante a fin de promover su mejor desarrollo, inclusión e inserción social y darles la oportunidad de ser parte de la potencialidad de las generaciones futuras. La ciencia ya ha demostrado en forma concreta el impacto de las carencias.

Pero el dilema del presente es que más allá de lo coyuntural, en un contexto económico donde los logros seguirán siendo lentos e imprecisos y la salud y la educación no llegarán a todos por igual, no pensar acciones integradas que reviertan estas complejas situaciones alarmantes resulta una trampa mortal.

Es urgente pensar y potenciar nuevas políticas sanitarias y sociales destinadas a niños en alto riesgo. Y esto implica romper definitivamente con el modelo clientelista y coroplacista cristizador de la pobreza, e invertir recursos a lo largo del tiempo y en forma continuada para gestionar ya no más programas asistenciales, sino generadores de efectos concretos que provoquen un impacto decisivo frente a esta realidad desigual y excluyente.

La sociedad ya no otorga más espacio a los slogans facilistas. En la medida que los recursos financieros se hagan cada vez más inequitativos y restrictivos, las oportunidades de las familias pobres de invertir en el desarrollo social de sus hijos también se tornarán cada vez más desiguales. Sabemos que no hay peor pobreza que la de un niño con un cuerpo pobre en salud y un cerebro pobre en educación. Son espejos de la decadencia social. Lo que falta son decisiones políticas. Claras y acertadas. ■

(*) Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.



VIDT
ONCOLOGÍA RADIANTE

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

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CLAVE DE GÉNERO



Por la Lic. Florencia Brandoni (*)

Muchas de las acciones de los agentes de salud, y en particular de las obras sociales, están guiadas por directrices internacionales, además de las normativas nacionales. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, en su objetivo 9, se propone reducir las enfermedades no transmisibles porque constituyen una epidemia global y son la principal amenaza para la salud.

Entre ellas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los trastornos de salud mental, así como la discapacidad, la violencia y los traumatismos. Los caminos para dicha reducción son la promoción de la salud y la reducción de los riesgos, así como la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018) por año fallecen 41 millones de personas por esta causa en el mundo, equivalente al 71% de las muertes. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) afectan con mayor intensidad a los países de ingresos bajos y medios, por lo que representan un gran desafío para el desarrollo económico de los países.

En la Argentina estas enfermedades son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial.

Sin embargo, estas enfermedades (ECNT) son prevenibles en gran medida. Los cuatro factores de riesgo más importantes son el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol. Todos ellos responden a comportamientos personales y sociales principalmente adquiridos en la infancia y en la adolescencia e influenciados por los entornos donde vivimos y por la alta disponibilidad y promoción de productos nocivos para la salud.

Los cambios individuales a través de acciones de educación o concientización son importantes, pero no suficientes. La estrategia más efectiva para prevenir las ECNT es la implementación de políticas poblacionales que regulen los entornos y los productos, a fin de proteger el derecho humano a la salud, con especial énfasis en proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y así facilitar la adopción de hábitos saludables.

En este marco de alarma mundial por la salud, las obras sociales tenemos encomendada la tarea de la promoción de la salud a través del programa médico asistencial (PMA) y de los programas preventivos, en el intento de desplazar el eje de la enfermedad hacia la salud y convirtiendo la atención de la demanda en la atención de la necesidad.

Entendemos que la promoción de la salud se propone fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud, el bienestar individual y colectivos, según la Organización Panamericana de la salud (OPS).

En esta línea, consideramos que todo trabajo en promoción de salud debe considerar las cuestiones de género, ya que hombres y mujeres no

enferman de igual forma, ni los hábitos, rutinas, y cuidados de la salud se desarrollan de la misma manera en los géneros masculino y femenino.⁽¹⁾

Vamos a referirnos solo a algunos ejemplos para dar cuenta de esta afirmación y las necesidades que de allí derivan.

A propósito de los cuidados de la salud de los miembros de la familia, hemos realizado una encuesta sobre en quienes recaen los mismos. De un total de casi 900 respuestas, 70% indicó que la mayoría de las tareas corresponde a las mujeres, el 23% a los hombres mayoritariamente, y el 8% indica que las tareas de cuidado se reparten entre ambos géneros.⁽²⁾

Ello se explica por los estereotipos de raigambre cultural que ubican a las mujeres como principales cuidadoras, dedicando el doble de horas diarias que los hombres a las tareas de cuidado no remunerado y les genera múltiples perjuicios en su inserción laboral.

