

Mé^odicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

EMPRENDER
EN SALUD

CLAVES
Y DESAFÍOS

UN FUTURO COMPARTIDO | GALENO



**TODO PARA
CUIDARTE
A VOS Y MÁS
DE 700.000
PERSONAS**

LA SALUD ES TODO

 **SanCorSalud**

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



La red de emergencias médicas
más grande del país

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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

A veces no alcanza **con tener** todo lo necesario para cuidarte, sino entender como **contener** en cualquier momento.



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

osde | **50 años**

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

ASESORES LEGALES:

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

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

GRAGEAS	8
OPINIÓN ¿CÓMO SE AFRONTA EL RIESGO FINANCIERO EN SALUD? Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo País	10
COLUMNA EL VALOR DE LA POLÍTICA Y LA HIPOCRESÍA DE ALGUNOS... Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)	12
COLUMNA ORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA NUEVA DEMANDA - NECESIDAD. LA EXPERIENCIA ITALIANA Por la Prof. Erika Mallarini y el Prof. Carlos Vassallo	14
DEBATE RESIDENCIAS: YA ESTÁ DISPONIBLE LA NUEVA TEMPORADA DE ESTA ANGUSTIANTE SERIE Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur	16
OPINIÓN ¿MEJOR USO O MÁS DINERO? Por el Lic. Ariel Goldman - Tesorero de la Asociación Argentina de Salud Pública (ASAP)	18
OPINIÓN MAXIMALISMO Y MINIMALISMO Por el Dr. Javier O. Vilosio - Médico. Master en Economía y Cs. Políticas	20
VOCES EL FALSEAMIENTO DE LA DECLARACIÓN JURADA LA NO INTERPRETACIÓN DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	22
COLUMNA ¿QUÉ OPINAN EN HARVARD SOBRE LA GESTIÓN DE SALUD EN LA POSPANDEMIA? Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Abogado - Especialista en Sistemas de Salud	24
COLUMNA BIOÉTICA: LA SALUD ENTRE LA BIOTECNOLOGÍA Y LA MEDICINA TECNOCRÁTICA Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - UBA	26
PRIMERA PLANA EL DESAFÍO DE EMPRENDER EN EL SECTOR SALUD Por Santiago Troncar - Emprendedor - Fundador de FutureDocs Latin America	28
DEBATE ¿QUÉ HACE FALTA PARA ENFRENTAR LA INNOVACIÓN DISRUPTIVA EN SALUD? Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Titular de Análisis de Mercados de Salud - Universidad ISALUD	32
OPINIÓN EL VUELO DE LA MARIPOSA Por la Dra. Lilliana Chertkoff - Médica Sanitarista - Epidemióloga	34
DEBATE LA CRISIS DEL RECURSO MÉDICO EN ARGENTINA Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública	36
COLUMNA APORTES A LA DISMINUCIÓN DE LA LITIGIOSIDAD Y LA MEJORA DEL SISTEMA DE SALUD Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras Consultoras en Mediación Sanitaria	38
OPINIÓN MODELOS DE PAGO EN SERVICIOS DE SALUD Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud	40
OPINIÓN OTRA MIRADA SOBRE LA FALTA DE PROFESIONALES MÉDICOS - EL IMPACTO DEL IMPUESTO A LAS GANANCIAS Por la C.P. María Silvia Monet - Gerente General de Adegra+Cedim	42
COLUMNA LAS IACS, PRESTADORES, FINANCIADORES Y LA LEY 27.680 Por Fernando G. Mariona - Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A - CEO de RiskOut	44
VOCES EL CAMBIO EN LOS HOSPITALES Por el Dr. Carlos Alberto Díaz - Profesor Titular - Universidad ISALUD	46
OPINIÓN LA QUINTA OLA Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Médico y Doctor de la Universidad de Buenos Aires	48

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



DESCARGÁ LA APP GALENO Y LLEVÁ TU CREDENCIAL VIRTUAL SIEMPRE.



