Columna
Todos somos Aerolíneas
Por el Dr. Rubén Torres

Opinión
Dengue y crisis en salud
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

Opinión
La gestión clínica
Por el Dr. Javier Vilosio

Médicos
Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVII. N° 91. Marzo 2016

Salud: ¿Tiempo de barajar y dar de nuevo?

GALENO | siempre pensando en vos
www.e-galeno.com.ar

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOV.AR Ley 26.682. Solicitud Inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 200.717/12.

cuidamos tus viajes,
cuidamos tu mundo

universal assistance

ASISTENCIA AL VIAJERO

35 AÑOS | CALIDAD ISO 9001

UNIVERSAL-ASSISTANCE.COM

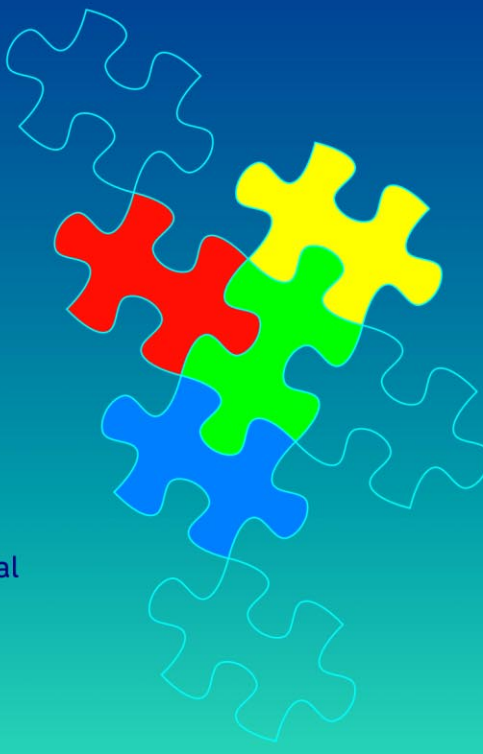
SIFEME

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

Llegamos donde estés

- EMERGENCIAS
- URGENCIAS
- VISITAS DOMICILIARIAS
- TRASLADOS PROGRAMADOS

Sifeme reunió armoniosamente a **cientos de empresas con la mejor respuesta y la mayor confiabilidad** en todo el territorio nacional.



www.sifeme.com

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

Obra Social

FERROVIARIA

TRABAJO Y GESTIÓN PARA LA SALUD FERROVIARIA

Estados Unidos 2859/63 - Ciudad Aut. de Bs. As. - C.P: 1227 - Tel: 4127-7700
Centro de Gestión y Atención Telefónica: **0800-333-3313** (días hábiles de 9 a 18hs.)

WWW.OSFE.ORG.AR

ASSIST CARD

EL VIAJE DE SUS AFILIADOS MEJOR CON ASSIST CARD

Todo lo necesario, está en nuestra APP ASSIST CARD

- ¿Se demoró tu vuelo?
- ¿Perdiste las valijas?
- ¿Perdiste los documentos?
- ¿Quieres ubicar puntos de interés?
- ¿Quieres saber los horarios de tu show favorito?
- ¿Necesitas conocer el cambio de tu moneda?
- ¿Quieres saber como va a estar el clima?

5555 2000 INT 54120

divisionsalud@assistcard.com

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800.222.SALUD (72583) www.sssalud.gov.ar - RNOS 1-22 0-4 RNEMP 1252

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

LA MEJOR COBERTURA FAMILIAR AL MEJOR PRECIO

0810-345-0184

Línea exclusiva de asesoramiento comercial

Prevención Salud

El bienestar se elige

Contá con una cobertura médica de primer nivel,
para maximizar tu tranquilidad y la de tu familia.

A con Copago A1 A2 A3 A4 A5 A6

Además contamos con una línea especial: PlanJoven

Contactate con tu Productor Asesor | Llamá al 0 810 888 0010
www.prevencionsalud.com.ar | /PrevencionSaludOficial

La empresa de medicina prepaga del GRUPO SANCOR SEGUROS

Superintendencia de Servicios de Salud | 0 800 222 SALUD (72583) | www.sssalud.gov.ar | N° de Inscripción RNEMP: 1679

Más cerca de tu Salud

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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal de la Construcción

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR: Inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el Nº 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

Médicos Medicina Global
La revista de salud y calidad de vida

Revista bimestral

EDITOR RESPONSABLE:
Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION, ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:
Paseo Cólon 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

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:
Ricardo Llosa y Yamila Bêgné (Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

ASESORIA Y DESARROLLOS TECNOLOGICOS EN INTERNET:
SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)
Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas
E-mail: info@sfanet.com.ar
www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:
López Delgado & Asociados
Estudio Jurídico
Tucumán 978 3º Piso
Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de ***Editorial Médicos S.R.L.***. Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. 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: Adagraf Impresores S.A., Salmún Feijoo 1035 1274 - CABA. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS 12

COLUMNA
Todos somos Aerolíneas
Por el Dr. Rubén Torres 18

VOCES
El valor del conocimiento
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar 20

0PINIÓN
La gestión clínica
Por el Dr. Javier Vilosio 22

VOCES
Oferta de médicos en la Argentina:
Es posible el tránsito del libre mercado a la planificación
Por el Prof. Carlos Vassallo 24

0PINIÓN
Dengue y crisis en salud
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León 28

COLUMNA
Las pandemias: un nudo gordiano que se desata con prudencia
Por el Dr. Ignacio Katz 30

INFORME ESPECIAL
Salud: el hoy necesita un ajuste, el mañana exige una reestructuración
Por la Lic. Paula Anselmi, Analista Senior de Key Market 32

COLUMNA
¿Se reducirán en el futuro en el mundo los beneficios del personal de las empresas?
Por el Dr. Héctor Barrios 36

0PINIÓN
Buenos Aires Saludable en el Siglo XXI
La utopía también sirve a la política sanitaria
Por el Dr. Sergio Horis Del Prete 38

VOCES
La Salud en la Agenda de Desarrollo 2030 y los 0DS:
Construyendo gobernanza en los países para su implementación
Por el Lic. Sebastián Tobar y el Dr. Paulo Marchiori Buss 40

DEBATE
La toma de decisión en la era de la información
Por la Lic. Patricia D'Aste 42

COLUMNA
¿Punto final a las inyecciones de Insulina?
Por el Dr. Enrique L. Sánchez 46

LA MEDICINA EN EL CINE
El otro lado de los fármacos en el cine (Tercera Parte) 47

COLUMNA
Aborto o un cierto "contrabando jurídico"
Por el Dr. Floreal López Delgado 48

COLUMNA
Verdades Incómodas
Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D] 50

0PINIÓN
Prevenir y anticiparse a las crisis
Por el Dr. Jorge Gilardi 52

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.

Abrimos las puertas del

Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía

Un Sanatorio con verdadero Espíritu Médico

Centro de Emergencias

Suite

Resonador

Quirófano

Angiografo

Neonatología

Un sanatorio diseñado con normas de eficiencia energética y cuidado medioambiental de vanguardia, equipado con la infraestructura sanitaria más moderna y pensado especialmente para la **Zona Oeste**. Cuenta con tecnología de avanzada y un equipo de prestigiosos Profesionales que permiten brindar al paciente el máximo confort y la más alta calidad médica.

34.000 m2 | 150 Suites de adultos y maternidad | 48 Camas de internación adultos de terapia intensiva | 24 camas de pediatría | 12 camas de unidad de cuidados intensivos pediátricas | Maternidad : 2 TPR salas de preparto | 8 salas de recuperación | Neonatología: 40 cunas de neonatología de alta, media complejidad | Terapia Intensiva Neonatal | Centro de Emergencias Guardia Independiente | 30 puestos y 11 Endosuites | 2 shockrooms | 8 consultorios para la demanda espontanea | 10 Quirófanos inteligentes | 2 Quirófanos para cirugías ambulatorias | Centro Médico: 30 Consultorios Externos – 8 endosuites | Todas las Especialidades médicas Adultos y Pediátricas | Estudios complementarios y Servicio de Diagnóstico: Laboratorio | 3 Equipos de RX digitales rodantes mobile DR Phillips | 2 Resonadores Optima MR 450W GE | 2 Tomógrafos Optima 128 cortes - Brivo GE | 2 Ecógrafo 5 D Samsung ACCUVIX A30 D3 , 3 Ecógrafos Samsung MYSONO U6, Ecógrafo Samsung HM70A, 2 Ecógrafos Phillips HD11 ,2 Ecógrafos GE QT5 Premium | Mamografo Phillips Microdose SI | RMN cardíaca GE | Angiografía Digital Flat Plant GE Innova IGS 530 | Equipamiento de Neurocirugía Neuronavegador Curve 1.1 Buzz Quentry -Microscopio LEICA M530-OH6 | Sistema Digitalizado de historias clínicas | Farmacia Inteligente integrando a la logística y preparación, Sistemas Robotizados: Kardex,Pixys y radiofrecuencia que optimizan seguridad y tiempo | Snack | Hall de Recepción | 200 Cocheras.

www.e-galeno.com.ar

GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOV.AR Ley 26.682. Solicitud Inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 200.717/12.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

PROYECTO LASALUS

Desarrollarán un simulador para mejorar la gestión en los hospitales y centros de salud

Es una iniciativa de cuatro universidades europeas, seis de América latina, y un socio desarrollador tecnológico italiano.

El 24 de febrero en la Ciudad de Buenos Aires se realizó el acto internacional de apertura del Proyecto LASALUS, cofinanciado por la Comunidad Europea en el marco del Programa Erasmus+. Durante tres años de trabajo, cuatro universidades europeas y seis latinoamericanas trabajarán junto al Consorcio de Bioingeniería e Informática Médica (CBIM) de Italia para desarrollar un simulador inédito en gestión de salud orientado a la profesionalización de los administradores de las organizaciones que proveen servicios de cuidados de salud en América y Europa. No existen registros previos a nivel global de una invención de alcance similar aplicada al sector sanitario.

El simulador de gestión sanitaria contribuirá a optimizar las competencias para el manejo de los recursos y los procesos de cada servicio de salud, en pos de obtener el mejor resultado en términos de calidad y eficiencia de las prestaciones, así como en satisfacción de los usuarios (internos y externos) y calidad de vida de los pacientes. Permitirá a planificadores, reguladores, estudiantes y administradores-gerentes, de los diversos niveles de gestión de los Hospitales y Centros de Salud de Europa y América Latina, analizar a través de modelos matemáticos, y en entornos virtuales colaborativos, los diversos resultados que pueden obtenerse a partir de modificaciones en las múltiples variables de estructura (presupuestos, recursos humanos, equipamiento, insumos) y de procesos (asistenciales y no asistenciales) que son responsables de la reconocida complejidad de la gestión sanitaria.

«Se calcula que se pierde hasta el 40% de los recursos financieros en los hospitales por deficiencias en la gestión", señaló en las palabras de apertura el Dr. Ginés González García, ex ministro de Salud de la Argentina. También presente en el acto, la Dra. Josefa Rodríguez, Directora del Hospital pediátrico Garrahan, el más grande de atención pediátrica en Latinoamérica, resaltó el rol de la simulación para dar lugar a nuevos modelos de gestión y saberes hospitalarios, ya que el desarrollo otorgará la posibilidad de planificar, organizar, dirigir, evaluar, controlar y rendir cuentas antes de actuar en la realidad.

Frente a este señalamiento, el Ingeniero Andrea Stoppini del CBIM destacó la importancia de una buena definición de los flujos procesuales y las variables que se programarán en el sistema del simulador, así como de las métricas que permitan evaluar el impacto que genera el uso de la herramienta.

Entre las instituciones académicas que participan en el proyecto LASALUS, se encuentra la Università degli Studi di Pavia y la Universitá degli Studi di Roma La Sapienza de Italia; la Ecole des Hautes Études en Santé Publique de Francia; la Universidad Pública de Navarra de España; la Universidad de Buenos Aires; la Universidad ISALUD de Argentina; la Universidad Evangélica de El Salvador y la Universidad Nueva San Salvador de El Salvador; la Universidad Gran Asunción y la Universidad Iberoamericana de Paraguay. Apoyan también al Proyecto LASALUS la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), El Ministerio de Salud de Italia, la Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), los Hospitales Garrahan y El Cruce de Argentina, y la Fundación CIRNA ONLUS de Pavía. ■

Equipo del Proyecto LASALUS en encuentro de apertura.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

OPERATIVO DE PREVENCIÓN EN EL GBA Y CABA DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUNYA

La Superintendencia de Servicios de Salud, a cargo del Dr. Luis Scervino, implementó un operativo de prevención, para evitar la proliferación del mosquito "Aedes aegypti" causante del Dengue, el Zika y la fiebre Chikungunya.

Con el fin de intensificar las acciones de contingencia y potenciar la difusión de las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación, la actual gestión diagramó un operativo para extremar las medidas preventivas.

En este marco, cada semana la S.S.SALUD, estará presente en distintas localidades del Gran Buenos Aires (GBA), así como también, en los barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), para brindar información, responder consultas y entregar material informativo sobre estas enfermedades.

Cada una de las acciones de este operativo, se realizan bajo la premisa de mantener «atenta y activa» a la comunidad, debido a que el control del mosquito, Aedes aegypti, es la única medida que puede lograr la interrupción del ciclo de transmisión de los virus.■

LA S.S.SALUD RECORRIÓ EL NEA Y ENTREGÓ REPELENTES EN LAS PROVINCIAS MÁS AFECTADAS POR EL DENGUE

La Superintendencia de Servicios de Salud recorrió, con su unidad móvil el Nordeste Argentino (NEA) y entregó repelentes en las provincias más afectadas por el Dengue.

Al concebir la prevención como la estrategia más efectiva para evitar la propagación de las enfermedades del Dengue, Zika y Chikungunya; la actual gestión implementó un operativo sanitario para proteger a las poblaciones más vulnerables de las zonas endémicas.

Mediante la articulación con las Sedes Federales del Organismo en las provincias de: Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones; la S.S.SALUD diagramó una red de distribución de repelentes, con el objetivo de prevenir enfermedades vectoriales. ■

GRUPO OMINT

OMINT 1967 Argentina · OMINT 1967 Brasil · OMINT ASSISTANCE · OMINT ART · Clínica Bazterrica · Clínica Santa Isabel · CLINICA DEL SOL

El servicio de asistencia al viajero Premium Assistance incluye entre otros: asistencia médica, legal y pérdida de equipaje en el extranjero. Beneficio sujeto a lasCondiciones Generales del servicio, las cuales se encuentran a disposición del interesado. Disponible exclusivamente para residentes argentinos.

Fundación universal assistance
para el cuidado de la salud infantil

Fundación Universal Assistance presenta la campaña solidaria "Recolección de llaves" a beneficio del Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna)

Fundación Universal Assistance encabeza la campaña, impulsada por el Hospital de Niños Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna), que tiene como objetivo recolectar la mayor cantidad de llaves, las cuales se usarán para financiar la compra de instrumental quirúrgico endoscópico y otológico para el diagnóstico y tratamiento para aquellos niños que se asisten en la División de Otorrinolaringología del Hospital Elizalde.
Desde la Fundación Universal Assistance se intenta crear conciencia acerca de la importancia que tiene ayudar a instituciones, como es el Hospital Pedro de Elizalde a mejorar aquellas herramientas y/o instalaciones indispensables para el tratamiento de todos los niños.
La campaña consiste en que cada uno done aquellas llaves que se encuentran en desuso, con un solo acto, como es la entrega de la misma, transforma a un elemento de descarte en un elemento indispensable para mejorar la calidad de vida de muchos niños.
Universal Assistance ha dispuesto urnas en todas las oficinas de la compañía para que todos puedan acercarse y dejar su llave, las mismas están ubicadas en Tucumán 466 y Córdoba 967. También se incentivó a los clientes a hacer lo mismo para que todos puedan ser parte de esta iniciativa.

Acerca de Hospital de Niños Pedro de Elizalde:
Es el hospital más antiguo de Latinoamérica, fundado el 7 de agosto de 1779. Actualmente trabajan 363 médicos, 159 profesionales de distintas disciplinas y alberga a 9.000 chicos al año.
Posee 8 quirófanos, 64 camas destinadas a Cuidados Críticos y 9 camas de Cirugía Cardiovascular. Cuenta con un Hospital de Día Polivalente que posee 18 camas y con un Hospital Hematoncológico de 6.

Acerca de la Fundación Universal Assistance:
La Fundación UA para el Cuidado de la Salud se creó el 19 de noviembre de 2010. Sus fundadores, Inés y Oscar Civile, la gestaron como una propuesta de intervención para disminuir la desigualdad en salud en la niñez. Está compuesta por un equipo de profesionales de distintas disciplinas que se agruparon para un mismo fin: promover la igualdad del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en nuestra comunidad. Cuenta con el aval de Universal Assistance S.A., una empresa nacional prestadora de servicios de salud con cobertura internacional, que hace más de 30 años ofrece asistencia integral en más de 150 países; comprometida desde el inicio de sus actividades con el bien común.

Puntos de recolección: Alto Avellaneda Shopping, Casa de la Provincia de Catamarca, Casa de la Provincia de San Luis, Instituto de Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Coopar Consultora Cooperativa de Trabajo Ltda., Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna), Oficinas de Universal Assistance (Tucumán 466 y Córdoba 967).
Para más información: www.fundacionua.org ■

CONFECLISA SE REUNIÓ CON MÁXIMAS AUTORIDADES DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA

CONFECLISA
www.confeclisa.com.ar

A fines de febrero, el Presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECLISA), Dr. Víctor Lozze, junto a la Lic. Silvia D´Agostino, Vicepresidente de ACLER, fueron recibidos por las máximas autoridades del Directorio del Banco de la Nación Argentina, en respuesta a la solicitud de audiencia efectuada oportunamente por la Entidad.
El encuentro se realizó en las oficinas del Directorio y contó con la participación del Lic. Atilio Benedetti, Director General del Banco Nación, quien estuvo acompañado por el Subgerente, José Luis López Pulido.
El Dr. Lozze informó detalladamente los inconvenientes financieros que afrontan las clínicas y sanatorios, enfatizando que las mismas "ocupan recursos humanos capacitados, de manera intensiva, y cuya gestión requiere de un funcionamiento coordinado durante los 7 días de la semana, los 365 días del año".
Además se refirió a las condiciones actuales del Sector, entre ellas: presión impositiva gravosa; salarios y cargas sociales; baja actualización de los aranceles; ausencia de convocatoria; incrementos desmedidos de insumos médicos y no médicos; grave desfinanciamiento del Sector que lo lleva a límites críticos.
Todos estos temas fueron plasmados en un documento dirigido al Presidente del Banco Nación, Lic. Carlos Melconián, en donde se solicitó la revisión de la política financiera para el Sector, fundamentalmente líneas de crédito que permitirían la mejora de estructuras y la modernización del equipamiento; todas medidas orientadas directamente a la mejora de la calidad de la atención de los pacientes. ■

Miramos al futuro sin olvidar nuestro origen

0800-444-OSPe (6773)
Línea gratuita de atención al beneficiario

www.ospesalud.com.ar

OSPE
Obra Social **de Petroleros**

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.E.M.P. 620646 - R.N.O.S. 1-1530-0

Nuevo Diplomado en la UCA sobre tecnologías aplicadas al sector de la salud

Comienza en abril y tiene una duración de dos años

El Centro de Emprendedores de la Escuela de Negocios, Facultad de Ciencias Económicas de la UCA, con el apoyo de Endeavor, lanzó el **Diplomado uHealth: Gestión y Tecnologías Aplicadas al sector de la Salud.** Con una duración de dos años y a través de clases teóricas y prácticas brinda los conocimientos necesarios para comprender el contexto del sector desde una visión sistémica para luego profundizar en cada uno de los actores principales. uHealth refleja la realidad en que se manifiestan en el sector sanitario las tecnologías gestionadas de forma ubicua a través de plataformas móviles, desde cualquier lugar y momento, permitiendo la interoperabilidad y semántica necesaria para interactuar entre distintas tecnologías aplicadas a la salud. El diplomado, que comienza en abril, aporta las competencias prácticas necesarias a partir de casos reales y testimonios como dinámica de grupo para que el egresado esté en condiciones de llevar adelante su propio emprendimiento o gestionar un proyecto tecnológico. Para poder inscribirse es necesario contar con estudios secundarios completos. Informes e Inscripción: ingreso@uca.edu.ar y 0-810-333-4647.
Más información www.uca.edu.ar/diplomados