La feminización del cuidado de la salud también afecta negativamente a los hombres, condicionando la atención que le prestan a su salud, realizando en menor proporción los chequeos médicos. Según la Organización Mundial de la Salud, el género masculino en general se cuida menos, consume en promedio cinco veces más tabaco y alcohol que las mujeres, factores que se encuentran relacionados con los roles sociales de género (OMS, 2019).

Esos mismos roles de género se vuelven un obstáculo a la hora de prevención del cáncer de próstata ya que los temores y prejuicios largamente asociados con los controles urológicos resultan en que de cada 10 hombres, 7 no realicen sus controles anuales debido al tabú que persiste en el examen del tacto rectal (LALCEC, 2022).

Asimismo, la creencia generalizada en que los infartos de miocardio son característicos de los hombres, opaca el dato de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte femenina en el mundo y dificulta el conocimiento de los síntomas frecuentes de las mujeres y en consecuencia la identificación de la urgencia, lo que redundará en una demora muy perjudicial para acudir a la consulta médica. A esta demora prehospitalaria se suman las dificultades de la formación y los imaginarios propios de la práctica médica, que dificultan un diagnóstico cardíaco rápido. El desconocimiento de estas diferencias hace que las mujeres estén “infradiagnosticadas e infratratadas”, según la Sociedad Europea de Cardiología.

En síntesis, todas las acciones que desde las obras sociales han de llevarse adelante para el cuidado y promoción de la salud como para la prevención de enfermedades deben considerar los sesgos de género y realizarse campañas y difusiones ajustadas a estas particularidades, caso contrario se corre el riesgo de emitir mensajes inocuos o incluso nocivos. ■

Fuentes:

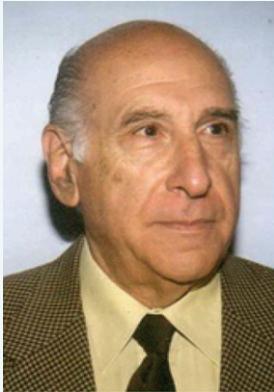
- ✓ Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
- ✓ OPS, Promoción de la salud - <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- ✓ Consenso de enfermedad cardiovascular en la mujer (2021) Sociedad de cardiología, vol. 89 suplemento 5 julio 2021 - <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2021/09/consenso-89-5-1.pdf>
- ✓ Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2018 - <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
- ✓ Campaña CardioMujer (2023) - osim.com.ar/cardiomujer
- ✓ Evitar el infradiagnóstico cardíaco en la mujer, un reto clínico europeo, Junio 2024, Consenso Salud - <http://www.consensosalud.com.ar/evitar-el-infradiagnostico-cardiaco-en-la-mujer-reto-clinico-europeo/>
- ✓ LALCEC “No tengas miedo al dedo”, (2022) – <https://www.lalcec.org.ar/post/lalcec-y-grey-argentina-piden-que-no-tengas-miedo-al-dedo>

Referencias:

- 1) Entendemos el concepto de género como una construcción cultural histórico – social de la feminidad y la masculinidad, que otorga y promueve atributos a hombres y mujeres, que se ordenan según una asimetría de poder, donde la feminidad tiene una posición de subordinación respecto de la masculinidad.
- 2) https://www.osim.com.ar/alzalavoz_2019/reconoce_cuest_cuidadoscompartidos.php

(*) Psicóloga - Coordinadora del Área de Prevención y Promoción de la Salud, y en Auditoría de Salud Mental y Discapacidad de OSIM - Obra Social del Personal de Dirección.

EL SEGURO



"Diez gramos de prevención equivale a un kilo de curación"

Lao Tse

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El tema de seguros constituye un área del conocimiento en el que las reglas de funcionamiento descansan en mayor medida sobre el cálculo de probabilidades, constituyendo una disciplina cuya herramienta más importante la brinda la estadística.