Podés compartirla con quien necesites para que te compre medicamentos o acompañe a tus hijos al médico.



Usa un token que se actualiza constantemente para mayor seguridad.



No vence ni usa plásticos, cuidándote a vos y al planeta.

12:34 ✓✓

LLEVÁS TODA TU VIDA EN EL CELULAR.

LA FORMA DE CUIDARLA TAMBIÉN.

GRAGEAS

Marcelo Loffreda y Manuel Contepomi en el Ciclo de Charlas [REC] Crear

Con la presencia de dos líderes del rugby, Marcelo Loffreda y Manuel Contepomi, Grupo SanCor Salud celebró un nuevo encuentro del Ciclo de Charlas [REC] Crear en la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Los disertantes supieron cautivar la atención del público transmitiendo sus enseñanzas, anécdotas y experiencias en una sala colmada con más de 500 asistentes y gran cantidad de personas de diversos puntos del país que siguieron la transmisión del evento por streaming.

Loffreda y Contepomi, ex entrenador y el ex jugador de los "Pumas", quienes obtuvieron la medalla de bronce en el Mundial de Francia 2007 en lo que fue la mejor actuación de la historia del Seleccionado Nacional de Rugby, protagonizaron un emotivo momento hablando sobre la construcción de equipos y la conformación de un liderazgo sano y positivo.

En este sentido, Loffreda dijo: *"Hay dos estilos de liderazgo, uno es por poder y se trata de la capacidad de forzar o coaccionar a alguien para que, sin desearlo, haga lo que le pido, aquí hay temor. El otro es el liderazgo por autoridad, por convicción, es el arte de lograr que la gente haga voluntariamente lo que le pido gracias a mi influencia personal. Esta última es la forma que tiene sentido y, obviamente, resultados"*.

En cuanto a los equipos, Manuel Contepomi destacó que *"todos quienes lo conforman tienen un rol fundamental. Cuando el mismo equipo entiende eso y lo vive, realmente va a tener un éxito asegurado"*. *"El mejor recurso que cualquier equipo puede tener, es el humano, es el que hace la diferencia, es único"*, agregó el ex jugador de rugby.

Como en sus ediciones anteriores, el evento de SanCor Salud estuvo dirigido a clientes que integran su cartera del segmento corporativo, referentes de organismos, medios de comunicación y público en general.

En esta ocasión, el Grupo eligió San Miguel de Tucumán como locación de su propuesta, una provincia donde cuenta con más de **26 mil asociados** que le confían el cuidado de su salud y casi **8.000 médicos/as** que integran su red de prestadores, la más amplia del país, conformada actualmente por más de 203 mil profesionales de la medicina.

Como parte de su plan de relacionamiento, la compañía que se ubica en el podio de las prepagas nacionales desde hace dos años lleva adelante un ciclo de charlas -virtuales y presenciales- bajo el nombre **[REC] Crear**, dirigido a referentes de empresas en diferentes ciudades del país para que puedan disfrutar de contenido actual sobre diferentes temáticas de interés.

Son encuentros exclusivos conducidos por disertantes nacionales, líderes de equipos de trabajo que hablan desde su trayectoria y experiencia profesional y personal. En el transcurso del 2022 disertaron Paula "Peque" Pareto, Julio Lamas, Sergio Hernández, Rubén Magnano, Juan Ignacio "Pepe" Sánchez y Sergio "Cachito" Vigil.

Cabe destacar que las exposiciones están abiertas a todo público en modalidad streaming, con inscripción previa en este enlace: <https://reclear.sancorsalud.com.ar/c/charlas/2022> a través del cual también se pueden revivir las charlas pertenecientes al Ciclo. ■



Dasa Genómica inauguró centro de diagnóstico genómico en la Argentina con un amplio portafolio de exámenes genéticos

Unidad de atención personalizada al paciente, que cuenta con toma de muestras, laboratorio y genetistas que asesoran sobre pre y post pruebas genéticas.

