

# Mé<sup>o</sup>dicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

## RR. HH & SALUD VARIABLE DE AJUSTE

Magros salarios, multiempleo, cargas horarias abusivas, agotamiento, burnout, éxodo de personal, guardias con ausencia de especialistas en áreas críticas, residencias mal pagas, son algunos de los problemas que aquejan a los profesionales de la salud ante la grave crisis del sector.



**Columna**

REFORMA DEL IOMA:  
DOS PROYECTOS EN PUGNA

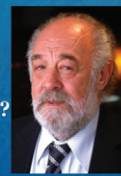
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León



**Opinión**

MEDICAMENTOS DE ALTO  
PRECIO ¿UNA BATALLA PERDIDA?

Por el Prof. Dr. Sergio H. Del Prete



**Columna**

LA SALUD SILENCIADA, APUNTES  
PARA RECUPERAR UN FUTURO

Por el Dr. Ignacio Katz

GALENO

TUDO PARA VOS.



**TODO PARA  
CUIDARTE  
CON PLANES  
QUE SE ADAPTAN  
A VOS**

**Elegí cuidarte con la red de servicios médicos más grande del país  
y con planes que se adaptan a cada necesidad.**

**SANCORSALUD.COM.AR**



Medicina Privada

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



La red de emergencias médicas  
más grande del país

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



UN SOLO  
TELÉFONO



UNA SOLA  
FACTURA



TODO  
UN PAÍS



OAA<sub>v</sub>



[www.sifeme.com](http://www.sifeme.com)

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

Revista bimestral


**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

**DIRECCIÓN, REDACCIÓN,  
ADMINISTRACIÓN  
Y PUBLICIDAD:**

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

**Web Site:**
[www.revistamedicos.ar](http://www.revistamedicos.ar)
**E-Mail:**
[gerencia@revistamedicos.com.ar](mailto:gerencia@revistamedicos.com.ar)  
[redaccion@revistamedicos.com.ar](mailto:redaccion@revistamedicos.com.ar)  
[info@revistamedicos.com.ar](mailto:info@revistamedicos.com.ar)  
[revistamedicos@gmail.com](mailto:revistamedicos@gmail.com)
**Colaboran en esta edición:**

Esteban Portela (diseño)

**ASESORES LEGALES:**

 López Delgado & Asociados  
 Estudio Jurídico  
 Tucumán 978 3º Piso  
 Tel.: 4326-2102/2792  
 Fax: 4326-3330  
[estudio@lopezdelgado.com](mailto:estudio@lopezdelgado.com)

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400. Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. ISSN: 1514-500X. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Espacio Gráfico SRL. - Virrey Liniers 2203 - CABA.

<b>ACTUALIDAD</b>	
VIZZOTTI ENCABEZÓ EL CONSEJO REGIONAL DE SALUD DEL CENTRO	<b>6</b>
<b>GRAGEAS</b>	
LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA TIENE NUEVO PRESIDENTE	<b>8</b>
<b>COLUMNA</b>	
¡ANDÁ A QUE TE CURE LOLA!	
Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)	<b>10</b>
<b>DEBATE</b>	
TERAPIA INTENSIVA ¿QUÉ NOS DEJÓ LA PANDEMIA?	
Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado Universidad Nacional del Sur	<b>12</b>
<b>OPINIÓN</b>	
¿CÓMO FUE QUE PASÓ TODO ESTO?	
Por el Dr. Mario Glanc - Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA	<b>14</b>
<b>COLUMNA</b>	
LA EXPERIENCIA COLOMBIANA EN AFRONTAR EL ALTO COSTO EN SALUD: UNA LECCIÓN PARA ARGENTINA	
Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines	<b>16</b>
<b>COLUMNA</b>	
LA SALUD SILENCIADA, APUNTES PARA RECUPERAR UN FUTURO	
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)	<b>18</b>
<b>VOCES</b>	
NUEVO SISTEMA DE REINTEGROS PARA LAS OBRAS SOCIALES: EL SURGE	
Por el Dr. José Pedro Bustos, el Dr. Oscar Cochlar y el Dr. Maximiliano Ferreira - Abogados	<b>20</b>
<b>DEBATE</b>	
DETERIORO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD	
Por el Prof. Dr. Carlos Alberto Díaz - Médico Especialista en Terapia Intensiva	<b>22</b>
<b>COLUMNA</b>	
SARAJEVO	
Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión	<b>24</b>
<b>PRIMERA PLANA</b>	
LA SALUD PÚBLICA Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	
FORMAS DE ABORDAJE PARA LOGRAR DESARROLLOS SOSTENIBLES	
Por el Dr. Ernesto van der Kooy y el Dr. Alejandro Guyot - Prosanity Consulting	<b>26</b>
<b>OPINIÓN</b>	
MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO ¿UNA BATALLA PERDIDA?	
Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Mag. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA	<b>30</b>
<b>OPINIÓN</b>	
LA POLÍTICA DE SALUD ESENCIAL	
Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni - Médico y Doctor en Medicina	<b>32</b>
<b>OPINIÓN</b>	
EL HILO DE ARIADNA	
Por la Dra. Lilita Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga	<b>34</b>
<b>DEBATE</b>	
EL FUTURO YA LLEGÓ	
Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL - Universidad de Bologna	<b>36</b>
<b>OPINIÓN</b>	
LOS CARDIÓLOGOS CADA DÍA MÁS DIGITALIZADOS	
Por Santiago Troncar - CEO de FutureDocs Latin America	<b>38</b>
<b>COLUMNA</b>	
REFORMA DEL IOMA: DOS PROYECTOS EN PUGNA	
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública	<b>40</b>
<b>COLUMNA</b>	
UNA ADECUADA RETRIBUCIÓN A LOS MÉDICOS	
Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS	<b>42</b>
<b>OPINIÓN</b>	
EDUCANDO AL MÉDICO	
Por Fernando G. Mariona - Abogado - CEO de RiskOut, miembro CD del ITAES	<b>44</b>
<b>COLUMNA</b>	
LA INTEGRACIÓN	
Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud	<b>45</b>
<b>VOCES</b>	
COSTOS LEGALES DERIVADOS DE LOS AMPAROS VS. COSTOS DE SISTEMA DE PREVENCIÓN	
Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria	<b>46</b>
<b>OPINIÓN</b>	
LA TRAGEDIA SANITARIA (2ª PARTE) "TENSIÓN DE DERECHOS"	
Por el Dr. Mauro Brangold - Médico especialista en Salud Pública - Magister en Administración y Gestión Sanitaria	<b>48</b>

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

# GALENO

---

## TUDO PARA VOS.



# VIZZOTTI ENCABEZÓ EL CONSEJO REGIONAL DE SALUD DEL CENTRO

**La jornada, que contó con representantes de los distintos subsectores del sistema de salud, tuvo como principales objetivos presentar los avances federales en la integración del sistema sanitario y en la mitigación de impacto ambiental.**



## Agenda del encuentro

En esta jornada, el subsecretario de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria, Fabián Puratich, compartió los avances en el desarrollo de una estrategia general de tecnologías de información en salud, y se compartieron detalles de las experiencias provinciales y las iniciativas de salud digital e informatización.

En la misma línea, la subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica, Natalia Grinblat, presentó la estrategia de fortalecimiento del rol del Estado en la adquisición de Medicamentos de Alto Precio para patologías priorizadas, una política

que tiene el triple objetivo de garantizar el acceso de pacientes a tratamientos innovadores, la sostenibilidad económica del sistema sanitario y la adecuada compensación del aporte terapéutico en base a la evidencia científica.

Por su parte, la gerenta de Control Prestacional de la Superintendencia de Servicios de Salud, Silvana Capitanich, informó sobre el recupero de costos del subsistema público y el estado de los sistemas de recupero jurisdiccionales. Además, el subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización, Claudio Ortiz, desarrolló los avances y desafíos en calidad y talento humano y se presentaron las iniciativas y avances de las provincias.

Por último, en el marco de los avances en la mitigación del impacto ambiental, se compartieron las experiencias provinciales y los enfoques para el abordaje y la interacción entre las temáticas de salud y acción climática, en relación con el Plan Nacional de Adaptación y Mitigación al Cambio Climático al 2023. ■

**E**n la ciudad de Córdoba, la ministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, dio apertura junto a la titular de la cartera sanitaria local, Gabriela Barbás, a un nuevo Consejo Regional de Salud (CORESA) de la región Centro, en el que se presentaron los desafíos y avances federales hacia una mayor integración del sistema de salud y en las políticas de mitigación de impacto ambiental.

“Seguimos avanzando para mejorar la calidad y accesibilidad al sistema de salud con una mirada federal y el trabajo articulado entre todas las áreas y subsectores”, señaló Vizzotti al tiempo que resaltó “el compromiso de todas las jurisdicciones para trabajar en la integración del sistema de salud y así impactar en la vida de todas las personas”.

Además, tras agradecer la presencia de las autoridades de las provincias, la responsable de la cartera sanitaria nacional agregó “la integración del sistema de salud se construye de forma horizontal y colaborativa, no existe una fórmula y por eso estamos hoy acá para compartir experiencias y seguir pensando respuestas a los desafíos de cada territorio”.

Tras reconocer que “es un gusto poder recibir a las autoridades” en la provincia de Córdoba, Barbás agregó que “no se puede hablar de integración sanitaria si no compartimos los mismos principios básicos, los mismos valores de accesibilidad y siempre pensar en el territorio, con ejes como dignidad y calidad de atención, tolerancia cero a todo tipo de violencia y participación activa de la comunidad”.

Los CORESA de Centro, Noroeste Argentino (NOA), Noreste Argentino (NEA), Cuyo y Patagonia representan instancias de discusión y generación de consensos regionales, en las que las autoridades provinciales y nacionales trabajan sobre las temáticas vinculadas a la integración del sistema de salud, por lo que también participan actores de la seguridad social y del sector privado.



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



**Gestiones online**  
ospesalud.com.ar



**App OSPe Mobile**  
Disponible en Google  
Play y App Store



**Telemedicina DOC24**  
Consultas médicas  
las 24 hs.

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

 **Más de 450.000 afiliados** nos eligen en todo el país.

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

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



**0800 444 6773**  
Atención al Beneficiario

**0800 444 0206**  
Urgencias y Emergencias



# GRAGEAS



## LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA TIENE NUEVO PRESIDENTE

*Se trata del Dr. Gerardo Zapata, de Rosario, provincia de Santa Fe. Con el recambio anual de autoridades, también se renuevan los objetivos y desafíos que llevará adelante la institución.*

Como es habitual, la Federación Argentina de Cardiología (FAC) renovó sus autoridades. En esta ocasión resultó electo el **Dr. Gerardo Zapata** (MP 10.508), cardiólogo egresado de la Universidad Nacional de Rosario.

Entre los principales desafíos que tendrá durante su presidencia se encuentran el fortalecimiento del federalismo científico, promoviendo la educación y la investigación colaborativa por intermedio de todas las sociedades federadas y comités de subespecialidades.



Además, teniendo muy en cuenta que las enfermedades cardiovasculares siguen constituyendo la principal causa de muerte e invalidez en hombres y mujeres adultos en nuestro país, la FAC llevará a cabo un proyecto nacional sobre educación, prevención y manejo del ataque agudo al corazón llamado **CI FAC, Código Infarto de la Federación Argentina de Cardiología**.

Con respecto a su elección, dijo “hay dos palabras que resumen mi sentimiento, la primera es **honor**, por tan distinguida designación, me llena de orgullo y satisfacción, entiendo que conducir la FAC durante el próximo período, representa una enorme responsabilidad y compromiso, no olvidando el largo camino y los innumerables hechos que sostuvieron el andar durante los 57 años de vida de nuestra querida institución. La segunda es un **profundo agradecimiento** en todos los que confiaron en mí para ocupar este cargo, especialmente a aquellos que fueron ejemplos en mis años de formación y me transmitieron valores y me dieron oportunidades para comenzar a transitar este camino en FAC”.

Así, luego de un año, el Dr. Luis Aguinaga, miembro de la Sociedad de Cardiología de Tucumán, concluye su período durante el cual se encaró un trabajo a nivel nacional para generar un mapa sobre fibrilación auricular. El proyecto, que continuará recibiendo el aporte de todos los cardiólogos miembros de la FAC, se denomina Argentina Sin FA y busca mejorar el diagnóstico, tratamiento y la calidad de vida de todos los afectados por fibrilación auricular. ■

## INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA EN MEDICINA: DOS PILARES PARA TRANSFORMAR LA SALUD ARGENTINA

El libro *Investigación y bioética en medicina: dos pilares para transformar la salud argentina*, de los doctores Ignacio Katz y Antonio Jarne, docentes investigadores categorizados de la Universidad de Concepción del Uruguay, constituye un primer aporte de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCU, a la formación académica con sólidos valores morales, éticos, y pensamiento crítico de los profesionales de la salud.

La obra traza un panorama diagnóstico no exhaustivo, pero sí global de la medicina argentina y en particular del campo sanitario, remarcando sus capacidades pasadas, así como sus límites y desafíos presentes para potenciar el futuro.

El argumento se sostiene en tres pilares generales: el sanitario, que permite la visión holística, el de la investigación científica y médica en particular, y el de la bioética como dimensión insoslayable en la investigación y en el ejercicio de la profesión médica.

Editado por Espacio Editorial Institucional UCU, 2023. ■







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

[www.osde.com.ar](http://www.osde.com.ar)



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

# ¡ANDÁ A QUE TE CURE LOLA!



Por el Dr. Rubén Torres (\*)

**T**res años atrás, en esta columna, en plena pandemia, decía: *“...hay que aprovechar la sensibilización social actual con el sistema de salud, pues esa ventana no quedará abierta mucho tiempo.*

*Tras la pandemia se juzgará a los políticos por su capacidad para aprovechar esa oportunidad... recordando que después de esta epidemia será necesario planificar en un país que estará en recesión. Salarios y honorarios profesionales han sido una variable de ajuste de los desequilibrios financieros del sector.*

*¿Habrá llegado el momento de la audacia y de asumir los costos políticos de las transformaciones necesarias? ¿O, sin heroísmo, nuestra mediocre dirigencia política y social seguirá aplaudiendo noche a noche a los trabajadores de salud en un hipócrita juego cortoplacista, teñido de oportunismo?”*

Muchas de esas predicciones mutaron en realidad.

En un diciembre de hace 20 años, asolado por el descontento y la furia colectiva sufrimos una crisis, en la que se pedía “que se vayan todos”, pero no se fue nadie, y se repiten hoy las mañanas de entonces, y sin desconocer el efecto de la pandemia, los resultados son desoladores: pobreza, y un sistema de salud jaqueado por la deserción y ausencia de motivación de sus actores principales entre los cuales se extiende la dolorosa certeza de que no será desde esta política hipócrita e inoperante, que con aplausos y elogios alentó pensar en una puesta en valor y su ubicación en las prioridades, de donde vendrá la solución a los problemas que carcomen su esperanza.

El Estado en 2003 tenía 2,22 millones de empleados, y según el crecimiento poblacional, debería tener actualmente 2,8. Hay 4,24, con servicios deteriorados que gran parte de la población debe procurarse por su cuenta. El salario promedio del RIPTE <sup>(1)</sup> de abril de 2023 era \$ 239.000; el de Aerolíneas Argentinas \$ 622.000, y el de Ferrocarriles \$ 643.000.

En diciembre de 2022 <sup>(2)</sup> 15 dependencias pagaban a sus 74.000 empleados salarios brutos en promedio superiores al millón de pesos, 36 pagaban 127.000 salarios entre 500 y 950.000: ninguna, con excepción del PAMI pertenecía al sector salud.

Si bien las altas funciones deben estar bien pagas parece haber un Estado “agencia de colocaciones” y principal fuente de empleo, que paga sueldos bajos a docentes, policías, médicos y enfermeras y asegura a sus funcionarios ingresos y beneficios que difícilmente podrían tener en el sector privado.

Las condiciones y requisitos de acceso a ese Estado superpoblado contrastan en comparación con los empleos privados, o las exigencias para acceder a un cargo profesional, y desnuda la

degradación de una dirigencia política cada vez menos capacitada, sin experiencia de riesgo, amparada en sus cargos, a los que no llega por prestigio ni trayectoria personal, sin capital simbólico que cuidar ni lugar al que volver.

Es la foto de una élite devaluada, clave para entender el déficit del Estado los desequilibrios salariales entre los sectores y tal vez los altos índices de corrupción de la política en los últimos años.

Un gran obstáculo es la construcción de la realidad a partir del relato. Si la narrativa ignora la evidencia y construye dogmas con medias verdades y muchas mentiras, se cancela el diálogo y devalúa la palabra, elementos esenciales para iniciar un debate de ideas constructivo y la búsqueda de consensos para cambiar la realidad. Negarla, habilita actuar en una realidad paralela, de forma esquizofrénica.

Valen como ejemplos los proyectos de ley que no son más que creación de derechos con épica y sin números, y nunca incluyen el renglón del presupuesto al que recurrir para financiar su cumplimiento.

Cuando la satisfacción de derechos básicos está lejos de cumplirse, crear nuevos, requiere proyectos de ley precisos y rigurosos para no solo anunciar la expansión de derechos sino concretarla y sostenerla, y es una discusión estratégica si se quiere derivar partidas a una política que restará fondos para otras decisiones, cuando hay hogares donde la mitad de los menores de 6 años tiene problemas alimenticios, familias donde el 8% de los niños queda a cargo de un hermano menor de 18 años y 12% se queda sólo y en condiciones muy precarias cuando los padres salen a trabajar.

La idea de que se puede lograr la felicidad por decreto es la que hace que no podamos resolver problemas que el mundo solucionó hace medio siglo. Competir en ese mundo exige calificación, medición de resultados, rendición de cuentas y evaluación de la productividad.

Es entonces preocupante, la existencia de un funcionariado, que ha perdido el rumbo, y lo combina con niveles de ideologización torpe diciendo algunas cosas que hace 50 años ya eran absurdas.

Y la discusión la ocupa un relato mentiroso que crea la ilusión de modelos que no existen, en un Estado que crece, imposible de financiar y tan ineficiente que solo sirve a quienes lo ocupan. Eso genera un escepticismo que hace imposible imaginar un país normal y parece condenarnos a vivir en una Argentina decadente y anormal.

Pero si somos constantes, perseverantes, con templanza fuerza de voluntad, y la dosis siempre necesaria de fortuna, podremos dejar atrás la desesperanza y encontrarnos con esa sociedad y país que debiéramos haber sido, y que todavía estamos a tiempo de empezar a ser.

Ese, en que la salud y sus profesionales volverán a ocupar el lugar que les corresponde, y los ciudadanos dejarán de sentir que cuando reclaman por su derecho, el Estado no los manda como hoy, a que los cure Lola.<sup>(3)</sup> ■

## REFERENCIAS

- 1) Remuneración imponible promedio de los trabajadores estables.
- 2) Base Integrada de Empleo Público.
- 3) Expresión de origen español, utilizada desde principios del siglo XX hasta casi los años 1960, en Uruguay y Argentina. Cuando alguien pedía que se lo atendiera de manera insistente o se quejaba de algún dolor que tenía, el que estaba harto de escuchar siempre lo mismo, terminaba mandándolo a pedirle auxilio a la Virgen de los Dolores: lo mandaba a que lo cure Lola, ya que así se nombraba a la Virgen en el ámbito familiar.

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

# + DE 730 PACIENTES

FALTAN AL DÍA  
A SU CONSULTA.

Si no podés asistir,  
**cancelá** tu turno en

[miportalclnicas.com.ar](https://miportalclnicas.com.ar)

★  
Clínica  
Santa Isabel

☼  
Clínica  
del Sol

★  
Clínica  
Bazterrica

★  
Centro  
Médico  
Bazterrica

★  
Centro  
Médico  
Santa Rita

# TERAPIA INTENSIVA ¿QUÉ NOS DEJÓ LA PANDEMIA?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (\*)

La terapia intensiva es una disciplina médica crucial que se enfoca en el cuidado y la atención especializada de pacientes en estado crítico. La pandemia nos encontró con un déficit de camas en general, y la política oficial fue incrementar el número de camas e incorporar equipamiento para asistencia respiratoria.

Sin hacer juicios de valor y según datos publicados se había incrementado ese número de camas casi en un 40% a 50%, con un incremento también del número de equipos de asistencia respiratoria mecánica. De estas camas, el mayor incremento se dio en el sector público, que al comienzo de la pandemia solo aportaba el 40% del total.