El seguro en sus diversas modalidades tiende a la protección mediante el pago a unos pocos con la contribución de muchos expuestos al mismo riesgo. En consecuencia, la esencia del seguro es la sustitución de la incertidumbre por la certeza. En orden a ello toda organización aseguradora constituye un mecanismo para la distribución de las pérdidas ocasionadas por los siniestros.

Las reglas de funcionamiento de los seguros descansan fundamentalmente en el cálculo de probabilidades, en tanto que los riesgos se diferencian en cuanto a su naturaleza. Hay coberturas en el que el siniestro puede o no producirse, que no es el caso del seguro de muerte, pero sí lo es cuando se trata de problemas de salud.

Cuando el riesgo aumenta con la edad y la cobertura debe renovarse anualmente las primas son crecientes hasta convertirse en prohibitivas. La alternativa es trabajar con las llamadas primas niveladas, o sea, que son uniformes año a año y no incrementadas en razón de la edad que supone un mayor riesgo.

Esta es una característica que los diferencia de los prepagos médicos toda vez que las cuotas que se perciben con anterioridad al pago de las prestaciones tendrán a futuro costos crecientes con la edad, cuyo valor requiere del análisis actuarial del riesgo prestacional. Este concepto que responde a lo que se denomina prima de riesgo actuarial no es respetado por el artículo 17 de la Ley 26.682/2011.

El seguro tiene dos componentes, uno indemnizatorio por el lucro cesante ante la imposibilidad de trabajar y otro por la cobertura de la atención médica para restablecer la salud, como es el caso de las ART, cosa que no sucede en los prepagos.

Los prepagos pueden conformar distintos planes vinculados al valor de la cuota con igual o distinta cobertura, cuyo valor depende del

grado de libertad que se le otorga al beneficiario o asociado en el uso de los servicios.

Otro componente es la forma de organizar la provisión de servicios, desde los más eficientes como lo son los que cuentan con niveles de atención y médicos de cabecera que administran el proceso de atención, hasta aquellos de carácter abierto en el que el usuario toma decisiones de manera independiente y no con acuerdo del médico tratante. Estos aspectos, organización y cobertura, son los que toma el actuario en el cálculo de la cuota.

Lo que habitualmente no queda claro en estos contratos es la cobertura de la tecnología de alto precio, origen de situaciones litigiosas para su cobertura, de donde surge la noción de seguros catastróficos que deberían adoptar los prepagos.

La propuesta de un seguro catastrófico de la atención médica tiene una estructura simple de beneficios, por la que los gastos por encima de cierto límite anual se pagarían totalmente para todas las enfermedades. Este enfoque se basa en el supuesto de que la enfermedad de alto costo ataca a los individuos al azar, representa una fracción pequeña de los recursos totales y gran parte de esos gastos no puedan ser controlados ni por el paciente, ni por la organización que le da cobertura.

Si bien la noción de seguro catastrófico surge a raíz de los costos aplastantes de la tecnología médica para los accidentes, enfermedades graves y hospitalizaciones muy prolongadas, se dispone de evidencias que al respecto refieren percepciones cerradas que merecen ser señaladas:

1) Los gastos médicos se encuentran concentrados en una pequeña fracción de pacientes. Aunque los de mayor edad representan el 40% de los pacientes de alto costo, hay un patrón similar en cada cohorte de edad, como las enfermedades congénitas no letales. Surge también de las estadísticas que para el 1% de las personas de alto costo de la población, en un año, crecen a una tasa del 5%. Por lo tanto estos casos están recibiendo tratamientos que se incrementan en términos absolutos y relativos.

2) Las enfermedades de alto costo tienen una naturaleza longitudinal y rara vez episódica. En un estudio realizado en 5 hospitales, el 10% de las enfermedades de alto costo tratadas en un año se clasificaron en cuatro categorías:

- 2.1 – De costo intensivo (TI).
- 2.2 – Estadía prolongada.
- 2.3 – Admisiones repetidas.
- 2.4 – Combinaciones de esas categorías.

3) La tecnología médica no siempre es la fuente primordial del costo. El gran volumen de recursos convencionales, a menudo simples, utilizados antes que se apliquen las nuevas tecnologías, contribuye de manera importante en el costo de la atención.