Dasa Genómica, el área de medicina genómica de Dasa, la mayor red de medicina diagnóstica de Latinoamérica continúa creciendo en la región e inauguró un laboratorio y unidad de atención al paciente especializada en diagnóstico genómico en Buenos Aires, Argentina. La apertura al público se realizó el pasado martes 18 de octubre.



Este nuevo centro de atención, ubicado en Marcelo T. de Alvear 1978, ocupa una elegante casa de época de más de 500 m² que ofrece espacios confortables y atención especializada, conectando tecnología e innovación en un ambiente amplio y moderno.

Con tres plantas, la unidad cuenta con oficinas administrativas y un área de más de 140 m² para la extracción de muestras y análisis, y otra área técnica para el procesamiento de las pruebas.

"Ofrecemos un servicio integral donde el paciente puede buscar nuestra unidad de referencia para tomas de muestras. Además, cuenta con genetistas que realizan el asesoramiento genético pre y post prueba que pueden contribuir con laboratorios y médicos de otras especialidades para indicar la mejor prueba genética para cada paciente", explicó el director médico de Dasa Diagnósticos LATAM, Roberto Caldeira Cury.

Dasa Genómica ofrece una logística robusta, con más de 980 unidades de servicio en Brasil, Uruguay, Argentina, Chile y Colombia, además de Núcleos Técnicos Operacionales en Brasil, Argentina y Uruguay. Tiene actuación constante en los demás países del continente, promoviendo una nueva era de la medicina de vanguardia y con foco en las personas. Asimismo, busca transmitir conocimiento a la sociedad y promueve la educación médica.

"Llegamos a América Latina con estructura propia, no a través de un distribuidor local, lo que significa que no somos un *player* más, sino que vamos a la vanguardia. En ese sentido, Dasa Genómica fomenta el intercambio de especialistas para que aporten sus conocimientos y experiencia local, y buscamos generar una red de integración clínica que ofrezca valor agregado a la Argentina, así como a las otras regiones en las que Dasa Genómica ya está operativa", afirmó el director de genómica e investigación clínica de Dasa LATAM, Gustavo Riedel. ■

Omint

55 años

**EXPERIENCIA PARA
LO QUE SIGUE**

¿CÓMO SE AFRONTA EL RIESGO FINANCIERO EN SALUD?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Durante la década del 70, a medida que se iba construyendo un sistema de Seguridad Social (SeS) fragmentado, basado en Obras Sociales (OS's) de cada rama de la producción administradas por el respectivo sindicato, surgían interrogantes sobre su sustentabilidad financiera.

La Ley 19.710 de 1972 posibilitó un acuerdo entre las organizaciones de 3^{er} grado (COMRA, CONFELISA, CUBRA, CORA) y los sindicatos, donde ambos polos del eje prestación-financiación, garantizaban a la otra parte la exclusividad de la gestión de los contratos.

Los prestadores reconocerían la cobertura de trabajadores afiliados a la OS de cada ramo, y los financiadores reclutarían su red de prestadores a través de *todos* los asociados a la entidad gremial de cada territorio; los contratos exclusivos serían una excepción reservada a las grandes ciudades. Recíprocos monopolios admitidos en ambos extremos del binomio asistencial permitirían una organización fluida del conjunto del sistema.

Desde 1977 el Nomenclador Nacional, basado en la oferta disponible de prestaciones, aportó la base técnica para las relaciones contractuales entre las partes. Una paridad cambiaría favorable, amplia disponibilidad de créditos internacionales y barreras aduaneras flexibles, como marco macroeconómico de la Dictadura Militar hasta 1981, facilitaron una primera oleada de importaciones de tecnología de diagnóstico e instalaciones de Medicina Crítica, a expensas del incremento de los costos asistenciales.

Durante el Gobierno radical la espiral inflacionaria resultó incontenible y la economía se precipitó a la hiperinflación. En la década del 90, junto con la caída del Muro de Berlín y la implosión de la Unión Soviética, el proceso de globalización de las relaciones comerciales fue acompañado por un vertiginoso crecimiento de las tecnologías de información y comunicación (TIC's).