La mayoría de los reportes coinciden en que, si bien aumento el personal dedicado, hay déficit de profesionales formados específicamente. No hay que dejar de atender que la incorporación de camas y respiradores se hizo en muchos casos en hospitales locales o zonales de baja complejidad, donde hoy quedaron unidades instaladas con baja utilización, pero que suman en la demanda de profesionales. En la Provincia de Buenos Aires, merece un análisis particular su impacto en el sistema de coparticipación como explicación a la permanencia de estas unidades ociosas.

La especialización en Terapia Intensiva es una de las certificaciones reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación aprobadas por el COFESA y una de las pocas especialidades reconocida como tal en todas las provincias. Esta certificación se obtiene ya por cursos superiores, o a través de una residencia básica (no se requiere formación previa) de 4 años, según define el marco formativo vigente (Aprobado por R.M. 1074).

En comparación con otros países, existen algunas diferencias significativas en los programas de residencia. Si bien en algunos países de Europa los médicos en cuidados críticos se forman en una residencia para graduados recientes, en los países anglosajones es una formación complementaria para anestesiólogos, internistas, y cirujanos.

Estos programas a menudo se centran en áreas específicas de la terapia intensiva, como cuidados intensivos cardiovasculares o cuidados intensivos de trauma, y brindan una experiencia más especializada a los residentes. Duran entre 12 y 24 meses. En estos países la residencia es un camino obligado para tener práctica autorizada en cualquier especialidad.

En la Argentina, existen ciertas problemáticas en relación con la elección de la especialidad en terapia intensiva. Como otras especialidades priorizadas, han recibido un aumento en el número de cargos financiados por el Estado, pero esto no se refleja en una mayor elección de esta especialidad. Esta mayor facilidad de acceso por la disponibilidad de cargos no es un estímulo de atracción.

Como señala un reciente artículo periodístico, mientras en anestesiología hay dos y medio postulantes por cada cargo disponible, en neurología casi 4 y en cirugía general 2, la situación es inversa en terapia intensiva donde hay dos cargos por cada postulante lo que hace presumir que la mitad de los cargos ofrecidos no serán cubiertos. <sup>(1)</sup>

Además de la falta de elección como especialidad, en la Argentina se enfrentan una falta de incentivos para dedicarse a esta área. La terapia intensiva conlleva una carga de trabajo y responsabilidad significativa, en condiciones laborales inadecuadas y con guardias de 24 horas (para muchos colegas más de una por semana).

Lo que contrasta con una remuneración relativamente baja y con menos oportunidades de desarrollo profesional. A lo que se suma la falta de horizonte en términos de progreso económico u obtención de posiciones de conducción.

Todo lleva a que muchos profesionales pasados un tiempo busquen nuevos horizontes fuera de la especialidad, entrenándose en otras especialidades o buscando cargos de gestión, o administración de salud.

En otros países, como Estados Unidos y algunos países europeos, a los profesionales médicos en terapia intensiva, además de recibir una compensación económica más adecuada por su trabajo, se les brindan oportunidades de desarrollo profesional, con posibilidad de asumir roles de liderazgo producto de un sistema de organización hospitalaria diferente.

El modelo de servicios con médicos de dedicación exclusiva con jornada de 6 u 8 horas, pero con un elevado número de otros profesionales de la salud (asistentes respiratorios, kinesiólogos, enfermería especializada) en la unidad, permiten que no siempre se deban cumplir guardias activas especializadas las 24 horas. <sup>(2)</sup>

Tal vez nuestro modelo de guardias de 24 h. y una coordinación, que es tan extendido en el sector privado en nuestro país, deba ser revisado. Así como jerarquizar la importancia de contar con un equipo de salud numeroso y calificado que reduzca la dependencia médica.

En síntesis, tenemos camas ociosas, pocos médicos formados -con escasa motivación para hacerlo-, una organización laboral expulsiva, bajos salarios y un pobre horizonte de desarrollo profesional.

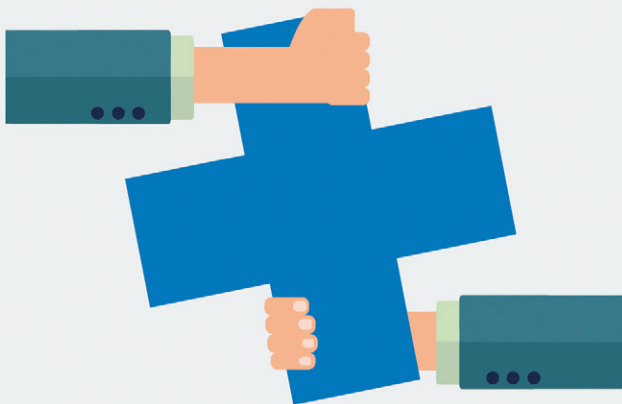
Esta especialidad es una buena muestra de por qué debemos considerar el camino de la residencia como obligatorio y de la necesidad de repensar la carrera hospitalaria y el sistema de remuneración, si queremos sostener una atención de calidad. ■

## REFERENCIAS

- 1) Czubaj F, Brom R. Residencias médicas: uno de cada tres profesionales que se postulan para el examen único es extranjero. Buenos Aires: Diario La Nación, 20 junio 2023. Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/residencias-medicas-uno-de-cada-tres-profesionales-que-se-postulan-para-el-examen-unico-es-nid20062023/?R=a05b5c>
- 2) Diaz-Guzman E, Colbert CY, Mannino DM, Davenport DL, Arrolliga AC. 24/7 in-house intensivist coverage and fellowship education: a cross-sectional survey of academic medical centers in the United States. *Chest*. 2012 Apr;141(4):959-966. doi: 10.1378/chest.11-2073

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

# 11° CONGRESO ARGENTINO DE AUDITORES Y GERENTES DE SALUD



**EL SISTEMA DE SALUD ANTE LAS  
NUEVAS REALIDADES SOCIALES:  
LA PUJA DISTRIBUTIVA EN EL  
SECTOR**

- + 17 de agosto de 2023 de 9 a 18 hs.
- + Centro cultural y de capacitación Prof. Dr. Ramón Carrillo.
- + Venezuela 1283 - CABA.
- + Valor: \$7.500.- Socios sin cargo.  
(Se aceptan tarjetas de débito y crédito).

**Presentación de trabajos libres hasta el 31 de julio.**

**Más Info:**

📞 11.2253.4209

📧 [contactos@sadamweb.com.ar](mailto:contactos@sadamweb.com.ar)

🌐 <https://www.sadamweb.com.ar/11vo/inicio.html>



Organiza  
**SADAM**  
ASOCIACION ARGENTINA DE  
AUDITORIA Y GESTION SANITARIA

# ¿CÓMO FUE QUE PASÓ TODO ESTO?



Por el Dr. Mario Glanc (\*)

Hace tiempo, cuando algunos de nosotros nos calzamos por primera vez un guardapolvo éramos todavía habitantes de un país que poco a poco se nos iría desintegrando entre las manos. Presenciábamos sin saberlo los últimos estertores de un modelo que allá, en los principios de los 70, y como resultado de acuerdos corporativos -militares, había consolidado un sistema de seguridad social amparado en la Ley 18.610, creado el INSSJP-PAMI y lanzado las primeras experiencias de seguros privados voluntarios.

En aquellos años, la pobreza orillaba el 7% de la población, casi no se conocía el significado cruel de la palabra indigencia, el empleo proporcionaba dignidad e ingresos suficientes, y la movilidad social era una expectativa cierta.

En aquel tiempo, el Estado proporcionaba salud de calidad e igualitaria, educación calificada y meritocrática en las escuelas, seguridad en las calles. La mayoría de nosotros sabíamos, o intuíamos que íbamos a tener una vida mejor que la de nuestros padres.

Tras el fracaso del primer intento de reforma de salud, consumido por la vorágine de un tiempo de locura y violencia que desembocó en la noche más larga de nuestra historia, asistimos al progresivo dismantelamiento de nuestros hospitales a través de su desfinanciamiento, y paulatina precarización. Larvadamente, silenciosamente, una sombra iba oscureciendo aquel viejo orgullo de pertenencia. Tal vez no lo vimos.

Un poco después, con la esperanza recuperada creímos que podíamos educar, comer y curar, aunque al poco tiempo supimos que se necesitaba mucho más que la fe en la institucionalidad para ello.

Y nuevamente, la fuerza corporativa abortó la posibilidad de superar las limitaciones de un sistema de salud que ya, a esa altura, mostraba la necesidad de igualar en términos de derechos efectivos las respuestas a las necesidades de salud de la población. No fue posible.

Y más allá de imprecisiones técnicas de formulación inicial, el resultado a fines de los 80, terminó por establecer un modelo asimétrico, desigual y a la postre, injusto.

Presenciamos desencantos, devaluaciones, hiperinflaciones. Vimos hospitales transferidos y recursos restringidos. Conocimos reformas parciales con las que el espíritu de los '90 selló su impronta en un modelo cada vez más subordinado a la capacidad de pago pre o posdatada del ciudadano, inerte frente a los entresijos del sistema.

Ya iba quedando poco del "país lindo" que alguna vez habíamos conocido. Ya la pobreza, que alguna vez había sido una contingencia, se empezaba a instalar como una presencia constante. Ya el hambre había mostrado su rostro.

Después, el estallido. El pozo aparentemente sin fondo, y el renacer de una nueva esperanza que al tiempo se volvió estancamiento, y retórica expresada en el color de cada preferencia política.

Tiempos de ideologización de la salud. De Estado paternalista y ciudadano huérfano, abandonado por ese mismo Estado que lo sumó a un universo de exclusión, intemperie y anomia. Las cifras, los indicadores sociales, cualesquiera sean ellos son suficientemente elocuentes.

Hubo un momento, en todo ese tiempo en el que, como actores sectoriales en un sentido amplio, naturalizamos que, ante iguales problemas de salud e iguales necesidades objetivas existan respuestas diferentes determinadas por acuerdos sociales tácitamente adoptados, aunque en ello se jueguen los años de vida restantes.

Un tiempo en el que aceptamos que el protocolo asistencial de una patología difiera según la inserción laboral, la disponibilidad de recursos, o el sitio de residencia del afectado. En el que nos habituamos a un bajo peso por desnutrición, a una falta de adherencia a un tratamiento por imposibilidad de compra, a una lista de espera irracional, a las colas en la madrugada, al maltrato, la desidia, la indolencia.

¿Cuándo fue que una muerte evitable dejó de colisionar de un modo innegociable con el juramento que alguna vez hicimos? ¿Cuál el instante trágico en el que admitimos que una sonrisa plena sea sólo patrimonio de quienes pueden comer, cuidar sus dientes o eventualmente pagar una prótesis?

Un tiempo en el que consentimos el multiempleo como modelo, la mera palmada pandémica como reconocimiento, el burn out como modo de vida, el desfinanciamiento y el destrato como destino, la injerencia corporativa en las decisiones sectoriales, la rectoría inexistente, el diferimiento de pagos, las guardias cerradas, la capacitación como un lujo y el futuro como una quimera.

¿Qué pasó? ¿Cómo fue que aceptamos vivir con todo esto?

¿Que nos pasó, después de lo que vivimos, entendimos y perdimos durante la pandemia para que hoy, en medio de una campaña electoral que probablemente definirá mucho del futuro de nuestros hijos estos temas no aparezcan en la agenda política?

Cómo entender, tras este recorrido que la única propuesta programática partidaria explícita difundida públicamente hasta el día que escribo estas líneas sostenga "*descentralizar las derivaciones hospitalarias, arancelar todas las prestaciones y auto gestionar el servicio de salud en trabajos compartidos con la salud privada*"... Proponga la "*creación de un seguro universal de salud que cubra los costos, cuidados preventivos, procedimientos de urgencia proporcional a la capacidad de pago del receptor del servicio*"... "*Promocionar con empresas privadas la donación de insumos al nivel 2*".<sup>(1)</sup>

Y el problema no es sólo la propuesta. El escándalo es que hasta aquí no pueda ser cotejada con ninguna otra. En todo caso, tal vez la pregunta correcta no es cuándo pasó, sino cómo fue que dejamos que esto suceda...

Tal vez todavía es tiempo para proponer alternativas y reclamar una acción reparadora desde la política. Nos queda, en todo caso apropiarnos de nuestra obligación ciudadana de exigir respuestas precisas, a demandas que deben ser explícita y perentoriamente formuladas.

Allí, hay un compromiso ciudadano necesario, y posiblemente, también una asignatura pendiente. ■

## REFERENCIA

1) Bases De Acción Política Y Plataforma Electoral Nacional. La Libertad Avanza. (Las negritas corresponden al autor de la nota).

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

# 100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

[www.ospat.com.ar/anticoncepcion](http://www.ospat.com.ar/anticoncepcion)



**OSPAT**  
Te lo garantiza  
Ágil y Simple

## LA EXPERIENCIA COLOMBIANA EN AFRONTAR EL ALTO COSTO EN SALUD: UNA LECCIÓN PARA ARGENTINA



Por el Dr. Carlos Felice (\*)

### Introducción

En el ámbito de la atención médica, el tema del alto costo de los tratamientos y medicamentos es una preocupación global. A nivel internacional, diferentes países han implementado políticas y estrategias para abordar este desafío y garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria.

En este sentido, la experiencia de Colombia en la lucha contra el alto costo en salud puede resultar de gran relevancia para la Argentina, que enfrenta desafíos similares en su sistema de salud.

### Desarrollo. Contextualización del problema en la Argentina

En primer lugar, es importante analizar la situación actual en la Argentina en relación con el alto costo en salud. Describir el impacto que esto tiene en la población, las limitaciones que enfrentan los pacientes y el sistema de salud para acceder a los tratamientos necesarios.

En mi caso, tuve el placer de poder compartir la exposición de la Dra. Lizbeth Alexandra Acuña Merchán en “CAS2023-Conectando Acceso y Salud en junio 2023” en la ciudad de Bariloche.

Su exposición sobre de qué manera el sistema de salud colombiano afronta un tema que es sumamente acuciante en el sistema de salud argentino, como las patologías de alto costo, se extendió sobre las siguientes cuestiones.

### Exposición de la experiencia colombiana

- Presentación breve del sistema de salud colombiano y su enfoque en la garantía de acceso a la atención médica. Un régimen de varias dimensiones. Subsidiado; contributivo; planes voluntarios y con un régimen especial y de excepción.
- Destacó las políticas y medidas implementadas en Colombia para afrontar el alto costo en medicina, como la regulación de precios, la promoción de genéricos y la negociación de precios con la industria farmacéutica. En este sentido, la Cuenta de Alto Costo (CAC) implementada en Colombia es una institución técnica del sistema de salud que gestiona datos y suministra información comparable para acelerar mejoras en la atención de personas con enfermedades de

- alto costo, evaluar el desempeño de las entidades y compensar las desviaciones de concentración en el aseguramiento.
- Detalló los resultados obtenidos en Colombia, enfatizando el impacto positivo de estas medidas en el acceso a la atención médica y la reducción de los costos para los pacientes.
- Planteó maneras de adaptación de la experiencia colombiana a la Argentina.
- Analizó las similitudes y diferencias entre los sistemas de salud de Colombia y la Argentina.
- Exploró las posibilidades de implementar políticas y estrategias similares en la Argentina, considerando las particularidades de su contexto socioeconómico y sanitario.
- Planteó recomendaciones específicas para adaptar y aplicar la experiencia colombiana en la Argentina, resaltando los beneficios potenciales para la población y el sistema de salud. Por ejemplo, puntualizó sobre el financiamiento: el porcentaje de administración para la operación de la CAC corresponde al 4% del monto establecido para los mecanismos de redistribución de recursos que aplica la CAC. Estos recursos son administrados por un encargo fiduciario con destinación específica para su funcionamiento operacional, auditoría y sistema de información. Sin embargo, para las actividades de apoyo a su gestión: educativas, capacitación, entrenamiento, análisis y difusión de la información para el fortalecimiento de la gestión del riesgo, puede recibir recursos del sector privado, según el Decreto 1370 de 2016 y administrados también por el encargo fiduciario. De esta forma la CAC se financia, opera, integra y facilita el trabajo entre los actores del sistema.

### Conclusión

La experiencia de Colombia al afrontar el alto costo en salud ofrece una valiosa lección para la Argentina. A través de políticas y estrategias concretas, Colombia ha logrado mejorar el acceso a la atención médica y reducir los costos para los pacientes. Tal como lo expresó Acuña Merchán en el marco de CAS2023, la implementación de la CAC “facilita la gestión de las entidades mediante la generación de información objetiva y confiable; identifica, reconoce e incentiva las buenas prácticas de las entidades en la gestión tecnológica y en la gestión de las personas con enfermedades de alto costo; trabaja para mejorar la salud de las personas con estas condiciones de salud; gestiona el conocimiento y desarrolla herramientas tecnológicas con altos estándares de calidad metodológica y con total seguridad de la información”.

La piedra angular del logro que generó Colombia en materia de alto costo y que acumula ya muchos años es el consenso político para gestar el cambio. El pacto socio-sanitario y la confluencia de objetivos comunes entre los principales actores para abordar el desafío del alto costo en salud para toda la población han sido decisivos.

Adaptar estas lecciones a la realidad argentina puede ser fundamental para enfrentar el desafío del alto costo en salud y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Es imperativo que los responsables políticos y las autoridades sanitarias consideren esta experiencia como una política viable y efectiva en la Argentina. ■

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



# La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



## INNOVACIÓN

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

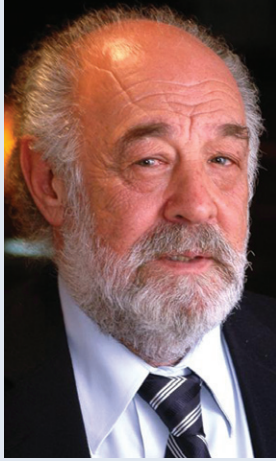
## ESTRATEGIA

## COMPROMISO

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



# LA SALUD SILENCIADA, APUNTES PARA RECUPERAR UN FUTURO



"Sólo del otro lado del ocano,  
verás los Arquetipos y Esplendores".  
**Jorge Luis Borges**

Por el Dr. Ignacio Katz (\*)

**A**nadie escapa la necesidad de cambios profundos en la sociedad argentina, pero mientras que algunos ejes (como ser educación, justicia y seguridad, por ejemplo) alcanzan cierto estado de debate público, *la salud parece blindada a cualquier propuesta de revisión*, incluso tras la pandemia de Covid-19. ¿Cómo romper con este estancamiento? ¿Hacia dónde mirar para inspirar un cambio? ¿Añoramos el pasado? ¿Qué pasado? ¿Qué futuro imaginamos? ¿Qué futuro tememos? ¿Queremos acelerar el futuro o retrasarlo?

Tal como ha señalado recientemente el filósofo español Daniel Innerarity, mientras que la modernidad se ha afirmado siempre como un presente superior al pasado y un devenir igualmente provisorio, los tiempos actuales nos encuentra nostálgicos del pasado y temerosos del futuro. Incluso el progresismo se volvió conservador y la derecha disruptiva, al menos en lo discursivo. ¿Cómo podemos, pues, recuperar el futuro?

Lo cierto es que el presente se halla condicionado por el pasado, aún cuando no lo sepamos o lo hayamos olvidado. Así como el futuro no es una fatalidad sino un resultado de decisiones y acciones (que no es lo mismo), el presente no es natural sino la síntesis de lo acaecido. Es decir que *si pretendemos transformar nuestro futuro debemos actuar en el presente sobre los condicionantes del pasado*. No podemos simplemente torcer el rumbo. La metáfora de senderos en el bosque no se apresta a la marcha civilizatoria. Más bien se trata de autopistas que no podemos abandonar al costo de reducir la velocidad de manera inadmisiblemente. Se trata de construir *nuevas autopistas* que nos conduzcan a donde queremos ir, o al menos nos acerquen allí.

Para ello necesitamos de un accionar racional que evalúe las consecuencias. Vale traer a colación la reflexión de Jon

Elster que distingue la racionalidad de los actores con la razón histórica. La sumatoria de acciones racionales no garantiza un resultado racional. El paciente que decide ir a la guardia y esperar horas para que lo atiendan por una consulta menor y termina contagiándose de algún virus estacional, lo mismo que el que desiste de asistir y deja de detectar una patología grave, tienen motivos racionales para hacerlo. Así como el médico que debe atender a las apuradas responde a una lógica laboral, y la farmacéutica que remarca los precios no lo hace por capricho sino por una estricta racionalidad económica.

Pero la resultante sanitaria de todo ello, claramente, no es razonable. Exuda irracionalidad, inequidad, derroche, falencias, ignorancias, y una profunda injusticia y desigualdad. Nadie procura actuar mal, pero lo que resulta conveniente para uno no lo es para el otro, y aun el que actúa con miramientos altruistas cae preso de las limitantes estructurales.