4) Las complicaciones durante el tratamiento es otra de las causas importantes que afectan el costo de la atención. ■

Bibliografía:

Lic Cristina T. Meghinaso. Seguros de Salud. ISALUD. 2001

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

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

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

Porque seguridad es tranquilidad.



VELOCIDAD Y OPINIÓN

ACERCA DE CUÁNDO REDACTAR



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Entiendo la preocupación por redactar en el momento oportuno. Es fundamental estar al tanto de los eventos actuales para ofrecer información relevante y actualizada. **Aquí expongo algunas estrategias para evitar redactar a destiempo:**

Seguir fuentes confiables: mantenerse informado a través de fuentes confiables como medios de comunicación, sitios web oficiales y redes sociales de autoridades o expertos en el tema. **Planificación:** establecer un calendario de redacción que te permita anticiparte a los eventos relevantes. **Programa tus escritos con suficiente antelación** para que estén listos cuando ocurran los acontecimientos. **Monitoreo constante:** realizar un seguimiento constante de las noticias y eventos relacionados con tu área de interés. Utiliza alertas y notificaciones para estar al tanto de las novedades.

Actualización continua: mantener los contenidos regularmente. Siempre verificar si hay nuevos datos, cambios o desarrollos para incorporar en las redacciones. **Flexibilidad:** aunque es importante estar al día, también el hecho de ser flexible para adaptarse a situaciones inesperadas. A veces, los eventos pueden cambiar rápidamente, y debemos estar preparados para ajustar tus escritos en consecuencia.

Ahora vamos al tema sanitario específico:

La velocidad del cambio en el ámbito de la salud es un tema de preocupación tanto filosófica como social. A lo largo de la historia, hemos experimentado transformaciones significativas en la medicina, la tecnología y la forma en que abordamos la salud. **Permítanme compartir algunos ejemplos interesantes -entre otros-:**

Heráclito y la observación del cambio: en la antigua Grecia, Heráclito observó que el cambio es constante en el universo. Aunque no afirmó que todo se transforma, sí destacó que el cambio es esencial para algunas cosas. Por ejemplo, el agua de un río cambia constantemente, pero el río sigue siendo el mismo.

Gestión de la salud en un mundo cambiante: los directivos de la salud deben estar al tanto de las tendencias emergentes. La velocidad del cambio en la atención médica requiere que los líderes adapten sus modelos de gestión para enfrentar los desafíos futuros.

Es importante mencionar que la velocidad de la respuesta sanitaria puede variar dependiendo de varios factores, incluyendo la gravedad de la crisis sanitaria, los recursos disponibles y las políticas de salud pública implementada. La respuesta sanitaria puede variar dependiendo de varios factores, incluyendo la gravedad de la crisis sanitaria, los recursos disponibles y las políticas de salud pública implementadas. (PAHO 2024).

En su primer discurso como presidente de la Nación, Milei se refirió al sistema sanitario en la Argentina y describió una **situación crítica**. Afirmó que “el sistema de salud se encuentra completamente colapsado” y que “los hospitales están destruidos”. Además, mencionó que “los médicos cobran miseria” y que “los argentinos no tienen acceso a salud básica” debido a la falta de insumos médicos. La pandemia también estuvo en el centro del discurso de Milei, quien señaló que, debido a la ineficiencia del Estado, “130.000 argentinos perdieron la vida” durante la pandemia por Covid-19. Es fundamental abordar esta situación crítica y trabajar en soluciones para garantizar el acceso a la salud básica y la calidad de la atención médica en la Argentina.

¿Que nos dice la IA?

Como IA, no tiene opiniones personales ni emociones, pero puede proporcionar información basada en datos y análisis. La situación del sistema de salud en la Argentina es un tema complejo y debatido. Aquí hay algunas perspectivas:

Fragmentación y desigualdad: el sistema de salud argentino es altamente fragmentado, con la coexistencia de los sectores público, privado y de seguridad social. Esta fragmentación puede generar desigualdades en el acceso a la atención médica y en la calidad de los servicios.

Recursos insuficientes: existen preocupaciones sobre la falta de recursos, infraestructura y personal en los hospitales públicos. Los médicos y otros profesionales de la salud a menudo enfrentan condiciones difíciles y bajos salarios.