En el terreno de nuestra SeS convergieron diversos fenómenos. El Gobierno peronista promovió la libertad de elección de OS para los trabajadores en relación de dependencia -como parte de un acuerdo con el FMI-, así como la participación de las empresas de Medicina Prepaga (EMP's) en el régimen de SeS. Para afianzar esta integración se alentó la concentración de OS's en menor número de entidades actuarialmente viables y se estableció un Programa Médico Obligatorio (PMO), común a OS's y EMP's.

A principios de esa década, dos grandes OS's empresarias-APS y OSDE- tuvieron cambios estructurales. La primera se precipitó a la quiebra, después de varias intervenciones estatales. Por su parte OSDE, que financiaba servicios a través de pequeñas EMP's, decidió volcarse hacia las contrataciones directas, con lo que determinó la extinción de múltiples empresas que administraban la atención de aquellos afiliados.

Estos fenómenos simultáneos contribuyeron a una concentración de capitales en las instituciones del Sector Salud. Inicialmente el sindicalismo rechazó compartir espacios con los prepagos, dado que las OS's que administraban estaban inspiradas en una visión *asistencialista* de naturaleza solidaria ilimitada (predominando los derechos sobre los recursos).

Pero ante la lógica actuarial dominante, debieron reconfigurarse

como entidades *aseguradoras* de beneficios limitados, en escalas económicamente viables. Algunas tuvieron un desarrollo exitoso y ganaron poblaciones de gran magnitud, por afiliación espontánea o por acuerdo con otras entidades de escala menor.

Varias adoptaron denominaciones más competitivas e invirtieron en nuevas instalaciones asistenciales propias. Para retener a sus afiliados más pudientes, que pretendían acceder a servicios santuarios, muchas OS's acordaron con EMP's para *tercerizar* la gestión de su atención médica, manteniendo su condición de titulares de los tributos a la SeS.

Como resultado de este proceso de integración, las EMP's triplicaron la población cubierta, ya sea por adhesión directa o por *tercerización*. Pero el incontenible ascenso de los costos de la Medicina y la obligación de cubrir el PMO -establecida a mediados de los '90-, disminuyó el margen de rentabilidad de los prepagos.

Para paliar esta tendencia volcaron sus inversiones a instalaciones sanatoriales, donde los servicios tecnología-intensivos proporcionan la parte más rentable de la producción sanitaria. De este modo, el sector privado de mayor desarrollo evolucionó hacia lo que económicamente definiríamos como integración *vertical* (propiedad unificada asegurador-prestador).

Entretanto, los prestadores privados de mediano desarrollo, cuyos principales clientes *monopsónicos*^(*) -en cualquier escenario provincial- son la OS de los empleados públicos y el PAMI, tendieron a articularse entre sí -eludiendo la oferta monopólica de las entidades gremiales- con una gestión común de los contratos (integración *horizontal*).

Los vínculos entre los actores del sector privado, que constituyen más del 60% de la operatoria del sistema, quedaron sometidos a una intensa tensión competitiva. El sector público, administrado por las autoridades sanitarias, incrementó centros de salud del 1^{er} nivel de atención, así como la cobertura de planes asistenciales prioritarios (Nacer y Sumar).

Sin embargo, no se modificó la modalidad operativa de los hospitales. Herederos de una cultura de beneficencia, los servicios públicos siguen actuando como válvula de escape de las tensiones del sistema, pero sólo acuden como usuarios quienes no tienen una alternativa privada.

En un marco macroeconómico de grave inflación, el incremento de costos de los modernos tratamientos lleva los recursos al límite de sustentabilidad por lo que, tras la judicialización de los conflictos de cobertura, los aseguradores terminan afrontando gastos que exceden todo presupuesto, o el Estado termina subsidiando esos tratamientos.

Agobiados por la inflación, insumos importados y costos inaccesibles, los aseguradores -que operan con prestadores privados- reclaman ser liberados de los tratamientos de Rehabilitación. Será el Estado quien se haga cargo de una provisión de emergencia deficiente.