"El Diplomado uHealth: Gestión y Tecnologías Aplicadas al sector de la Salud surgió a partir de las distintas necesidades que tienen los emprendedores de presentar su proyecto a futuros inversores, socios o público objetivo. Muchas veces tienen la solución técnica, el enfoque comercial o han detectado la necesidad en alguna parte del proceso del sector de la salud, pero falta el abordaje integral", afirma el Lic. Raúl Urrutigoity, Director del Diplomado. *"A partir de esta realidad, en conjunto con las Facultades de Ciencias Económicas y Ciencias Médicas, desde el Centro de Emprendedores de la UCA desarrollamos el Diplomado con 14 materias que brindan una visión sistémica del sector para gestionar tecnologías aplicadas",* sostiene. Urrutigoity y manifiesta que las materias Proyector Integrador I y II son las que consolidan el emprendimiento: *"Cuando el alumno finalice el Diplomado se presentará a un jurado compuesto por el cuerpo docente y referentes de instituciones y empresas del sector que evaluarán el proyecto."* Por otro lado, expresa: *"El término uHealth detalla la ubicuidad con la que hoy estamos conectados en todo momento y desde cualquier lugar por medio de dispositivos móviles, ya sean Smartphone, tabletas o dispositivos que envían datos de la vida real, relacionados con la salud."* ■

LA FUERTE DEVALUACIÓN DEL PESO AGRAVA LA CRÍTICA SITUACIÓN DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SALUD

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico – CA.DI.ME -, que representa a las empresas de este subsector de la salud en todo el país y en todas las especialidades (Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Radioterapia, Consultorios Médicos, Oftalmología, Odontología, Kinesiología, Diálisis y demás prácticas ambulatorias), *manifiesta su profunda preocupación ante la constante devaluación del peso durante los últimos tres meses, y que hoy asciende a más del 60%. Esta situación de la paridad cambiaria, significa para este sector un importante aumento de sus costos operativos, dado que en un grado elevado los insumos y equipamiento que emplea son importados.*

Al grave estado que agobia a los prestadores de pequeño y mediano porte y que vienen padeciendo una dilatada crisis de depreciación arancelaria, de desfinanciamiento y desfase entre los costos de producción y sus ingresos, no sólo se le suma dicha problemática devaluatoria *sino también el gran incremento de las tarifas de energía eléctrica.*
Cabe resaltar, que el insumo eléctrico es también para este tipo de empresas de servicios, uno de los más relevantes.
Es importante recordar que, en el mes de diciembre de 2015, se produjo una fuerte devaluación del peso frente al dólar del 34% aproximadamente. Esta devaluación anunciada en las semanas previas determinó un gran impacto en el costo de los insumos, alcanzando hasta un 46% en algunos casos, lo que se refleja en los Índices de Costos de Producción de la Cámara (Ver Cuadros). Se estima que ese impacto en los costos será aún mayor, dada la magnitud de la devaluación al día de la fecha.

CA.DI.ME. reitera que "para dar solución a esta problemática que se *debe constituir el Consejo Permanente de Concertación previsto por la ley 26.682, de tal manera que todos los componentes de la salud y el Estado discutan, analicen y transparenten sobre bases técnicas los costos de producción de las prestaciones que se brindan a los beneficiarios, acordando aranceles mínimos y obligatorios".*
Asimismo, y frente a la dependencia a que está sometido el sector con el exterior, y que se problematiza aún más con el proceso devaluatorio, *nuestra entidad insiste en la necesidad de que el país avance en una política de desarrollo de tecnología nacional para el sector salud*. En este orden CA.DI.ME. destaca que ha iniciado actividades entre los fabricantes nacionales y prestadores para promover e incentivar la producción local de insumos y equipos de diagnóstico. ■

Más Servicios. La calidad de siempre.

TELEACOMPAÑAMIENTO
y alarmas personales

CUIDADOS
domiciliarios

TRASLADOS
Programados y
Especiales

- Contamos con **2.500 colaboradores.**
- Controlamos una flota de **más de 500 móviles.**
- Brindamos **1.250.000 atenciones** al año.
- Nos respaldan más de **35 años de trayectoria.**

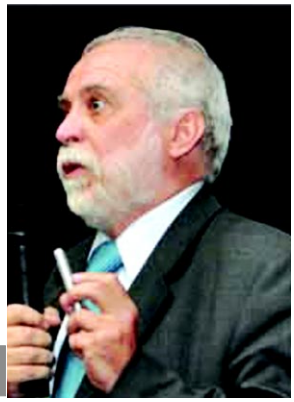
0800 888 3637

emergencias

somos parte de tu vida.

COLUMNA

Todos somos Aerolíneas



Por el Dr. Rubén Torres

Hace algunos días, los medios difundieron la carta que la jefa de un servicio de emergencias de un hospital de la provincia de Buenos Aires, envió a la gobernadora María Eugenia Vidal, en la que describe las condiciones de trabajo y las necesidades que tienen ahí, que no varían mucho de las de la mayoría de los establecimientos sanitarios de muchas de las provincias. A su vez el Dr. Regazzoni denunció situaciones (por otra parte, reiteradas y periódicas) de corrupción y desmanejo en el Pami. En ambos casos, este estado de cosas no sólo le ha costado al Estado (y por ende a todos los ciudadanos) cuantiosos gastos, sino que han matado a cientos de personas sin embargo, sólo generaron unos pocos comentarios. La "inversión" de más de 14.000 millones de pesos en letras del Tesoro, mientras no se pagaban servicios, o no se mejoraba la calidad de los mismos, la situación de trabajo de los profesionales, y los tiempos de espera o la condición de atención de miles de nuestros compatriotas más pobres, dieron lugar a menos comentarios o preocupación social que las discusiones, sobre el destino de miles de "empleados públicos" contratados sin reunir las condiciones para sus cargos; sin concursar los mismos, o llanamente, sin necesidad de su contratación para cumplir las funciones centrales del Estado: la provisión de más y mejores bienes públicos.

De la misma manera, la sociedad y muchos de sus líderes políticos y sindicales parecen más conmovidos o afectados por conservar la "gratuidad" del Fútbol para todos ("la liberación de los goles secuestrados…"), o preservar la "línea de bandera" (todos somos Aerolíneas). No hay dinero para los médicos especialistas, por los que claman muchas provincias, pero hay 2 millones de pesos por día para Aerolíneas ("hay un déficit de $ 15 mil millones de deuda proyectada para este año", según declaraciones de la Lic. I. Costantini, que agregó: "actualmente se pierden $ 2 millones por día"), no hay para el déficit de infraestructura hospitalaria, pero hay $ 1.500 millones para el escandaloso negocio del fútbol; no hay para una buena comida en los hospitales, pero sí millones de pesos para mantener 165 empleados por avión, contra 117 de Aeroméxico, 96 de Copa y 56 de Gol (consultora Oliver Wyman).

La sociedad sólo se acuerda de la salud cuando falta, y la muerte provocada por estas "prioridades" parece una entidad abstracta. Sin embargo, mientras en 1950 la Argentina era el 2$^{do.}$ país de Sudamérica con la mejor tasa de mortalidad infantil (TMI), después de Uruguay, y el 31 en el mundo, hoy está detrás de Chile y Uruguay en Sudamérica y 73 en el mundo, y los países que en aquel momento compartían su posición (España, Eslovenia y Letonia), hoy se ubican en los puestos 12, 10 y 49 respectivamente, pero claro, lamentablemente algunos de esos países, no tienen "línea de bandera" (que en nuestro caso tiene más empleados en relación a la cantidad de pasajeros que transporta que todo el resto de las aerolíneas de SkyTeam, la alianza que integra, y que otras empresas de la región como LATAM o Avianca). Resulta conveniente aclarar, que el problema no deviene solamente de la "década ganada": de los países que en 1995 compartían las cifras de TMI de la Argentina, en 2013 dos de ellos -Líbano y Rusia- habían alcanzado cifras de un dígito (y otros como Tailandia o Siria, nos seguían acompañando, a pesar de estar envuelto este último en serios conflictos bélicos).

En 1960, la Argentina ostentaba el lugar 42 entre los países del mundo con mejor esperanza de vida al nacer (EVN); hoy ocupa el 58; entre 2003 y 2013, Argentina aumento su EVN menos de 2 años (al igual que Uruguay y Paraguay), todos los demás países de Sudamérica lo hicieron por encima de esa cifra, y algunos como Bolivia, Perú y Brasil por encima de 3 o cercanos a él. Claro, la diferencia es que, mientras nosotros estamos en la proporción de empleados públicos respecto del total de la fuerza de trabajo, de los países desarrollados (15%), otros como Chile, Brasil o Uruguay "lamentablemente, solo" tienen 9,2;11,5 y 12,7, respectivamente, y mientras el promedio simple de remuneraciones de los directores, profesionales y administrativos equivale a 6,4 veces el PBI per cápita en Argentina, en el resto de A. latina equivale a 5,6 y en la OCDE "solo" a 3,1. Del mismo modo que en el caso de la TMI, el resultado tampoco es "logro" único de la "década ganada": los países que en 1995 ostentaban una cifra similar de EVN a la nuestra, como Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, R. Checa, Líbano o Polonia, en todos los casos hoy nos han superado.

Por último, entre 2003 y 2013, Paraguay, descendió un 44,7% su mortalidad materna, mientras Ecuador solo lo hizo en 17,5%; nosotros logramos un 25,5%, aunque no logramos el ODM respectivo; pero claro, tenemos Fútbol para todos, que nos garantiza escándalo (vínculos políticos con las "barras bravas" y la policía), violencia (tráfico de sustancias y personas, aprietes y extorsiones), intermediarios (coimas y sobornos en compra y venta de derechos y pases de jugadores, lavado de dinero), clubes que pagan sueldos superiores a 100 mil dólares mensuales (me remito al informe de la AGN a la Justicia el año pasado; donde detalla una decena de "anomalías" graves desde 2009); sin contar los heridos y los muertos que obligaron antes a prohibir la asistencia de público "visitante".

Mientras se revisan contratos y subsidios, en un país devastado por la corrupción, que encubrió la desocupación, la miseria, la desnutrición en villas y pueblos, sin cloacas, cabe preguntarse, si hay que bancar esto; que no banca ningún otro país de la región ni del mundo, con fondos públicos. Si bien el costo se ha reducido en parte, cabe preguntarse si no existen otras prioridades, o no se ve qué sucede en la calle, y en los hospitales.

El llanto solitario, nocturno, desesperado, de muchos de los argentinos más pobres en las esperas hospitalarias no vale la pena de ningún juego, ni de ninguna línea de bandera. ❑

HELIOS SALUD
DR. STAMBOULIAN

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA INFECTOLÓGICA

- ✓ CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS
- ✓ ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE VIH
- ✓ LABORATORIO
- ✓ VACUNAS PARA ADULTOS
- ✓ HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA
- ✓ ÁREA PSICOSOCIAL
- ✓ ACCIDENTES CORTO-PUNZANTES
- ✓ HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
- ✓ TEST DE VIH (HIV) GRATUITO

PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL ÁREA DE SALUD POR GS1 EN ARGENTINA

GS1 Argentina

SEDE SAN TELMO: PERÚ 1511 (C.A.B.A.)
SEDE BELGRANO: SUCRE 1525 (C.A.B.A.)
SEDE FLORES: CARABOBO 825 (C.A.B.A.)

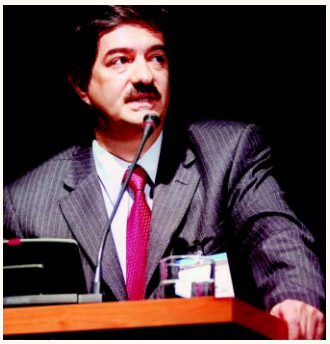
TELÉFONOS:
C.A.B.A. Y GBA: **[011] 4363 7400 / 7499**
DESDE EL INTERIOR: **0810 333 7048**

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS

WWW.HELIOSSALUD.COM.AR

facebook/HeliosSaludArg

El valor del conocimiento



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

Como dijimos en el número anterior de esta revista, el actual gobierno nacional designó Superintendente de Servicios de Salud a un profesional con experiencia en materia de obras sociales.

En los últimos dos meses se oyeron algunas voces que cuestionaron esta designación con el argumento de que se trataba de una persona vinculada con este sector. No es nuestro interés obrar como abogados del Superintendente, pero sí creemos útil aclarar algunos conceptos relacionados con esta crítica.

Ya desde hace varios años que distintos sectores políticos cuestionaron la designación de funcionarios en la Superintendencia de Servicios de Salud, porque provenían de este sector.

Nos parece inequívoco que convocar a personas con conocimientos específicos en esta materia para el desempeño de funciones públicas constituye un valor agregado y no un demérito.

Como sabemos por la experiencia vivida quienes nos desempeñamos como profesionales dentro de esta actividad, los problemas, soluciones, planes y políticas van a ser más eficazmente tratados por quienes tienen conocimiento específico en estos temas que por quienes carecen de este saber.

Es cierto que la elección como funcionario de una persona con conocimientos específicos no asegura necesariamente una gestión exitosa; pero sí otorga una base sólida para poder desarrollar su labor.

En el año 1992, Robert Reich –luego Secretario de Trabajo de Clinton-, escribió un libro titulado "El trabajo de las naciones", en donde básicamente explicaba que en el mundo lo que distinguirá a las personas será su conocimiento y no su nacionalidad. Cuestionar la capacitación específica en una materia significa cuestionar la formación y el conocimiento e ir a contramano de cualquier país que pretenda desarrollarse de modo sustentable.

Por su parte, en marzo de 2013, se formó un grupo que luego se autodenominó Medeos, organizado por el Foro el desarrollo de las ciencias, que elaboró un proyecto de Plan Nacional de Salud que contiene propuestas para la salud pública, la medicina prepaga y la seguridad social representada por las obras sociales que constituyen el Seguro Nacional de Seguro de Salud y también por la que están excluidas de él.

Este plan, elaborado por etapas en el curso de estos tres años tuvo la participación principal de, entre otros integrantes, el actual Ministro de Salud y el Superintendente de Servicios de Salud.

Estos funcionarios, reflejaron su conocimiento, formación y aporte para la solución de problemas que hoy tendrán frente a sí.

Estamos convencidos que esta formación específica permitirá, dentro del ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, resolver los temas pendientes respecto de la reglamentación de los múltiples aspectos aún no regulados de las empresas de medicina prepaga, adoptar políticas que permitan mejorar y universalizar la cobertura de la población beneficiaria tanto de la medicina prepaga, como de las obras sociales y corregir distorsiones de financiamiento, entre otros temas.

Con relación a las distorsiones de financiamiento, nos parece que debe corregirse, entre otras cuestiones, el reparto de fondos por vía del Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) instituido por el decreto 1609/12, que contiene, a nuestro criterio, algunas inequidades. En efecto, el inciso b) del art. 2 del decreto referido, dice que:

> Art. 2° — El SUBSIDIO DE MITIGACION DE ASIMETRIAS (SUMA) será distribuido por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP), en forma automática y a mes vencido, entre los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, de modo que...:
> b) Un OCHENTA POR CIENTO (80%) del total del SEIS POR CIENTO (6%) de la recaudación mensual correspondiente a los aportes y contribuciones que establecen los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley Nº 23.660, se distribuirá en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada Agente.

Ello quiere decir que cada una de las 300 obras sociales recibe una misma suma por cápita. Este sistema no parece que responda a criterios de estricta justicia. Si observamos la recaudación de cada obra social existen obras sociales que reciben un promedio de recaudación por aportes y contribuciones por cápita de poco más de $ 300 y otras que reciben un promedio de casi $ 1.000. Del mismo modo, casi todas las obras sociales con ingreso superior, destinan mayor porcentaje de su recaudación a la cobertura médico-prestacional de su población.

Otra situación inequitativa que contiene este decreto, pero en este caso afectando a las obras sociales con menor recaudación, se refleja en la redacción de su art. 3:

> "Art. 3° — El monto del subsidio que reciban los Agentes de más de CIEN MIL (100.000) afiliados no podrá ser menor al UNO COMA CINCO POR CIENTO (1,5%) del total de su recaudación, correspondiente a los aportes y contribuciones que establecen los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley Nº 23.660, ni superior al OCHO COMA CINCO POR CIENTO (8,5%) de la misma.

Este tope hace que obras sociales con escasa recaudación per cápita alcancen rápidamente el tope del 8,5 % y, de ese modo, vean recortado el monto del subsidio que reciben.

Por otra parte, también nos parece un momento oportuno para ir corrigiendo las situaciones que se presentan con la financiación de la discapacidad.

Estas son algunas de las cuestiones que seguramente serán motivo de análisis y solución por parte de las actuales autoridades. ❑

ADMIFARM
GROUP
Manteniendo lo esencial

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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

INNOVACION ESTRATEGIA COMPROMISO

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoría y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión
- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos

AG holding · ADMIFARM SERVICIOS · ADMIFARMA FARMACIAS · Z.B.C DROGUERIA · ADVANCED TECHNOLOGY · Nutrar · farmamidia PUBLICIDAD DIGITAL EN FARMACIAS

Hipólito Yrigoyen 1628 - 1er Piso - C.A.B.A - C1089AAF - Tel: +54 11 4010 0200 - Fax: +54 11 4010 0250 - www.admifarmgroup.com

La gestión clínica

"Yo sé que el Hospital está atravesando por una situación de crisis, doctor. Pero no me tranquiliza pensar que mi Arturo tenga que compartir la habitación con un enfermo de hepatitis. La habitación, no. La cama."
(Roberto Fontanarrosa)

Por el Dr. Javier Vilosio (*)

La expresión gestión clínica (GC) reconoce interpretaciones diversas, una es considerarla sinónimo de *microgestión*. La "micro" es, en definitiva, el momento del encuentro entre el paciente su familia y el profesional de la Salud.

Las regulaciones y estructuras propias de los niveles *macro* y *meso* de la gestión sólo adquieren sentido en tanto ese encuentro resulta exitoso al menos en la gran mayoría de las ocasiones en que ocurre.

En el campo de la gestión de servicios la expresión se usa para referirse a una estrategia de involucramiento -o rediseño organizativo- que implica a los profesionales de Salud en la utilización de los recursos en su práctica, disponiendo de las capacidades y el instrumental (de gestión) adecuados, en función de objetivos definidos y compartidos.

En cualquier caso se hace referencia a las formas en que se organiza y se lleva adelante ese encuentro entre profesional y paciente, utilizando los recursos intelectuales, tecnológicos y organizativos necesarios, con el objetivo de lograr los mejores resultados sanitarios.

Resultados que habitualmente definimos en base a conceptos de efectividad, calidad, oportunidad y eficiencia.

Pero intentar alinear la GC, su organización y el uso de los recursos, con los objetivos institucionales, es habitualmente una fuente de intensa tensión en el sistema de salud.

Y es que cuestiones como la variabilidad en la práctica –cuyo origen es multicausal, aunque claramente vinculado a la formación de los profesionales, y al modelo organizacional de los servicios- , las crecientes y novedosas expectativas de los usuarios –generalmente alentadas desde el propio sector sanitario-, la enorme presión del mercado tecnológico sobre el público y los profesionales de la salud –equipos e insumos, y particularmente medicamentos-, las restricciones generales que bien describe la economía de la salud –incluyendo las modalidades de contratación y pago-, y ciertas peculiaridades propias de, por ejemplo, nuestro mercado laboral, tienden justamente a desalinear la mejor utilización de los recursos para lograr las finalidades propuestas.

Desde este punto de vista la GC es un área de interés tanto para los prestadores como para los financiadores. Y debiera serlo para la autoridad regulatoria.

Una mala gestión clínica no sólo implica malos resultados en términos sanitarios, de satisfacción, calidad y economía, sino también en cuanto a las conductas disruptivas dentro de los equipos de salud.

En realidad los médicos y demás profesionales de la salud siempre han hecho, y hacen, gestión en su práctica.