Cada graduado de medicina elige una especialidad según criterios diversos (económicos, de afinidad, de altruismo, incluso) pero falta un centro neurálgico que sin imponer decisiones que son y deben seguir siendo individuales, genere diversos mecanismos (informativos, de incentivos económicos, hasta restricciones por cupo con criterios de selectividad, etc.) que ayuden a generar una mejor distribución de las especialidades médicas a lo largo y ancho del país. *Ese centro se llama Estado*, con sus múltiples instituciones y actores.

¿Pero qué pasa cuando el Estado incurre en faltas, tergiversaciones, ocultamiento de información? Un joven abogado ha denunciado recientemente con seriedad y rigurosa información, graves proceder en la auditoría de los ensayos clínicos de vacunación ocurridos en nuestro país en 2020 que alcanzan nada menos que el encubrimiento de información sobre casos de fallecidos.

Ante esta, así como muchas otras experiencias frustradas de gobiernos y gestiones varias, cabe la indignación que llega a pretender abstenerse de las herramientas públicas para la vida social. Nada más ingenuo y peligroso. Las instituciones, estatales y no gubernamentales, son indispensables. Lo que debemos procurar es su mejora y reforma, no su anulación. Reconocer y detallar las falencias, negligencias y errores, debe ser el *puntapié* (autocrítico) para trazar un plan de recomposición. La crítica es fructífera cuando incluye un horizonte de superación, aunque más no sea de carácter implícito. El solo señalamiento de la falla sin detenerse en el proceso fallido, deviene pura catarsis y augura malos remedios o incluso los mismos resultados.

Debemos retornar a un pensamiento crítico como sustento de una planificación estratégica acorde a fines concretos en confluencia con un pensamiento operacional administrado con honestidad, idoneidad y responsabilidad. Para alcanzar así un *nuevo paradigma sanitario* que conjugue la diversidad coordinando un sistema de salud dinámico en correspondencia con las pautas científico técnicas y una población en constante evolución. La división tripartita del área sanitaria, por caso, refleja a su modo la división en tercios socioeconómicos del país: un sector de ingresos medios y altos, otro con cierta estabilidad de un empleo formal, y otro con trabajos precarios hasta la miseria. Suponer que los problemas de unos pueden aislarse de la realidad de los otros resulta no sólo ingenuo, sino cínico e injusto.

“ Debemos retornar a un pensamiento crítico como sustento de una planificación estratégica acorde a fines concretos en confluencia con un pensamiento operacional administrado con honestidad, idoneidad y responsabilidad. ”

A su vez, el planteo antinómico de lo público versus lo privado resulta impropio. Se trata, por el contrario, de lograr su *integración eficiente*. Como señalaba Karl Popper, el mercado libre solo existe en el marco de un orden jurídico creado y garantizado por el Estado. Se requiere, pues, una *renovación del rol del Estado* para evitar la indefensión sanitaria de gran parte de la población que vivimos desde hace años, que no debería significar la existencia de los polos extremos de monopolización estatal, por un lado, y de la cartelización corporativa, por el otro.

En el área de la salud, es necesario una reconceptualización de abordaje comprensivo sobre dos pilares que componen la *ecuación sanitaria: Salud Pública y Gobernanza Sanitaria*; y con políticas públicas estratégicas que aborden desde el corto hasta el largo plazo. Se debe establecer un Plan de Contingencia siguiendo particularidades específicas (atendiendo a la heterogeneidad territorial, por ejemplo) pero en correspondencia con un Plan Maestro de reconversión estructural que fije el objetivo final, aunque no los pasos intermedios que se ajustarán, en definitiva, por ensayo y error, pero con un seguimiento constante. En un área de tal complejidad, no se trata de variables de estado (estáticas), sino de variables de control (dinámicas), es decir, de monitoreo y regulación. En otras palabras, debe contemplar tanto las *circunstancias* fácticas y concomitantes a un estado de cosas, como así también las *contingencias*, es decir, las eventualidades que pueden surgir sobre la marcha.

Necesitamos asimismo un Gabinete Estratégico de Gestión Operativa, un órgano a nivel nacional al servicio de la salud pública que por su fortaleza y control priorice las políticas públicas mediante su capacidad de gobernanza, superando así estructuras ministeriales en las que habitualmente prevalecen conductas administrativas sin capacidad de gestión. Debe erigirse sobre pilares científicos y tecnológicos, que obren con pericia en la coordinación interjurisdiccional articulando así un real federalismo que contenga la complejidad multifocal existente. En este sentido, bien podría localizarse en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en correlación con su visión específica y su misión operativa. ■

(\*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud"; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Coordinador del área de Salud Pública, del Depto. de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020). Autor de "La Salud que no tenemos" (2019); "Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (2018); "Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" (2012); "La Fórmula Sanitaria" (2003).



UNIVERSIDAD  
ISALUD

EDUCACIÓN  
PARA LA  
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



# NUEVO SISTEMA DE REINTEGROS PARA LAS OBRAS SOCIALES: EL SURGE



Por el Dr. José Pedro Bustos, el Dr. Oscar Cochlar y el Dr. Maximiliano Ferreira (\*) - Abogados

La Resolución N° 731/23 de la Superintendencia de Servicios de Salud creó el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado, en reemplazo del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO (SUR) creado por el artículo 2° de la Resolución N° 1200/12.

Asimismo, la resolución mencionada aprobó el procedimiento, los requisitos generales, específicos, coberturas, dispositivos, medicamentos y valores máximos a reintegrar a los Agentes del Seguro de Salud para aquellas solicitudes de reintegros cuyas prestaciones se brinden a partir del 1° de abril de 2023.

Luego de 11 años de lanzado el sistema SUR, se imponía una actualización y una transformación tecnológica en cuanto al recupero de las prestaciones de salud otorgadas por las Obras Sociales a sus beneficiarios y efectivamente abonadas por éstas a sus prestadores.

Ese cambio, sin dudas, se vio impulsado y acelerado con la pandemia Covid-19, donde la lógica de la presencialidad del recurso humano, el papeleo físico y los procesos manuales que requiere por norma el tratamiento de una solicitud de apoyo financiero, quedó absolutamente alterada.

En dicho contexto se comenzó un trabajo de relevamiento y desarrollo de una nueva herramienta que diera soluciones acordes a los tiempos en que vivimos, cuyo resultado pretendió ser más ambicioso, mucho más que una mera actualización normativa y de procedimiento operativo; sino que se planteó un cambio de paradigma en cuanto al apoyo financiero o reintegro de prestaciones de salud otorgadas por las Obras Sociales del sistema a sus afiliados, con fundamento en nuevas tecnologías, tanto sanitarias como informáticas, actualmente disponibles.

Sin dudas, lo más relevante que contiene el SURGE, es el cambio de visión del concepto a recuperar. Mientras que el SUR estaba orientado y diseñado para el recupero de productos, prácticas o medicamentos taxativamente reconocidos por normativa; con la modificación introducida por el nuevo

sistema, se gestionará el recupero del valor de las prácticas de enfermedades, independientemente de la tecnología utilizada.

Cabe recordar que, en la actualidad, el avance de las nuevas tecnologías, principalmente en materia de medicamentos, se modifica a un ritmo más vertiginoso que la actualización normativa; y, con el modo en que fue implementado el SURGE, este nuevo sistema de gestión de recupero por enfermedades no requerirá la emisión de normas de modo permanente.

Por otra parte, el nuevo SURGE es una plataforma de gestión cien por ciento digital; elimina absolutamente el uso de papel, suma procesos de auditoría con validaciones automáticas que agilizan y dinamizan la tramitación de los apoyos financiero.

Es así que, previo al análisis del recupero por parte de un auditor, la solicitud deberá sortear estadios de aprobación automática. El sistema validará la existencia del beneficiario dentro del padrón de la Obra Social que solicita el apoyo financiero, y, además, que dicho beneficiario hubiese estado activo al momento del otorgamiento de la prestación.

Asimismo, cuando se trate del análisis de documentación médica, se podrá validar la trazabilidad de los productos con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT); y cuando la documentación fuere contable, los sistemas la validarán a través de un “web service” con la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

Otra de las novedades que nos trae esta herramienta se vincula al recupero de patologías crónicas, que contará con una primera instancia de empadronamiento del beneficiario, y luego una de carga de los consumos pertinentes. Esta modificación reduce la carga operativa y costos administrativos, tanto por parte de la Obra Social, como para el propio Organismo de Control. De este modo se evitará repetir la carga de datos mensuales de pacientes con patologías crónicas durante los 12 meses calendario.

Es cierto que el lanzamiento de SURGE ha recibido algunas críticas, dirigidas a un supuesto recorte de prácticas recuperables. Sin embargo, lo que en realidad ocurrió, fue una actualización de prácticas recuperables acordes con la evaluación de tecnologías sanitarias más modernas.

En un escenario dinámico resulta indispensable el análisis e investigación dirigido a estimar el valor y contribución de las

tecnologías a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social, adaptándolo al contexto y posibilidad local.

Otros de los indicadores adoptados para la toma de decisión fue el porcentaje de representatividad o tasa de utilización de las prácticas, respecto del volumen de presentación en SUR, la priorización Ministerial y el costo individual de algunos medicamentos.

Recordemos que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, tiene como función dentro de su estructura Organizativa la de *“implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, dirigiendo todo su accionar al fortalecimiento cabal de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones”*.

Asimismo, tiene la potestad de revisar periódicamente las coberturas, valores de recupero y condiciones de acceso a los reintegros para su eventual actualización.

En conclusión, y sobre la base del relevamiento efectuado desde la Superintendencia de Servicios de Salud, las patologías contempladas en el nuevo sistema SURGE representan el 97% del volumen de solicitudes de apoyo financiero efectuadas por las obras sociales.

Aunque obvio, consideramos oportuno destacar que el apoyo financiero otorgado sobre ciertas prestaciones, no es óbice para eximirse de la responsabilidad de otorgamiento de cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud.

No podemos dejar de señalar que, como es de público conocimiento en el Sistema, hace ya algunos años el Fondo



Sin dudas, lo más relevante que contiene el SURGE, es el cambio de visión del concepto a recuperar. Mientras que el SUR estaba orientado y diseñado para el recupero de productos, prácticas o medicamentos taxativamente reconocidos por normativa; con la modificación introducida por el nuevo sistema, se gestionará el recupero del valor de las prácticas de enfermedades, independientemente de la tecnología utilizada.



Solidario de Redistribución, fuente de financiamiento de los apoyos financiero, es deficitario.

Si bien es cierto que los cambios reseñados no modifican la composición del Fondo Solidario de Redistribución, ni incrementan los recursos de la Seguridad Social, ni la disponibilidad presupuestaria para hacer frente a los pedidos de apoyo financiero efectuados por las Obras Sociales, la disminución de los tiempos de gestión y la economización de los costos operativos y administrativos, producirán un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, sobre todo en contextos inflacionarios como los que atraviesa nuestro país, en donde el tiempo de obtención de los recuperos resulta de suma transcendencia. ■



**CHK**

**Consultores de Salud**



Atención  
especializada

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

**Contacto:**

**Teléfono + 54 11-3698-6400**

**Correo electrónico a**

**chkconsultores@gmail.com**

# DETERIORO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD



Por el Prof. Dr. Carlos Alberto Díaz (\*)

**E**l deterioro del sistema de salud tiene causas intrínsecas poderosas y del contexto económico y social, que están influyendo en la prestación de servicios. Sin precedentes se puso en superficie lo poco que perciben de ingresos los profesionales, como estos salen de lugares que antes ambicionaban como pertenecer a una cartilla de prepago o tener un nombramiento en el hospital o acceder a una beca de residencia médica. La importancia de estar en un lugar o servicio u hospital donde se entrene, se opere, participe, crezca académicamente no parece importar o el hartazgo del mal trato hace deponer estas preferencias.

La fragmentación de la atención, el aumento de los costos de los medicamentos y tratamientos, el incremento del número de procedimientos, la epidemia de las enfermedades crónicas, las moléculas que cuestan más que sus antecesoras, tratamientos personalizados, la obligación de cubrir la educación y el transporte a la discapacidad, genera que no se cubran los planteles médicos, porque hay que cubrir esos otros gastos.

Esto no es nuevo, los déficits que existían en la atención la suplían los residentes médicos, especialmente en los contra turnos, cuando cesa el horario de la planta, los fines de semana y las guardias nocturnas, la transformación tiene que ser hacia una concentración a la fuerza por capacidad instalada y recursos humanos que puedan dar los servicios, existe una generación que se está yendo que tenía un mayor grado de compromiso con el profesionalismo y los pacientes. Casi románticamente, la otra que es más práctica y tiene claridad de lo que exige, abierta a las posibilidades de dejar todo e ir a trabajar a otras partes, o países.

Si no empezamos a revertir esta situación mejorando progresivamente las condiciones de trabajo y las remuneraciones los prestadores no podrán cumplir con sus obligaciones es simple. Faltan médicos. Están mal pagos, con pésimas condiciones laborales y defraudados.

La sobrecarga de los que están, de los que resisten, la violencia hacia el personal de salud, las carencias de respaldos académicos, de seguridad y de insumos hace que antes de perder todo dejen de trabajar. Porque si son demandados ellos deben responder porque las empresas no siguen un rumbo de proteger al médico demandado. Que al mismo tiempo es perseguido por la auditoría si solicita estudios basados en la medicina defensiva.

Se exige trabajo en equipo, existen fuertes evidencias científicas que mejoran la calidad del sistema, pero las organizaciones son individualistas, dejan a las personas trabajando en soledad. No hay un trabajo de inducción, que le enseñe a ese personal en que sistema de salud está trabajando. Tampoco tiene la posibilidad de hacer escuchar su voz.

Los pacientes valoran las esperas y la prescripción no la atención con empatía, compromiso y que lo hagan coparticipar.

La crisis es muy grave. No es dimensionada. Las marchas por las mejoras se suceden. Pero hay cierta intoxicación y enojo a los piquetes.

Los políticos están totalmente enfrascados en estar anotados para la contienda, las áreas gubernamentales y los establecimientos no tienen un liderazgo profesional, técnicamente formado. Son comisarios políticos de quien lo designa.

Los pacientes no tienen asignado un sistema que se responsabilice por su salud, solo por su demanda, los pacientes no son direccionados en su flujo por el sistema.

Las guardias, las emergencias, que son las biopsias de los sistemas de salud están abarrotadas e hiperfrecuentadas, la gente busca en la emergencia la llave para ingresar al sistema. Las demoras en los diagnósticos.

Las enfermedades avanzadas, las muertes prematuras, son algunos de los síntomas de esta fractura y decadencia del sistema de salud.

La crisis del recurso humano es la consecuencia de no tener una política de formación, de estimar los recursos que se necesitan, de cómo distribuirlos mejor, de realizar inversión en el recurso humano, acceso al sistema de salud mediante una carrera estimulante. El segundo porque es que estamos en un sistema federal, que no se llegan a acuerdos. Que las casas de estudios no están revirtiendo el abandono de los cursantes.

En la actualidad son más los profesionales que dejan la carrera asistencial que los que la abrazan recibiendo. Las formas de pago no son atractivas salvo en algunas especialidades. Se continúa remunerando mejor las prácticas por lo tanto los médicos que solicitamos que ejerzan su función de clínicos, pierden posibilidades de vivir mejor.

Los ministerios provinciales, las universidades, los colegios médicos, los prestadores públicos y privados, las agremiaciones deben entender que trabajar en conjunto podrá mitigando el impacto de todas estas causas. Para que se pueda mejorar la atención, sin llegar al momento de una ruptura del diálogo y la prestación de servicios. Que los mejores profesionales dejen los cargos, empeorando la calidad de respuesta del sistema de salud.

Ver algunos dispositivos y lugares que implementan planes para estar mejor y los profesionales quieren seguir perteneciendo a esos establecimientos. Lograr que exista la voluntad de emplearse en una organización reconocida socialmente.

El inconveniente de estos momentos es que debido a la necesidad de disminuir la conflictividad por las elecciones no tiene que haber ruido. Solucionan los problemas con medidas paliativas en general que no van al fondo de la cuestión. Sino que alivian e invisibilizan al colectivo que está reclamando.

El INSSJP PAMI, la obra social de la clase pasiva y los jubilados lanzó una campaña de prensa refiriendo que en un año se dieron 35 millones de turnos, que se extendió el programa de medicación gratuita, como la expresión inédita de accesibilidad, favoreciendo y beneficiando una iatrogenia que queremos prevenir cuaternariamente la polifarmacia. Esto es un demérito. No es uso racional de medicamentos.

Tenemos que medir los resultados en el control de las principales enfermedades. Ver si esto es viable en un esquema de futuro. Porque hoy, el déficit entre lo que se recauda y lo que se gasta es de un 50%. Un ajuste de esa magnitud tendrá efectos nefastos. Por lo tanto, hay muchas expresiones de economistas que se formulan como soluciones mágicas, como la reducción del déficit fiscal y no emitir dinero sin respaldo, que todos estamos de acuerdo, pero detrás de ellas hay personas necesitadas y dependientes.

La integración y concentración prestadora es la tendencia actual. Los servicios privados de salud carecen de equipos y tienen a la prestación individual. **El negocio es no prestar y que la gente pague por un seguro de internación y no por la atención.** Esto aumenta el gasto de bolsillo y la inequidad del sistema. Los más perjudicados son los prestadores profesionales y los pacientes. **Los pacientes porque no tienen prestaciones y los profesionales porque no trabajan en los que les gusta.**

El sistema de salud está en crisis, pero no tiene quién lo escuche víctima de la insolidaridad y el abandono a su suerte. ■

(\*) Médico Especialista en Terapia Intensiva. Nefrología y Medio interno. Salud Pública.

# Nueva App UOCRA

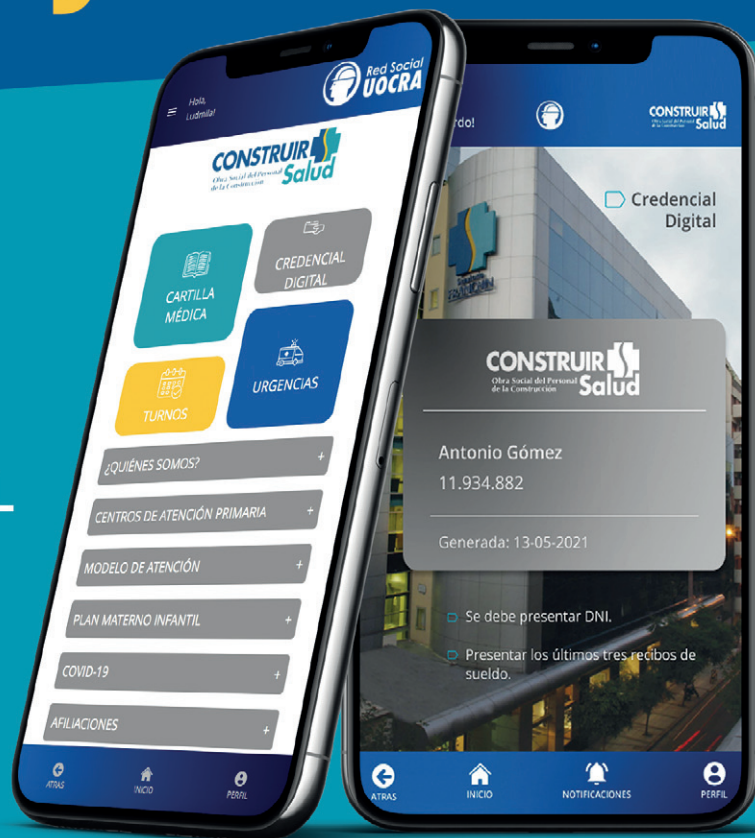
## La SALUD a tu lado

### donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a un clic de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al mundo UOCRA estés donde estés!

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



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

# SARAJEVO



"Cuando en salud hablamos de ahorro y eficacia perdemos islotes de humanidad".

-Dr. Didier Eribon/College de France-

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

**E**l atentado de Sarajevo es el término con el que se conoce una serie de ataques que incluyeron el asesinato, el 28 de junio de 1914, del heredero de la corona del Imperio Austrohúngaro, el archiduque Francisco Fernando de Austria, y de su esposa, la duquesa Sofía Chotek, en Sarajevo, capital de la provincia imperial de Bosnia y Herzegovina.