Las diversas soluciones, improvisadas para resolver las urgencias financieras, fueron deteriorando la naturaleza fundacional de las instituciones del Sector:

- La solidaridad grupal de las OS's fue cancelada al transferir a EMP's la atención de los afiliados de mayores ingresos.
- Las EMP's, pese a ser seguros privados, fueron obligadas a cubrir el PMO y el Estado debe autorizar la actualización de la prima.
- Como la recaudación de las OS's no es sustentable, se busca liberarlas de cubrir servicios esenciales, como Rehabilitación.
- Los prestadores privados no pueden importar sus insumos.
- Se implementan planes de subsidio a la demanda (Nacer, Sumar) en hospitales públicos que no tienen personería jurídica, ni autonomía para administrar sus recursos.

Como si tanto dispendio fuera poco, los trabajadores sin aportes previsionales pueden acceder a protección jubilatoria, al igual que los que aportaron toda su vida. ■

Referencia:

- 1) Monopolio = concentración de la oferta. Monopsonio = concentración de la demanda.

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



25 años de calidad médica *en todo el país.*

Creemos junto a vos, acompañándote
en cada momento de tu vida.



ospesalud.com.ar
GESTIONES ONLINE



0800 444 0206
URGENCIAS Y EMERGENCIAS



0800 444 6773
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

EL VALOR DE LA POLÍTICA Y LA HIPOCRESÍA DE ALGUNOS...



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La política desencanta a las sociedades, y esta sensación se extiende más allá de nuestras fronteras, como un fenómeno que incluso no está relacionado con el sistema de gobierno.

Parece una “grieta” mundial que expone el rechazo de los gobernados hacia una clase dirigente que no solo no los contiene, sino que además está en discusiones cada vez más alejadas de sus preocupaciones.

Desde los jóvenes que intentan escapar de la guerra de Ucrania o las mujeres que protestan contra su sometimiento en Irán, a los levantamientos contra la falta de respuestas a sistemas de salud y educación más comprehensivos en Chile, esa situación se expresa a lo largo y lo ancho del planeta.

Esa grieta provocó un cambio en las democracias, con la desaparición de partidos “tradicionales”, el surgimiento de movimientos y coaliciones que desafían principios elementales del sistema, montados en la antipatía hacia la política convencional.

El Brexit, la llegada de Trump al gobierno en Estados Unidos, y aun la de Bolsonaro al de Brasil, fueron explicados como consecuencias de esa ira popular, expresión de la incompreensión ante demandas que la política no registra.

Ese sentimiento se registra en la Argentina, donde nueve de cada diez ciudadanos piensan que los políticos solo defienden sus intereses, y no se interesan por los problemas de la gente común.

Surgen así voces que cuestionan las bases del sistema, “odian” al Estado e incitan a su reemplazo con consignas no muy claras, basadas algunas en el uso de la libertad personal irrestricta, para disminuir la inequidad. La clase política resiste aduciendo que se quiere avanzar a la anarquía, destruyendo el valor de la política.

En un país agobiado por problemas económicos que han conducido a casi la mitad de la sociedad a una vida de pobreza e indigencia, y que, sumados a los culturales, han empujado a los jóvenes a la indiferencia hacia un sistema que no solo les impide progresar, sino que los estimula a emigrar, la clase política se sigue mirando con recelo en la discusión de

diferencias que poco le importan a la sociedad, evitando fijar su atención en aquello que deben entender y transformar.

El Ministerio de Salud “tiene como uno de los ejes centrales de su política el desarrollo de acciones que favorezcan la implementación de políticas sanitarias con perspectiva de género y diversidad...”, reza la Resolución 952/2022, para lo cual utilizará de ahora en más el “lenguaje y comunicación no sexista e inclusiva” en todos sus documentos y actos administrativos.