Por eso insistimos con el uso de la expresión "alinear" recursos y objetivos, como actividad sistemáticamente desarrollada desde la conducción de las organizaciones sanitarias, y característica distintiva de la estrategia. Lo que algunos autores definen como un cambio cultural.

Aunque infrecuentemente entre nosotros, numerosas instituciones sanitarias cuentan con Unidades de GC en su estructura gerencial.

Habitualmente se menciona que para una adecuada GC se requiere investigación –conocimiento- sobre los procesos asistenciales para poder avanzar en su optimización y, claro, contar con una estructura organizativa y de control adecuada.

Las tareas que habitualmente se desarrollan son las relacionadas con el análisis de la práctica asistencial, el estudio de la producción y la utilización de recursos, el análisis organizacional, el desarrollo de guías para el mejoramiento de la calidad, y la implantación de modelos de seguimiento y evaluación de resultados.

Otro interesante punto de vista sobre los alcances de la GC resulta de considerar tres planos posibles de intervención: el individual, del encuentro particular al que hacíamos mención en el inicio, y en el que se juegan, además de la empatía y la capacidad de escucha, decisiones relevantes sobre *hacer o no hacer* en términos de intervenciones sanitarias; un segundo plano vinculado a los resultados obtenidos, y por último las cuestiones vinculadas propiamente a la gestión de la unidad o servicio en el cual se desarrolla la atención.

Para el primero son relevantes herramientas provistas por la medicina basada en datos, la utilización de guías de práctica clínica, la epidemiología, los modelos de decisiones compartidas, el enfoque de la medicina narrativa, etc. Para el segundo los criterios de efectividad clínica de los procesos, y para el tercero los modelos organizacionales, la evaluación de la eficiencia, y la motivación y capacitación del equipo.

De tal manera que la GC implica mucho más que la generación de guías de práctica o la medición de unos resultados cuantitativos y se vincula con un cambio de enfoque de la organización de la práctica estrechamente vinculada con las condiciones de calidad de los servicios, y profesionales centrados en el cuidado de sus pacientes. ❑

(*) Médico. Master en Economía y Ciencias Políticas. Subgerente de Programas Médicos y Gestión Clínica, del Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA).

Trabajando en equipo,
sumamos confianza a nuestros Asegurados

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud.

CAUCIÓN | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL
CAUCIÓN AMBIENTAL (SEGURO AMBIENTAL OBLIGATORIO)

YouTube f

TPC Compañía de Seguros

www.webtpc.com

CALIFICACIÓN A Evaluadora Latinoamericana S.A.

TPC COMPAÑIA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN www.ssn.gob.ar - 0800-666-8400 Nº de Inscripción SSN: 0741

Oferta de médicos en la Argentina:

Es posible el tránsito del libre mercado a la planificación[1]

Por el Prof. Carlos Vassallo (*)

El déficit de médicos es un tema de candente actualidad en el mundo y en particular en América latina. Existe un déficit global de profesionales sanitarios y los médicos encabezan esta limitación. Algunas políticas implementadas durante los últimos años nos alertan sobre la movilidad que tiende a descapitalizar algunos países y dejar insatisfechos a otros.

La Argentina al contrario de esta tendencia se caracteriza por ser uno de los países con mayor número de médicos por habitantes en la región consecuencia de un exceso formativo sin control iniciado con el reinicio de la democracia en 1983.

Nuestro país tiene actualmente 3,88 médicos cada mil habitantes y es solo superada en el continente americano por Cuba con 6,7 /1000[2]. La cantidad de médicos que se encuentran en edad activa en el ámbito nacional alcanzan el número de 160.041[3]. Al mismo tiempo convive hoy con déficits selectivos en algunas especialidades, así como en determinadas localidades y regiones del país[4].

La demanda que está generando Brasil en la Región a través del Programa Mais Médicos[5] ha resultado notable y tiende aumentar año por año.[6] La demanda del SUS Brasileño tiene planificación, no está orientada hacia especialistas ni tampoco a trabajar en las grandes ciudades de ese país, sino que por el contrario el gobierno intenta cerrar la brecha que se ha generado con la mejora de ingresos de la población, la salida de la pobreza por un lado y la debilidad de la oferta que se refleja en la falta de médicos en centros de salud de pequeñas localidades alejadas de los grandes centros urbanos.[7]

En particular afecta a nuestro país en las zonas limítrofes (Misiones, etc.) pero no ha tenido un efecto mayor en otras regiones. Si bien existe una cercanía geográfica importante las características culturales de uno y otro país son distantes. Lo que si se observa como flujo de migración importante en la región son médicos recibidos en Cuba con quien Brasil ha realizado un convenio especial que hasta ahora ha generado la llegada de más de 8.000 médicos vía un acuerdo con la Oficina Panamericana de la Salud que actúa como representante del país y devuelve la mayor parte del salario médico que constituye un ingreso de divisas clave para Cuba.

La gratuidad de Universidad en la Argentina ha sido un gran atractivo tanto en el país como en la Región y durante muchos años se han recibido estudiantes para la carrera de medicina. Anualmente egresan aproximadamente 6.000 médicos (5.000 pertenecientes a Universidades Públicas y más del 50% corresponde a las Universidades de Buenos Aires, Córdoba y Rosario).

La Argentina ha sido un receptor importante de estudiantes extranjeros de la región. Los primeros fueron peruanos, paraguayos, bolivianos, y uruguayos y luego más cerca en el tiempo llegaron brasileños y colombianos a los cuales les resulta más fácil vivir y estudiar aquí que pagarse los estudios en sus países de origen donde la educación universitaria es más elitista e históricamente más cara.[8]

El déficit de médicos en la Argentina se expresa en cambio no en la cantidad sino en las especialidades y en la distribución geográfica por regiones. Medicina general y familiar, anestesia, neonatología, terapia intensiva, y en algunas zonas en particular como el noroeste y noreste del país, así como en centros de salud y hospitales de provincia y localidades pequeñas y alejadas.

La segmentación profesional, (híper especialización) y geográfica (radicación de médicos en las ciudades más grandes) tienden a agravar este serio problema estrechando los mercados médicos correspondientes. Los médicos argentinos tienen un fuerte arraigo por “quedarse en el lugar donde estudiaron” y las organizaciones y sistemas provinciales de salud colaboran en agravar todos los síntomas de esta endogamia local.

Estos déficits se agravarán por los siguientes motivos:

1. feminización de la profesión (dos de cada tres nuevos médicos son mujeres).
2. pirámides de edad envejecida en aquellas especialidades más tradicionales como obstetricia, ginecología y traumatología.
3. aumento de la oferta pública para cubrir centros de salud y hospitales.

Quizás la mayor debilidad del sistema es la ausencia de rectoría y gobernanza que para un sistema tan diverso y complejo resulta muy difícil de direccionar. Una vez recibido los profesionales como sucede también muchas veces con los pacientes carecientes de un marco de reglas adecuado para encauzar el funcionamiento, terminan optando por aquellas opciones más favorables a ellos mismos.

En este panorama con un sector público que no

conduce ni ordena, dado el modelo de descentralización sin rectoría y que en consecuencia no define ni emplea algunas políticas de recursos humanos comunes para todo el territorio nacional por ejemplo sería importante un COFESA consensuando una política de remuneraciones como instrumento de incentivo para poder atraer médicos hacia aquellos puestos y lugares menos atractivos.

El rol de la Nación en materia de recursos humanos es ineludible a pesar del carácter altamente federal del sistema de salud. La producción de médicos sigue siendo nacional (Universidades Nacionales) y en consecuencia es necesario encontrar un mecanismo de articulación de la demanda de profesionales sobre todo de aquellos que se insertaran y trabajaran en el sector público.

La ausencia de políticas federales que promuevan un modelo de atención de la salud ordenado a través de médicos de cabecera bien remunerados, constituye otro de los factores que atrasa el desarrollo de la prevención y promoción de la salud que hoy el sistema requiere más que nunca. Ayudar a la población a cuidarse y mantener la salud no está dentro del genoma del variado y pluralista sistema de salud argentino y esto constituye una debilidad muy grande para organizar, ordenar y desempeñarse dentro del sistema, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales. Si dejamos que el mercado ponga los incentivos lo que termina sucediendo es un corrimiento de los profesionales buscando las especialidades más rentables y donde más fácilmente pueden diferenciarse. Asistimos a casos donde médicos formados para hacer medicina familiar y general terminan haciendo una especialidad ante un entorno que no promueve y paga por el cuidado de la salud sino por la atención de la enfermedad.

No podemos imaginar un médico renunciando al antibiótico para tratar una infección sin embargo desde hace años asistimos a una ausencia de política pública manifiesta en materia de recursos humanos en salud. Lo ya comentado la falta de utilización de incentivos para lograr la radicación de profesionales en ciertas regiones, ciudades y pueblos y al mismo tiempo los grandes hospitales más prestigiosos podrían pagar menos que seguramente no les faltarían profesionales deseosos de conseguir nombres y credenciales. Por ejemplo, Harvard paga muy mal a sus jóvenes profesores sin plaza. A los grandes hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Rosario o Córdoba nunca le faltarán cirujanos o neonatólogos.

En síntesis y como diagnóstico, es posible observar un mercado laboral de médicos con función de oferta inelástica a corto plazo, como consecuencia de la segmentación profesional y geográfica acentuada por el hecho que la inmigración se ha interrumpido como consecuencia de la escasa diferenciación y baja remuneración del médico argentino en determinadas zonas del país. Por otra parte, y agravando la situación la demanda privada compite con la pública en aquellas especialidades críticas que hemos señalado.

Con los salarios públicos provinciales regulados por debajo del nivel de equilibrio, las tensiones tienden a ir en aumento y se manifiestan con una menor dedicación laboral en el trabajo. Es muy difícil encontrar profesionales después del mediodía en los hospitales provincia-

les/ centros de salud y las ausencias son también parte de la discontinuidad laboral. Los médicos tienden a privilegiar sus trabajos privados atendiendo a la seguridad social o bien prestando servicios en sus clínicas y sanatorios, y dejando al hospital como un ingreso que le asegura jubilación y cobertura médica en el instituto provincial que corresponda.

Es cierto como bien menciona Beatriz González López Valcárcel que no existe un método perfecto en la planificación de recursos humanos para la salud y la de médicos es particularmente difícil.

Las innovaciones tecnológicas tienden a inducir cambios fundamentales en los perfiles de la práctica médica. ¿Quién hubiera imaginado tantos cardiólogos involucrados en la práctica de la hemodinámica?, cada vez más las fronteras se vuelven difusas y móviles entre los especialistas, los procesos de automatización de los laboratorios de estudios clínicos, y la deslocalización (digitalización) del diagnóstico por imagen. Estos cambios tienden a modificar en forma radical los procesos productivos de salud.

Además, en un mundo fuertemente globalizado, uno se podría preguntar si tiene sentido planificar la oferta de médicos desde un país, asumiendo una falsa ilusión autárquica. El Observatorio de Recursos Humanos en Salud presentó a fines del año 2012 un informe muy completo sobre los médicos en la Argentina, la red federal de registros de profesionales de la salud y estaría terminando un trabajo de relevamiento juntamente con la Escuela Andaluza de Salud Pública, que sin dudas será clave para analizar y tomar decisiones ordenadoras del sector.

La literatura acerca del tema menciona tres métodos principales para planificar la oferta médica, basados respectivamente en la demanda, la necesidad y en la comparación (benchmarking). Aquellos países que tienen vocación e historia de planificación entre los que podemos mencionar a Canadá, Australia, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos han desarrollado métodos y tienen experiencias que merecen ser estudiadas. Como bien se ha dicho, muchas veces la historia de la planificación es también la historia de los fracasos. En el caso de EE. UU. es muy paradigmático que cuando llega el momento que se había anticipado un déficit de médicos, resulta que existe superávit. De todas maneras, renunciar a planificar por temor al fracaso podría ser aún peor. El sector está introduciendo mecanismos regulatorios (exámenes de ingreso, oferta de residencias médicas, y de las especialidades) y para ello resulta más conveniente hacerlo con alguna partitura antes que cantar a capella.

Las soluciones a la crisis actual requieren medidas de corto y largo plazo, que no sólo afectarán el número de médicos sino también la organización del trabajo, la productividad, la sustitución laboral de médicos y otros profesionales y entre profesionalidades médicas, políticas de formación continua, etc.

A corto plazo existe por lo menos un instrumento que no se está utilizando en forma adecuada se trata de los incentivos económicos. La promoción de un juego más cooperativo entre las provincias instalando el tema en el Consejo Federal de Salud y planificando un programa que permita desplazar médicos hacia las localidades más periféricas, hacia la atención primaria de la salud para lo cual hay que emplear instrumentos e incentivos económicos y laborales.

Desde la perspectiva del análisis económico constituye un disparate que existan salarios uniformes para todos los médicos y es necesario poner delante de la política salarial los principales criterios que se intentan instalar para el buen funcionamiento y una mejor dirección de un sistema tan complejo, diverso y plural.

A largo plazo es necesario incrementar la flexibilidad e intentar combatir la segmentación creciente de la oferta, cambiando la formación de los especialistas, nuevas áreas de capacitación específica, mayores restricciones de ingreso a la facultad, aumentar la oferta de residencias disponibles y lograr sentar las bases de una mayor movilidad interprovincial de médicos. Vale la pena en este tema recuperar una dimensión nacional del mercado laboral de médicos y evitar que las acentuadas brechas regionales perjudiquen el acceso a la salud de la población.

No es un problema sencillo y tampoco será fácil una posible solución. Los mercados siempre tienden a estar en desequilibrio, pero lo importante es poner rumbo hacia señales más claras que permitan alcanzar un equilibrio más o menos estable, el gobierno de la salud permite utilizar aquellas herramientas de las cuales disponemos como por ejemplo la planificación y no podemos dejar librado el mercado al ajuste natural que sabemos a las desigualdades que conduce. ❑

---

1) Agradecimiento especial a la Confederación Médica de la República Argentina con cuyos miembros analicé y discutí algunas de las hipótesis y propuestas que se mencionan. Es mi responsabilidad absoluta las expresiones y comentarios que se realizan.

2) Organización Mundial de la Salud, Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. Para ver actualizaciones y metadatos, visite: http://apps.who.int/globalatlas/. Indicadores del Desarrollo Mundial.

3) Documento de Trabajo. Ministerio de Salud. Redefs. 2012.

4) Baja cantidad de médicos generalistas y de familia dado el escaso desarrollo de la atención primaria de la salud en los subsistemas (seguridad social, privado y público), neonatología, emergentología, medicina familia, anestesiología, salud mental y otras especialidades se han visto afectadas por la feminización de la matrícula y los cambios que esto genera en las elecciones de las especialidades y la diferente percepción y vivencia de hombres y mujeres en el ejercicio de la profesión médica. También es notable como se pueden observar diferencias entre regiones y ciudades en cuanto a la cantidad de médicos por habitantes. Terapia Intensiva: déficit de médicos en un área crítica. La Nación, 22 de septiembre 2014.

5) 4,200 dólares por mes / 40 horas de trabajo por semana / casa y comida / mes de vacaciones al año / dos familiares directos del profesional (/ plan x tres años / pagan 12.000 dólares por trabajar en Amazonia o zonas aledañas.

6) Déficit de médicos (Brasil) 2003-2011 se crearon 147.000 cargos, pero sólo se graduaron 93.000 alumnos en las universidades de todo el país.

7) 1557 municipios / 20% o más vive en situación de alta vulnerabilidad.

8) La cantidad de extranjeros matriculados en el país entre 2001 y 2011: fue de 4.285 personas, que en el SIISA representan el 6,3% del total de los médicos en actividad dentro del territorio nacional.

(*) Carlos Vassallo. Profesor de Salud Pública - Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral.

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN 0800-666-8400 - www.ssn.gob.ar – N° INSCRIPCIÓN SSN: 0002

Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

SMG SEGUROS

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar / www.smgseguros.com.ar

Dengue y crisis en salud

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.

La epidemia de Dengue del año 2009 reveló con crudeza extrema la situación de pobreza y abandono de gran parte de la sociedad y la crítica situación del sector salud poniendo en jaque el relato oficial de aquel entonces. Siete años después nos encontramos con una situación social agravada y una herencia en salud de presupuestos escasos y agotados, graves problemas de recursos humanos y servicios de salud colapsados. La falta de inversión en salud de todos estos años pasados nos pasa la factura.

DENGUE, AMBIENTE Y SALUD

La combinación de áreas densamente pobladas, con problemas estructurales de saneamiento básico y pobreza, con mucha actividad migratoria y con la presencia del mosquito transmisor, hicieron del conurbano bonaerense una zona de alto riesgo para la instalación del dengue. Encarar el control y erradicación del dengue en el conurbano bonaerense desde una política solo sectorial no sería lo adecuado. Debemos enfocarlo desde una perspectiva *multisectorial*, caso contrario resultará muy difícil su control y cada primavera resucitará el temor.

Las causas por las que el vector del dengue, el mosquito Aedes aegypti, se encuentre desplazándose cada vez más al sur, tienen que ver con una multiplicidad de factores, la mayoría relacionadas con el ambiente. Algunas de las que se han enumerado son las deforestaciones masivas, el aumento de la temperatura y humedad, otras consecuencias del cambio climático, la sojización por el desmonte y el uso de agroquímicos, las urbanizaciones repentinas sin los servicios básicos, las migraciones, la pobreza, y otras.

La principal medida de prevención al dengue, el descacharrado a fin de eliminar los “cacharros”, neumáticos y otros recipientes que puedan servir como criaderos del mosquito, produce toneladas de basura no orgánica “nueva” en el conurbano. El tratamiento y disposición final de ésta a fin de minimizar su impacto ambiental no es un tema menor.

Los municipios que están encarando seriamente esto se ven sorprendidos por la magnitud de “nueva” basura a procesar y disponer. Muchos de estos municipios no cuentan hoy con la infraestructura necesaria para su reciclado.

La disposición final de la basura diaria ya es un problema en el conurbano, al que se sumarán miles de toneladas adicionales no compactadas ni recicladas. En muchos casos se generarán nuevos basurales de chatarra a cielo abierto creándose nuevos criaderos de mosquitos y focos de contaminación.

Otra de las medidas que se debe manejar con sumo cuidado es la fumigación de viviendas y aledaños y requiere también la mirada ambiental para definir con cuáles plaguicidas y en qué condiciones se fumiga a fin de minimizar el impacto ambiental, el riesgo para la salud humana y animal y la generación de resistencia del mosquito.

LA CRISIS DEL SECTOR SALUD

La epidemia del Dengue también aceleró el diagnóstico del sistema sanitario en la Provincia de Buenos Aires. Si bien sabíamos de la crisis, nunca nadie imaginó la profundidad y magnitud de la misma.

Los hospitales públicos provinciales presentan gravísimos problemas de infraestructura, mantenimiento, falta de insumos básicos y escasez de recursos humanos en especialidades críticas. La crisis del Recurso Humano es inédita. Faltan especialidades críticas, los hechos de violencia son el común denominador, los salarios están totalmente desfasados.

Faltaban medicamentos esenciales y especiales e insumos básicos. La deuda a proveedores es de una magnitud asombrosa. Los resultados en términos de salud de la población tampoco son alentadores: No se alcanzaron las cifras que se establecen en las Metas del Milenio de una mortalidad infantil del 8,5 por mil y una materna del 15 por cien mil. Lamentablemente persiste una alta mortalidad materna e infantil por causas reducibles.

Encarar una epidemia de Dengue y prepararse para el IRAB a continuación en estas condiciones es una tarea titánica y requiere el compromiso de todos.

LAS NUEVAS EXPECTATIVAS

El nuevo gobierno ya está marcando un cambio positivo en la agenda de la salud. En principio se promueve una mayor coordinación entre las diferentes jurisdicciones y las políticas de salud comienzan a ocupar espacios importantes en las mesas de trabajo. Debemos fortalecer estas políticas incipientes y desde allí avanzar en una agenda más ambiciosa.

El cambio de gobierno en la Argentina ha traído oportunidades de mejoras, entre las cuales la salud ocupa una posición protagónica en las agendas de las políticas sociales. Colaboremos todos para que así sea. ❑

(*) Secretario de Salud y Desarrollo Humano de Tres de Febrero.