El atentado fue consecuencia de una conspiración cuyos alcances no han podido ser suficientemente esclarecidos y fue perpetrado por un grupo de jóvenes bosnios pertenecientes a la organización irredentista Joven Bosnia, entre quienes se encontraba Gavrilo Princip, autor material del asesinato.

Si bien algunos historiadores creen que este magnicidio pudiera haber sido la causa del comienzo de la Primera Guerra Mundial, en realidad las verdaderas causas, fueron intereses estratégicos y políticos de las potencias beligerantes. <sup>(1)</sup>

Pero hay un hecho en este drama que es interesante analizar.

El imperio Austrohúngaro tenía más de 12 lenguas oficiales.

La orden de movilización se escribió en más de 100.

La fragmentación constitutiva de este imperio se conoció posteriormente como la de estado de balcanización.

La percepción de lo que hoy se considera como fragmentación del territorio argentino reconoce una antigua tradición. Está presente en cada momento de su historia por lo que es posible conjeturar que fue adquiriendo perfiles, dimensiones y contextos diferentes pero que, a su vez, nunca fue superada.

Los primeros años del siglo XXI vieron surgir nuevas lógicas económicas, políticas y sociales que instauraron nuevas transformaciones y -a su vez- alimentaron la dinámica de dicha fragmentación.

Sin embargo, esta fragmentación, por momentos grave, en algunos espacios de nuestra historia tuvo contornos importantes.

¿Es un fenómeno parecido a la balcanización?

El tiempo futuro lo dirá... pero por ahora alcanza con las desigualdades de todo tipo que supimos conseguir.

El fenómeno de fragmentación en estas elecciones es mayúsculo, incluso en algunos sectores políticos donde es novedad y no se entiende bien.

Se apela a proyectos de soluciones mágicas, algunos tan lejos de la realidad de nuestro país, que resultan de trágica comedia.

Analicemos nuestros problemas...

## Igualdad vs desigualdad

Está claro que la igualdad absoluta no existe o, al menos, los pocos intentos que se han dado en las sociedades por alcanzar este ideal nunca pudieron trascender el mundo como hoy lo hacen las desigualdades más extremas.

La llamada meritocracia, es un discurso que afirma que las desigualdades son justas porque derivan de un proceso libremente elegido en el que todos tenemos las mismas posibilidades. <sup>(2)</sup>

Esto estigmatiza a los perdedores -en realidad desiguales- del sistema económico, por su supuesta falta de méritos, encubriendo que la igualdad de méritos es una falacia. Porque las desigualdades son acumulativas y se retroalimentan y cortan toda vía de escape a quienes las padecen. <sup>(3)</sup>

En el sector del aparato prestacional de salud existen desigualdades manifiestas: hay especialidades que cada vez son menos numerosas.

Ejemplos, entre otras, medicina interna, pediatría, medicina crítica.

Cuál es la "Carrera Medica" en estas especialidades... hacer guardia, consultorio... es decir el **pluriempleo...**

Uno de los males en la medicina argentina, que hemos analizado en artículos anteriores.

Habría que estudiar la esperanza de vida de estos colegas y de todos en general, para constatar quizás que el pluriempleo es tóxico para la vida de las personas que lo padecen.

De una vez por todas habría que controlar las residencias para saber que se les enseña, si es que se les enseña, y saber si no son nada más que mano de obra barata.

¿Esto trae consecuencias para el colega y para la población asistida?

No lo sabemos, ya que en nuestro país las estadísticas son de origen misterioso.

## Desigualdades en salud

Las mujeres viven más años que los hombres, pero los hombres viven mejor que las mujeres.

Los jóvenes comen menos frutas y verduras que las personas mayores.

Los desempleados fuman más que los que poseen algún trabajo formal. <sup>(4)</sup>

La esperanza de vida en la Argentina es de unos 76 años, pero el número de vida saludable después de los 65 es mucho peor que en otros países del hemisferio norte. Ser jubilado en la Argentina no es fácil.

En este tema tiene que ver entonces sexo, edad, ingresos económicos, nivel educativo, acceso a la vivienda digna, acceso al agua potable y sobre todo el lugar geográfico donde se viva.

No es lo mismo en las grandes urbes que en la lejanía de ellas.

Ni hablar la lejanía del AMBA, donde se concentra el 60% de la capacidad instalada sanitaria.

Otro tema son los hábitos considerados saludables: en las clases favorecidas en la Argentina- por ejemplo- el 6-6.5% consume bebidas azucaradas, mientras que los pobres consumen 13.5% de dichas bebidas, además de alimentación



pobre en proteínas y rica en hidratos de carbono, con el consiguiente aumento de la obesidad y enfermedades concomitantes.

Si bien la esperanza de vida ha aumentado, ha disminuido la mortalidad infantil y la inmunización es efectiva, también hay que hacer notar que el gasto en salud tiene que ver cada vez menos con el impacto en la mejora de los indicadores.

Se gasta cada vez más, pero los resultados epidemiológicos no mejoran con la misma velocidad.

Las principales causales de fallecimientos son las enfermedades cardiovasculares, las oncológicas, las respiratorias y la diabetes.

El 65% de ellas se registró en pacientes de 30 a 70 años- el cáncer y las cardiovasculares son responsables del 65% de las muertes-.<sup>(5)</sup>

Su prevalencia exige modificar el sistema de atención a la salud para poner énfasis en el cuidado de los factores de riesgo.

Es decir que la prevención y promoción de la salud esta descuidada.

En esto tiene que ver las políticas de gobernanza del Ministerio de salud de la Nación.

Los COFESA -reunión de los poderes ejecutivos de Nación, las Provincias y de otros actores del sistema de salud- deberían tomarse en serio estos números y procurar todos juntos estrategias al respecto, sin que medien intereses políticos circunstanciales anacrónicos y egoístas.

Sería interesante incorporar en esas reuniones a **TODOS** los actores del sistema.

Obviamente dentro del paraguas de políticas emanadas del Ministerio Nacional que debe tomar la conducción, de una vez por todas, de estas estrategias.

Además de regular efectivamente a todos los actores del sistema mediante una fiscalización efectiva de todos sus componentes.

Una estrategia por adoptar es la complementariedad de todos los actores del sistema, como manera de hacerlos sinérgicos y bajar el gasto superfluo.

Si consideramos que el derecho a la salud es algo de lo que debemos hacernos cargo, la igualdad en esperanza de vida, en hábitos saludables, o en acceso igualitario al sistema de salud... no puede ser vista como un medio para la obtención de una condición de igualdad de cara a la competencia en la sociedad de mercado, sino como un elemento fundamental, dentro de un objetivo colectivo... de un proyecto nacional y sudamericano. ■

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) 1914-El año de la catástrofe/Max Hastings/Edit. Crítica/ Barcelona-2013.
- (2) Bernardo Kliksberg/La madre de todas las batallas/El atlas de las desigualdades/Capital intelectual/2023.
- (3) Como legitimar un mundo desigual/Thomas Piketty/capital e ideología/Paidós-2019.
- (4) OPS/Informe del estado de la salud en Sudamérica y el Caribe/2022.
- (5) La enfermedad de la exclusión/Gabriela Benza y Gabriel Kessler/El atlas de las desigualdades/Capital intelectual/2023.

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

Bajo la dirección  
y atención de  
Médicos Pediatras



CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios  
domiciliarios en pediatría  
y neonatología

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

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

## LA SALUD PÚBLICA Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FORMAS DE ABORDAJE PARA LOGRAR DESARROLLOS SOSTENIBLES



Por el Dr. Ernesto van der Kooy  
y el Dr. Alejandro Guyot - Prosanity Consulting

La Argentina tiene un sistema de servicios de salud fragmentado, inequitativo y poco solidario. Hemos puntualizado repetidamente en diferentes presentaciones que la mayor mejora en la salud de las poblaciones se logra abordando acciones sobre la pobreza, sobre los determinantes sociales, el medio y sobre los hábitos de vida de los individuos.

El sistema sanitario es en todos los sistemas de salud, quien concentra la mayor parte del gasto en salud, y al que se le vuelcan la mayor cantidad de recursos.

El sector de la salud es sustancial para el impacto en la salud poblacional, sobre todo a través de sus acciones de prevención primaria, secundaria, terciaria y de la educación para la salud. En las restantes acciones que realiza, su impacto en la salud poblacional es restringido.

Toda modificación del sistema de salud implica análisis y cambios que no pueden estar limitados al tema del financiamiento. Pensar exclusivamente la forma de conseguir fondos adicionales para subsanar la crisis de la salud, es un error conceptual de gran implicancia actual y a futuro.

Los costos de los sistemas sanitarios del mundo siguen en aumento y lo seguirán haciendo por las modificaciones epidemiológicas y por el avance tecnológico. Es necesario, por lo tanto, una búsqueda diferente, integral y con claras modificaciones de los paradigmas de aplicación actuales.

Dentro de las acciones estratégicas a emplear para todos los subsectores hay una que hemos marcado como esencial y es modificar el formato de abordaje de los modelos de atención y basarlos efectivamente en la atención primaria de la salud.

Sin cambios sustanciales seguiremos con modelos no costo efectivos, con uso irracional de recursos y destinados específicamente al tratamiento de enfermedades y no a la prevención primaria, secundaria y terciaria de las mismas.

La estrategia de *Atención Primaria de la Salud* sigue siendo

aquella que a partir de sus diferentes componentes ayuda a todos los subsistemas a lograr la *Cobertura Universal*, hacerlos más costo efectivo, mejorar la equidad y la satisfacción de los usuarios.

Las enfermedades crónicas no transmisibles han adquirido gran importancia en atención primaria debido al incremento de su prevalencia (transición epidemiológica y demográfica debida a incremento de la edad de la población y supervivencia de los enfermos que las padecen) y las dificultades observadas en su control.

Han aumentado sobre todo la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad respiratoria crónica y la depresión. Además, otras menos frecuentes han mejorado su pronóstico y su expectativa de vida a expensas de medicamentos biotecnológicos de alto costo.

Se estima que más del 85% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica, y que su atención representa alrededor del 70% del gasto de los sistemas de salud (con una gran incidencia de los medicamentos). Lo vemos año tras año en los análisis que hacemos de actualización del valor del PMO.

Los sistemas de salud no se han adaptado a estos cambios epidemiológicos. *La Atención primaria de la Salud* y su primer nivel de atención, se siguen orientando principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil, respondiendo en general en forma pasiva o de reacción a la demanda, y aunque la respuesta sea la adecuada, el beneficiario queda nuevamente fuera del sistema hasta un nuevo episodio agudo.

Es un modelo centrado en la enfermedad. Y es la barrera más importante para la mejora del cuidado de las enfermedades crónicas. O sea, dentro de la estrategia de atención primaria, es necesario contar con un modelo de atención específico y desarrollado para este tipo de enfermedades.

Ello se debe no sólo a su frecuencia y al costo que las mismas producen al sistema, sino porque las propias características de las mismas obligan a un abordaje diferencial al habitual de las enfermedades agudas en atención primaria.

La atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requiere pasar a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto.

En definitiva, un modelo que garantice una buena calidad de atención que posibilite el seguimiento prolongado, favorezca el compromiso, la aceptación del tratamiento y la participación activa de la persona con enfermedad crónica, y que impulse el uso de guías clínicas reconocidas.

Los modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas son relativamente modernos. El Modelo de Cuidado Crónico (CCM) de Wagner, el primer sistema ampliamente divulgado y base para posteriores enfoques, lleva en uso apenas 20 años.

Modelos más recientes, tales como el Modelo de Cuidado Crónico Extendido de la Columbia Británica de Canadá, y el Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas de la OMS y de la OPS son, en general, variantes de ese modelo original.

Estos modelos están relacionados con la atención de afecciones individuales específicas y no resuelven por ahora, el abordaje de pacientes con múltiples afecciones crónicas (casos complejos), que son aquellos que consumen un volumen desproporcionado de recursos.

En la Argentina existen desarrollos de varios programas, normativas, documentos y manuales destinados al abordaje de estas patologías, aunque, como en muchas otras áreas, salvo excepciones, realmente es escaso lo que se ha avanzado en la aplicación real de los mismos en terreno.

Todos los modelos, en mayor o menor grado están basados en componentes centrados todos en el paciente:

- ✓ Organización de la atención a la salud.
- ✓ Un sistema de provisión de los servicios con uso racional de los recursos.
- ✓ Sistema de información clínica.
- ✓ Apoyo al automanejo o autocuidado.
- ✓ Recursos y participación comunitaria.

El resultado de su aplicación implica modificar el comportamiento de los pacientes, informarlos y motivarlos, modificar la organización del sistema de salud en la atención primaria haciéndola proactiva y con sus recursos humanos preparados y estimular la participación de la comunidad en sus diferentes estructuras de organización. Debe asegurar llegar a todos los pacientes.

El autocuidado es esencial en estos modelos. Brindar a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles las herramientas necesarias que le permitan tomar las mejores decisiones para controlar su enfermedad y preservar su calidad de vida.



[www.sanidad.org.ar](http://www.sanidad.org.ar)

Para ello es necesario capacitar al paciente (educación sistemática) y a sus familias para el control de la enfermedad y ponerlos a cargo en el cuidado de su dieta, del ejercicio físico, de auto-mediciones de diferente tipo y del manejo de la medicación.

Todos elementos que favorecen además la detección precoz de las complicaciones, la reducción de las tasas de internaciones y de las consultas de urgencia.

La modificación de la organización del sistema en la atención primaria implica junto a la capacitación del paciente, la capacitación del personal sanitario en este tipo de modelos.

Creación de equipos específicos entrenados en este tipo de cuidados, y la confección de un plan particular para cada paciente de atenciones basadas en evidencia científica y con guías y protocolos, en el que se detallan los servicios que necesita.

Es necesario el seguimiento cuasi continuo y la comunicación del sistema de atención con los pacientes utilizando para ello las diferentes herramientas disponibles (contacto directo, telefónico, apps o telecuidado).

Los modelos de mejora de las enfermedades crónicas necesitan de la participación y motivación de la comunidad a la que pertenece (servicios, organizaciones etc.) a través de ayuda de pares, hogares, asistencia social, acompañantes, cuidadores, grupos de autoayuda, etc.

A estos tres elementos descriptos anteriormente hay que sumar el registro individualizado del paciente, informatizado, para el seguimiento de los procesos y resultados y sistemas de evaluación que permitan medir resultados obtenidos, agregando evaluaciones de procesos y ciclos de mejora continua de los mismos.

## Dentro de este modelo quisiéramos avanzar en una propuesta destinada a ECNT en trabajadores activos

Cuando se aborda el tema de las ECNT padecidas por trabajadores activos hay que considerar no solamente al paciente sino al impacto de esas enfermedades en todo el sistema productivo.

La mejora en la salud, la reducción del gasto de las enfermedades crónicas y la reducción del costo laboral, son las principales ventajas de la implementación de modelos de abordaje como los descriptos. No es la reducción del acceso a servicios sanitarios la solución.

La mejor forma de conseguir un ahorro importante de dinero en el sistema de salud y en el sistema productivo es mejorando el estado de salud de los pacientes, evitando al empleador los gastos provenientes de licencias pagas establecidas en la ley por enfermedad inculpable y a la vez reemplazar la fuerza de trabajo del trabajador o trabajadora para mantener indemne su sistema productivo.

Los propios agentes de salud responsables del financiamiento de los tratamientos que surgen de las ECNT gastan recursos exagerados al ir detrás de los acontecimientos y no actuar con claras medidas de prevención y usando modelos específicos de abordaje.

Podemos afirmar con certeza entonces que se trata de acontecimientos en los que más allá del principal perjudicado, el paciente, todos los agentes del sistema productivo y sanitario pierden, pudiéndose haber evitado el perjuicio para todos.

De allí la importancia de crear un sistema que involucre a empleadores, trabajadores, sindicatos y obras sociales, en la alineación de objetivos para el cuidado y seguimiento de patologías crónicas no transmisibles.

Se propone un programa destinado a los Agentes del Seguro Social donde luego de ser diagnosticado y captado por el sistema de salud (Obra Social), preparado específicamente para este tipo

de pacientes y patologías, se capacite al paciente para el autocuidado, según lo ya descripto, se elabore un esquema individual protocolizado según guías clínicas correspondientes a su enfermedad trazado por un médico de referencia y el equipo de cuidados, y se le otorgue los turnos con los profesionales adecuados y para los estudios establecidos en cada protocolo de seguimiento.

En este programa, al cual el paciente ingresa por adhesión, la obra social solicita con la antelación necesaria los turnos para estudios y consultas, notifica al paciente/trabajador y a su vez la misma obra social /sindicato notifica al empleador del ingreso al programa del paciente / trabajador, de las características del mismo y del otorgamiento de los turnos o prácticas de seguimiento.

Esta notificación (junto con el certificado de concurrencia correspondiente) valida la ausencia del trabajador en el horario en que el turno fue otorgado.

La obra social/sindicato podrán establecer incluso beneficios sociales para estimular el cumplimiento de los cronogramas de seguimiento para el paciente cumplidor y responsable, hecho que puede replicarse de parte de los propios empleadores.

El objeto de este tipo de programas es vencer el desinterés que existe en los pacientes para procurarse atención médica, turnos y estudios por fuera de sus horarios laborales, así como la inercia que existe en los empleadores para otorgar los espacios necesarios para que los trabajadores puedan cumplir sus cronogramas de atención.

Se prioriza en todos los casos la atención del paciente/trabajador, de su salud, y al mismo tiempo, al hacerlo, se minimizan los riesgos de complicaciones inherentes a su patología y de los costos laborales y sanitarios asociados, mucho mayores que los resultantes del seguimiento del programa instaurado.

Es por eso que vemos en este tipo de programas un alineamiento de objetivos por parte de todos los agentes intervinientes con el objeto de optimizar recursos para evitar consecuencias gravosas tanto en lo que a salud de los trabajadores se refiere, como a los aspectos económicos que padecerán esos mismos agentes en caso de ocurrir los agravamientos de las patologías.

Este tipo de programas, a los que hay que sumar todas las acciones de promoción de la salud poblacional, pretenden aportar expresamente a los enunciados que establece el programa médico obligatorio y hacer efectiva la participación de la comunidad en sus diferentes formas de organización. ■

“Se estima que más del 85% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica, y que su atención representa alrededor del 70% del gasto de los sistemas de salud (con una gran incidencia de los medicamentos)”.



## Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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

25%

SEGURO DE HOGAR

20%

INTEGRAL DE COMERCIO  
(RUBRO MÉDICO)

15%

SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envianos un mail a [consultas-seguros@smg.com.ar](mailto:consultas-seguros@smg.com.ar)

[www.swissmedicalseguros.com](http://www.swissmedicalseguros.com)



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

N° de inscripción SSN  
0002

Departamento de Orientación  
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)



SSN | SUPERINTENDENCIA DE  
SEGUROS DE LA NACIÓN

# MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO

## ¿UNA BATALLA PERDIDA?



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

Independientemente de las presiones de la industria farmacéutica, es difícil encontrar un gobierno -aun de los países más desarrollados y mayor gasto per cápita en salud- que no esté luchando con el alto precio de los medicamentos.

Se ha necesitado enfrentamientos entre gobiernos de países como la India y la propia industria para obligar a que los medicamentos reduzcan significativamente el precio de aquellas moléculas de las que las empresas desean rápidamente obtener un *blockbuster* que supere el billón de pesos en ventas, como ocurrió con el *sofosbuvir*.

Ya a finales de 2014, los medios de comunicación españoles destacaban las protestas de los enfermos de la hasta entonces incurable hepatitis C, por acceder al nuevo fármaco que prometía alta eficacia de éxito, aunque con un precio de u\$s 1.000 por píldora y un costo total de u\$s 84.000 el tratamiento completo de 12 semanas en Estados Unidos.

En el mercado sanitario español, el costo resultaba de 60.000 euros. El Ministerio de Sanidad de ese país inicio entonces negociaciones con el dueño de su patente - Gilead Sciences - para acordar un esquema de financiamiento destinado al sistema público, cuyo precio final nunca se dio a conocer por pedido del laboratorio. Una de las opacidades habituales del mercado farmacéutico.

Lo único concreto fue que, en 2015, el laboratorio logró alcanzar una cifra de negocio de 1.755 millones de euros, que lo colocó como número uno en ventas, con un crecimiento del 268% respecto del año previo.

El enorme empuje venía de su producto estrella. Pero casi paralelamente el gobierno de Egipto, país con la mayor incidencia mundial de hepatitis C (alrededor de 9 millones de personas equivalente a un 10% de la población) consiguió que Gilead le vendiera la misma molécula a u\$s 900 el tratamiento o sea u\$s 10 el comprimido. ¿Cuál es entonces el verdadero costo de producir el *sofosbuvir*?