¿Ese lenguaje inclusivo contribuirá a mejorar el estado y gestión de hospitales a los cuales más del doble de las mujeres que llegan a la primera consulta por cáncer de mama, lo hacen en estadios avanzados, respecto de aquellas que son asistidas en el medio privado? ¿Permitirá que los médicos de esas instituciones reciban sueldos acordes a su responsabilidad, dedicación y riesgos en el ejercicio profesional, que evite el paulatino abandono de su formación en residencias?

¿Garantizará a toda la población una calidad de atención que le impida ser empujada a una medicina prepaga, que hoy compromete alrededor del 25% de los ingresos familiares? ¿Logrará moderar el impacto del gasto en medicamentos, que en el costo de oportunidad empuja a que los médicos cobren migajas?

La principal tarea de la política consiste en establecer prioridades, y habitualmente lo hace en base a las preocupaciones sociales. En el caso de que lo prescripto en la resolución citada, constituya una de esas prioridades, que además haga más accesible a la ciudadanía las comunicaciones oficiales.

Cabría recordar, que el cáncer de mama constituye la primer causa de muerte de mujeres en la Argentina; que el 25% de ellas consideró que llega tarde a la consulta porque tiene dificultades para dejar sus compromisos laborales o porque no tiene con quien dejar a sus hijos (¿No debía el Estado garantizar educación preescolar para todos y horarios prolongados?); que la demora entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el sector público duplica al del sector privado, etc., cabría pensar que estos últimos problemas no tienen esa prioridad, y que la sociedad no los registra y exige.

También es posible que, en el mismo sentido, la no aceptación del pago de ganancias por el poder judicial, este fundamentada en poderosos principios constitucionales y éticos absolutamente imposibles de revertir, mientras casi cinco de cada 10 niños argentinos carecen de seguridad alimentaria.

¿Problemas de la política, fundamental para mejorar la vida de todos... o de la hipocresía de unos pocos que impide mejorar la calidad de vida de todos...? ■

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

100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT

Te lo garantiza
Ágil y Simple

ORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA NUEVA DEMANDA - NECESIDAD. LA EXPERIENCIA ITALIANA



Por la Prof. Erika Mallarini ⁽¹⁾
y el Prof. Carlos Vassallo ⁽²⁾

Los fenómenos de envejecimiento de la población y peso de las patologías crónicas están llevando rápidamente al sistema público a modificar la geografía de los servicios sanitarios especialmente aquellos de naturaleza territorial.

La orientación hacia el “Homespital” que significa tratar en el territorio las personas afectadas por patologías de alta complejidad y que requiere intensidad de cuidados, implica una nueva articulación de los roles de las estructuras y de las profesiones.

El sistema italiano ha sido por un lado tradicionalmente hospitalocéntrico y considerando las condiciones orográficas del país, una descentralización de las prestaciones resulta particularmente compleja incluso en estos días donde se puede contar con terapias innovadoras e instrumentos digitales.

La diversidad territorial hace que las Regiones y algunas veces las Provincias hayan adoptado o estén adoptando modelos diferentes. Lo que las une es el papel central asignado a las Estructuras de Asistencia Primaria de la Salud (EAPS) que, sin embargo, resultan profundamente diferentes en las estructuras institucionales y organizativas donde han surgido y se han desarrollado.

Esto viene definido de diferente modo según la región de donde se trate: Casa de la Salute, AFT, Presidi Territoriali di Assistenza, Ospedale di Comunità, Centro di Riferimento Territoriale (CRT), Punto Unico di Accesso (PUA) y otros.

El documento que mayoritariamente está influenciando la redefinición del Servicio Sanitario Territorial Italiano es el **Plan Nacional de Cronicidad (PNC)** con sus articulaciones regionales.

Discutido y aprobado por la Conferencia Estado-Regiones (una especie de Consejo Federal de Salud, pero con decisiones ejecutivas) en septiembre 2016 tiene el

objetivo de proveer líneas de dirección para la gestión integrada de los pacientes crónicos y frágiles.