DOBLEVISTA

PROTECCIÓN
PARA QUIENES NOS PROTEGEN

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros

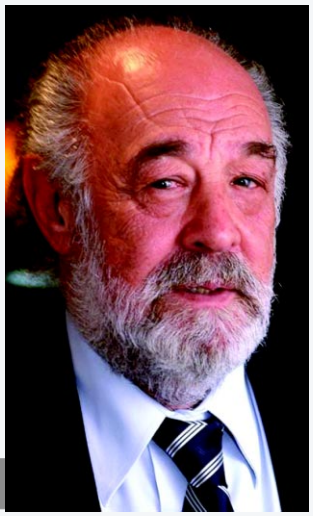
SSN
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
www.ssn.gob.ar
0800-666-8400
N° de Inscripción SSN: 0040

Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales S.A. - Palacio Houlder
25 de Mayo 489, P.6 | C1002ABI | Ciudad de Buenos Aires | ARG | Tel: +5411 5235 8816
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

COLUMNA

Las pandemias:
un nudo gordiano que se desata con prudencia



"El individuo está hecho de informaciones
además de materia y energía,
eso es específicamente humano"
Henri Laborit

Por el Dr. Ignacio Katz

Para el desprevenido, la irrupción del virus del zika produce alarma y preocupación, mientras los gobiernos ensayan algunas medidas. Pero la alarma tuvo antecedentes en múltiples alertas que no se unificaron en una interpretación cabal para la anticipación y preparación necesaria para mejorar las medidas gubernamentales con tiempo y coordinación.

Existe un doble peligro que conduce igualmente a la pasividad: la inacción del estupor frente a un alarmismo apocalíptico y la indiferencia rutinaria frente a las alertas. Ni resignarse al fatalismo, ni desentenderse del asunto. Se trata, en cambio, de adquirir la prudencia de la sagacidad (virtud que no se corresponde con el vicio perverso de la astucia al servicio del propio interés).

Lo cierto es que a veces las alertas son detectadas, pero no se toman en serio por los responsables políticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió a Europa y al mundo sobre el ébola, pero la mayoría de los gobiernos abandonaron a África a su suerte, obviando que las fronteras no son muros sino membranas. La alerta epidemiológica es una responsabilidad sanitaria indelegable de los Estados, pero en la cual la colaboración internacional resulta indispensable. La Directora General de la OMS, Margaret Chan, además, auguraba ya en octubre pasado otra epidemia: "La interrelación entre humanos y animales es tan cercana debido a la deforestación y otras causas que va a seguir habiendo nuevas infecciones emergentes".

Efectivamente, las pandemias no responden al azar, sino que están vinculadas a un uso de la naturaleza que genera su destrucción, pero sobre todo a un peligro para la propia vida humana. Por ello debe actuar la constante vigilancia sanitaria como control de riesgo que preserve la vida comunitaria y con ello la vida misma. No se trata sólo de una ética solidaria, pues en el área de la salud la solidaridad no alcanza. Se trata de un problema intrincado y complejo, de reales *nudos gordianos que implican en forma simultánea a sectores que afectan a la ciencia, a la tecnología, a la producción, al comercio y al respeto a la vida humana*.

La sociedad contemporánea informa sobre sus productos industriales, pero oculta sus procesos ecológicos, como señala W. I. Thompson parafraseando a Gregory Bateson cuando señala las *Implicaciones de la nueva biología*. Se celebra el crecimiento del PBI como si equivaliera al progreso mientras que se desentiende de la contaminación, o se la trata como un esquivo efecto colateral sin responsables directos. Lo que existe es una agresión planetaria que abarca, sin pretender exhaustividad:

a) el cambio climático, con el crecimiento del dióxido de carbono (CO_2)
b) el desmonte (en nuestra región principalmente por el crecimiento de la soja)
c) la minería, que obliga a un control del impacto ambiental por ser una actividad de alto riesgo
d) el petróleo, que incrementa el efecto invernadero
e) las radiaciones (con su efecto estocástico, es decir, a mediano y largo plazo)

Pero no se trata de "cuidar la tierra" como simple residencia de una abstracta especie humana, sino de preservar la vida humana que constituye una unidad con la naturaleza. Si imaginamos, con Isaac Asimov (en su libro *Fundación*), un planeta sustituto para continuar la humanidad, pero en el cual se perseverase en el mismo sistema de vida, se reproduciría el problema.

Los biólogos James Lovelock y Lynn Margulis plantearon en la década de 1980 la "hipótesis *Gaia*", que considera al planeta como una unidad viviente, a "la tierra como una construcción biológica". La idea nos ayuda a comprender que los parásitos, los desechos, los metales, el calentamiento global, los animales, las personas, los ríos, todo está conectado y resulta poroso. No podemos detener el fluir de la vida, pero sí, en parte, regularlo, y sobre todo no destruirlo.

Tenemos, por caso, las inundaciones que en la Argentina se deben en gran medida a la deforestación de los últimos 25 años, que nos ubica entre los diez países que más han desmontado en dicho período, alcanzando en nuestro caso la pérdida de 7,6 millones de hectáreas. Además, según especialistas locales, este año El Niño podría causar la peor inundación en 30 años, provocando más de 100.000 evacuados y tres millones de hectáreas inundadas en seis provincias.

El insumo básico para el desarrollo humano es, antes que nada, el pensamiento. "Si queremos vivir en armonía con los demás seres vivos del planeta debemos aprender a pensar cómo piensa la Naturaleza", nos enseña Bateson. En este sentido, frente a la pandemia, podemos identificar tres niveles:

I. microcosmos ----------► virus
II. mesocosmos ----------► hombre
III. macrocosmos ----------► planeta tierra

En biología, a la inversa que, en la física, se procede de los efectos a las causas, con lo cual tenemos el determinante, el condicionante y el predisponente. Pero ante la contingencia de cada nueva epidemia, volvemos a observar la incoherencia social y la falta de precauciones indispensables como la aplicación de *cuarentenas* (que en estos casos alcanza con 7 días). En nombre de la libertad y el individualismo no se puede caer en un libertinaje irresponsable y egoísta de pretender un libre arbitrio y circulación. Los gobiernos deben exigir las medidas necesarias para preservar la salud de sus habitantes.

Ciertamente, como sostiene Chan, "la salud no debería ser sólo preocupación de los médicos", pero éstos tampoco son un actor más, no pueden renunciar a su responsabilidad profesional y ética debido a la asimetría de sus conocimientos. Podemos, en principio, aprender de la historia de las pandemias. La cuarentena es una medida de prevención y control indispensable, cuya aplicación data nada menos que de 1377. En el dominio veneciano de Dubrovnik, en la actual Croacia, ante la Peste Negra, los ingresantes debían permanecer cuarenta días aislados. Como resultado, esa zona no sufrió el azote de la peste que se cobró la mitad de la población europea.

La pandemia se define por ser una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. Entre las más letales de la historia se encuentran: la Gripe Española (1918-1919), que se cobró 50 millones de muertos, el VIH Sida que asciende a unos 25 millones, la mencionada Peste Negra del siglo XIV, la viruela, hoy ya controlada, el cólera del siglo XIX que pervive aún en nuestros días, la Gripe asiática de 1957 y la Gripe de Hong Kong 1968-69, que se cobraron unas decenas de miles de muertos, y las más recientes Influenza AH_1N_1 2009, la gripe aviar de 2003, y el síndrome de la vaca loca de la década de 1990.

En nuestro país, el dengue avanzó a partir de la segunda mitad de la década de 1990, si bien existen antecedentes ya en 1780. A partir de 2003 comenzó a expandirse por todo el territorio nacional hasta llegar en la actualidad a Tierra del Fuego. Es decir que, más que cualquier "comité de crisis", se necesita conformar un verdadero "gabinete de acción" *permanente*, con un "tablero de comando", siempre al servicio de una planificación estratégica integrada.

Albert Camus afirmaba que el siglo XVII fue el de las matemáticas, el XVIII el de las ciencias físicas, el XIX de la biología, y que el XX era el siglo del miedo. Que este siglo XXI no sea el de la negligencia. ❑

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad Nacional del Centro (UNICEN).
Autor de: *"Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" (Eudeba, 2012).*

UCA
Facultad de Ciencias Médicas

Carreras de Especialización

- Cardiología
- Oncología Clínica
- Enfermedades Infecciosas
- Psiquiatría
- Medicina Legal
- Nefrología
- Microbilogía Clínica
- Nutrición
- Geriatría
- Clínica Pediátrica
- Kinesiología Cardio-Respiratoria
- Medicina del Deporte
- Medicina del Trabajo
- Otorrinolaringología
- Flebología y Linfología
- Cirugía Gastroenterológica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Oftalmología Infantil
- Neurocirugía
- Traumatología y Ortopedia
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
- Implantología Oral
- Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial
- Odontología para niños y adolescentes
- Periodoncia

Cursos de Posgrado

- Insuficiencia Cardíaca Avanzada
- Nuevas Técnicas y Procedimientos para el registro de Presión Arterial
- Electrofisiología Cardiaca Diagnóstica y Terapéutica
- Glaucoma
- Fitofármacos y Productos Herbarios
- Emergentología y Trauma
- Diabetes y Metabolismo
- Lípidos y Síndrome Metabólico
- Oncología Farmacológica
- Cáncer Heredo Familiar
- Autismo y Síndrome de Asperger
- Psiquiatría Forense
- Políticas en el campo de las Adicciones
- Criminología Criminalistica y Medicina Forense
- Gerenciamiento Estratégico de Empresas de la Salud
- Auditoria Medica
- Alta Gestión de Calidad en Servicios de Salud
- Salud Pública
- Comunicación en Salud y Media Training
- Gerencia de los Servicios de Enfermería
- Cirugía General
- Actualización en Otorrinolaringología
- Transplantología
- Cirugía de Hombro y Codo
- Microcirugía
- Cirugia Bariatrica-Tratamiento de la Obesidad
- Cirugía Laparoscópica Básica y Avanzada
- Cirugía Reconstructiva con colgajos
- Perfeccionamiento en Cirugía estética mamaria
- Ortodoncia, Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática
- Odontología para el Técnico Radiologo
- Odontología Legal
- Interpretación de Imágenes Odontológicas
- Asistentes Dentales para Implantología Oral Cirugía y prótesis Implantoasistida

www.uca.edu.ar/medicas

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB
csmedicas@uca.edu.ar · 4349-0419/0420

Salud: el hoy necesita un ajuste, el mañana exige una reestructuración

Por la Lic. Paula Anselmi, Analista Senior de Key Market (*)

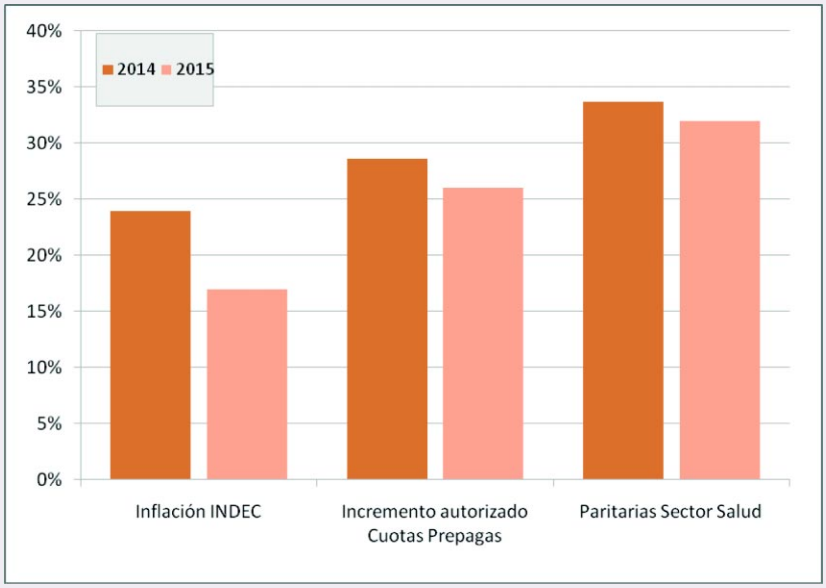
En términos generales, 2015 fue un año de compás de espera. Pocos se atrevieron a inversiones importantes "hasta ver qué pasaba". Un año electoral durante el cual se agudizaron los problemas que aquejan al sector salud en general, tanto entre los financiadores como entre los prestadores. Los incrementos en las cuotas de la medicina privada quedaron nuevamente por debajo de la inflación medida por las consultoras particulares. Los incrementos salariales otorgados al personal de la sanidad empañaron cualquier ajuste de tarifa otorgado a las instituciones prestadoras. No obstante, hubo ciertas señales que denotan cambios significativos en la forma de entender el negocio.

La salud se rige por propia problemática anudada a los problemas de coyuntura.

Tiene su propia evolución, su propia inflación, y estas particularidades requieren una reformulación sincera, honda y a largo plazo del sistema en su conjunto.

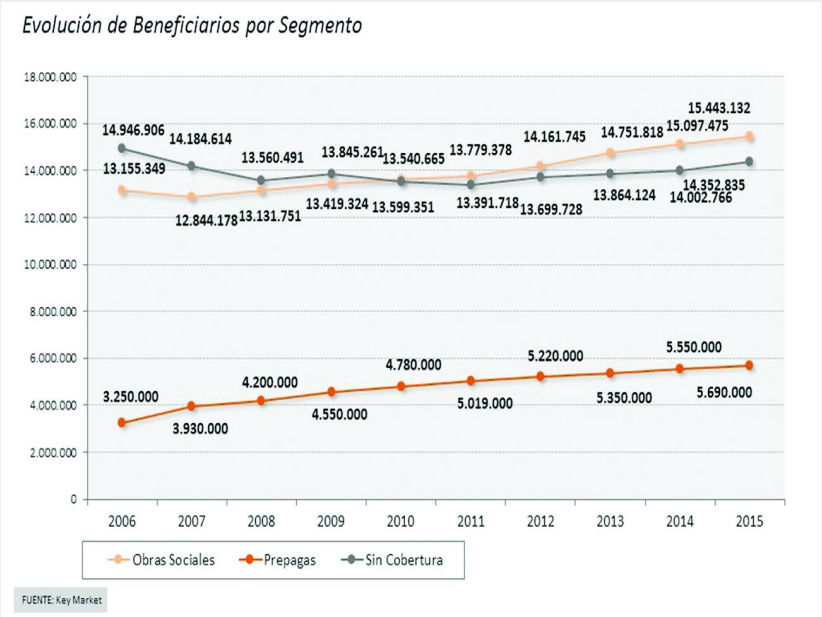
LOS PROBLEMAS DEL HOY

La fragmentación del sistema sanitario implica desigualdades peligrosas que se han profundizado. Un sistema financiador que durante 2015 fue de $ 419.780 millones y que mantiene un componente privado sumamente alto, sólo trasluce problemas de equidad. Quienes no pueden afrontar este gasto no pueden acceder a los servicios de salud. Hay más de 14 millones de argentinos con un acceso parcial, de baja calidad y profundamente desigual que dependen exclusivamente del Estado (ya sea nacional, provincial o municipal). Así el 33% de la población más desprotegida con menores recursos depende del 27% del financiamiento. Del otro lado de la moneda, en el sector privado, el 15,9% del gasto abastece de servicios de salud al 13% de la población principalmente urbana y relacionada al trabajo formal.



La situación de las Obras Sociales, en especial de las Obras Sociales Nacionales, difiere en forma substancial en la cuestión ingresos. Éstos se vinculan directamente con los salarios y con las subas obtenidas en paritarias. Es decir, incrementos automáticos de la mano de los aportes de los trabajadores. Por lo tanto, incluso, en parte se ha acortado la brecha entre los aportes promedio mensuales de las Obras Sociales Nacionales y las de Dirección. Esta situación explica parcialmente que algunos de los proyectos de centros prestadores provengan de la Seguridad Social como el recientemente inaugurado Hospital Santa Isabel de Hungría del Sindicato de Camioneros en Mendoza o el emprendimiento de UPCN en San Martín, su Ciudad Médica. Las Obras Sociales buscan, en primer término, contar con efectores que garanticen la atención de sus afiliados y, en segunda instancia, aprovechar las carencias de camas en ciertas zonas, volcándolas al mercado. Se aúnan dos vectores: capacidad económica e integración vertical.

Las Obras Sociales Provinciales, por su parte, continúan atadas a los gobiernos provinciales, al empleo público y a la cautividad de sus afiliados. Discutir su viabilidad implica definir cuál debe

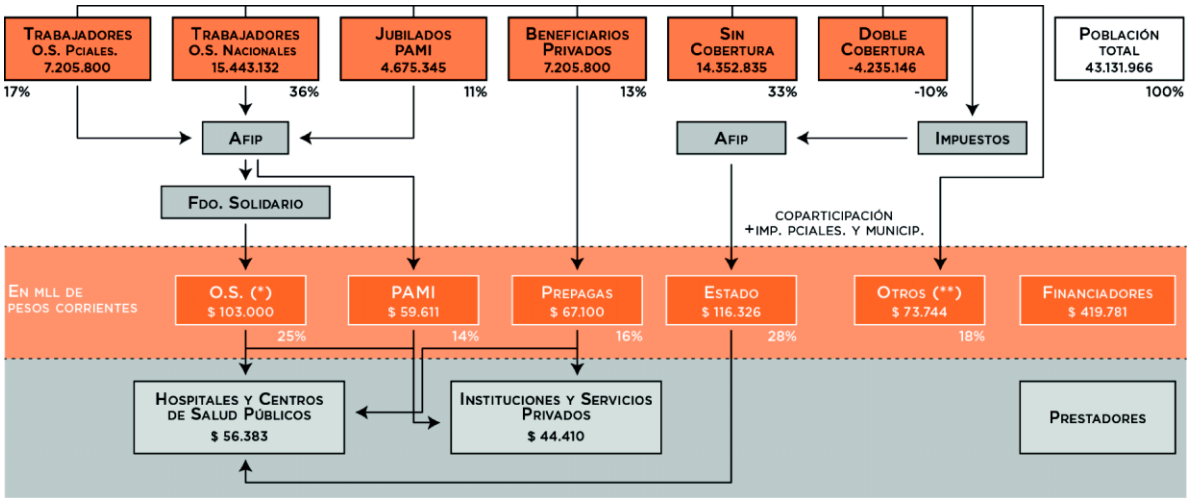


ser el rol del Estado (provincial en este caso), y cuál es el grado de autonomía de estas instituciones, entre algunas premisas fundamentales.

La prima media del Pami, que durante 2015 superó a aquella de la medicina prepaga, no necesariamente se traduce como una mejora directa en la atención de la población mayor. Las denuncias de irregularidades, como la venta de medicamentos a afiliados fallecidos, permiten suponer que no todo ese dinero se volcó en servicios concretos para las cápitas a su cargo.

Además de valorar la recaudación per cápita de cada uno de estos subsectores cabe cuantificar las erogaciones devenidas de brindar servicios de salud a sus asociados. Los costos de cubrir cada vez mayor cantidad de prestaciones que ingresan al PMO o que mediante amparos deben ser suministrados por los financiadores. La judicialización de la medicina también se proyecta a través de los juicios de mala praxis que amén de socavar la relación médico paciente repercuten económicamente en reclamos abultados. Así las demandas de responsabilidad civil médica se encontraban en promedio en torno a los $ 450.000 para personas físicas y en $ 600.000 para personas jurídicas a mediados de 2015.

Por otra parte, no sólo es cuestión de cantidad sino de calidad. Durante 2015, el gasto en salud conjunto representó el 7,3% del PBI, una cifra no menor. Por lo



Fuente: Key Market con base en datos de Min. de Economía, Min. de Salud, INDEC, COSSPRA, SSSalud y entidades representativas del sector.

tanto, el análisis debería exceder el monto invertido, y profundizar en cómo se gasta ese dinero, si se gasta en aquello que debe gastarse y con la eficiencia que los requerimientos sanitarios de la población demandan.