En 2018, un informe publicado por la OMS referido al precio de las nuevas e innovadoras drogas oncológicas admitía que las empresas fijaban el precio de sus moléculas especialmente de acuerdo con sus expectativas de ingresos, en lugar de lo que costaba realmente fabricarlas.

Afirmando inclusive que, frente al costo supuesto de I+D, los rendimientos resultaban ser muy superiores. Más de lo requerido para generar incentivos y financiar nuevos desarrollos.

Especialmente teniendo en cuenta que el costo de utilizar moléculas oncológicas en pacientes terminales con pocas expectativas de vida supera ampliamente el de los medicamentos para otras enfermedades crónicas de alta incidencia, en un promedio hasta 2,5 veces mayor.

En el mismo año, la ministra de Salud de Italia efectuó un llamamiento que fue respaldado tanto por países ricos como pobres, destinado a mejorar la transparencia de precios y costos reales de I+D, al igual que los costos de producción de los denominados Medicamentos de Alto Precio (MAP).

Es sabido que tales costos -especialmente en I+D- ocultan otros gastos, y que sería oportuno conocer la realidad de los mismos. Las empresas del sector se defienden argumentando enfáticamente que tanto costos como riesgos de desarrollar moléculas más complejas justifican precios extremadamente altos.

Por lo cual transparentarlos significaría no poder mantener la capacidad de extraer su enorme tasa de rentabilidad tanto desde los países más ricos como desde los menos desarrollados. Más cuando se desconoce la capacidad de estos últimos de enfrentar procesos confidenciales de negociación de precios.

Tanto la OMS con el regulador italiano planteaban que una menor opacidad permitiría reducir los precios de lista, ciertamente un tanto ficticios ya que siempre se encuentran en condiciones de ser negociados.

El problema es que tal confidencialidad y el secreto sobre tales negociaciones y del descuento final operado por gobiernos o aseguradores, lleva incluso que a compradores de un mismo país se les puedan establecer precios finales muy diferentes.

Y si bien en teoría los países menos desarrollados podrían lograr negociar precios más bajos, lo habitual es que dicha confidencialidad establezca todo lo contrario.

Cualquier empresa, más aún en posición monopólica y sin control regulatorio, tiende a aprovecharse de la opacidad del mercado y la inelasticidad de la demanda para ciertos medicamentos -como los oncológicos o los requeridos para tratar enfermedades huérfanas- negociando precios que no se fijan según los costos de investigación sino en razón de lo que el mercado esté en condiciones de soportar. Es decir, un esquema precio-acceptante.

Esta situación puede ponerse en evidencia analizando los precios relativos de lista de diferentes países. Tomemos el caso del *pavilizumab* 100 mg/1ml, un monoclonal de elección para el tratamiento del virus sincitial respiratorio que produce la bronquiolitis y afecta en este momento a nuestra población infantil.

El Cuadro 1 muestra las comparaciones de precios por unidad y mg respecto de idéntica presentación entre once

Cuadro 1. Comparación internacional de precio *pavilizumab* 100 mg, a la cotización dólar de países elegidos

Países	Molécula	Presentación	Costo unitario en US\$	Costo / mg en US\$	Percentilo
Colombia	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	734	7.34	0
Brasil	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	902	9.02	10
Uruguay	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	947	9.47	20
Suiza	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,023	10.23	30
España	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,034	10.34	40
Nueva Zelanda	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,072	10.72	50
Alemania	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,096	10.96	60
Chile	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,271	12.71	70
México	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,462	14.62	80
Argentina	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	1,741	17.41	90
Estados Unidos	Palivizumab	100 mg /1ml Fco amp	2,356	23.56	100

Fuente:Elaboración propia según base de datos de consulta internacional Junio 2023. Proyecto DIME.

países, de los cuales seis son de América Latina (incluyendo a la Argentina).

Se observa que el precio en la Argentina se sitúa en el percentilo 90, ampliamente superior al de Uruguay, Brasil y Colombia, y también en relación con Suiza, España, Nueva Zelanda, Alemania y Chile.

Entonces, ¿Cuál es el precio real de lista del *pavilizumab* en esta combinación de países? ¿Podemos estar a casi el doble de lo que cuesta en Uruguay o Brasil, o directamente duplicar el precio de Colombia? ¿Qué diferencia nuestro mercado de salud de otros de Latinoamérica, sin siquiera compararnos incluso con los europeos, que nos lleva a estar en el percentil 90 de la distribución de precios?

La explicación este probablemente en nuestra condición de mercado precio aceptante con regulación ausente, que solo los precios de referencia o *benchmarking* permiten demostrar con claridad.

Podríamos extender el análisis del Cuadro 1 a todas las moléculas que se definen como Medicamentos de Alto Precio (MAP) y evaluarlas periódicamente, lo que permitiría construir un Observatorio de Precios Internacionales permanente, destinado a clarificar estas mismas diferencias y posiciones relativas.

De esta forma se llegaría a avanzar en mecanismos para ajustar la vigilancia comparativa de cada precio y aumento aplicado, y a la par establecer las regulaciones necesarias por parte del Estado a fin de evitar abusos y negociar en forma transparente.

Es posible que la búsqueda de mayor transparencia en cuanto a precios - comparándolos entre países - permita a los ciudadanos juzgar si sus gobiernos han tomado decisiones

correctas y regulaciones acertadas sobre los medicamentos que compran y lo que pagan por ellos.

Más allá de las negociaciones confidenciales que se celebren con el Estado o los seguros sociales y privados y los descuentos obtenidos por cada sector, este enorme aumento sostenido que vienen soportando los Medicamentos de Alto Precio - considerando su principio de inelasticidad - debiera convertirse ya en una preocupación para la autoridad regulatoria.

Más cuando regular el mercado farmacéutico no puede limitarse a los mecanismos más tradicionales de fijación administrativa del precio, sino que requiere considerar todas aquellas nuevas formas de intervención pública que puedan afectar directa o indirectamente la formación del mismo.

Por ejemplo, adoptar mecanismos de fijación de precios en función del valor, o utilizar el ejemplo de los precios comparativos internacionales que tan bien aplicó en su momento Colombia y también llevan adelante Chile y Brasil.

Los países con menos influencia negociadora terminan pagando siempre más y mal. Sabiendo además que no regular un mercado con fallas bien marcadas implica propiciar desigualdad y exclusión.

**Sobran conclusiones. Los instrumentos existen. Solo hay que aplicarlos. ■**

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



OSIM 50 años  
OBRA SOCIAL DE  
PERSONAL DE DIRECCIÓN

50 años de trayectoria y compromiso,  
brindando salud de calidad

[www.osim.com.ar](http://www.osim.com.ar)

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

# LA POLÍTICA DE SALUD ESENCIAL



Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni (\*)

**L**a política de salud esencial para el futuro de los argentinos no tiene que ver con financiamiento del gasto, compra de medicamentos, construcción de hospitales, acciones de medicina preventiva, PAMI, u Obras Sociales.

Todo eso es muy importante, ciertamente, pero la prioridad de las prioridades pasa por la recuperación y fortalecimiento del equipo de salud. Con el equipo de salud en crisis ninguna otra política sanitaria será posible; y sin política sanitaria, habrá más enfermedad, peor economía, y más conflicto. Como dijo Sócrates a Glaucón en la República, la comunidad necesita de los mejores médicos.

Todo será en vano y el problema mucho más estructural cuando la formación médica se deteriora, la enfermería se posterga, cuando no recreamos la cultura organizacional de los hospitales y no fortalecemos la innovación científica biomédica. La salud es el resultado de un valor social, el deber de cuidados de quien sufre, traducido en la tarea vocacional del equipo de salud, y la investigación e innovación médicas consecuentes.

Es aquí donde naufraga lastimosamente la salud de los argentinos; en la destrucción de las condiciones que hacen posible la tarea médica, el liderazgo médico, y la proyección de la medicina. Ningún país ha podido avanzar en su salud sin promover organizaciones médicas de avanzada, con una nítida carrera profesional, vocacional, adecuadamente calificada, remunerada, y comprometida con el bienestar general y con la ciencia.

## Formación y Universidad

A principios del Siglo XX escribía Bernardo Houssay sobre el desajuste en la cantidad de médicos de la Argentina comparado con los países más desarrollados de su época; seguimos igual o peor. La cantidad y distribución geográfica de graduados de medicina y de enfermería debe basarse en una planificación por capacidades surgida de la estrategia sanitaria, y no del (en definitiva) capricho de las universidades “progresistas”, o de clínicas que pretendan contar con residencias médicas para suplir su falta de profesionales formados. Igual ocurre con el nivel académico.

No podemos sostener “la excelencia académica de las universidades argentinas” si un estudiante demora el doble de lo previsto en graduarse, la investigación básica es un quinto que en Brasil y retrocede frente a Chile, y al terminar la carrera no se abarrotan las residencias para completar la indispensable formación práctica que cualquier profesional debería anhelar.

Otro tanto ocurre con enfermería. Se requieren diez veces más enfermeros y eso exige políticas adecuadas para promover la carrera y luego la profesión. No tiene sentido subir médicos a las ambulancias cuando en los países más desarrollados son servicios

manejados por paramédicos especializados. Y las distorsiones continúan. Necesitamos planificar adecuadamente el recurso humano y las competencias necesarios, y crear la estrategia que seguirán las casas de estudio y residencias médicas de todo el país. Esta debe ser una política nacional.

## El hospital

El hospital público es un tema crítico en la promoción del equipo de salud. Personal mal pago, profesionales que trabajan algunas horas semanales, estudios que demoran días mientras el paciente internado espera, conflicto con el uso de quirófanos, dificultades para conseguir material protésico, problemas con la medicación, gestiones anticuadas, son sólo algunos de los problemas que terminan dañando la calidad de atención y el desarrollo profesional del equipo de salud.

Una política de transformación del hospital es indispensable y debe estar orientada a fortalecer el equipo de salud y modernizar con la mejor tecnología los aspectos operacionales de la asistencia médica. Se requiere una reforma organizacional que privilegie liderazgos colaborativos, conformación de equipos de excelencia, actualización del rol de enfermería, y transformación del hospital en la nueva organización de salud. Esta es otra política nacional.

## La investigación

La Argentina necesita quintuplicar su producción científica medida en estudios publicados en revistas internacionales con referato, número de nuevas patentes biomédicas autóctonas, y cantidad de alumnos de doctorado. La investigación y la docencia constituyen una parte sustancial de la mejora del equipo de salud y la mejora de la calidad de atención.

Prácticamente no hay resultado sanitario donde un hospital académico especializado no supere a otras instituciones, cuando se habla de neurocirugía, infarto, o manejo del ACV; más aún cuando hablamos de trasplante o terapias de frontera para el cáncer u otras patologías. Además, está en el ADN de los equipos de salud de excelencia el poder investigar.

Pero investigar requiere tiempo y su adecuada remuneración, transparencia en la distribución de los cargos universitarios (que muchas veces falta), planificación nacional para asignar cuantiosos recursos del orden del 1% del PBI, y vinculaciones virtuosas con las industrias biotecnológica y farmacéutica.

Además, existe la investigación epidemiológica, otra revolución indispensable que fortalece el rol del equipo de salud por su inserción en los grandes temas de diseño urbano, sistemas de información, ciencia de datos, y determinantes sociales.

## La política indispensable

La madre de las políticas de salud es aquella que recrea el equipo de salud. Los logros políticos no ocurren, sino que son producto de acciones cooperativas deliberadas y sostenidas. Estas acciones suceden por el accionar de organizaciones que conforman el elenco de capacidades del Estado indispensables para el desarrollo de la comunidad.

Policía, bomberos, escuelas, defensa civil, justicia, tanto como la salud, son capacidades públicas sostenidas por organizaciones humanas complejas que les dan vida. En salud, la política esencial pasa antes que nada por la recuperación del equipo y las organizaciones de salud, únicas capacidades con potencial para brindarnos a todos de una vida más larga y saludable. ■

(\*) Médico y Doctor en Medicina.





PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

# RC PRAXIS MÉDICA

**La póliza está dirigida a todo el sector de la salud**

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros profesionales de la salud independientes o asociados a clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas Provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Análisis Clínicos.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

**PRUDENCIA**  
Seguros 



[www.prudenciaseguros.com.ar](http://www.prudenciaseguros.com.ar) » [prudencia@prudenciaseguros.com.ar](mailto:prudencia@prudenciaseguros.com.ar)  
Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN  
0040

Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)

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

# EL HILO DE ARIADNA



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

"De acuerdo con los griegos, cumplir con una acción es tratar de hacer con ella una creatividad".  
Susana Milderman

**M**inos rey de Creta, exigía a los atenienses como tributo cruel, cada nueve años, entregar a catorce adolescentes, para ser devorados por el Minotauro, monstruo encerrado en un laberinto infranqueable. <sup>(1)</sup> Teseo, héroe de grandes hazañas, hijo del rey de Atenas, se



ofrece para vencer al Minotauro y así liberar a su pueblo. Al llegar se enamora de Ariadna, hija del rey Minos que, hechizada de amor, le entrega un hilo dorado que salvara a Teseo, quien mata al Minotauro y logra salir del laberinto. <sup>(2)</sup>

El simbolismo de la *Mitología Griega* aporta un universo de dimensiones, para comprender, nuestra naturaleza humana y sus laberínticas manifestaciones. <sup>(3)</sup>

Atraviesa todos los campos del pensamiento, literatura, filosofía, arte escénico, filmico, y nos lleva al pensamiento científico para abrir las compuertas de la comprensión.

## Minotauro

Pero... ¿Cuál es el monstruo, que nos amenaza, devorándonos en crisis de fragmentaciones y desigualdades?

Somos protagonistas de un tiempo de cambios exponenciales en toda la trama de manifestación humana. Nos deja perplejos, invadidos de incertidumbres, frente a las que ninguna fórmula mágica del "Sálvese quien pueda" sirve, ni servirá...

Ni la acumulación de dinero, gloria y poder nos alcanzará a la hora de ser atravesados por el cambio climático...

Desde todas las aristas del pensamiento se alzan voces, a quienes la mayoría no quiere escuchar, porque es más fácil, clicar un contenido de la red que tranquilice o repetir fórmulas prefabricadas...

El economista Nouriel Roubini describe en su libro <sup>(4)</sup> y conferencias <sup>(5)</sup>, diez puntos:

1. La madre de todas las crisis de deuda.
2. Fracasos públicos y privados.
3. La bomba de tiempo demográfica.

4. La trampa del dinero fácil y el fin del Boom.
5. La gran estanflación.
6. Colapso de las divisas y la inestabilidad financiera.
7. Fin de la globalización.
8. Amenaza Inteligencia Artificial (IA).
9. La nueva guerra fría (*caliente*).
10. Planeta inhabitable.

Roubini las señala a nivel planetario, *todas interconectadas*, nominándolas los grandes males...

Las aceptemos o no, estas investigaciones, circulan en universidades e instituciones de influencia. Al menos, no deberíamos ser indiferentes. En la Argentina y América del Sur, con el Caribe incorporado, *tenemos las llaves de la transformación*. Si lográramos integrarnos, trabajando para evitar las desigualdades.

El Sector Salud no está ajeno a este suceder, y hoy es indispensable encontrar respuestas posibles, estrategias y sinergias, que podrían ser poleas de transmisión en la compleja maraña que emerge de la realidad cotidiana.

## ¿Cuál es nuestro "Hilo de Ariadna"?

En primer lugar, conocer los problemas, esto implica saber plantearlos. Sin embargo, frente a una realidad donde "*Lo viejo no termina de irse y lo nuevo de instalarse, en este claroscuro, surgen los monstruos*" (Antonio Gramsci).

Necesitamos estudiar, intercambiar conocimientos con profesionales de otras disciplinas, abreviar de la filosofía, el arte, la ciencia, observar, reflexionar y pensar... Para que nuestro sentido común reaccione.

El pluriempleo, la violencia, la inflación, la desigualdad, la falta de una formación académica con respuestas estratégicas etc., nos exigen ampliar la mirada y la acción.

La epidemiología es un conocimiento científico, con una metodología estratégica, herramienta estructural, transdisciplinaria y de fácil comprensión sobre la etiología, distribución y transformación de los indicadores, que se prenden como alarmas, alertas de la cartografía de eventos en la sociedad y que **son posibles transformar**, desde cada una de nuestras realidades de protagonismo laboral. <sup>(6,7,8)</sup>

En el marco de las desigualdades sociales, aporta estrategias prácticas, reales y accesibles, que abarcan desde un trabajo en terreno con comunidades a la *Macro Política*. Este es un tiempo que nos desafía a ser creativos, a construir nuevas dimensiones humanas.

## Sistema Integrado de Salud

La Argentina cuenta con un Sistema de Salud de grandes fortalezas, porque es universal, a pesar de todas sus deficiencias, este sistema, tiene la oportunidad de replicar, ampliar y alcanzar un horizonte real y significativo para la vida de sus poblaciones, de quienes en este momento están leyendo esta nota, que serán ancianos, de sus hijos y nietos.

La Argentina y sus vecinos de la región ampliada, tienen recursos naturales que exigen ser **resguardados para la vida** de todos en **inclusión, sin desigualdades, ni mezquindades**.

Un mundo injusto, no puede salvar a nadie. Nadie esta ajeno al cambio climático, ni a los laberintos de este momento. Thomas Piketty señala en su libro "La Economía de las desigualdades" como implementar una redistribución justa y eficaz de la riqueza. <sup>(10)</sup>

En la Argentina las fortalezas se definen por el potencial de transformación, por el capital humano, recursos naturales, y de todo orden.

Los tres subsistemas, público, obras sociales y privado podrán *integrarse completarse* en sinergias saludables, **sin perder sus identidades, ni sus recursos**. ¡Comprendamos como crear espacios!

Los protagonistas sociales que trabajan en las prestaciones de salud, son actores interactuantes de los otros dos subsistemas (privado y obras sociales), los que trabajan en el sector privado, también están íntimamente conectados, con el sector público y se benefician de él, como los de las obras sociales.

Los beneficiarios de estos tres subsistemas **no reciben iguales prestaciones**. La cartografía de estas desigualdades, discriminadas por región y analizadas por la epidemiología, ameritan una descripción que excede el espacio de esta nota.

Sin embargo, todos conocemos que lo privado, no asegura una excelencia de prestación, que las zonas más alejadas de los grandes centros poblacionales no tengan buena atención, hay regiones con ofertas de salud pública excelentes, y otras deficientes. Lo que se replica en las obras sociales.

### ¿Entonces cuál es nuestro Hilo de Ariadna?

Lograr comprender para conciliar. El calentamiento global no es una entelequia, ya se instaló. Es inevitable que estamos expuestos a epidemias y pandemias que nos exigen otros comportamientos. Pensar en prevención en condiciones de igualdad social, sería más que rentable.

La I.A (Inteligencia Artificial) podría ser una herramienta benéfica y no una amenaza (declaración Montevideo sobre I.A).<sup>(11)</sup>

Por ahora la I.A **esta pulverizando millones de puestos de trabajo**, donde los médicos, no se salvan, esto genera severos impactos en la trama social que deben ser estudiados.

### ESTADO

- Legislar sobre inteligencia artificial (IA).
- Legislar sobre lo emergente y aún desconocido y otras.
- Regular los insumos.
- Normatizar grandes síndromes.
- Historia Clínica Universal.
- Fiscalización sanitaria.
- Integración federal y social en todo el territorio.

### UNIVERSIDADES

- Recrear currícula universitaria (es antigua y sesgada).
- Atención Primaria de la Salud.
- Interdisciplina.
- Formación epidemiológica a partir de los dos últimos años del pregrado.
- Formación sobre sistema de salud y su gestión.
- Formación interconexa con otras disciplinas (Economía,

sociología, filosofía, etc.).

- Investigaciones sobre seguridad alimenticia - Nutrición.
- Generar foros de discusión e investigación colaborativa y multicéntrica.

### OBRAS SOCIALES Y SISTEMA PREPAGO

- Formación de los protagonistas de los circuitos administrativos.
- Integración de equipos interdisciplinario profesional (la falta de comunicación genera gastos inútiles, afecta la salud de los beneficiarios).
- Registros epidemiológicos confiables.
- Aceptar Historia Clínica Universal.
- Cobertura geográfica adecuada.
- Trabajar integrados en estrategias conjuntas.
- Investigaciones multicéntricas de ambos subsectores.
- Aceptar políticas de Promoción y Prevención de la Salud.
- Crear propuestas conjuntas.