Necesidad de inversión y reforma: muchos expertos argumentan que se requiere una mayor inversión en salud pública, así como reformas estructurales para mejorar la eficiencia y la equidad. Esto incluye medidas para prevenir enfermedades, promover la atención primaria y garantizar el acceso a medicamentos esenciales.

Opiniones divididas: las opiniones sobre la evolución del sistema de salud varían. Algunos creen que ha mejorado en los últimos años, mientras que otros consideran que se ha mantenido igual o ha empeorado.

En última instancia, la mejora del sistema de salud requiere un enfoque integral, colaboración entre los diferentes sectores y una inversión sostenida en infraestructura, recursos humanos y tecnología médica. Es un desafío complejo que debe abordarse con una visión a largo plazo y el compromiso de todos los actores involucrados.

Fuentes confiables sobre el sistema de salud en la Argentina:

Ministerio de Salud | Argentina.gob.ar: el sitio oficial del Ministerio de Salud de Argentina ofrece información sobre políticas, programas y servicios de salud en el país. Puedes encontrar datos, recomendaciones y noticias relacionadas con la salud.

Organización Panamericana de la Salud - datos y estadísticas: Este portal interactivo alberga más de 140 indicadores de salud y datos relacionados, desagregados por edad, sexo y distribución urbano-rural. Ofrece información crucial sobre la situación y las tendencias de salud a nivel nacional, subregional y regional.

El sistema de salud argentino - CAEME: el artículo proporciona una visión general del sistema de salud en Argentina. Describe su complejidad, fragmentación y los subsectores principales, como el sector público, las obras sociales y los seguros voluntarios o prepagos.

Datos estadísticos de salud | Argentina.gob.ar: este sitio ofrece datos, gráficos y cuadros sobre estadísticas vitales y servicios de salud en Argentina. ■

(*) Doctor de la Universidad de Buenos Aires



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.

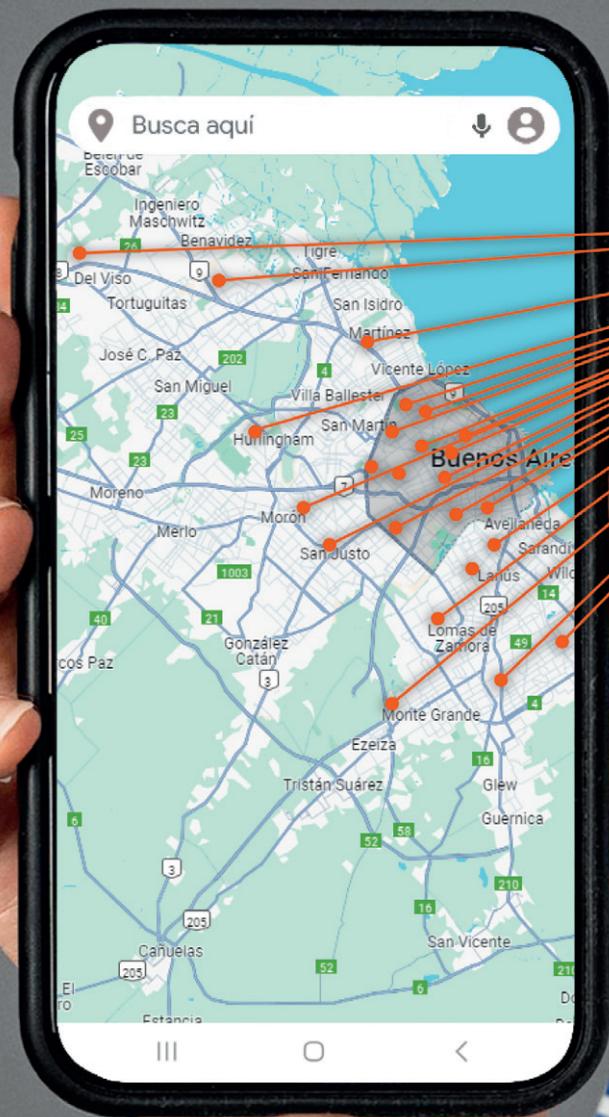


SCIENZA

www.scienza.com



OSR technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.



Ampliamos **la estructura.**

24 Bases Operativas propias que garantizan nuestro alcance donde más nos necesiten.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y Capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.