Mientras que entre los financiadores privados se aprecia una tendencia hacia la concentración (durante 2011 las 5 primeras empresas representaban el 72% de la facturación del sector, mientras que durante 2015 las 5 líderes justificaban el 77% de las ventas), entre los prestadores la dispersión es mucho mayor. A 2015, se encuentran alrededor de 1.951 entidades de salud con internación en el subsector privado y las 5 primeras instituciones representaron durante 2015 sólo el 18% de la facturación. En el mundo de los prestadores, se repiten los reclamos por el atraso de aranceles, por el estiramiento de los plazos de pago, por los desfases, por el incremento de los costos tanto de los recursos humanos (la actividad hace un uso intensivo de mano de obra calificada) como de todos los insumos que hacen al servicio, por el tratamiento del IVA, dentro de una larga lista de etcéteras. La cantidad de camas se ha incrementado en el último año en 0,35% algo menos que el crecimiento poblacional durante el mismo período.

Persiste el dilema de si las camas existentes alcanzan para cubrir las necesidades de la población. Nuevamente, se repite la disyuntiva entre calidad y cantidad. Las preguntas deberían transitar por la senda de si son las camas que se necesitan, o si tienen el nivel de complejidad que imponen las necesidades poblacionales en función de su perfil epidemiológico, etario y socioeconómico, o si están administradas con eficiencia.

"Mientras que entre los financiadores privados se aprecia una tendencia hacia la concentración (durante 2011 las 5 primeras empresas representaban el 72% de la facturación del sector, mientras que durante 2015 las 5 líderes justificaban el 77% de las ventas), entre los prestadores la dispersión es mucho mayor".

Ciertamente, tanto financiadores como prestadores piden un ajuste de sus tarifas. Los referentes del sector esperan un diálogo más fluido, pero saben que no pueden solucionar en meses el atraso de años. Las prepagas ya han obtenido la aprobación de un incremento del 9% en el valor de los planes a partir del 1 de febrero. Este aumento comenzará a cobrarse con las facturas de marzo en forma retroactiva. Sin embargo, hay empresas que se encuentran en condiciones insostenibles que benefician a los jugadores con "más espalda" para campear el temporal. En consecuencia y como se ha señalado, la concentración se ha acentuado. Entre los ejemplos notables en este sentido, durante 2015 SanCor Salud incorporó a Staff Médico, pero ya el año anterior Aca Salud pasó a controlar SAMA y los rumores de ventas no se han acallado para 2016. Otras avanzaron en la integración vertical como Galeno que inauguró el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía, y comenzó a operar con Galeno Life (aprobada en diciembre de 2014), sin descuidar el negocio de ART, por nombrar sólo un caso. Incluso OSDE anunció que incursionará abiertamente en el mercado prestador con el desarrollo de un sanatorio en la ciudad de Mendoza junto con ASE, una señal elocuente de aires de cambio.

El sector necesita ajustes, el

grado con que se realizarán es un tema apremiante. Pero no es todo. Es la solución inmediata pero no definitiva. Temas como PMO, coberturas, copagos, prevención, falta de personal en enfermería y algunas especialidades médicas y violencia, entre otras requieren un análisis racional y escrupuloso.

LOS PROBLEMAS DE MAÑANA

El balance entre lo urgente y lo importante es un desafío cotidiano.

La inmediatez nos impide abordar una solución de fondo para el problema central. En términos de nuestro sistema de salud, la madre de todos los problemas está en trabajo de parto. La coyuntura ya está terminando con la existencia de entidades prestadoras y financiadoras pequeñas, pero la problemática central del sistema de salud puede hacerlo colapsar por completo.

Posiblemente somos la generación de seres humanos que más vivirá desde los inicios de la historia, y nuestros hijos y nietos, por término medio, vivirán aún más. La mala noticia es que alguien deberá financiar esta sobrevida con una pirámide poblacional que va dejando de ser tal para convertirse en un rombo. Además, estamos mucho más informados que nuestros abuelos, tenemos un sentido de inmediatez del que carecían las generaciones anteriores. Si hay un nuevo tratamiento, exigimos su aplicación y muchas veces perdemos de vista que nuevo no quiere decir mejor. "No sé lo que quiero, pero lo quiero ya". Vivimos más y, tal vez, mejor, no obstante, esto tiene un costo… y es alto.

Un sistema fragmentado, desigual y sin coordinación difícilmente podrá hacer frente a estas pretensiones. A estos anhelos se suman ahogos inminentes, imperiosos. Dengue, zika y chikungunya plantean desafíos nuevos, incluso desconocidos ante los cuales el sistema de salud debe reaccionar, responder ya, ayer.

Algunos ya se han dado cuenta que es momento de evolucionar y se han volcado a la implementación de normas de calidad y cambios en el arquetipo de la forma en que brindaban sus servicios.

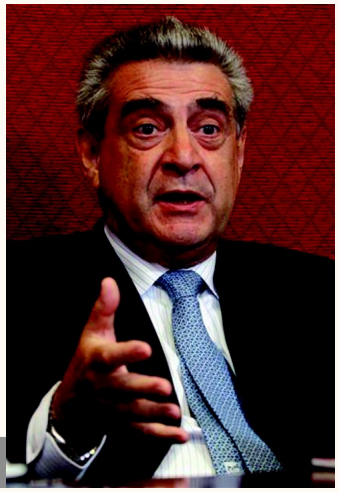
Parece que ya no hay tiempo para dilatar decisiones sobre cambios de paradigmas. Ha llegado el momento de correrno s del eje de lo urgente, y plantearnos cómo vamos a construir la salud de aquí en adelante.

Es el momento de poner la salud por sobre cada subsector, el bien común por sobre la propia quinta. ❑

(*) Los datos presentados en este artículo surgen de los Informes Prepagas y Obras Sociales 2015 y Clínicas – Sanatorios y Hospitales 2016 de Key Market.

COLUMNA

¿Se reducirán en el futuro en el mundo los beneficios del personal de las empresas?



Por el Dr. Héctor Barrios (*)

Como ya sabemos, los empleados son el "activo" más importante de las empresas. Lo han sido siempre y lo son más aún hoy en día, en una era tecnológica en donde muchas empresas proclaman públicamente que prefieren la imaginación y la creatividad por sobre el conocimiento.

Sin dudas, los beneficios que las empresas les brindan a esos empleados no sólo sirven como incentivo para aceptar una posición de trabajo, sino también para impulsar su dedicación de forma tal que su "entusiasmo" beneficie a todos.

Si bien los distintos empleadores y sectores compiten por diferentes segmentos de talento, todas las empresas tienen la esperanza de provocar comportamientos diferentes que hagan que los candidatos las prefieran.

Sin dudas son muchas las razones por las cuales una persona acepta una propuesta de trabajo. Sin embargo, las empresas saben que los beneficios forman parte de la propuesta explícita de la oferta de empleo. De hecho, en la última *Encuesta Global de Beneficios* llevada a cabo por Towers Watson, tres cuartas partes de los encuestados señalaron que los beneficios de cobertura médica y los Planes de Retiro, son una importante razón para quedarse con su empleador. Esa misma investigación muestra un fuerte vínculo entre salud y seguridad financiera futura versus menor ausentismo, menor estrés y mayor productividad.

Así, a lo largo de los últimos 70 años, los beneficios han ido creciendo como componente de la remuneración. En los Estados Unidos en particular, fue a partir de la Segunda Guerra Mundial en donde dejaron de incrementarse los salarios y comenzaron a aumentarse los otros beneficios. Y en esa dirección no es poco lo que han hecho los Sindicatos. Si bien cada país tiene su propia historia, los beneficios en general siempre han estado en el centro de las negociaciones entre empresas y gremios.

Ahora bien, tres tendencias han dominado las últimas décadas: 1) El aumento del costo de los beneficios 2) El cambio del compromiso por parte de las empresas de brindar un beneficio definido para pasar a una contribución definida (es decir, antes muchas empresas le decían a sus Ejecutivos: cuando te retires vas a cobrar u$s 5.000.- mensuales; en cambio ahora les dicen: yo pongo tanta plata por mes para crear un fondo y cuando te retires podrás cobrar el rendimiento de ese fondo) y 3) La globalización de los beneficios.

EL AUMENTO DEL COSTO DE LOS BENEFICIOS

En efecto, se estima que el costo de los beneficios ha crecido entre el 10% y el 20%, básicamente impulsados por el aumento del costo de la salud.

Así, en los Estados Unidos la crisis de los costos de la atención médica ha ocupado un lugar destacado ya que han crecido un 35% desde el año 2000 a esta parte. Pero este crecimiento de costos no se limita a los Estados Unidos. De hecho el promedio de las tendencias globales muestra que en el 2014 el crecimiento del costo de la salud fue más del doble que el de la inflación general.

Y en este sentido los analistas piensan que esto no puede instalarse indefinidamente ya que, señalan, conforme a la Ley de Herbert Stein, que "toda tendencia que no pueda continuar, no lo hará". (La ley de Stein, amigo lector, lleva ese nombre por el famoso economista Herbert Stein, quien explicó que "si algo no puede continuar para siempre se detendrá".)

Es decir que las tendencias insostenibles, en última instancia, llevan a lo inevitable de una manera u otra.

EL CAMBIO DE "BENEFICIO DEFINIDO" A "CONTRIBUCIÓN DEFINIDA" EN LOS PLANES DE PENSIÓN...Y EN LA SALUD

La disminución de las tasas de interés, un aumento del control por parte de los reguladores, más estrictas reglas de contabilidad que obligan a mostrar los pasivos que el compromiso al retiro de una suma definida genera para las compañías y, finalmente, una mayor longevidad, han impulsado definitivamente el cambio en el diseño de los Planes de Pensiones en todo el mundo –obviamente, incluida la Argentina-.

De esta forma las personas asumen cada vez más la responsabilidad –y el riesgo- que implica manejar sus inversiones para el momento del retiro.

Resulta interesante destacar que en los Estados Unidos, incluso los Planes de Salud están yendo en la misma dirección. Cada vez son más las compañías que en lugar de proveerles un Plan de Cobertura Médica a sus empleados, se limitan a asignarle una suma determinada para que compren un Plan Médico.

Naturalmente, en materia de Salud el tema no es sencillo ya que esto obliga al empleado a proveerse de información suficiente para tomar decisiones que alcanzan tanto a él como a su familia. Para esto han surgido herramientas informáticas que, a través de portales amigables, permite a los empleados una mejor toma de decisiones.

LA GLOBALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Frecuentemente escuchamos la expresión "el mundo es plano". Estamos frente a una nueva era de la comunicación, en donde las ideas y las innovaciones

tienen una rápida difusión en todo el mundo.

Cada vez más las unidades de negocios de las compañías son gestionadas globalmente. Así, áreas como Finanzas, Recursos Humanos y Compras, por ejemplo, están siendo transferidos desde los respectivos países hacia centros de operaciones globales. Es un implacable enfoque en la eficiencia: hacer más con menos dado que la competencia obliga a mejorar día a día.

Sin embargo, esa misma competencia, es la que obliga a las empresas de éxito a diferenciarse sobre la base de sus talentos, habilidades e ideas innovadoras y lo que obliga también a que, en el futuro, sus programas de beneficios también tengan una diferenciación continua.

Naturalmente que para pronosticar el futuro de sus beneficios las empresas tienen que ser capaces de visualizar su fuerza de trabajo futura. Veamos algunos datos interesantes:

- Para el 2017, la generación del milenio (1980-2000) serán mayoría en la población adulta en los Estados Unidos.
- Para el 2020, el 37% del total de la generación del milenio -2,56 mil millones en el mundo- vivirán en China y en India, según estimaciones de las Naciones Unidas.

Para ellos: ¿cuáles son sus expectativas para el trabajo, el desarrollo, el aprendizaje, la remuneración? Lo cierto es que el futuro en cierto modo ya está aquí. Y esto puede verse en la forma dramática en que han cambiado los entornos de trabajo: Variedad en los "grupos demográficos" (jóvenes que conviven con empleados "seniors" que postergan sus salidas de las compañías en niveles de edad que antes eran inimaginables) hombres y mujeres (con participación creciente de mujeres y con mayor acceso de ellas a posiciones jerárquicas), el compartir el entorno de trabajo con personas de otros países, proporción de empleados que realizan trabajo desde sus casas, etc. etc.

Ahora bien ¿se modifican también las expectativas? Para saber esto se hizo una encuesta preguntándole a los empleados cuales eran sus preferencias sobre un listado de alternativas entre las que se encontraban: incremento de salario, mayor bono, mayor jubilación –en el Plan de Retiro–, mejoras en el Plan Médico, más vacaciones pagas, mayor flexibilidad en la ecuación vida/trabajo, mejores oportunidades de capacitación y desarrollo, etc.

Quizás no sea una sorpresa que los empleados eligieron por mayoría abrumadora los incrementos salariales como primera preferencia. Pero sí llamó la atención que, considerando los trabajadores de todas las edades, una jubilación más generosa ocupara el segundo lugar de preferencia. Más aún, que en países como Australia, Alemania, Gran Bretaña y los Estados Unidos, esta opción fuera señalada en segundo lugar incluso por los más jóvenes.

Es decir que la seguridad es prioridad para todos los empleados –jóvenes y "viejos"- y que esto es consistente en todo el mundo.

En resumen, de cara al siglo XXI, más allá del crecimiento en los costos de los beneficios, las empresas deberán estar atentas a percibir cuáles son los deseos de los empleados y considerar permanentemente los cambios que pueden o no introducirse. Tal vez "la voz" de los interesados haga que la Ley de Herbert Stein, no sea de aplicación en este caso. ❑

(*) Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson.

Buenos Aires Saludable en el Siglo XXI

La utopía también sirve a la política sanitaria

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

Pensar Buenos Aires Saludable en el Siglo XXI implica definir que la salud es un verdadero derecho que se construye, vive y disfruta en el contexto de lo cotidiano, y no una simple concesión del Estado. Y que surge de un proceso continuo centrado en las familias y no sólo en los individuos, que prioriza actividades de promoción de la salud así como se preocupa en evitar la enfermedad entregando herramientas para favorecer el cuidado y autocuidado. Especialmente de los más vulnerables, no sólo física sino socialmente. Obliga en consecuencia a plantear un escenario donde concurra la interacción entre actores sociales, sanitarios y disciplinas científicas, poniendo énfasis en políticas de salud más orientadas a lo colectivo que a lo individual.

Cada sociedad tiene sus propios conflictos y contradicciones, que generan avances, desvíos y estancamientos. La Política Sanitaria también los tiene, y requiere orientar una dinámica con frecuencia divergente y conflictiva entre los actores que la componen a fin de lograr una transición ordenada hacia un cambio real en el modelo integral de cuidado de la salud. El problema es la dicotomía entre "*lo político*" (lo pragmático de responder a las urgencias de la coyuntura) y "*lo sanitario*" (la necesidad de avanzar en una profunda modificación del vetusto modelo de gestión hospitalario y de la anarquía de la Atención Primaria, tanto como sobre sus inequidades y distorsiones). Corresponde advertir que pensar una Política Sanitaria tampoco es centrarse en "lo Público Estatal", es decir en un conjunto de servicios en particular, una forma de propiedad institucional o un tipo determinado de problemas. Es establecer un amplio espacio de análisis y debate entre todos los actores del sistema, cuyo valor agregado sea construir un puente entre el pasado y el futuro del modelo de gestión y atención de la salud, pero adecuadamente relacionado a las necesidades esenciales de la comunidad en su conjunto.

La noción de entramado social en el cual interacciona lo sanitario es lo que permite poner en valor la capacidad real del Estado para priorizar, decidir, regular y gestionar la política sectorial, que responda a problemas percibidos por los actores del sector. De allí que precisa la vinculación operativa con ellos para llevarla adelante. Y también para asociar la dimensión política a las variables del entorno social, especialmente en la forma que los ciudadanos entienden y atienden sus problemas de salud. La familia, en cualquiera de sus etapas vitales, influye en la salud y la enfermedad de sus miembros del mismo modo que la salud de cada uno influye en el sistema de salud en su conjunto. Son las múltiples interacciones entre las personas y el sistema de salud lo que expresa esa dinámica. Pero existen características propias a cada persona que pueden considerarse factores protectores o condición de riesgo, y deben ser priorizados en el contexto en que viven y se reproducen si lo que se procura es construir mejor salud para una comunidad saludable.

Cambiemos el eje de análisis. Salud, por definición trasciende los simples aspectos de financiación, organización asistencial y atención médica. Obviamente que el Estado asume un rol político, al intervenir en la dinámica del sistema sanitario. Garantizar protección de la salud resulta una responsabilidad social ineludible del Estado y no del gobierno como administrador natural de las necesidades de la población en un contexto temporal de mandato popular. Pero es la propia sociedad, desde sus elecciones conceptuales, éticas y morales, quien a partir de su participación declarada y no declamada puede y debe contribuir a mejorar los determinantes sociales de la salud.

La configuración que adopta a lo largo del tiempo la organización sanitaria es resultado del juego de intereses entre la sociedad civil, los actores del campo sanitario y el Estado. Estos tres componentes precisan como mediador natural al sistema político, quien al representar las expectativas y demandas de la propia sociedad o de grupos de poder, las transforman en objeto de pensamiento y construcción de políticas de salud. En ese contexto, el pensamiento sanitario, si bien no es aséptico a las interpretaciones ideológicas, no debe perder de vista los problemas económicos, sociales y medioambientales desde una visión colectiva y no individual, a fin de promover mejores instrumentos para resolver el permanente conflicto entre salud - enfermedad.

Estas cuestiones, a lo largo de la historia reciente, han sido percibidas por la sociedad bajo diferentes formas, influidas por la coyuntura de determinado momento histórico. Así también la Política Sanitaria, como disciplina que debiera partir del análisis de las cuestiones generales a fin de poder interpretar hechos individuales, fue gestionada por cada gobierno en función de su visión coyuntural de cómo resolver las necesidades de los individuos que se enferman. Así, a lo largo de un siglo, existió una fuerte tensión entre dos paradigmas de pensamiento que caracterizaron el conflicto entre la salud, la enfermedad y su significado. Uno se expandió al ritmo de la medicalización, de la innovación tecnológica y de la presión de grupos corporativos con intereses específicos en el campo sanitario. El otro se fundamenta en un criterio más amplio de la salud desde lo colectivo, señalando el peso de la evolución histórica del país, donde lo social condiciona fuertemente lo biológico dando lugar a muchos de los conflic-

tos que hacen a la complejidad de la cuestión salud - enfermedad. Es el enfoque sistémico de la salud en el contexto de cuestiones políticas, sociales y económicas cambiantes que influyen sobre los determinantes.

Generar una discusión sobre qué camino tomar para alcanzar Buenos Aires Saludable en el Siglo XXI no es un ejercicio retórico. Implica ampliar el reduccionismo de la cuestión sanitaria coyuntural, integrando ambas visiones sin que una eclipse a la otra para orientar la política sanitaria hacia un modelo integral e integrado. No se trata de relativizar la incorporación de nuevas terapias y tecnologías médicas innovadoras como parte de la mejora operativa del Sistema de Atención en particular. Se trata de prepararse para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, demográficos, sociales, tecnológicos y culturales que vienen amenazando aceleradamente la salud en general. Seguramente parecerá utópico el planteo, pero venimos corriendo detrás de las noticias. Vamos ya cerca de dos décadas de entrado el Siglo XXI, y el sistema de salud, su organización, sus hospitales y su dinámica parecen moverse al mismo ritmo que a su inicio.

Edificar las bases para plantear una sociedad más saludable requiere lograr conciencia que la autorresponsabilidad –no sólo individual, sino familiar o comunitaria– es requisito indispensable para mejorar los niveles de prevención de la salud. Pero esto debe estar permanentemente acompañado de la gestión innovadora de un Estado activo y regulador. Utilizar el eje conceptual del entorno y de los factores sociales no es más que recuperar la visión holística tradicional de la medicina sanitaria y social. Hace más de sesenta años Carlos Alvarado, un discípulo de Carrillo responsable de la erradicación de la malaria en el norte argentino y creador del agente sanitario, se anticipó a Alma Ata dejando una frase que mantiene notable vigencia: "*A la enfermedad no hay que esperarla pasivamente en los hospitales. Hay que ir a buscarla allí donde vive, trabaja y se reproduce la gente*".