Tomemos el dorado *Hilo de Ariadna*, tejamos una trama humana, que sea un escudo que nos proteja de la oscuridad, de la ignorancia, que ampare a las próximas generaciones. América del Sur, desde el Río Bravo a la Antártida puede hacerlo y convocar al resto de las regiones a integrarse en la búsqueda de un horizonte posible a una humanidad que puede plasmarlo. ■

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jean Chevalier - Diccionario de los símbolos - Ed. Herder.
- 2.- Isabel Gálvez Bejarano: <https://bloccs.xtec.cat/mitosyfabulas/author/isabel-galvez-bejarano/>
- 3.- Paul Diel - El Simbolismo en la Mitología Griega - Ed Labor.
- 4.- Nouriel Roubini - Megamenazas - Las Diez Tendencias Globales que ponen en peligro nuestro futuro y como sobrevivir a ellas - Ed. Deusto.
- 5.- Nouriel Roubini: <https://www.youtube.com/watch?v=5hP7d-mvKP0>
- 6.- Moya, M.O. (Ed.) (2022) - El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud. Santiago de Chile: FLACSO-Chile - Universidad de Chile: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/58868.pdf>
- 7.- Nancy Krieger - Epidemiología Social - Harvard School of Public Health: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/krieger2.pdf>
- 8.- Nancy Krieger - Glosario de epidemiología social: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10738.pdf>
- 9.- Le Monde Diplomatique - El Atlas de las desigualdades - Claves para entender un mundo injusto - Courier Internacional - Ed. Capital Intelectual.
- 10.- Thomas Piketty señala en su libro "La Economía de las desigualdades" - Ed. Siglo Veintiuno.
- 11.- <https://www.fundacionsadosky.org.ar/declaracion-de-monte-video-sobre-inteligencia-artificial-y-su-impacto-en-america-latina/>

(\* Médica sanitarista - Epidemióloga



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

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

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

# EL FUTURO YA LLEGÓ



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

**E**l nuevo entorno donde nos toca vivir y trabajar requiere en primer lugar ser entendido para luego poder actuar en consecuencia y no como simples autómatas. En los años setenta un personaje que podríamos definir como una mezcla de fotógrafo, editor y hippie en California llamado Steward Brand decía esto: *“muchas personas prueban a cambiar la naturaleza de los humanos, pero es una verdadera pérdida de tiempo. No se puede cambiar la naturaleza de los humanos, lo que se puede hacer es cambiar los instrumentos que usan, cambiar las técnicas. Entonces cambiaras de civilización”*.

Impresionante declaración y sobre todo a luz de los que vino después. El mismo autor en 1968 para el prólogo de su primer catálogo iba a señalar “somos como dioses es mejor que nos acostumbremos”.

Estamos asistiendo desde hace ya un tiempo a una mutación y no nos damos cuenta como bien señala Alessandro Baricco. No se trata de una invasión de los nuevos bárbaros (los nacidos y criados digitales) que están echando por la borda nuestra preciada y refinada civilización, sino que esta mutación nos implica a todos.

En poco tiempo ya estamos asistiendo al parto de una generación nueva que de cualquier manera será mejor que aquella donde nos tocó crecer.

No hay nada de coercitivo en este cambio, es una astuta mutación que trae nuevas técnicas de supervivencia para el entorno donde nos toca vivir, trabajar e intentar disfrutar.

Siguiendo a Baricco en *The Game*, el ADN de este juego que estamos ejercitando se podría resumir con las siguientes características:

- Diseño agradable capaz de generar satisfacción sensorial.
- Estructura atribuible al esquema elemental problema solución repetido varias veces.
- Tiempos breves entre cualquier problema y su solución.
- Aumento progresivo de la dificultad del juego.
- Inexistencia e inutilidad de la inmovilidad.
- Aprendizaje del juego y no del estudio de abstractas instrucciones para su uso.
- Usabilidad inmediata sin preámbulos.
- Visualización tranquilizadora de una puntuación cada pocos pasos.

Esta podría ser en definitiva una buena guía para ensayar una reforma sanitaria moderna apta al entorno y las tecnologías con las cuales convivimos respetando el ADN de cómo se juegan hoy los espacios de poder.

La pandemia demostró que teníamos a sectores de la población preparados para este juego y de ello quedó demostrado en la velocidad con la cual surgió la vacuna, pero también los métodos seguimiento de los casos o identificación diagnóstica que permitieron que algunos países tuvieran menos encierro que fue una típica respuesta del pasado a las pandemias.

Si estas interesado en hacer una visita rápida a esta nueva cartografía de la mutación te invito a visitar en la red estos momentos claves que permiten comprender que cambió y cómo:

1. Spacewar, uno de los primeros videojuegos de la historia (1972).
2. Tim Berners Lee explicando que era un sitio web (1991).
3. El algoritmo original de Google (1998).
4. La presentación del iPhone hecha por Steve Jobs en 2007.
5. La audición de Mark Zuckerberg en la comisión de justicia y comercio del Senado de los Estados Unidos.

Y ahora podríamos preguntarnos como se conecta esta introducción con lo que se quiere expresar en este artículo sobre los sistemas de salud. Recordemos siempre que las organizaciones cambian cuando lo hacen el entorno y las tecnologías.

Se vienen cambios fundamentales en el mundo del trabajo. Los humanos tenemos capacidades físicas y cognitivas. En el pasado las máquinas competían con las capacidades físicas, mientras que el hombre tenía una ventaja sobre las cognitivas.

La revolución de la IA de la que tanto escuchamos hablar no tiene solo que ver con tener computadoras más rápidas e inteligentes. Esta impulsada según señala en el libro “21 lecciones para el siglo XXI” - Yuval Noah Harari (2018) por el descubrimiento en las ciencias de la vida y las ciencias sociales (cuanto mejor comprendan los mecanismos bioquímicos que subyacen a las emociones, los deseos y las elecciones humanas, mejor serán los ordenadores a la hora de analizar el comportamiento humano, de predecir las decisiones y de sustituir a los conductores, banqueros y abogados).

Que sucederá con el empleo médico teniendo en cuenta que asistimos también a un cambio generacional y comportamental relevante. Las nuevas generaciones (Z e Y) niños nacidos entre 1995-2012 y entre 1977-1994) respectivamente. La Prof. Zulma Ortiz nos describe las características más relevantes de las generaciones considerando tres líneas relevantes:

## 1) Sociales y adaptativas

- a) Adopción de tecnología con mayor rapidez.
- b) Expertos en comprensión de la tecnología.
- c) Habilidades para la multitarea.
- d) Abiertos a la exposición social a través de las tecnologías y;
- e) esto los hace interactivos, pero también impacientes.

Sandra Di Lucca, brinda algunas respuestas: Los Z necesitan hacer varias actividades a la vez para sentirse parte, con comunicación on line constante y a otros estímulos en simultáneo. Necesitan un programa de formación que incluya el on line y offline, lo actual y lo histórico como parte de la comprensión de los conceptos donde los “para que” son más funcionales que los “por qué”.

## 2) La economía del lenguaje

- Se refiere al uso abreviado del código (palabras acortadas, frases incompletas, eliminación de algún elemento lingüístico, etc.).
- La exposición de los Z a la tecnología desde tan temprana edad generó un cambio de paradigma en su proceso de aprendizaje.
- Ese cambio se manifiesta en la metodología que utilizan y consideran adecuada para adquirir e incorporar conocimientos (“no hace falta leer el libro completo para comprender el todo, y es mejor internet... Lo que está en internet no requiere de procesos de comprobación, ni validez ni fuente”).

## 3) Nuevas tecnologías de información y comunicación

- No es necesario memorizar conceptos y temas que están disponibles en la web con un solo clic.
- La incorporación de las tics interpela la cultura del libro.
- Investigación cualitativa Flacso (Bogotá) la lectura es aburrida y el libro es un objeto con el cual tienen una relación difícil y desagradable.
- El libro se constituye en símbolo del pasado y del mundo, e internet emerge como el espacio del presente eterno, de los jóvenes.

Qué sucederá con el empleo en el futuro. Siguiendo a Harari “La pérdida de muchos puestos de trabajo en todos los ámbitos desde el arte a la atención sanitaria, se verá compensada en parte por la creación de nuevos empleos humanos”.

Si vamos a considerar el caso del médico, es muy probable que los médicos de cabecera que se ocupan de diagnosticar enfermedades conocidas y de administrar tratamientos comunes serán sustituidos probablemente por IA médicas. Eso tenderá a liberar recursos y ayudantes de laboratorios a fin de que realicen investigaciones punteras y desarrollen nuevos medicamentos o procedimientos quirúrgicos.

El desafío ya lo estamos viendo es que los nuevos empleos exigirán un **gran nivel de pericia** y por tanto no resolverán los problemas de los trabajadores no cualificados sin empleo.

La creación de nuevos trabajos humanos podría resultar más fácil que volver adiestrar a humanos para que se ocuparan realmente dichos puestos. Y como se señala hoy en los medios especializados ningún empleo humano que quede estará jamás a salvo de la amenaza de la automatización futura, porque el aprendizaje automático y la robótica continuarán mejorando. ■

### BIBLIOGRAFÍA:

- The Game. Alessandro Baricco. Einaudi Stile Libero. (2018)
- 21 lecciones para el siglo XXI. Yuval Noah Harari. Editorial Debate. (2018)
- Big data. Breve manual para conocer la ciencia de datos que ya invadió nuestras vidas. Serie Mayor. Ciencia que ladra.... Siglo XXI. Walter Sosa Escudero. VII edición (2021)

(\*) Facultad de Ciencias Médicas UNL - Universidad de Bologna



# UCA

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en  
Nutrición

Licenciatura en  
Kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en  
Enfermería

DEPARTAMENTO DE INGRESO  
[ingreso@uca.edu.ar](mailto:ingreso@uca.edu.ar)

### ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

[csmedicas@uca.edu.ar](mailto:csmedicas@uca.edu.ar)

Alicia M. de Justo 1600  
Puerto Madero - CABA  
0810-2200-822 (UCA)  
☎ 54 9 11 3023 4624  
[uca.edu.ar/zoom](https://uca.edu.ar/zoom)

# LOS CARDIÓLOGOS CADA DÍA MÁS DIGITALIZADOS



Por Santiago Troncar (\*)  
@stroncar

La adopción de tecnología avanza todos los días en la práctica médica, y en la vida de los pacientes. A veces lo hace a través de ruidosas noticias como la masificación del Chat GPT y su tecnología basada en Inteligencia Artificial, y tantas otras lo hace en silencio, lentamente, con esa rigurosidad, persistencia y resiliencia que define tanto a los profesionales médicos argentinos.

Semanas atrás se llevó adelante en Rosario el 1er Simposio de Salud Digital de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), organizado por su Consejo de la Salud Digital, grupo que trabaja desde hace ya más de dos años, impulsando el conocimiento y adopción de tecnologías en la comunidad de cardiólogos.

Tengo la gran oportunidad de viajar todos los años al Congreso Anual de la HIMSS (la Health Information Medical Systems Society) y participo anualmente de todos los eventos de medicina digital que puedo, tanto presenciales como digitales, públicos y privados.

Tengo que confesar que el Simposio de Salud Digital de la SAC me sorprendió por la calidad, la variedad de sus ponentes y temas, y por la profundidad que se animaron a abordar, desafío muy difícil de lograr en un evento con un programa académico de sólo 12 hs. de duración.

Es por eso que empecaré spoileando mi propio artículo: les recomiendo que no dejen de ver algunas de las 21 charlas que fueron grabadas y están disponibles en el website de la SAC <sup>(1)</sup>, o escaneando este QR Code que aquí publicamos:



Más abajo intentaré guiarlos para elegirlos.

En la apertura, introducciones y agradecimientos sucesivos, me parecieron muy interesantes las afirmaciones de algunas autoridades clave de la SAC.

Por ejemplo, en la bienvenida oficial, El Dr. Víctor Mauro, presidente electo de la SAC, explicó que, como dirigentes de la Sociedad, entendían la necesidad de “extender las paredes de los consultorios y las adherencias hacia la comunidad” a través del uso de tecnologías, una potente mirada médica reconociendo que la atención de pacientes ya no ocurre exclusivamente en los consultorios y centros de salud.

Analizando en detalle el Programa del Simposio <sup>(1)</sup> y los contenidos y speakers que los cubrirían, se cristaliza una muy interesante intención del grupo organizador - el Consejo de la Salud Digital de la SAC - de abordar varios ejes clave de la innovación digital en la cardiología:

1. Recorrer las tendencias generales y particulares de la salud digital, y su uso en cardiología.
2. Presentar casos concretos de uso de herramientas tecnológicas, ya generalmente aceptadas por los cardiólogos, como el monitoreo remoto de pacientes (invasivo y no invasivo), la telemedicina, las

apps mobile, chatbots y, sobre todo, el creciente uso de distintos tipos de wearables y sensores que permiten el seguimiento en tiempo real de pacientes, y/o la colección de data points y biomarcadores relevantes para analizar la salud de los pacientes y la efectividad de los tratamientos. Mención aparte merecen proyectos como CardioPatagonia, liderado por el Dr. Eduardo Filipini, o el proyecto de TeleStroke para prevención de ACV, del Hospital Privado de Rosario, liderado por la Dra. Guadalupe Bruera, ambas ponencias grabadas y disponibles en el website ya mencionado.

3. La explosiva oportunidad y el creciente uso de nuevas herramientas basadas en Inteligencia Artificial y Machine Learning, entre otras, abordadas a través de un variado lineout de profesionales del AI, médicos y no médicos, entre los cuales se destacaron las presentaciones del Dr. Maico Bernal, César Riat (experto en IA y creador del asistente virtual BOTI) y Luciano Tourn de WURU, sólo por nombrar a algunos de ellos. Mención aparte merece la presentación del Dr. Federico Cintora, ofreciendo una muy buena introducción sobre el “ABC de la IA”, tan necesaria para hacer un rápido catch-up del tema, y poder después entender en profundidad el presente y futuro de esta incipiente y potente disciplina, ahora aplicada a la salud.
4. Experiencias personales e inspiradoras de emprendedores notables que han logrado llevar adelante iniciativas exitosas en salud digital, no sólo en la Argentina sino también en distintos países del mundo, como Pablo Utrera de Doc24, Ingrid Briggiler de LlamadoAlDoctor, Andrea Barbiero de Co-Salud, Federico Pedernera de Innovamed, entre otros.
5. Un muy interesante ejercicio interactivo con la audiencia, liderado por el Dr. Mariano Benzaón, presidente del Simposio y director de Seguridad del Paciente del ICBA, para imaginar “el futuro de la cardiología”.

Frente a la creciente adopción de tecnologías entre médicos y pacientes, y viendo el profundo impacto que esto tiene en el rediseño de la experiencia clínica, y en el flujo de interacción entre profesionales y pacientes, me resultó muy interesante el comentario del Dr. Pablo Stutzbach, vicepresidente Iro de la SAC, quien comentó “Me estoy viendo cada vez más como un diseñador de servicios”.

Consultados para este artículo, los organizadores del evento se mostraron muy entusiasmados con el resultado del Simposio. “Se cumplieron los objetivos de inspirar, comunicar, y transmitir conocimiento, pero, sobre todo, el de generar comunidad” nos comentó el Dr. Mariano Benzaón, presidente del Simposio.

El Dr. Sebastián Benítez, director del Consejo de la Salud Digital de la SAC, nos dijo “A través del formato llamado Meet-up, y más allá de las charlas de altísimo nivel ofrecidas, se cumplió con creces el objetivo de generar comunidad. Conectarnos, sacar conclusiones y perspectivas en conjunto. La comunidad es lo que nos permitirá seguir creciendo a futuro”.

“Creo que logramos generar un espíritu colaborativo y entusiasta, que nos permitirá continuar empujando la innovación y la salud digital en la cardiología argentina”, cerró Benzaón.

“No nos podemos hacer los distraídos sobre el uso de tecnología; esto ya NO es el futuro, está entre nosotros y nuestros pacientes hace años”, reflexionó un reconocido cardiólogo, a viva voz en pleno workshop, rodeado de sus colegas.

Creo que su frase refleja muy bien el status actual, el reconocimiento, la aceptación y la necesidad de adopción que hoy se vive frente a las nuevas tecnologías, y su potencial para transformar por completo la práctica médica.

Ojalá éste se transforme en el nuevo modelo mental imperante; que la actitud y el liderazgo en innovación prevalezca cada día que pasa en más líderes de la comunidad médica argentina. ■

## REFERENCIA

(1) <https://www.sac.org.ar/evento/simposio-de-salud-digital/>

(\*) CEO de FutureDocs Latin America

# Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE  
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA  
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN  
0749

Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)



SSN

SUPERINTENDENCIA DE  
SEGUROS DE LA NACIÓN

# REFORMA DEL IOMA: DOS PROYECTOS EN PUGNA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (\*)

**E**l Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) es la obra social de los trabajadores del Estado de la Provincia de Buenos Aires. Cuenta con alrededor de dos millones setecientos mil afiliados y es la segunda obra social más grande después del PAMI.

El gobierno provincial actual, desde el inicio mismo de la gestión, viene impulsando una serie de iniciativas para un cambio en el modelo prestacional del Instituto, tendiente a un esquema integrado más parecido al público. A su vez, por otro lado, trascendieron algunas propuestas (no oficiales) que estarían siendo analizadas con la idea de introducir la posibilidad de libre elección de la obra social por parte de los afiliados al IOMA.

Estos dos modelos contrapuestos entre sí están en la agenda de los partidos políticos con posibilidad de acceder al gobierno provincial. El primero de ellos en caso de ganar el actual oficialismo, se trataría de una profundización de lo que está desarrollándose actualmente. El segundo, está en algunas mesas de equipos relacionados con partidos de la oposición.

El presente artículo analiza brevemente ambos modelos y sus consecuencias y finalmente propone una tercera alternativa.

## La propuesta de reforma de la gestión actual

Desde el inicio mismo de la gestión actual de la provincia de Buenos Aires, comenzaron a implementarse diferentes líneas de acción tendientes a un cambio en el modelo prestacional del IOMA. En diferentes artículos publicados en esta misma revista hemos ido analizando estas transformaciones que paulatinamente fueron introduciéndose a lo largo de estos casi cuatro años.

El modelo consiste en un primer nivel ambulatorio brindado a través de los denominados "policonsultorios", especies de centros de atención primaria con las diferentes especialidades. Estos especialistas son contratados como monotributistas, con un régimen horario determinado y una remuneración fija remediando una relación de dependencia.

En realidad, la contratación está tercerizada en una empresa, creada poco antes de implementar este modelo a la cual el IOMA le gira los fondos y es esta empresa quien contrata a estos médicos como monotributistas. Al no ser un esquema salarial tradicional, pero exigírseles un régimen horario específico y una remuneración fija, estamos en presencia de una contratación prácticamente en negro del Estado a través de contratos basura. Todo este esquema es muy poco transparente.

El segundo nivel en este modelo avanza hacia la idea de

contar con prestadores sanatoriales y hospitalarios propios o contratados directamente. Como antecedentes podemos mencionar el Hospital Gabriela Carriquiriborde en la localidad de Temperley inaugurado el 10 de agosto de 2020 como el primer hospital para uso exclusivo de afiliados al IOMA. En este caso se trata del alquiler de la ex Clínica Comahue, totalmente remodelada.

También podemos mencionar la contratación en forma directa del Hospital Italiano de La Plata y el intento de apropiación de la Clínica Mater Dei o la idea de un sanatorio propio en donde funcionará el Centro Oncológico de Excelencia (COE), ambas instituciones también de la ciudad de La Plata.

Finalmente, en este modelo, la alta complejidad se contrata mayoritariamente en la Ciudad de Buenos Aires en sanatorios y hospitales de prestigio como el Sanatorio Güemes, el Hospital Italiano y la Fundación Favalaro entre otros.

Además de la poca transparencia en las contrataciones mencionadas y los contratos basura, este modelo está llevando a una baja en la calidad de atención y a un aumento de las barreras de accesibilidad económica ya que muchas consultas y prácticas comienzan a cobrarse en efectivo por parte de algunos prestadores.

La profundización de este modelo dará por resultado una obra social parecida al PAMI, que terminará contratando al sector público hoy desmantelado y con una baja calidad de atención.

## El modelo de la libre elección del afiliado

Si bien no hay aún documentos o posturas que propongan esto oficialmente, en algunos bunkers de equipos técnicos de algunos candidatos de la oposición actual, se viene pensando en una opción que es darle la libertad de elección al afiliado para que pueda elegir otra obra social llevándose su aporte.

En la superficie aparece como una propuesta tentadora y con cierta lógica, sin embargo, esconde algunos problemas importantes. En primer lugar, esto no es posible hacerlo con el estatuto actual del IOMA por lo cual habría que cambiar la ley. Una segunda alternativa sería adherir a la Superintendencia de Servicios de Salud y en este caso el IOMA estaría regulado por este organismo debiendo cumplir sus premisas y el PMO nacional.

De hacer esta última alternativa, seguramente ocurrirá lo que pasa en muchas obras sociales nacionales que es el descreme, o sea se irán los afiliados de mayor aporte tentados por el marketing de algunas prepagas y al IOMA accederán muchos afiliados de otras obras sociales de bajos aportes disconformes con su obra social. En definitiva, se terminará desfinanciando al Instituto y deberá ser subsidiado por el Estado provincial.

Esta opción agregará además una mayor fragmentación al sistema provincial y hará perder aún más rectoría al gobierno.

## La tercera alternativa

Nadie duda que el IOMA necesita de mejoras, pero en esta etapa venidera lo que se debe hacer es un fortalecimiento y reingeniería de procesos de la Obra Social y no una reforma de su modelo prestacional.

El sector que sí requiere de un proceso de reforma profundo en la Provincia de Buenos Aires es el público. Es allí donde se observan los peores índices e indicadores que miden la salud poblacional. Es entre su población beneficiaria (los que tienen cobertura exclusiva del Estado que actualmente superan el 40 % de la población total de la provincia) que se observan las mayores tasas de mortalidad infantil, mortalidad evitable, malnutrición infantil, falta de esquemas de vacunación completa, bronquiolitis,



diarreas infantiles y mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles.

Es la oferta de servicios públicos la que está en estado de emergencia edilicia y de equipamiento. Es allí donde ocurren los peores problemas con el recurso humano en salud con bajos salarios y falta de especialistas no pudiendo completar guardias enteras en muchos hospitales del conurbano bonaerense.

Si queremos mejorar la equidad en el acceso es en el sector público en donde debemos invertir los escasos recursos que estarán disponibles seguramente el año entrante.

Es el sector público provincial, por otro lado, el más fragmentado, ya que cada uno de los 135 municipios tiene un sistema de salud propio nada coordinado con la provincia o con otros municipios. Hay más hospitales municipales que provinciales. Todo el primer nivel depende de los municipios con esquemas totalmente diferentes entre cada uno de ellos y con múltiples regímenes laborales. Todo ese modelo, que incluye una coparticipación por salud totalmente distorsiva, es la que requiere de una urgente reforma.

El IOMA en los próximos cuatro años debe recuperar el prestigio y calidad que supo tener. No se debe reformar su modelo prestacional, al menos en esta próxima etapa. Se deben realizar procesos de mejoras, una reingeniería interna y un fortalecimiento general. Se debe comenzar devolviéndole la autarquía que perdió allá en el gobierno de Cafiero y que hace que no todos los aportes de los empleados estatales y de la cuota correspondiente del empleador, o sea la propia provincia, vaya efectivamente al Instituto.

El propio actual ministro de salud de la provincia Dr. Kreplak, pero en su rol opositor decía el 1 de agosto de 2019 en el matutino Página 12, que en 2016 la diferencia entre los

ingresos y el devengado de IOMA fue de 1.900 millones de pesos y en 2017 de 1.147 millones.

Sin embargo, ya estando él de ministro, durante el año 2020 en donde las prestaciones cayeron en porcentajes muy altos producto de la pandemia y por ende el gasto del IOMA en prestaciones, esa diferencia fue de 8.000 millones de pesos según un informe de la Asociación Judicial Bonaerense (AJB), que integra el directorio, cifra que de haber sido volcada al sistema de salud hubiera mejorado mucho su performance.

En definitiva, hace alrededor de 35 años que al IOMA ingresa menos financiamiento que el que le correspondería por los aportes genuinos de trabajadores y empleador. Recuperar eso es un primer paso.

En segundo lugar, se deben efficientizar mucho el gasto en medicamentos e insumos de alto costo. Allí hay un espacio enorme para la mejora de la eficiencia. En tercer lugar, se debe avanzar hacia una agenda digital más profunda. Finalmente se debe recomponer honorarios a los profesionales médicos, bioquímicos, odontólogos, otros. Esto significa intervenir en la puja distributiva haciéndola más equitativa y poniendo los incentivos correctamente.

El IOMA no es el problema de salud de la provincia. Reitero que, si debe mejorarse, aggiornarse y efficientizarse. Con solo esos cuatro puntos descriptos volveremos a tener la mejor obra social. Lo que requiere una reforma urgente y mejora profunda es el sector público. Allí es donde se debe hacer una inversión muy grande. Esperemos que nuestros futuros representantes entiendan esto y estén a la altura de las circunstancias y que no sea otra oportunidad perdida. ■

(\*) Médico - Especialista en Salud Pública



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614

[www.prosanity.com.ar](http://www.prosanity.com.ar)

# UNA ADECUADA RETRIBUCIÓN A LOS MÉDICOS



Por el Dr. Hugo E. Arce (\*)

**E**n el mes de mayo hicieron eclosión diversas protestas referidas a la retribución de los médicos, especialmente en la ciudad de La Plata. Algunos medios periodísticos informaron un marcado déficit de clínicos y pediatras, que no ocupan vacantes hospitalarias, ya que la sobrecarga de trabajo agota la expectativa vocacional de los potenciales postulantes, antes de que ocupen los cargos.

El conflicto instaló nuevamente en la agenda sanitaria, la situación laboral de los profesionales jóvenes, que periódicamente estalla cuando la demanda asistencial satura los servicios, ya sea por insuficiente dotación de cargos o por un inesperado crecimiento estacional/epidémico de la demanda. El problema, que toma estado público en forma intermitente, proviene desde hace décadas de las características que tienen los puestos de trabajo hospitalario en el país.

Veamos la fuerza laboral de las profesiones sanitarias esenciales. Los datos oficiales disponibles en Internet no corresponden al mismo año: a) en 2020 había un total 183.475 médicos; b) en 2019 había 234.527 enfermeras/os; c) el censo general de 2022 arrojó un resultado provisional de 46.044.703 habitantes. Admitiendo la divergencia de las fechas de esos datos, resultan promedios de un médico cada 250,9 habitantes y un cargo de enfermería cada 196,3 habitantes.

La proporción de enfermeras/os por cada médico es baja con respecto a la distribución en países con sistemas de salud más desarrollados: 1,28 enfermeras/os por cada médico. Además, esa dotación de enfermería no es homogénea: un 16,2% son licenciados universitarios, un 51,9% son profesionales o técnicos (educación secundaria y título terciario no universitario) y 31,9% son auxiliares (educación primaria y un año de capacitación).

Estos datos -de consistencia discutible por su dispar fecha de referencia- aportan una aproximación a las dimensiones globales de la fuerza de trabajo, que sostiene nuestra organización sanitaria. Sin embargo, facilitan inferir por sus magnitudes relativas y por la observación empírica, que una buena parte de las tareas específicas del personal de enfermería, son ejecutadas por médicos jóvenes en etapa de formación inicial.

En efecto, monitoreo de signos vitales,

suministro de medicación oral, colocación y extracción de vías parenterales, curación de heridas, traslados de pacientes y comunicación con los familiares, son frecuentemente realizados por médicos residentes, en tareas para las que no fueron específicamente capacitados.

Esta diversificación de funciones, junto con una sobrecarga laboral de dos guardias semanales, participar en ateneos, asistir a clases y estudiar temas especializados para alguna actividad docente, contribuyen a acumular un exceso de responsabilidades, que desemboca fácilmente en agotamientos físicos y mentales, tipificados a menudo como *burn out*.

Esa somera descripción es compatible con la trayectoria inicial de profesionales, que tienen la suerte de cursar un programa de residencias médicas, y que son menos de la mitad de los médicos que se gradúan en cada promoción.

Otro conjunto importante es el de los que no completan su formación por medio de residencias -ya sea por propia decisión o por calificación insuficiente-, comienzan su carrera haciendo guardias de emergencias en sanatorios de la periferia de grandes ciudades, donde no adquieren una capacitación sistemática.

El segmento que cursa residencias debería seguir un plan progresivo: los que van a optar por una especialidad clínica, deberían empezar por formarse en Clínica Médica; lo mismo debería ocurrir con los que van a elegir una especialidad quirúrgica o pediátrica. Pero lo más frecuente es que salteen escalones, y accedan a la especialidad sin haber pasado por la etapa de formación general.

Aunque en el imaginario social suele suponerse que, los médicos al graduarse no son más que "clínicos", la clínica médica es en realidad la *madre* de todas las especialidades. Son muy pocos los profesionales que pueden ostentar con solvencia la condición de médicos clínicos.

Existen también diversos programas de formación en medicina general o en medicina familiar. Algunos se limitan a organizar una rotación por las 4 especialidades básicas: clínica, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Pero una adecuada capacitación en medicina general requiere consolidar a un profesional que puede sostener un enfoque clínico, en las distintas etapas del acceso a servicios de salud, desde el 1<sup>er</sup> nivel de atención ambulatoria, hasta la internación de alto riesgo vital.



Un médico de estas características debería además responder eficazmente a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la salud comunitaria. Este modelo médico puede desarrollarse en quienes ejercen en comunidades vulnerables, con limitados recursos tecnológicos. Pero en grandes ciudades, con alta disponibilidad de tecnología, lo habitual es que se vuelquen a actividades muy especializadas.

La información del recuento de personas, mostrado más arriba, no es compatible con los registros de puestos de trabajo. Cada profesional suele cubrir más de dos puestos y, una parte significativa de ellos cumple funciones administrativas o de gestión institucional, de modo que no está disponible para tareas asistenciales.

La vida cotidiana habitual, tanto de médicos como de enfermeras, transcurre en un hospital público por la mañana, un sanatorio privado o un consultorio por la tarde y alguna prestación especializada a demanda. Esta variación de ámbitos de ejercicio profesional actúa en forma negativa en el rendimiento y la calidad de sus acciones.

Sus recursos económicos de subsistencia se constituyen por la sumatoria de distintas retribuciones parciales, para que tiendan a ser más satisfactorias.

Para ilustrar este comportamiento operativo, se ha acuñado el calificativo de "bombero". Pero ese comportamiento de economía laboral termina construyéndose a expensas de la formación científica, de proyectos de investigación y de actividades docentes.

Como no se cuenta con una política extendida de calificación del personal y escalafón profesional, los directivos de establecimientos públicos o privados recurren el simple método de flexibilizar el cumplimiento del horario nominal, en proporción directa a la antigüedad y la experiencia.

La inercia de esta conducta determina que los más antiguos incrementan su retribución, no por mayor nivel salarial, sino por menos horas de trabajo para la misma remuneración. Predomina el implícito fundamento de que los más experimentados, ya han acumulado una cantidad adecuada de años "pagando derecho de piso".

La escala salarial en las profesiones de mayor calificación no es un asunto para derivar a ciertas costumbres de arrastre, sino un aspecto de la política de personal, que una empresa de servicios no puede dejar sujeta a decisiones menores.

El problema, quizás es que, en los servicios de salud -tanto públicos como privados-, existe cierto prurito en considerarlos empresas.

Cuando los médicos reclaman por la magnitud de su retribución, lo hacen por uno de sus puestos de trabajo, y seguramente el reclamo es justo. Pero a medida que avancen en su experiencia profesional, irán dejando de cumplir con los horarios que nominalmente les correspondan.

La carrera escalafonaria, así escalonada, concluirá jerarquizando segmentos menores de cumplimiento. Este proceso no es verdaderamente un desarrollo virtuoso de la profesión. ■

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

## La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

[www.lamutual.org.ar](http://www.lamutual.org.ar)

### Praxis I Médica

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

#### Nuestro valor

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

#### Nuestras publicaciones



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



# EDUCANDO AL MÉDICO



Por Fernando G. Mariona  
Abogado (\*)

Para desarrollar una cultura de gestión de los riesgos dentro de un establecimiento médico, conviene disociar la noción de accidente, de la de error. Cuando llega el momento de dictar una sentencia, ya sea en *Primera Instancia* cuanto, en *Cámara*, los jueces analizan el comportamiento humano que pudo haber llevado al médico a la producción de hechos dañosos, fundado en su criterio y en la opinión del perito médico de oficio que, si bien no es vinculante, puede “abrirle la cabeza” al magistrado, para que entienda de qué se trata.

Los errores en medicina son precisamente el riesgo inseparable del servicio del cuidado de la salud, y no siempre podrán ser considerados como culpa. En el cuidado de la salud, los actores de primera línea – médicos a cargo del tratamiento del paciente – serán responsables en razón de su culpa, en caso de que se cometa un error objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En el campo del derecho se los denomina errores **inexcusables**.

Pero, la enfermedad es un riesgo **propio** del paciente, nada más que por haber nacido y/o estar en este mundo. Por ella el médico no deberá responder, pero si decide darle tratamiento a la enfermedad de quien la padece, con una terapia más riesgosa que la enfermedad, y si se equivoca culposamente en el balance de la ecuación riesgo/ beneficio, produciendo un daño **evitable**, deberá responder.

El *error humano* siempre se presentó como una falla culpable ligada a la inconstancia del ser humano, capaz de lo mejor y de lo peor.

Es a la vez un obstáculo para la obtención de una performance regular y repetitiva, y también **la fuente** de fallas más graves que ponen en peligro la permanencia segura del sistema del cuidado de la salud para que no ocurran los accidentes **que algunas veces son previsible y evitables**. En algunas ocasiones son imprevisibles, en otras son inevitables, y en todos los casos podrán producir objetivamente un daño.

Lo que el médico debe poder probar es que hizo todo lo

posible para tratar de evitar la producción del daño, en caso de que sea evitable.

Para evitar el daño, **hay que conocer el riesgo, no subestimarlos, e informarlo**.

Para desarrollar una cultura de “*Gestión de los Riesgos*”, y una acción para tratar de disminuir el riesgo del error médico y evitar o reducir el daño que ha de sufrir el paciente, el error debe ser examinado independientemente de la responsabilidad del actor de primera línea.

Se tratará de analizar el riesgo **antes**, para conocer las posibles causas y el contexto del error. Esto supondrá liberarse de la búsqueda de un responsable para echarle la culpa, y evaluar porqué de repente el médico a cargo del paciente, no está o estuvo hablando con un paciente, sino que ahora por no hacerlo antes, lo tiene que hacer con una víctima, o con alguien enojado de su familia.

Los establecimientos médicos, que es el lugar donde trabajan los médicos, deberían tener un sistema de trabajo. Y saber que todo sistema lleva en sí mismo condiciones que favorecen el error: defectos de concepción, defectos de reglamentación, inexistencia de controles, carencias de *management*. Se trata de errores **latentes**. Están ahí, **agazapados**.

El operador de primera línea -es decir el médico- pondrá de manifiesto esos errores **latentes**, mediante la concreción de errores **patentes**, *exhibiéndose*, con motivo de circunstancias particulares, del médico, del paciente, del equipo del cuidado de la salud, de la gestión institucional.

El análisis de la novísima denominación médica justificativa de “*accidentes*” ya no debe estar centrado únicamente en los errores de los operadores.

También lo debe estar en la búsqueda de las insuficiencias *institucionales*, es decir en las defensas del sistema, en la **inexistencia de barreras** que permitieron que el error del médico, los errores del sistema (conducta institucional) o una combinación de ambos, degeneraran en un “*accidente*”, que, en caso de producir un daño evitable, y que el paciente se transforme en víctima,

Para hacer progresar la *seguridad del paciente*, conviene considerar que el accidente no está ligado únicamente al error del médico. El accidente está más bien ligado a las situaciones en las cuales un error humano ha podido ocurrir, y, mediante una “cadena de circunstancias”, se pueda llegar al accidente por falta de protección del sistema interinstitucional.

El “*accidente*” no es más que el revelador de una o varias defensas defectuosas del sistema en su conjunto. Un sistema interinstitucional seguro debe permitir resistir a los errores y a las fallas, y protegerse contra sus consecuencias: Se trata del enfoque sistémico de la gestión de riesgos.

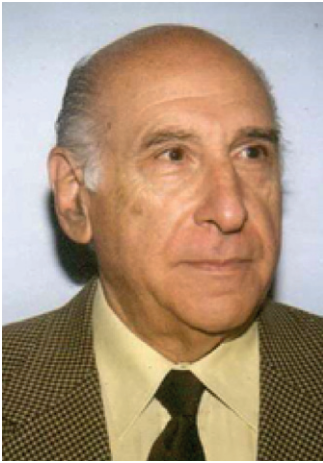
Cuando el paciente se transforma en “*víctima*”, el error humano será considerado como una falta susceptible de comprometer una responsabilidad.

Si los médicos que trabajan dentro de las instituciones - con o sin relación de dependencia - no son capacitados, educados y controlados para tratar de evitar que se produzcan errores, será muy difícil alcanzar el objetivo de la mentada *seguridad del paciente*.

**En mi concepto, la seguridad del paciente no se alcanza solo educando al paciente, sino también capacitando al médico. ■**

(\*) CEO de RiskOut, miembro CD del ITAES, y autor del libro “*Cómo tapar los agujeros*”. Una metodología para la Gestión del Riesgo y la Seguridad del Paciente.

# LA INTEGRACIÓN



*"Cuando algo es lo suficientemente importante, hazlo igual aunque las posibilidades no estén a tu favor" - Elon Musk.*

Por el Prof. Armando Mariano Reale (\*)

Todos los modelos sanitarios son buenos en la medida de sus resultados en términos de eficacia, eficiencia y equidad en el acceso a los servicios de atención médica. Por lo tanto, este es el gran desafío y objetivo de los cambios o reformas que se plantean para mejorar el desempeño del sistema de atención médica actual.

La literatura en materia diagnóstica, cuenta con brillantes y coincidentes opiniones, en tanto que las propuestas no plantean la acción después de la planificación, el rumbo a seguir y cómo enfrentar los obstáculos.

El problema es de larga data y no parece que pueda superarse por los mecanismos legislativos en los que sólo pueden identificarse en cuánto a la centralidad del sistema en el Ministerio de Salud y la articulación de los sectores por medio de acuerdos, mecanismo que presta cierto margen a la incertidumbre sobre su futuro.

En definitiva, las leyes de por sí no producen cambios sustantivos si no existe una decisión política despojada de trincheras ideológicas, teóricas o las que se originen a través de las expectativas a que da lugar su planteo.

Como la integración es lo opuesto a la segmentación según fuera la capacidad económica de la población, debe desarrollarse una mirada diferente pero a la vez disruptiva.

La evidencia muestra que el funcionamiento, la estructura y la organización de los sistemas de atención médica están condicionados fundamentalmente por la fuente de financiación,

si es pública o privada, toda vez que importan las decisiones sobre la forma en que se reparten y aplican los recursos.

En consecuencia, la centralidad del problema está en la posibilidad de integrar los recursos cualquiera fuese su fuente, contributivo, público o privado. En segundo término, está en la capacidad de gestionar esos recursos por las distintas jurisdicciones del país, teniendo en cuenta que salud como función pública no ha sido delegada en la nación.

La gran autonomía que han alcanzado las organizaciones, tanto públicas como privadas y de obra social no hacen posible lograr la aludida integración de recursos porque defienden su individualidad, supervivencia y no quieren perder poder.

En orden a ello es necesario buscar otras alternativas. En esa búsqueda se encuentra el art.4º de la ley 23661 por la que se promueve la descentralización progresiva del seguro en las distintas jurisdicciones lo que podría reducir la brecha de equidad producto de las distintas fuentes de financiación.

En definitiva, si reconocemos que la integración del sistema depende de la posibilidad de integrar la fuente de financiación y que estos recursos se gestionen de una manera descentralizada, transfiriendo el poder en la toma de decisiones en las distintas jurisdicciones sería posible reducir la brecha de equidad en el financiamiento y avanzar hacia una atención médica accesible, suficiente y oportuna para toda la población.

Sin embargo, el Ministerio de Salud lejos de liderar esta integración ha preferido llevar adelante programas verticales que no actúan sobre la organización del sistema, sino que tratan de paliar las insuficiencias del mismo.

De este modo ha llegado a constituir un nuevo subsector, toda vez que son programas que cuentan con una financiación, un plan de beneficios y una población beneficiaria.

El avance tecnológico y científico ha generado nuevos problemas, toda vez que la fuerte influencia del mercado en la expresión de la demanda alienta su uso abusivo y contribuye a la segmentación de la población según fuera su capacidad económica o tipo de cobertura pública, privada o de obra social.