Hoy, el discurso sanitario ha centrado al ciudadano como posible responsable de ciertas nuevas epidemias. Como si las enfermedades fueran resultado de un único factor. Se soslaya que el mayor desafío es rectificar el peso de los determinantes sociales y medioambientales que tanto en lo rural como en lo urbano-marginal permiten a agentes y vectores existir. Desigualdades sociales, un sistema público de salud frágil y la ausencia de saneamiento básico con menos de la mitad de la población sin acceso a agua potable y cloacas urgen acciones que hagan de la comunidad un espacio de interacción social permanente con el Estado. ¿Por qué las cuestiones de salud pública reciben tan poca inversión, si se las compara con lo que se gasta en la atención de la enfermedad? ¿Cómo pueden diseñarse políticas en el campo sanitario que sean saludables, si el dispositivo asistencial es hegemónico y la participación social insuficiente? Preguntas complejas. La salud se gana o se pierde en terrenos distantes al del consultorio asistencial.

Alvarado puso el marco lógico a la idea que más y mejor salud sólo se dará en el propio espacio de la comunidad, y no esperando al individuo ya enfermo o en curso de serlo en los establecimientos asistenciales. ¿Hemos aprendido poco? Posiblemente. Este análisis de la sociedad y el peso de su entorno, que enmarca el conflicto entre salud y enfermedad, sólo parece estar presente en la teoría, pero difusamente visible en la práctica sanitaria cotidiana. Cuando se habla de políticas de salud, parece circunscribirse a la referencia en los servicios de salud y los dispositivos que estos disponen para cuidar enfermos. Sin embargo, hablar de política de salud integral es garantizar condiciones para que las personas y sus familias efectivamente puedan llegar a estar más sanas. No es ninguna novedad. Los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a las cuestiones individuales de enfermedad en particular. Pero la mejora de la salud de la población en general requiere reforzar la acción conjunta de Estado y comunidad para revertir el peso de los determinantes sociales. En la práctica esto no parece reflejarse.

Hacer de Buenos Aires una provincia saludable en el Siglo XXI puede sonar a utopía. Pero la utopía, al decir de Galeano, permite caminar. Y caminar es avanzar. De lo contrario, nos asiste el inmovilismo. O cierto *gatopardismo* sanitario de que todo cambie para que nada cambie. Hay que transformar el pensamiento y la acción cristalizada de las instituciones del Estado, que son las que subsisten al tiempo más allá de los gobiernos para lograrlo. La política es válida para ello, pero también es necesario ajustar la técnica. En dosis adecuadas. Suena bien en el final parafrasear al gran Leonardo Da Vinci. "*La técnica sin la política es manca, pero la política sin la técnica es ciega*". ❑

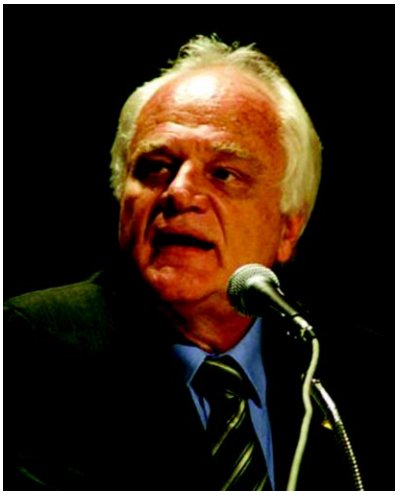
(*) Profesor titular - Cátedra de Análisis de Mercado de Salud - Magister en Economía y Gestión de la Salud - Fundación ISALUD.

CEMPRA

CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Lima 355 4 J - CABA (5411) 15 4472 3423 - www.cempra.org.ar - administracion@cempra.org.ar

La Salud en la Agenda de Desarrollo 2030 y los ODS: Construyendo gobernanza en los países para su implementación



Por el Lic. Sebastián Tobar y el Dr. Paulo Marchiori Buss [1]

En la reciente Cumbre de Desarrollo Sustentable realizada durante la 70 Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGA) en septiembre de 2015, los Presidentes y Jefes de Estado y Gobierno suscribieron un documento político global para el desarrollo sostenible hasta el año 2030, con 17 Objetivos de Desarrollo.

Si bien la referida Agenda 2030 y los ODS significan un gran avance considerando un compromiso global para el desarrollo, existen grandes desafíos para su implementación a nivel de los países.

En particular el ODS3: Salud constituye un desafío adicional, en tanto que como ha planteado la Conferencia Global de Desarrollo Río+20, la salud constituye una condición previa, resultado y un indicador del desarrollo sostenible. Veamos brevemente los ODS aprobados por la Agenda 2030. (Ver recuadro)

Como es posible observar el ODS 3, se planteó como *Asegurar una vida saludable y promover bienestar en todas las edades*. Al analizar sus metas se observa una continuidad de los compromisos contraídos en los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio-ODM y se incorporan compromisos vinculados a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles; la Promoción de la salud Mental y el Bienestar; la prevención y tratamiento de abuso de substancias adictivas y alcohol; los accidentes de tránsito; la salud sexual y reproductiva; la cobertura universal en salud, incluyendo el acceso a medicamentos y vacunas; y la salud pública y medio ambiente.

Del análisis de los objetivos propuestas para el ODS 3 se puede observar que se refieren a una visión de control de enfermedad o de cuidados a la salud individual, los cuales son hace mucho tiempo reconocidos como expresión y resultado de la interacción dinámica de la biología individual y los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, los cuales solamente son plausibles de transformarse por medio de acciones intersectoriales coherentes, coordinadas y promotoras de la equidad.

Alcanzar el ODS3 Salud sólo podrá ser posible si optimizamos las metas de los demás ODS que favorecen a la salud y reducir el peso de aquellas cuyos impactos sobre la salud sean potencialmente negativos. Por ejemplo, no podrá ser posible asegurar una vida saludable sino se pone fin a la pobreza o si no se logra la seguridad alimentaria ya que constituyen determinantes sociales de la misma.

Asimismo, alcanzar las metas de los ODS Salud puede ayudar a otros sectores a alcanzar sus propósitos. Como plantea Becerra Posadas, F. "las grandes sinergias entre salud y otros sectores pueden ser alcanzadas encuadrando los ODS de forma que para su realización requiera coherencia política y soluciones compartidas entre múltiples sectores: esto es, el abordaje de Salud en Todas las Políticas" [2].

Existen todavía grandes desafíos para la implementación de la Agenda 2030 y los ODS. Reflexionar sobre estas cuestiones nos permitirá mayor eficacia en la implementación de la misma.

Siendo la Agenda 2030 un proceso complejo, con un nivel de compromiso global sin precedentes, es claro que la evidencia tradicionalmente utilizada en salud pública no es suficiente para orientar las acciones. ¿Cuál sería entonces el nuevo modelo que necesitamos?

¿Quién o qué instancia de gobierno a nivel nacional debe ser responsable por la implementación de la Agenda 2030 y de los ODS?

¿Cómo garantizar que la salud tenga una participación activa en esta instancia de conducción?

¿Cómo se articula la agenda 2030 y los ODS con las Agendas y Planes Nacionales de Salud y de Desarrollo preexistentes en los países?

¿Qué tipo de acciones proactivas pueden garantizar que la "Salud" sea una prioridad en la implementación de la agenda 2030 y sea tomada en cuenta para todos los ODS?

¿Las representaciones de las Naciones Unidas en cada país serán responsables de facilitar la implementación de la Agenda 2030 y el monitoreo de los ODS a nivel nacional? ¿Cómo garantizar que de igual manera la Organización Panamericana de la Salud y la Organización

Mundial de la Salud tengan una participación activa en esto contexto?

¿Cómo establecer alianzas para que la participación de la sociedad civil y de los Parlamentos de los países coadyuven el cumplimiento de la Agenda 2030?

Respuestas adecuadas a estas cuestiones, en cada país, contribuirán al cumplimiento de la Agenda 2030 y los ODS.

Esto requiere que se inicie un proceso de discusión política en cada país de involucramiento de las autoridades y los actores nacionales, incorporando esta agenda acordada a nivel global a los contextos nacionales de cada uno de los países.

Cada uno cuenta con características estructurales históricas y elementos coyunturales que precisan ser considerados y a partir de los mismos es necesario incorporar una lógica de planificación capaz de articular las mismas con la Agenda 2030 y los ODS.

Nuestra región de las Américas ha avanzado como una región de renta media por lo que no se constituye como una prioridad de contribución para muchas de las agencias de cooperación. En este sentido, los procesos de integración regional como la UNASUR, CELAC, MERCOSUR, CARICOM, ALBA entre otros podrían constituir oportunidades de vital importancia para la cooperación en el sentido de la implementación de la Agenda 2030 y los ODS.

Esto requiere un mayor involucramiento y apropiación de la Agenda 2030 y los ODS generando un círculo virtuoso a nivel de la región. ❑

Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados por la 70 Asamblea General de la UNGA

ODS1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
ODS3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
ODS4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
ODS6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
ODS7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
ODS8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
ODS9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
ODS10: Reducir la desigualdad en y entre los países.
ODS11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
ODS12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
ODS13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
ODS14: Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
ODS15: Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
ODS16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
ODS17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Fuente: United Nations. Resolution UNGA A/70/L1. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf

1 El Lic. Sebastián Tobar es Sociólogo, Sanitarista, Master en Salud Pública e Investigador invitado del Centro de Relaciones internacionales de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil. El Dr. Paulo Buss es Médico Sanitarista, Master en Salud Pública y Coordinador del Centro de Relaciones Internacionales de la Fundación Oswaldo Cruz.

2 Becerra-Posada F. Health in all policies: a strategy to support the Sustainable Development Goals. *The Lancet.* Vol 3. July 2015.

MM
Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud
Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674
contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

La toma de decisión en la era de la información

Por la Lic. Patricia D'Aste (*)

La toma de decisión no es algo inherente al ámbito empresarial, por el contrario, la toma de decisiones abarca toda nuestra vida. Todo lo que hacemos hoy se basa en antiguas decisiones que hemos tomado, todo lo que disfrutamos y lo que sufrimos hoy tienen como predecesora una elección, premeditada en mayor o menor grado, pero racionalmente tomada.

Una decisión racionalmente tomada habla de un *proceso* en el que se debe reconocer que es el momento de tomar una decisión, tener un objetivo, una meta, para orientar la decisión hacia el mismo, desarrollar diferentes alternativas para el tema específico, contar con la información necesaria para conocer los diferentes factores que influirán en el futuro a cada una de las alternativas, analizar estas alternativas, y por ultimo elegir alguna de ellas.

Sabemos que, para tomar una decisión frente a una situación determinada, debemos estudiar y entender los diferentes escenarios que se nos presentan. Para conocer estos escenarios, internos y externos, buscamos información que nos ayude a crearnos una imagen más clara y precisa de los tiempos que vivimos y los fenómenos cambiantes que nos afectan, o nos afectarán. Ya sea por un problema existente o que se aproxima, o por una atractiva oportunidad, debemos decidir qué camino tomar para llegar al triunfo.

Desde la óptica de las organizaciones podemos definir a la información como un conjunto de conocimientos susceptibles de ser comunicados y utilizados en la toma de decisiones, cruciales para vida diaria de la misma. De esta manera, la información resulta vital para la empresa, la cual necesita cada vez más de un flujo de información confiable y adecuada, oportuna, en la cantidad y calidad necesaria, para todos los niveles que la conforman. Especialmente para los niveles más altos, ya que son éstos los responsables de la conducción de la organización.

Comúnmente se dice que la información es poder, pero eso no significa que el que tiene la información sepa hacer bien las cosas. La decisión sobre lo que se hará, no la toma la información, la toman los seres humanos que disponen de la información. El problema frente a esto es que la información nunca puede ser absoluta, ya que es imposible conocer toda la realidad sobre determinado tema o situación. Por esto, por más que una organización pueda almacenar muchísima información, siempre va a seguir siendo una porción, generalmente pequeña del total.

La manera de obtener mayor información es accediendo a diferentes fuentes de información, cruzándolas para obtener un nivel más especializado de conocimiento sobre la realidad que queremos entender. Pero tengamos en cuenta que mucha de la información que obtengamos será imprecisa, incompleta, errada, o contradictoria. Esto transforma entonces a la información sin validar en una peligrosa arma de doble filo, ya que si uno tomara una decisión en base a X información obtenida de X fuente podría estar cometiendo un error fatal para su organización.

Hoy en día obtener información, crearla, o almacenarla es muy fácil. Con Internet podemos acceder en cuestión de segundos a páginas web que contienen monografías digitales, enciclopedias online, blogs en los que se adjuntan artículos, diarios digitales, webs científicas, muchos de ellos sin un aval serio de editorial que permita creer que esa información es confiable. Nosotros mismos escribimos e intercambiamos muchos documentos al año, y los reenviamos, los almacenamos, los compartimos con nuestros colegas, etc. Pensemos esto por cada persona y organización que hacen lo mismo, entenderemos entonces que estamos sobreinformados, pero con información surgida de diferentes fuentes, con diferentes calidades, con diferentes propósitos, para diferentes fines.

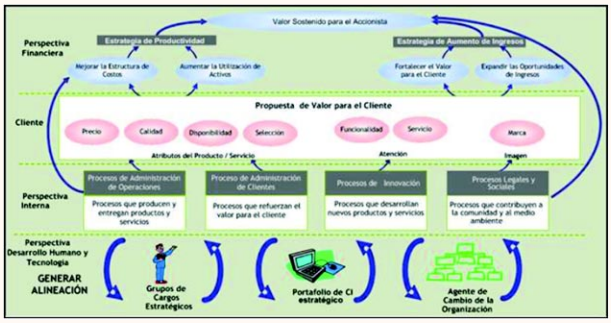
La información es muy fácil de manipular, para dar a entender o expresar cosas diferentes a las reales, para desviar o captar la atención de una temática a otra. Desde las campañas políticas hasta los descuentos semanales de los supermercados, pasando por las noticias diarias que vemos comúnmente en la televisión, el diario, internet, y demás, utilizan simples recursos para captar la atención de quien lo lee, usando un poco de verdad más otro poco de apariencia de verdad, y de esta manera brindan una información con una idea no tan fiel a la realidad, pero que sí lo parece. De esta manera terminamos por tener muchísima información que desinforma.

La discriminación de información es muy importante, distinguiendo aquella buena de la que no lo es. El conocimiento de las fuentes de las que surge la información que manejamos, será crucial, es por esto que

muchas organizaciones en el mundo han optado por utilizar la información interna y de su entorno cercano a través de sistemas de información propios e internos, es decir, con información autoproducida, supervisada y real.

Un ejemplo es la herramienta Balanced Scorecard, la cual permite obtener información de la organización a través de indicadores previamente establecidos, para mantener un monitoreo constante de todas las actividades en ejecución, especialmente aquellas claves para el éxito de la estrategia. De igual manera permite controlar las diferentes unidades de negocios en el mismo cuadro de mando integral, si fuera necesario. Esto ha significado una solución excelente para los directivos que no lograban dominar el escenario de la información de su negocio, aplastados por pilas de informes de dudosa credibilidad, ya que se les ha posibilitado mantener a la vista datos corrientes de las 4 perspectivas que presenta el modelo como aspectos financieros, de procesos internos, de clientes y de aprendizaje y desarrollo. Los indicadores permiten conjugar información más precisa a partir de la interacción de una variable con otra y de los planes de acción que se están ejecutando, por esto las empresas confían de manera cada vez más categórica en el BSC para la gestión de su estrategia y el control de sus negocios.

Ahora bien, es posible contar con los mejores sistemas informáticos, las mejores fuentes, las mejores unidades de almacenamientos, los mejores canales de distribución interna y la mejor información, pero si no sabemos qué hacer con ella, estaríamos quizás ante un problema aun mayor que el de la acumulación de datos sin valor agregado. La toma de decisión de los directivos y de los gerentes no es algo simple, o algo que cualquiera podría hacer al frente de una organización. El tomador de decisiones debe contar con las cualidades y habilidades necesarias para optar por la mejor alternativa. Sus competencias como *decididor* son cruciales cuando una organización depende de ellas para su éxito o su fracaso.



Existen ciertas cualidades que bien desarrolladas harán de su poseedor un buen tomador de decisiones. Éstas son la experiencia, el juicio crítico y la creatividad que el individuo disponga.

Lo primero es la experiencia. Naturalmente pensamos que la habilidad de un individuo para tomar decisiones crece con la experiencia. Es por esto que la antigüedad de un empleado en una organización es mejor paga, ya que se supone que a mayor experiencia se espera que tome mejores decisiones, y se equivoque menos. De la misma manera, cuando hacemos selección de personal, la experiencia del individuo es un apartado muy importante a tener en cuenta a la hora de analizar los diferentes candidatos. Las diferentes

vivencias y los aprendizajes, ya sean aciertos o desaciertos, funcionan como una suerte de base de datos que cada uno lleva consigo que alimentará las acciones futuras. Esperando que los errores pasados se traduzcan en menos errores futuros, y los éxitos en más éxitos.

Otra de las cualidades es el juicio crítico, que habla de la capacidad que tiene un individuo de evaluar información de manera inteligente. Este se compone por la experiencia, la madurez, el sentido común y la capacidad de razonamiento de quien toma las decisiones. Es por esto que se espera que el juicio crítico mejore con las experiencias y con la madurez mental de la persona. El buen juicio se hace presente cuando frente a cierta información, la persona puede distinguir lo importante de lo que no lo es, estudiarla y determinar cuánto valor tiene. También al momento de enfrentar nuevos problemas, fuera del campo de su experiencia, el buen juicio permite analizar el problema, utilizando parámetros, el sentido común y criterios para descomponerlo en partes que permitan un mejor entendimiento y hacerlo más fácilmente manejable para su resolución.

Por último, la creatividad habla de la capacidad de crear, relacionando elementos ya existentes, o nuevos, de manera diferente e innovadora que permite obtener nuevas y mejores maneras de superar un obstáculo. Frente a un problema la capacidad de entendimiento y análisis de un tomador de decisiones creativo es más amplio, ya que puede imaginar los posibles resultados de las múltiples y nuevas alternativas de resolución que plantea para una misma situación problemática, pudiendo encontrar el camino más corto y efectivo.

Entonces, la información no informa si no es suficiente, oportuna y pertinente para el tema tratado, y si lo fuera seguiría sin servir si no existen personas que la utilicen inteligentemente para conducir a su organización al éxito buscado. Cuanto más confiable sea la información, cuanto más disponible la tengamos y cuanto más habilidosos sean nuestros líderes para utilizarla, mejores decisiones tomaremos en beneficio de la salud de la organización. ❑

(*) Mg. Patricia D'Aste. Presidente de ProSanitas BSC. Presidente de la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria-SADAM. Directora del Posgrado en Dirección Estratégica de RRHH y del Curso de Cuadro de Mando Integral y docente de las Maestrías y de la Licenciatura en Administración de la Universidad ISALUD. Email: patriciadaste@yahoo.com.ar y www.prosanitas.com.ar

Precisión
al Servicio de
la Salud

VIDT CENTRO MEDICO
Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT
Micro - Radioterapia Corporal - SBRT
Radioterapia Conformacional Tridimensionada
Radiocirugía Estereotáxica
Radioterapia Estereotáxica
Acelerador Lineal

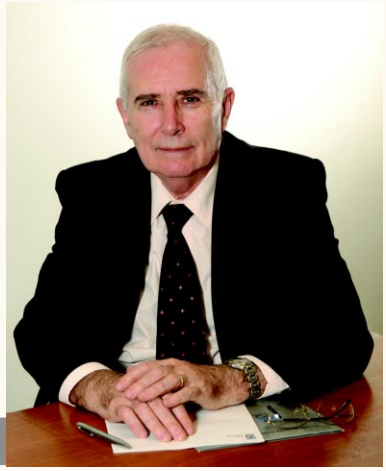
Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-6326 /4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: http//www.vidtcm.com.ar

Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

/CentroRossi
@CentroRossi
CDR
CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI
La excelencia en el diagnóstico
Hoy, CDR es el Centro de Diagnóstico de alta complejidad más grande del país, y cuenta con una infraestructura en continua actualización de equipamiento para cubrir toda la metodología diagnóstica.
• BELGRANO • BARRIO NORTE • ABASTO • MICROCENTRO
• ESMERALDA 141 • SUB SEDE ARENALES
• SANATORIO FINOCHIETTO
• CHEQUEOS PREVENTIVOS: BARRIO NORTE - MICROCENTRO
CDR@CDROSSI.COM - WWW.CDROSSI.COM WWW.CDROSSIEDUCACION.COM
CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011- 8080 - ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000

COLUMNA

¿Punto final a las inyecciones de Insulina?