La gestión de los recursos mayoritariamente privada en el sistema contributivo sorprendentemente demanda el auxilio del Estado al ver comprometidos sus recursos por el alto impacto de los precios en su economía.

Es obvio señalar que no corresponde asignar un subsidio con fondos públicos, sino asignar nuevos recursos sean contributivos, públicos o ambos para constituir un fondo de financiación con gestión pública descentralizada para hacer posible un uso racional de la financiación en beneficio de toda la población. ■

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

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

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

Porque seguridad es tranquilidad.



## COSTOS LEGALES DERIVADOS DE LOS AMPAROS VS. COSTOS DE SISTEMA DE PREVENCIÓN



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

Comenzamos haciéndonos esta pregunta de la cual imaginamos la respuesta: *¿Quién no desea gozar de una excelente salud?* Cada uno de nosotros desea y espera contar con una salud plena y permanente, pero sabemos que esto depende de muchos factores, algunos de los cuales se salen de nuestro control.

Por esta razón, es fundamental poder recibir los servicios de prevención y atención, que tiendan a brindar una buena calidad de vida según las necesidades de cada uno.

La Organización Mundial de la Salud afirma que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*. Y acordamos con ello, el tema en debate es ¿cómo lograrlo?

El ámbito de la salud, esencial al ejercicio de los derechos de las personas, presenta en su faz práctica no pocas dificultades. Existe un conjunto de actores y factores que componen el universo jurídico sanitario, a lo que debe sumársele la pluralidad casi infinita de formas de agraviarlo.

Los últimos datos sobre amparos existentes contra los Agentes del Seguro de Salud que surgen del Registro Nacional de Juicios de Amparos de Salud de la SSSalud muestran un incremento sostenido de la judicialización de las prestaciones con un 60% de juicios finalizados con sentencia a favor del amparista.

Es decir que en un 60% de casos, la justicia ordena cubrir la prestación reclamada por amparo.

Los afiliados o socios de las Obras Sociales y de las empresas de Medicina Prepaga frente a la negativa de la cobertura de la prestación solicitada desconocen los límites del Programa Médico Obligatorio, por lo tanto, ante el NO SE CÚBRE recurren a la justicia que, como sabemos no quiere ser responsable del deterioro de la salud o aún de la muerte del ciudadano reclamante.

También sabemos que muchas veces la prestación solicitada no cuenta con evidencia científica y hasta puede ser contraindicada causando consecuencias negativas para la salud del amparista, pero se ordena igualmente su cobertura. En muchos casos no existe tal riesgo.

Desde el otro lado se escuchan voces que sostienen que las

Obras Sociales deben administrar eficazmente los limitados recursos con los que cuentan, con el objetivo de garantizar a toda la población beneficiaria el acceso oportuno a los servicios de salud; y que muchos fallos omiten tener en cuenta que esta última también tiene derechos que deben ser contemplados.

Y así podríamos seguir con la casuística y porcentajes de un lado y del otro, resultando no muy prometedor, por cierto.

Desde una mirada constructiva y propositiva sobre esta realidad, se podría contar con algunos recursos por parte de las Obras Sociales y de las EMP, para reducir al menos la incidencia de estos costos en la organización, analizando en principio cómo se trasmite al afiliado/socio ese “NO SE CÚBRE”, creyendo que muchas veces la **forma de la comunicación** de la negativa podría incidir en la voluntad del individuo al momento de evaluar recurrir rápidamente a los abogados amparistas.

Y pareciera un tema menor, pero sabemos que no lo es. En el medio de la angustia, la tensión, el frío mensaje de quienes atienden a estas personas es casi monosilábico “NO”. Si esta comunicación pudiera tener como centro a la persona, entendiendo el momento que está transitando, ofreciendo otro tipo de ayuda en caso de ser necesario; sabemos que los resultados podrían ser otros.

Crear una relación de mayor acercamiento con los profesionales prescriptores de prestaciones o medicación que exceden los parámetros del PMO y aún de la ANMAT con el fin de imbuirlos acerca de la problemática y poder analizar en conjunto alternativas de tratamientos, podría ser también una acción que tienda a reducir las acciones de amparo.

Asimismo, una de las herramientas más eficaces a la hora de prepararse para una eventual negociación es la Best Alternative Than Negotiation Agreement (BATNA), cuya traducción es (MAAN), Mejor Alternativa frente a un Acuerdo Negociado.

Es útil para prepararse para una negociación o bien para evaluar los costos de las decisiones que se toman, pensando en comparar varios ítems que tienen que ver con esos costos, no solo los honorarios de los letrados, sino la publicidad negativa entre otras.

Muchas veces no existe la conexión necesaria entre el área legal y el área de autorizaciones médicas que haga posible un análisis pormenorizado de las características de la prestación solicitada y de las opciones que podrían evaluarse antes del rechazo de la cobertura.

Es decir, en un área de evaluación previa, con recursos humanos especializados en este análisis, tratar de obtener de antemano los riesgos y los costos que implican una decisión u otra. Elegir con elementos veraces cubrir la prestación o cumplir con la sentencia del resultado del amparo.

Generar un consenso entre todos los actores del sector salud para crear un espacio de diálogo en el ámbito gubernamental a modo de un *Centro de Métodos Colaborativos* para resolver los conflictos en salud, a cargo de *Mediadores y Arbitros* seleccionados y capacitados para ejercer el rol, donde se puedan obtener resultados rápidos y con criterios científicos legitimados.

Como ejemplo de lo expuesto vale el modelo de arbitraje médico vigente en México. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es una institución gubernamental que orgánicamente depende de la Secretaría de Salud, autoridad sanitaria federal cuya función principal consiste en coordinar

las acciones del Sistema Nacional de Salud orientadas, de manera general, a proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas, como lo dictan las disposiciones jurídicas correspondientes.

El arbitraje es una figura jurídica ampliamente reconocida en nuestro derecho positivo por las ventajas que tiene respecto de los juicios que se desahogan ante los órganos de impartición de justicia, pues sin pretender sustituirlos, otorga a las partes la posibilidad de resolver sus diferencias en un tiempo más corto que el que usualmente se lleva en los tribunales, lo que además es acorde con la tendencia internacional de hacer efectivo el principio universal a cargo del Estado de brindar justicia pronta y expedita.

Se dice que plantear la mediación dentro del ámbito del Poder Judicial tiene que ver con la moral, en tanto que abordar la mediación por fuera nos acerca a la ética. Justamente porque nos acerca a dos preguntas claves: ¿Qué puedo hacer yo? ¿Y qué podemos hacer nosotros con esto?

**Incluir la problemática de la Judicialización en las reformas previstas del Sistema de Salud.**

Es una realidad la necesidad de revisar el sistema de salud en general para buscar soluciones consensuadas que logren el tan declamado objetivo de la atención primaria universal y equitativa en salud que hace varios años se viene manifestando por parte de los actores de los subsistemas y aun del Estado nacional.

Nos preguntamos por qué no se ha podido avanzar cuando en realidad se persigue el mismo objetivo de mejorar la accesibilidad a la atención, la calidad de los servicios y sobre todo la equidad, a cambio de acceder a servicios de salud según se tengan o no ingresos y según la ubicación geográfica de los ciudadanos.

¿Haría falta consensuar? ¿Entre quiénes? ¿Hay una agenda? ¿Plazo? ¿Sobre qué valores? ¿Se probaron todos los métodos? ¿Se dialoga con verdadero compromiso? ¿Se escuchan los que participan de esos diálogos? ¿Se establecen negociaciones colaborativas basadas en verdaderos intereses? ¿Se analiza si hay intereses complementarios? ¿Está claro cuál es la prioridad de la población? ¿Hay intereses subyacentes?

Estamos hablando de una política pública prioritaria en la que interviene no sólo el Estado nacional sino, quienes establecen los parámetros de cobertura, los que los financian, los que los fiscalizan, y aún los que utilizan los servicios de salud.

**Tarde o temprano, todos nos transformamos en usuarios del sistema y entonces volvemos a la pregunta del inicio: ¿Quién no desea gozar de una excelente salud? ■**

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



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

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

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

# LA TRAGEDIA SANITARIA (2ª PARTE) “TENSIÓN DE DERECHOS”



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

En un artículo anterior daba cuenta de una propuesta acerca de encontrar similitudes y coincidencias entre los términos “tragedia educativa”, acuñado por el Prof. Jaim Etcheverry, en 1991, y “tragedia sanitaria”, que con cierto exceso adjetivaba, con la finalidad de encuadrar un constructo conceptual, con cierta ambición argumentaba mi ensayo, por demás muy crítico, pero con la plena convicción e intención de proponer alternativas de posibles salidas a la grave situación observada.

En este artículo de opinión, propongo otra arista de abordaje, que de la misma manera contribuya a ese constructo, en particular desde una perspectiva del derecho de la salud; anticipando una tensa relación, entre aquellos de carácter individual y otros de carácter colectivo, que agravan, a mi buen saber y entender, la definida “tragedia sanitaria”.

La sensación de frustración, hartazgo, cansancio y decepción de todos los actores sociales, en nuestra condición de “sujetos”, con relación a los supuestos beneficios derivados de los prolíficos preceptos del marco jurídico - normativo en nuestro país, que determinan una colisión con la vivencia traumática de un acceso efectivo a los servicios de salud.

Este desencuentro provoca efecto con daño, que puede ser causa justa de esa bronca sostenida, expresada en términos de violencia hacia el equipo de salud, que no solamente es injusta, sino también lesiva del deterioro de la malla de la convivencia social, circunstancia que se convierte en un combustible muy peligroso e incendia la democracia, la institucionalidad y la gobernabilidad, alertando con luces rojas, riesgos inminentes en la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Comparto una reflexión, de carácter semántico más que conceptual, diferenciando, entre “derecho a la salud” y “derecho de la salud”, en el primero, de carácter prestacional y orientada al “acceso” de bienes y servicios, enfatizando más el “uso o consumo”; del otro, el “derecho de la salud”, en el que rescato más lo simbólico, con alcance valorativo como bien social jurídicamente tutelado, mediante el cual “la salud”, se propone como un “constructo socio cultural propio de la persona y del conjunto social – la población”, como un “bien preciado de carácter” presunto, pero ideal con cierto atributo de utopía, aspiracional, en el supuesto de percibir “bienestar”; destacando que los predeterminantes genómicos de enfermar, hacen

imposible que la especie humana, en su condición de tal, esté libre de cualquier condición mórbida subyacente, latente o de aparición futura, que libre a cualquier ser humano de no padecer ninguna afección a lo largo de su vida.

“Vivir es una condición suficiente y necesaria para enfermar y/o de morir”; todas las personas, sin excepción alguna, en la medida que se agreguen años a la esperanza de vida, seremos pasibles de padecer alguna enfermedad, de diferente tipo, intensidad y frecuencia; tanto por causas externas (accidentes), por agentes infecciosos, u otras de evolución crónica y no transmisible, enfermedad mental, cáncer u otras de las 10.000 entidades codificadas por la OMS.

Las sociedades se deben medir en el campo de lo axiológico, en la manera que cuidan a los ciudadanos más vulnerables, los niños, las niñas y los ancianos.

Como encuadre de la “tragedia sanitaria” propuesta, la manera en la cual las sociedades definen y determinan el alcance del *derecho de la salud*, es un objeto de análisis, como factor determinante.

La salud es un derecho humano fundamental, de 2ª generación, (Karek Valsac, jurista de origen checo, agrupados originariamente en tres categorías, en 1979). Su enunciado tiene arraigos etnocentristas de base europea, con un claro sesgo occidental en su expresión, atribuyéndole singularidades, muy diferentes del encuadre oriental.

En la Argentina la “Salud” es una facultad no delegada de las Provincias a la Nación, previo a la conformación federal como país, por lo que se reservan a ella las garantías derivadas.

Nuestra carta magna incurre en una fórmula jurídica propia, que aborda el derecho de la salud de manera implícita, no se expresa de forma narrativa, taxativa ni explícita, a diferencia de otros derechos, por ejemplo, el derecho al trabajo. De esta forma su alcance queda sujeto a la adhesión de otras normas de carácter supraconstitucional (tratados), a la interpretación judicial y al tratamiento que se detalle en cada una de las constituciones provinciales.

La incorporación de los contenidos de tratados internacionales con validez constitucional, le imprime valores muy característicos; componente de una perspectiva desde el derecho “positivo”, con gran amplitud de beneficios; basta solo con recuperar lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 25 párrafo primero establece que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Este contenido como descriptor, en un país de organización federal, como el nuestro, y en el cual la salud, y por ende su derecho vinculado, como una facultad no delegada, hace las reservas de las garantías de regulación y fiscalización; observando, hacia dentro de las constituciones provinciales, que 17 de las 24 constituciones provinciales muestran de manera explícita al derecho de la salud, distinguiendo este tratamiento normativo, de lo establecido en la Constitución Nacional, generando una cierta tensión, en función de las responsabilidades de gestión de gobierno en cuanto a las obligaciones del Estado Nacional con relación a las Jurisdiccionales (23 Provincias y una Ciudad Autónoma), en particular en la respuesta sanitaria de cumplimiento efectivo a la persona física, con necesidades de cuidados a la salud y de atención de la enfermedad.



## “ Como encuadre de la “tragedia sanitaria” propuesta, la manera en la cual las sociedades definen y determinan el alcance del *derecho de la salud*, es un objeto de análisis, como factor determinante. ”

¿De quién es la responsabilidad de garantizar la prestación de manera efectiva, tanto en tiempo como en forma, en cuestión de la calidad (oportunidad, pertinencia., etc.) y seguridad, en la provisión y prestación de los servicios, que contribuyen con la salud integral, y por ende de la calidad de vida de las personas y de las poblaciones?, es: ¿del Estado Nacional?, ¿del Estado provincial? y/o ¿del Estado Municipal?, es ¿de todos? “CUANDO ES DE TODOS no ES DE NINGUNO”.

El alto porcentaje de casos en los cuales la resolución sanitaria es impuesta desde el poder judicial (judicialización de la salud), muestran a las claras la falta de respuestas del sistema de salud.

¿Qué actor social con función de gestión gobierno, es el responsable de los retrasos, en meses e incluso años que dan cuenta en la actualidad de las extensas listas de espera? (se afirma que hay pacientes que hace años aguardan una fecha para la realización de una cirugía de reemplazo de cadera, por patología cardiovascular, por cáncer, etc.), o en otro extremo, los problemas de salud que no se resuelven de manera oportuna, agravando la evolución de la patología, realizando prestaciones diagnósticas y terapéuticas mucho más costosas, incluso una consecuencia mucho más grave, más trágica, “la muerte, probablemente de causa prevenible”, la cual llega antes que la respuesta sanitaria, la cual debía haber sido brindada por los servicios de salud.

¿Cuál es el límite en la responsabilidad individual de cada actor social?, ¿es exclusiva del “título” profesional y directamente de aquella derivada de su praxis?, cuando en realidad no se le brindan las condiciones, indispensables y necesarias, para llevar a cabo su tarea de manera adecuada, o por el contrario ¿es de la conformación, modelo de organización y funcionamiento real del actual sistema de salud?, o quizás ¿es de los decisores políticos, gubernamentales?, quienes incluyendo en sus argumentos de campaña miles de promesas proféticas, que no se concretan en la responsabilidad de la gestión ni en la formulación de políticas públicas.

Hoy es notorio desde cualquier perspectiva de análisis, con sesgo de marcada complicidad, la intención de sostener un sistema de salud “asistémico”, altamente ineficiente, desorganizado, inequitativo, costoso, sobre ofertado, con indicadores de no calidad, inoportuno e insatisfactorio, dando argumentos suficientes para la habilitación de un “tratamiento judicial” de un problema sanitario.

Otorgándole a un juez un rol de carácter “curativo”, concediéndole y transfiriéndole los valores derivados de la sabiduría científico – médica, al decidir al momento de administrar justicia, el momento más apto en la provisión de cuidados, y una manda, para que instrumente de manera inmediata la asignación de los recursos necesarios para garantizar el derecho de la salud, los cuales en una economía de escasez, se los saca a otro paciente, el cual ve diferida su curación cambiando su pronóstico, poniendo en evidencia, entonces, la citada tensión de derechos (teoría de la “sabana corta”).

Hoy surgen una gran cantidad de preguntas con pocas respuestas, que permitan comprender esta trágica realidad, las que abren debates y contraposiciones contra fácticas.

Esta muy dura y cruda realidad, que se sufre, cada vez más intensa, en la que los verdaderos “padecientes” de esta tragedia sanitaria son por un lado, los enfermos, que a imagen y semejanza de un peregrino, andan angustiados, deambulando por diferentes hospitales, servicios de salud, direcciones médicas, golpeando puertas de consultorios, pidiendo a conocidos alguna recomendación, tratando de encontrar por cualquier medio, una solución a la enfermedad que los aqueja, reclamando, exigiendo y muchas veces implorando una solución, cuando en realidad tiene derecho de carácter constitucional, que los asiste, y los debería proteger, los gobiernos son indiscutiblemente los garantes de su efectivo cumplimiento.

No solo los pacientes, sino también lo padecen, los integrantes del equipo de salud, los cuales también son víctimas de esta tragedia, de esta tensión de derechos; cotidianamente ven deteriorado su salario, su bienestar personal, su desarrollo profesional, su reconocimiento académico, desmotivándose, decidiendo emigrar a otro país, incluso abandonando su profesión, o condicionados por circunstancias mucho más graves, actuando de manera desinteresada, exponiéndose a actos riesgosos, aceptando múltiples lugares de trabajo, con pésimas condiciones de empleo, extensas cargas de trabajo, con horas interminables, que determinan la fatiga y por supuesto una mayor propensión al error, causales de daño a las personas, que debían de cuidar o de curar, incluso a ellos mismos, en ocasión a las demandas judiciales a los cuales son expuestos.

Entonces, afirmo con cierto énfasis esperanzador, que estamos ante un fin de ciclo y cambio de época, que hace insostenible esta realidad, del cual se desprende que resulta indispensable e impostergable generar y abrir espacios de diálogo y de debate amplios, intersectoriales e interjurisdiccionales, entre el gobierno, la academia, la ciencia y la comunidad, con la finalidad de revisar los extensos marcos normativos, los que deben ser modernizados y compilados.

Elaborando un código sanitario nacional único, de carácter prescriptivo y de procedimientos estandarizados; que den cuenta de nuevos compromisos sociales, con la finalidad de corregir los desvíos en cuanto al incumplimiento de las responsabilidades de todos los actores, en la gestión, gerenciamiento de los servicios y en la de provisión de los cuidados, los que debieran ser integrales a la salud de las personas; que sienten las bases de un nuevo y gran acuerdo federal sanitario.

Que reorganice integralmente el sistema de salud, articulando todos los niveles de complejidad y de resolución, conformando redes articuladas, público – privadas, e integrales por cuidados progresivos, con servicios de salud según nivel de resolución; con accesibilidad de complejidad creciente y descomplejización decreciente; de líneas de cuidados continuas, que abarque desde la promoción hasta la rehabilitación basada en la comunidad, que priorice las actividades considerando al más vulnerable, la embarazada, el niño, la niña, el adulto mayor, al longevo; de carácter universal.

Refundando un nuevo modelo de cuidados a la salud y de atención a la enfermedad, eficiente, equitativo, solidario y sostenible, en el cual la persona como hacedora de cultura, con autonomía plena de su voluntad en cuanto a sujeto de derecho, como destinataria de las acciones y tenga conocimiento de sus derechos, participe de manera activa y se beneficie con los preceptos derivados de estos, y no que termine perjudicada, sin saberlo, por el accionar de un sistema injusto que expone a sus equipos interprofesionales y determina, agotamiento, fatiga, emigración, etc. por no considerar a la salud como una política de estado, que atraviese a los intereses de los partidos políticos y a los períodos coyunturales electorales. ■

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



# Expomedical 2023

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

Centro **COSTA  
SALGUERO**  
Buenos Aires

**20 al 22 de**  
septiembre 2023

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



En conjunto con

**20<sup>ava.</sup> JORNADAS**  
de Capacitación Hospitalaria

(54-11) 3692-5890

✉ [info@expomedical.com.ar](mailto:info@expomedical.com.ar)

f in @ expomedical

[www.expomedical.com.ar](http://www.expomedical.com.ar)

ORGANIZACIÓN Y REALIZACIÓN:

 **MERCOFERIAS S.R.L.**



# Tu tranquilidad es nuestro propósito

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



[www.scienza.com](http://www.scienza.com)

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



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

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



[www.acudiremergencias.com.ar](http://www.acudiremergencias.com.ar)

 **acudir**  
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.