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

En los pacientes que padecen diabetes tipo 1, el sistema inmune ataca al páncreas, dejando a los pacientes sin su capacidad natural para controlar la glucemia. Estos pacientes deben monitorear cuidadosamente sus niveles de glucosa en sangre, midiéndolos varias veces por día e inyectándose insulina para mantenerlos dentro de rangos normales. Sin embargo, resulta difícil alcanzar el control preciso de la glucemia, lo que lleva a los pacientes a enfrentarse con varios problemas médicos a largo plazo. [1]

Muchos investigadores creen que un mejor tratamiento de la diabetes sería reemplazar las células de los islotes destruidas por células sanas que pudiesen llevar a cabo el monitoreo de la glucosa y de la liberación de insulina. Este enfoque ha sido empleado en cientos de pacientes, pero presenta un reparo fundamental – el sistema inmune de los pacientes ataca a las células trasplantadas, obligando a los pacientes a recibir inmunosupresores de por vida. [1]

Ahora, según un reciente avance del MIT, el Hospital de Niños de Boston y varias otras instituciones pueden ofrecer una forma de que se cumpla la promesa de trasplante de células de los islotes. Los investigadores han diseñado un material que puede ser utilizado para encapsular los islotes humanos antes de trasplantarlos. En pruebas efectuadas en ratones, mostraron que estas células humanas encapsuladas podrían curar la diabetes por hasta seis meses, sin provocar respuesta inmune. [1]

Aunque se requieren más estudios, este enfoque "tiene el potencial de proporcionar a los diabéticos un nuevo páncreas protegido del sistema inmune, que les permitiría controlar su glucemia sin fármacos" dice Daniel Anderson, Samuel A. Goldblith Associate Professor en MIT's Department of Chemical Engineering, miembro del MIT's Koch Institute for Integrative Cancer Research and Institute for Medical Engineering and Science (IMES), e investigador del Departmento de Anestesiología en el Boston Children's Hospital. [1,2]

Desde la década de los 80 del siglo pasado, el tratamiento estándar para los pacientes diabéticos ha sido a base de inyecciones de insulina producida por bacterias genéticamente modificadas por bioingeniería. Si bien resulta efectivo, este tipo de tratamiento requiere un gran esfuerzo por parte del paciente y puede originar amplias variaciones en los niveles de glucemia.

Hace algunos años se desarrolló una forma para preparar trasplantes de células de islotes previamente encapsuladas. Se comenzó explorando derivados químicos de alginato, un material originalmente aislado de un tipo de algas. Se pueden preparar geles de alginato para encapsular células sin dañarlas y permitiendo que moléculas de azúcar y proteínas la atraviesen, haciendo posible que las células de su interior perciban y respondan a señales biológicas.

No obstante, la investigación previa ha mostrado que cuando se implantan las cápsulas de alginato tanto en primates como en seres humanos, se desarrolla un tejido cicatrizal alrededor de las cápsulas, volviendo inefectivo todo el procedimiento, de modo tal que se decidió intentar una modificación en el alginato para hacer que fuese menos probable que provocase tal tipo de respuesta inmune.

Después de crear una base de casi 800 derivados de alginato, los investigadores llevaron a cabo varias rondas de pruebas en ratones y en primates no humanos. Uno de los mejores, conocido como dióxido de triazol-tiomorfolina (TMTD, por su nombre en inglés), fue elegido para ser estudiado más profundamente en pruebas en ratones diabéticos. Para ello eligieron una cepa de ratones con fuerte sistema inmune e implantaron células de islotes humanos encapsuladas en TMTD en el espacio intraperitoneal.

Después de su implante, las células inmediatamente comenzaron a producir insulina en respuesta a las variaciones de la glucemia y pudieron mantener sus niveles bajo control a lo largo de todo el estudio, 174 días. ❑

Referencias:

1. Trafton A: No more insulin injections? Bioscience Technology, 26/01/2016.
2. Anderson D y col.: Long-term glycemic control using polymer-encapsulated human stem cell–derived beta cells in immune-competent mice. Nature Medicine. 27 Jan 2016.

(*) Asesor farmacológico - Ex-Director Médico de Schering-Plough - Ex-Docente de FEFYN, elsanchez1211@hotmail.com

El otro lado de los fármacos en el cine.*

(Tercera Parte)

Sumisión química (III)

Historia de un detective

(Edward Dmytryk - 1944)

SINOPSIS:

La película es una de las adaptaciones de la novela de Raymond Chandler. El detective Philip Marlowe tiene el encargo de encontrar a Velma, una bailarina que había trabajado en un club nocturno y novia de un criminal recién salido de prisión. Las investigaciones que lleva a cabo lo colocarán ante situaciones peligrosas al adentrarse en un mundo turbio, de personajes oscuros. En una de estas situaciones es intoxicado con escopolamina, lo que le produce intensas percepciones alucinatorias.

ANÁLISIS CRÍTICO

En el contexto del presente análisis la principal secuencia de interés es la que muestra los efectos de la intoxicación escopolamínica (min 45). La película muestra la percepción distorsionada de la realidad que sufre Marlowe, especialmente el período alucinatorio y la desestructuración de la realidad causada por la sustancia que le administran. En esta escena, un médico le inyecta escopolamina durante un interrogatorio. Marlowe se siente como en una pesadilla, con imágenes distorsionadas, con túneles y puertas que a su paso se hacen más pequeñas, acompañado del miedo de que le quieran inyectar de nuevo. Adicionalmente, durante la misma escena, describe que tiene la percepción de verse rodeado de telarañas y de nubes de humo. Marlowe refiere que desea dormir, se siente muy cansado, le duele tragar y sus manos son percibidas como un manojo de bananas. Pese a toda la confusión, es consciente de que le habían inyectado algo, aunque no sabía qué. Las alteraciones son tan intensas que casi le llevan a un episodio psicótico. A pesar de que en la película no queda clara la administración de la escopolamina, en la obra, Chandler refiere que la escopolamina posee una reputación injustificada de tener la capacidad de producir confesiones involuntarias en quienes la recibían, como una sustancia utilizada habitualmente como 'suero de la verdad'. Geis (3) publicó hace algunos años una interesante revisión histórica sobre los supuestos efectos de la escopolamina para facilitar confesiones en los interrogatorios. Esta sustancia tuvo cierta fama durante las décadas de 1920 y 1930, en las que fue desplazada por el empleo de barbitúricos (tiopental sódico).

Para el tema del presente artículo, existen numerosas referencias que describen los efectos psicotomiméticos de la escopolamina, incluso a dosis terapéuticas. El delirio que produce se caracteriza por estupor, confusión absoluta y pensamientos confabulatorios. También son comportamientos comunes las conversaciones a tiempo real con personas imaginarias, actos complejos que requieren múltiples etapas (vestirse, por ejemplo) y de repente descubrir que ni siquiera había comenzado todavía, y no ser capaz de reconocer su propio reflejo en un espejo. Algunas de estas circunstancias se observan en las escenas de la película que ilustran claramente los profundos efectos de la escopolamina sobre la percepción. ❑

Título original: *Murder, My Sweet.*
País: Estados Unidos.
Año: 1944.
Director: Edward Dmytryk.
Música: Roy Webb.
Fotografía: Harry Wild.
Guión: John Paxton a partir de la novela *Farewell, my lovely* de Raymond Chandler.
Intérpretes: Dick Powell, Claire Trevor, Anne Shirley, Otto Kruger, Mike Mazurki, Miles Mander, Douglas Walton, Don Douglas.
Color: blanco y negro.
Duración: 95 minutos.
Género: cine negro, intriga, policíaco, crimen.
Productora: RKO Radio Pictures.

Enlaces:
http://www.filmaffinity.com/es/film395083.html
http://www.imdb.com/title/tt0495025

Referencias
1. Mateus JA et al: El lado oscuro de los fármacos en el cine. Rev Med Cine 2015; 11(2): 87-96.
2. Laurence DR, Bennett PN, Brown MJ. Clinical pharmacology. 8a ed. New York: Churchill?Livingstone, 1997; p. 149?150.
3. Geis G. In scopolamine veritas. The early history of drug?induced statements. J Crim Law & Criminology 1959; 50:347?356.

*** El autor agradece el valioso aporte de JA Mateus et al (ref.1).**

Autor: José Moviola
jose.moviola@yahoo.com.ar

COLUMNA

Aborto o un cierto "contrabando jurídico"

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

EL PAPA FRANCISCO

Ha demostrado actitudes flexibles en materia de sexualidad, anticoncepción, condición de los divorciados, celibato sacerdotal, relaciones con los "hermanos separados" del cristianismo y otras religiones, la lista es larga.
Pero es firme en materia de aborto al que califica como "un crimen, no es un mal menor, es un mal absoluto". Y hay que ser cuidadoso con los flexibles cuando se ponen firmes porque suelen llevar las cosas "a fondo".
Y todo el espectro político parece apreciar una buena relación con el Papa, si es con fotos, mejor. Inclusive quienes hasta no hace mucho solían "ningunear" al Cardenal Bergoglio. Y recordemos los comentarios sobre la audiencia del Presidente de la Nación, su escasa duración y hasta la expresión de su rostro.
Todos quieren llevarse bien con S.S. el Papa y esto resulta imposible si aprueban una ley de aborto libre al estilo de EE.UU. o Europa.

EL ABORTO

Siempre se admitió el aborto "terapéutico", el que se hace para evitar un grave daño en la salud de la madre y aquéllos en que el embarazo proviene de violaciones.
El "aborto libre" ha sido una bandera firmemente sostenida por todo el espectro ideológico progresista.
La mayoría de los países desarrollados tienen su ley permisiva, hasta la muy católica España que lo permite por la sola petición de la mujer durante cierto período de gestación que suele ser de 12 semanas (3 meses) aunque se dice que alguna semana más se puede "flexibilizar" sobre todo cuando madre y médicos están de acuerdo en ser discretos.
Así ocurre en Rusia, Canadá, Estados Unidos, Cuba, China, India, y la mayoría de los países de Europa (ya vamos por 2/3 o más de la población mundial).

EL ABORTO EN NUESTRO PAÍS

Es un delito (art. 85 del C. Penal) salvo que concurran las causales del art. 86:
Si es "hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios". O "el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente". Con consentimiento de su representante legal.
Se discutió si a la violación debía necesariamente adicionarse lo de "idiota o demente", resolviéndose que son dos causales: basta la violación de cualquier mujer. La discapacidad mental es autónoma.
Es "violación" todo acceso carnal con menores de trece años. Si el embarazo se originó antes de esa edad, cuestión fácilmente comprobable con el documento y con la ecografía, el médico puede apreciarlo sin necesidad de que intervengan terceros.
El carácter de discapacitada mental a veces resulta probado por el certificado y si no existe, puede serlo con un rápido psicodiagnóstico.
Terminan ahí las situaciones "fáciles" de apreciar por cualquier médico.
Como están expuestos a ser condenados penalmente los profesionales e instituciones suelen prevenirse requiriendo orden judicial previa y en los casos de violaciones de mayores al menos los datos del expediente donde tramita la denuncia por ese delito.
Y como el embarazo sigue su curso inexorable las autorizaciones suelen llegar tarde.

EL ABORTO Y LA CORTE SUPREMA

Decidió abordar el tema en el conocido fallo F.A.L., en el que el aborto ya había sido practicado.
La Corte lo utilizó para ir mucho más allá del tema concreto, sentar principios generales y se pronunció sobre varias cuestiones concernientes al aborto que permitió si:
El embarazo proviene de una violación contra cualquier mujer y no solo contra "idiotas o dementes".
Ratificó la permisión de los practicados a las menores de trece años, que siempre son "violadas" aunque sea "violación impropia" porque la ley descarta la validez de su consentimiento, y declara que cualquier acceso carnal con ellas es ya una violación.
No exigibilidad como requisito previo de Autorización judicial.
Ni denuncia penal, bastando para que una niña, adolescente o cualquier mujer puedan practicárselo manifiesten, declaración jurada mediante, que proviene de una violación.
También se pronunció sobre la posible contradicción entre el derecho a la vida del ser en gestación "desde la concepción" que hace la ley N° 23.849 (que impediría cualquier tipo de aborto), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y otros tratados sobre derechos humanos.
Sintetizando (mucho) dice que en tren de resolver entre el derecho a la vida del ser en gestación y el derecho a la salud y bienestar de la madre que quiere abortar tiene prioridad el de la madre.
Y que el sistema público debe hacerse cargo del tema proporcionándole la atención médica y la contención psicológica para abortar en condiciones adecuadas.
Termina exhortando a las autoridades a establecer protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de "violencia sexual"..., pero sólo de violencia sexual.
No es necesario ser un experto para prever que, si no es necesaria la denuncia y basta la declaración jurada

de la mujer, muchas “no violadas” declararán haber sido “violadas” para acceder al aborto gratuito por el sistema público, pero... la ley es lo que los jueces dicen que es y se trata de un riesgo asumido por la Corte.

¿QUÉ OCURRIÓ DESPUÉS EN EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN?

Publicó en su página web un muy especial “Protocolo para la atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” que, curiosamente:
No es un decreto, porque no lo firmó el presidente anterior ni el actual.
Ni tampoco una resolución ni disposición porque no lo firmó el ministro.
Y sólo parece haberlo sido por la “Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” por lo que no sabemos a ciencia cierta que es.
Sí lo que no es: una norma legal que haría las veces de la reglamentación que pidió la Corte Suprema, porque los coordinadores, ni tampoco los directores pueden reglamentar el Código Penal, que decididamente dice otra cosa.
En la que cita “recortado” el fallo F.A.L., olvidando que la Corte lo limitó a los casos de “violencia sexual” y declarara comprendida en las causales de despenalización del Código Penal a cualquier daño a la salud, que a su vez define con gran amplitud como “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” que no requiere la constatación de una enfermedad sino solo “la posibilidad de afectación”.
Y cuando establece los protocolos médicos, extiende las “interrupciones” hasta el segundo trimestre (tres a seis meses de embarazo) con lo que viene a permitir lo que ya ni siquiera es médicamente “aborto” sino “parto inmaduro” en el que con las drogas que se utilizan se matará al feto antes de que nazca.
Pero... dicen lo médicos que hay un porcentaje en que nacen y respiran “extra útero” y un feto que respira “extra útero” es un ser humano y matarlo es un homicidio.

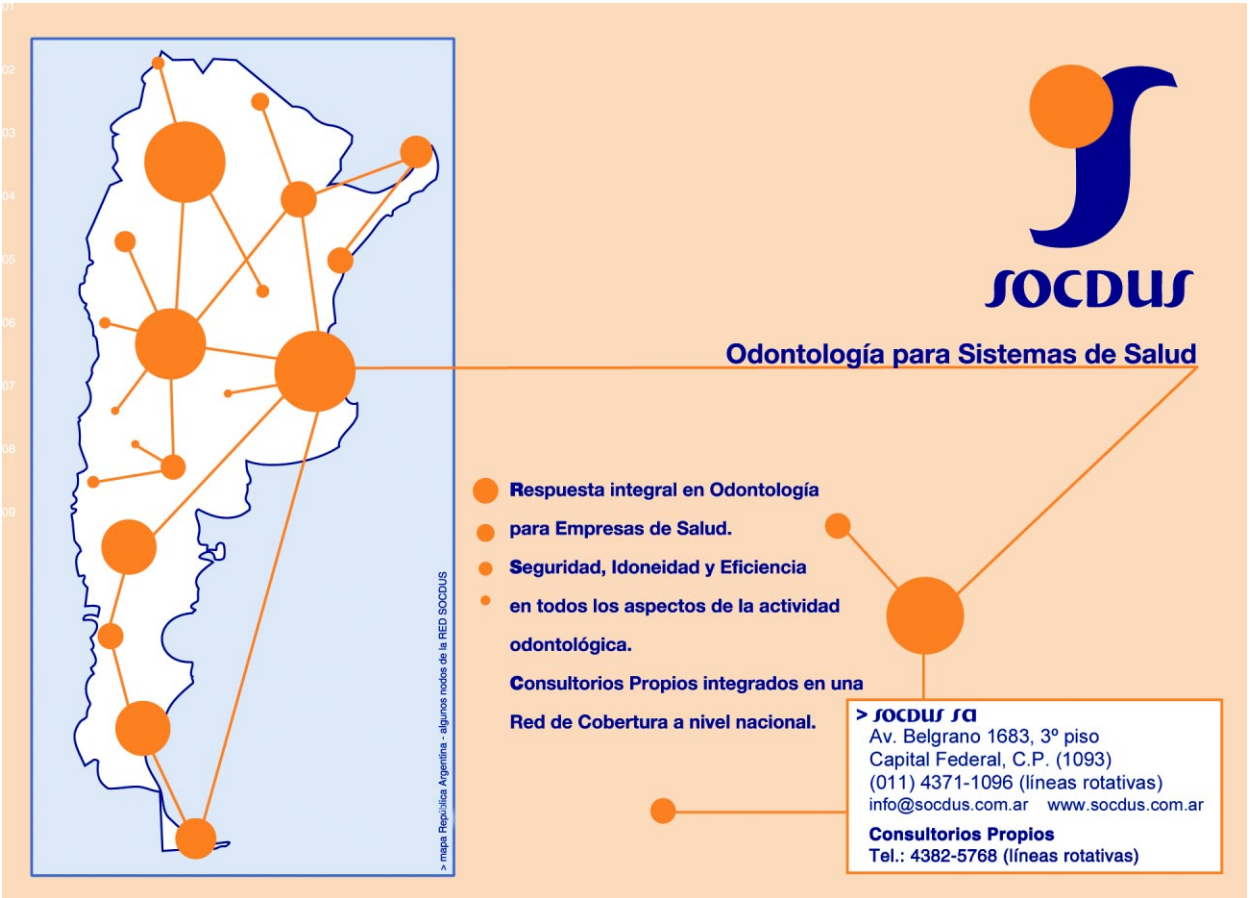
LAS COSAS POR SU NOMBRE

Ese “protocolo” no es de “interrupción legal del embarazo” porque el Código Penal dice otra cosa y la reglamentación no puede modificar la ley que se supone que reglamenta.
Es un intento de permitir la interrupción del embarazo durante y más allá del período en que se considera aborto, que se encuentra prohibido hasta por los países que lo permiten.
Firmado por nadie con autoridad para hacerlo.
Y todo para no exponerse al riesgo político de promover una ley de aborto en debida forma que suponemos, traería un duro enfrentamiento con la Iglesia en general y con el Papa en particular, con quien todos quieren tener “la foto”. Es lo que se llama “contrabando jurídico”.

EXHORTACIÓN

Llamemos a las cosas por su nombre.
Si alguien quiere despenalizar el aborto debe promover una ley que lo permita expresamente y lo reglamente médicamente.
Y exponerse a la anatema papal a la que algunos parecen temerle.El “contrabando jurídico” es signo de inmadurez política.
Comportémonos seriamente. ❑

Para consultas o sugerencias al Dr. Floreal López Delgado escriba a estudiojuridico@lopezdelgado.com



Verdades Incómodas

Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D]

Se sabe que los sistemas sanitarios actuales, aun cuando ello no sea reconocido por algunos de sus actores políticos, padecen una crisis que está más allá de lo económico... traducido, lo financiero ha sido utilizado como excusa ya no sólo para degradar modelos que funcionaban pasibles de ser mejorables, sino que además ha sido el argumento determinante para condenar a los pacientes a un peregrinaje innecesario y peligroso que aumenta costos hasta geometrizarlos sin resolver los problemas de los pacientes, perjudicando la funcionalidad asistencial, y condenando al cuerpo médico (y a todo el equipo de salud) a vivir apagando incendios, para lo cual, los estados ausentes proveen de combustibles aduciendo que el agua no puede ser derrochada.

Los contrasentidos varían de país a país... de modelo a modelo... de sistema a sistema... pero curiosamente, el problema se unifica en que las coberturas otrora solidarias han dejado de ser tales para transformarse en un máquina de impedir, obligando a un número significativo de pacientes a claudicar en sus intentos... obligando a judicializar las ciencias médicas para intentar obtener una respuesta... obligando a abandonar potenciales tratamientos... condicionando los actos médicos y limitando las acciones necesarias y participativas de todo el equipo de salud, quienes además de quedarse sin herramientas para poder hacer lo que se debe, se quedan sin trinchera asistencial para protegerse del desmadre que se va generalizando sin que nadie atine a hacer algo para detener el tsunami.

Europa contiene algunos modelos que aún son superadores... pero que cada vez son menos en volumen respecto a las crecientes demandas sociales.

Uno de los graves problemas que enfrenta cualquier modelo sanitario atrapado en los mecanismos globales de normalización de una medicina donde las evidencias están cada vez más cuestionadas, es que el envejecimiento poblacional, las enfermedades laborales, la desinserción social agravada, el crecimiento de las patologías crónicas, se han mezclado a forma de caldo tóxico que se está devorando el todo, las partes, y hasta las esquirlas de los residuos...

Una de las verdades incómodas es que tomando como ejemplo paradigmático a España (modelo de modelos si los ha habido), se observa que además del envejecimiento poblacional, el brutal incremento de las cronicidades proyecta una hecatombe en el mediano plazo que se traduce, hoy mismo, en que el 91% de la mortalidad sea consecuencia directa de las enfermedades crónicas.

Desde luego, a nadie se le escapa que los presupuestos sanitarios que cursan y se ejercen por estas horas están mentidos, lo suficiente como para ser tenidos como de alto sesgo, siendo que responden a un juego macabro de recortes e incumplimientos que bloquean todas las salidas, inhabilitando a la acción prudente y adecuada a cada problema. Y tal como está demostrado, el problema que en salud no se resuelve en tiempo real, termina siendo una bomba que estalla perjudicando a todos, convirtiendo a los pacientes, a los médicos, y al sistema todo en víctimas de la necedad manifiesta de discursos que aseveran un "todo lo contrario" que se consume en el caldo tóxico ya mencionado.

Políticamente, el problema se patea hacia un mañana inexistente para luego justificarse en lo injustificable... lo que se traduce en no resolver problema alguno... en agravar todos los problemas que se arrastran... y en perjudicar a la sociedad sometiéndola a un sistema que se ha convertido a sí mismo en una paradoja cuya ecuación es imposible de ser despejada. Al menos no con estas premisas.

Cálculos desarrollados por fuentes responsables y éticamente incuestionables de la misma Europa, indican que, sin apelar a estudios de revisión minuciosa, el incremento necesario para comenzar a revertir el problema en su estatus actual, demandaría un incremento presupuestario del 45% en los próximos (inmediatos) cinco años (de aquí al 2020) sólo para comenzar a "conversar" las soluciones exigibles tanto desde lo clínico como desde lo social, algo que nadie en el ámbito político quiere atender y mucho menos escuchar.

Como sea, los sistemas sanitarios deben ser repensados y reformados "ya mismo" si es que se quiere, desde el Titanic global, esquivar el iceberg... ¿Por qué?, pues porque la crisis que impuso los recortes demenciales, se ha traducido en un crecimiento dramático de los gastos directos, de los indirectos, así como un agravamiento en los indicadores de salud poblacional que enseñan una involución que a estas alturas puede calificarse como más que peligrosa...

La gestión debe hacer foco en la salud y no en la enfermedad... cuando los costos construyen la ecuación desde la enfermedad, la meta se torna inalcanzable y ello conlleva que sean más los excluidos que los contenidos... siendo que los excluidos crecen de manera exponencial y que los contenidos se reducen para facilitar que los libros contables queden en azul (o verde)... mintiendo rojos que disfrazan temibles demandas contenidas de personas que deambulan sin acceso alguno a la solución adecuada bajo el sentido de oportunidad.

Los costos construidos desde la enfermedad están dejando como resultado un mundo donde las vacunas son caras para que los inmunizados sean cada vez menos... donde los tratamientos para los enfermos crónicos son casi inaccesibles para la mayoría de los pacientes, definiendo que el sentido de lo "catastrófico" termina estableciendo que los sistemas sanitarios son para pocos y que la salud de la población conforma un factorial sin demasiada importancia. Ello queda demostrado en que

las corporaciones intervinientes han favorecido el crecimiento privado en desmedro de la "salud pública" como derecho universal, considerando que la población excluida es desechable no hallando espacio en consideración presupuestaria alguna.

Conclusión: los sistemas sanitarios que alguna vez fueron solidarios, hoy funcionan en solitario… para pocos que son cada vez menos… lo cual indica que la ecuación está mal diseñada y peor construida. Porque se está consumiendo en sí misma sin resolver los problemas ni de la gente ni del propio sistema… acumulando daños epidemiológicos que a medida que crecen y se diseminan, hacen que dichos daños sean irreversibles y de un costo infinitesimalmente superior al que hubiese cursado de haberse actuado cuando el mismo era "reversible".

No son pocas las unidades académicas que están viendo con claridad por dónde pasa el eje de este trompo disfuncional… pero… hoy el problema ya no es técnico… o al menos no se reduce a dicho ámbito… ya que el problema es político y se concentra en los cinismos exhibidos por una clase soberbia y perimida que se justifica a sí misma destruyendo los derechos ciudadanos que aducen proteger.

De aquí al 2020 los crónicos sin atención adecuada y sin la contención propia de sus afecciones… crearán un tsunami global que nada ni nadie podrá justificar…

Referencias bibliográficas propias

[La necesaria transformación sociosanitaria ante la cronicidad] :: El Médico Interactivo :: La necesaria transformación sociosanitaria ante la cronicidad (Noviembre de 2015 - Roberto Nuño-Solinís. Deusto Business School Health).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARIAS

1. Haro J, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Riera L, Perez-Ruiz F, Murray C.The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. BMC Med. 2014 Dec 5;12(1):236.
2. BCG. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/fi le165265.pdf
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Para El Abordaje De La Cronicidad En El Sistema Nacional De Salud. Estrategia Aprobada Por El Consejo Interterritorial Del Sistema Nacional De Salud El 27 De junio De 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
4. Foro de Transformación Sanitaria: http://www.posgrado.deusto.es/cs/Satellite/estudiantes/es/buscador-de-posgrados/programa-para-la-sostenibilidad-en-el-sector-de-la-salud/programa?idPest=134-0067769025
5. Observatorio de Modelos de Integración Sociosanitaria (OMIS): http://omis-nh.org/
6. Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad: http://www.iemac.es/
7. Caloyeras JP, Liu H, Exum E, Broderick M, Mattke S. Managing manifest diseases, but not health risks, saved PepsiCo money over seven years. Health Aff (Millwood). 2014 Jan;33(1):124-31.
8. SAIATU project. Impact of the Provision of Social Care within a Palliative Care Programme on Healthcare Costs: http://www.euclidnetwork.eu/files/Saiatu_Brief.pdf.

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2015-11-18. Copyright by Cerasale, 2015. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global.*
http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com | CIENCIAS MÉDICAS NEWS®
http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com | CIENCIAS DE LA HERENCIA®
http://saludequitativa.blogspot.com | GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®
Ocho años▲16 millones de lectores▲200 mil documentos editados▲590 millones de consultas reales en Google+1▲100 millones de consultas reales en Twitter▲100 millones de consultas reales en Facebook ▲ traducidos a quince idiomas▲91 países registrados (acceso libre y gratuito).

López Delgado & Asociados
estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Capacitación
- Defensa en juicio
- Seguros
- Cobro a financiadores
- Contratos

- **Políticas de prevención, desde la primera consulta**
- **Obligaciones del paciente**
- **Consentimiento informado**
- **Responsabilidad Civil y Penal**
- **Asesoramiento pericial**

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs. Asesoramiento "on line"

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

Prevenir y anticiparse a las crisis

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

La epidemia del dengue y los casos de zika que se registraron a lo largo y a lo ancho del país volvieron a encender la alarma en la sociedad y pusieron al sistema de salud en estado de alerta.

Desde la Asociación de Médicos Municipales colaboramos activamente, no sólo con todo el personal trabajando arduamente en los hospitales públicos, sino también a través de aquellos profesionales que son palabra autorizada para llevarle a la población la palabra exacta, explicando y transmitiendo los consejos necesarios ante este cuadro de situación que suele replicarse cada tanto en nuestro país.

En este sentido, la AMM considera que estamos ante una grave situación que requiere la atención de todos, de la sociedad, las autoridades y de nosotros.

Muchas veces hemos transmitido la necesidad de la prevención y de la anticipación por parte de las autoridades porque que cuando la epidemia comienza a asomarse ya es tarde y es ahí cuando entra a tallar el otro eslabón de cadena que tiene que ver con la capacidad edilicia, las camas y todo lo relacionado con las prioridades del paciente y de los profesionales de la salud.

Si bien es cierto que en los últimos años se ha hecho mucho es indudable que cuando se trata de salud siempre tiene que ser un poco más porque son este tipo de episodios los que, sumado al trabajo del día a día, exigen a todos los que somos parte del sistema.

De este modo, reiteramos nuestro reclamo exigiendo que se termine con la burocracia de los nombramientos, porque de otra forma no se puede seguir brindando una salud pública de calidad. Es imprescindible que se solucione esta situación que es la responsable de la falta de recursos humanos en la guardia, en UTI, UCO, neo y otras por la demora de meses y años en sus designaciones.

Las terapias intensivas no pueden continuar trabajando como lo hacen actualmente. Así como es muy importante reforzar el primer nivel de atención, también se deben equipar a todos los hospitales con las camas y la tecnología necesaria. Esto no es sólo un reclamo nuestro sino de toda la población. Nuestro hospital público es referencia en la Argentina, y somos nosotros los que hicimos esos hospitales públicos, en las salas, en los quirófanos, en los consultorios, y no en los escritorios.

Las guardias tienen varios problemas a solucionar. Entre ellos, la estructura, las demoras en los nombramientos y la falta de concursos. Queremos las condiciones necesarias para poder trabajar porque somos nosotros los que estamos al frente de estos servicios, los que padecemos la violencia en cada uno de los hospitales.

Necesitamos un equilibrio entre lo edilicio, lo tecnológico y los insumos porque si no existe una política pública de salud de Estado que aglutine y organice todo esto, es muy difícil funcionar correctamente; no permitiremos que nos responsabilicen por el mal funcionamiento si no nos dan los elementos en tiempo y cantidades necesarias.

Esto también ayuda a prevenir ya que ante una epidemia podemos estar mucho más fuertes y preparados, porque hoy es el dengue y dentro de pocos meses será el invierno el que nos traiga la bronquiolitis y otra vez tendremos un sistema saturado con elevado nivel de demanda; por eso debemos definir las prioridades y la fundamental es dotar al sistema de todos los recursos humanos y tecnológicos para hacer frente a estas problemáticas: esto es política de salud.

Somos optimistas y no vamos a bajar los brazos. El Jefe de Gobierno decidió que alguien de las entrañas de la AMM y del sistema conduzca el ministerio. Porque ese lugar sólo lo puede conocer quien está en un hospital público; sólo se aprende desde adentro del hospital. Y es necesario decirlo en este momento en el que hay nuevos gobiernos, nuevos proyectos, los que acompañaremos siempre que las políticas que se definan estén dentro de las convicciones de médicos municipales y que tengan como objetivo una mejor salud pública con una óptima calidad de atención.

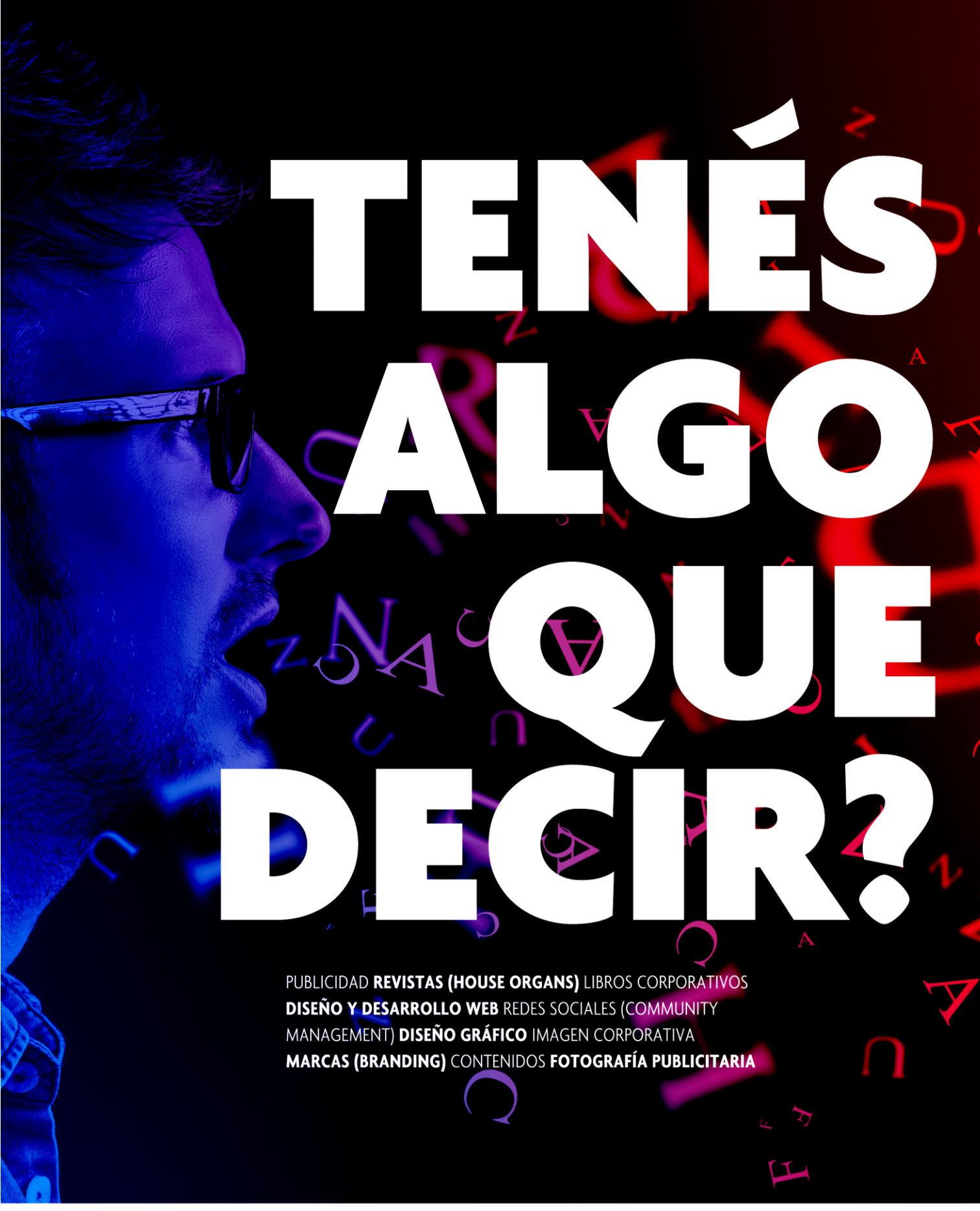
Por eso, una vez más solicitamos una política pública de salud de estado que beneficie al paciente y al hospital público con criterios sanitaristas y no solo administrativa, es decir hecha por aquellos que entienden la problemática por vivirla desde adentro y no solo administrativamente y no por los que acercan ideas basándose en estudios de escritorios y no en la formación especializada y con experiencias en donde se va a actuar. ❑

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 de toda la República Argentina.
Porque seguridad es tranquilidad.

OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCION

www.osdo.com.ar



PUBLICIDAD **REVISTAS (HOUSE ORGANS)** LIBROS CORPORATIVOS
DISEÑO Y DESARROLLO WEB REDES SOCIALES (COMMUNITY
MANAGEMENT) **DISEÑO GRÁFICO** IMAGEN CORPORATIVA
MARCAS (BRANDING) CONTENIDOS **FOTOGRAFÍA PUBLICITARIA**

HYD.
HACERYDECIR
Comunicación / Diseño / Publicidad

EDITUM
editorial + d g + comunicación

Av. Rivadavia 1545 3° G | Buenos Aires (1033)
(011) 5244-8331/2
www.hacerydecir.com.ar | www.editum.com.ar
info@hacerydecir.com.ar
/hacerydecir @hacerydecir

RP News
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
SALUD, SEGUROS Y MEDIO AMBIENTE

Mala praxis en la psicología

Como en cada ámbito laboral, reflexionar sobre Mala Praxis nos permite volver a pensar sobre las posibilidades de elevar cada disciplina a su máximo nivel de compromiso y profesionalismo.

Por eso, en esta nota **RP News** conversó con Adriana Canga, Psicoterapeuta, Consultora y Capacitadora, Directora de la consultora AGC 100% vos mismo (www.agcconsultora.com.ar).

¿En qué casos creés que podemos decir que estamos frente a un caso de mala praxis psicológica?

Cuando el profesional que ofrece su servicio y no cuenta con las certificaciones adecuadas, la habilitación dentro del ámbito de la salud mental, la matrícula correspondiente…reconociendo la responsabilidad que supone ocuparse de un ser humano. Cuando no siendo psicólogo (como es el caso de los counselors, coach, psicólogos sociales, etc.) se interviene en cuestiones de patología, con personas con psicopatologías definidas o situaciones de riesgo, sin contar con las herramientas necesarias. Cuando se interviene, en nombre de la "cura" en niveles para los que el paciente no está preparado, generando una movilización que puede desestabilizar o profundizar el problema, si es que esa persona no cuenta aún con las herramientas adecuadas para encararlo.

Además de todo esto, también es mala praxis llevar el vínculo terapéutico a terrenos personales, al punto de abrir la vida del terapeuta utilizándola como ejemplo o camino a seguir. Cuando se trabaja desde una postura ideológica (lo que está bien o mal) sin tener en cuenta la perspectiva del paciente. Cuando el terapeuta no cuida adecuadamente a su paciente, no lo acompaña, no empatiza con él. Cuando se realizan diagnósticos etiquetando y tratando al paciente como su "enfermedad" y no como un individuo padeciente. Y, finalmente, cuando se pierde de vista el contexto familiar, social y vincular de esa persona y se profundiza el sufrimiento del paciente.

¿Qué se puede hacer para prevenir la "mala práxis" en psicología?

Es difícil ya que es una profesión en la que pareciera inadecuado exhibir títulos o matrículas, así como también responder a las preguntas del paciente sobre el tipo de orientación o tratamiento que va a recibir. A veces se actúa con soberbia olvidando que el profesional está al servicio del paciente. Debiera haber más controles con respecto a la salud mental del profesional, aunque es muy complicado porque no se termina de definir quién está "apto" para evaluar a los demás.

¿Cómo se regula la actividad de los psicólogos? ¿tienen controles?

Sí, hay códigos de ética, pautas de trabajo y algunas regulaciones, pero creo que son insuficientes y no demasiado usadas. El paciente en general las desconoce.

¿Son frecuentes o conocés algún caso de denuncias por mala praxis o quejas de pacientes?

Quejas existen muchas, pero denuncias casi ningunas. En parte por lo que planteaba en el punto anterior. Si bien he visto en tantos años de profesión a pacientes que llegan dañados o estancados, luego de largo tiempo de tratamientos, o traumatizados por intervenciones "salvajes" que lejos de ayudar, empeoraron la situación, es inusual que eso se transforme en una denuncia concreta. Una profesora de uno de mis postgrados, dijo una vez y me quedó totalmente grabado: **"Cada intervención, cada interpretación, cada palabra, es como un bisturí… genera una herida, un corte, un dolor. Sólo genera heridas emocionales que estés seguro que podrás curar".** Y es totalmente así, no se puede ir más allá de lo que el paciente está listo a ir.

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 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.O.S. 4-0080-0. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.

acudir
emergencias médicas

La calidad es una actitud

PARA CUIDAR A LOS MÁS CHICOS
EL MEJOR RECURSO HUMANO Y TECNOLÓGICO

www.acudiremergencias.com.ar

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO 9001