El PNC se propone superar las dificultades sanitarias y administrativas en: la operatoria de los programas de gestión integrada; la carencia de sistematicidad en la gestión de los pacientes; la escasa cultura de la integración y la comunicación entre los profesionales sanitarios; y la dificultad para encontrar datos clínicos con los que monitorear la ruta de atención de pacientes crónicos y frágiles.

Los principios guía del PNC son:

- ✓ La superación de la fragmentación de la asistencia en el territorio.
- ✓ El desarrollo de un modelo de gestión proactivo orientado a la medicina de iniciativa.
- ✓ El empoderamiento responsable de los pacientes, elemento guía y que activa la ruta.
- ✓ El desarrollo de un sistema integrado de asistencia que permita continuidad entre asistencia hospitalaria, territorial y domiciliaria.
- ✓ La garantía de equidad de asistencia en todo el territorio, según una lógica de uniformidad asistencial.
- ✓ La optimización de los recursos invertidos en la gestión del enfermo crónico.

Si bien fue aprobado y compartido por todas las Regiones en septiembre 2016 el estado actual del cambio de orden y mutación por parte de las realidades particulares evidencia una situación de heterogeneidad. Existen en efecto Regiones en las cuales se ha dado una plena mutación e implementación mientras que otras se activaron para el cambio de orden de las indicaciones y finalmente otras Regiones que no han recibido el plan con los documentos específicos de programación que requiere.

Los elementos que comparten los diferentes documentos de adecuación son los siguientes:

- 1.- El paciente crónico se sitúa en el centro de una red multidisciplinaria coordinada por un único sujeto. El coordinador de la red es el sujeto que toma a su cargo el paciente y lleva a cabo actividad de prevención secundaria, terciaria medicina predictiva, medicina de iniciativa y tratamiento. La atención al paciente es llevada a cabo por organizaciones y no por profesionales específicos. El médico de medicina general (MMG) está involucrado, pero no es protagonista.
- 2.- Está previsto un rol central para las Estructuras de Asistencia Primaria bajo las diversas formas que existen (Casa della Salute, AFT, Presidi Territoriali di Assistenza, Ospedale di Comunità, Centri di Riferimento Territoriali (CRT) Punto Unico di Accesso (PUA) que vendrán potenciadas en términos numéricos y funcionales.
- 3.- El camino terapéutico y personalizado, integra prestaciones diagnósticas, especialistas y socio sanitarias (comprendidas Asistencia domiciliaria integrada) y viene resumida en un instrumento de síntesis clínica-organizativa. El camino esta sintetizado en específicos Planes de Asistencia Individual (PAI). Los objetivos principales del PAI son: adecuación, cumplimiento, adherencia terapéutica, y persistencia.
- 4.- Están previstos instrumentos orientados al empoderamiento del paciente crónico y frágil basado a menudo sobre tecnologías digitales.
- 5.- Los modelos regionales prevén principios e instrumentos de monitoreo rígidos.
- 6.- Está previsto espacio y autonomía organizativa de las Azienda Sanitaria Locale.
- 7.- La atención al paciente es llevada a cabo por organizaciones y no por profesionales específicos.

Estamos asistiendo a un cambio de modelo que avanza a diferentes ritmos según la Región Italiana donde le toque actuar. El desafío será mantener cierta armonía en esta transformación que evite un agravamiento de las inequidades en el acceso y los resultados. El dilema de la autonomía e innovación enfrentado a la centralización y burocracia requiere monitorear las velocidades e intensidad de los cambios para adecuarse a la nueva demanda necesidad que surge en toda la geografía del país desde el norte hasta el sur. ■

(1) Profesora SDA - Scuola Direzione Aziendale - Bocconi - Italia
(2) Prof. Salud Pública - FCM UNL - vassalloc@gmail.com



andar

Te hace bien

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación de Dependencia,
Monotributistas y Particulares

ASESORAMIENTO COMERCIAL



0810 - 345 - 0184

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

Superintendencia de Servicios de Salud - 0800.222.SALUD(72583) - www.sssalud.gov.ar - RNOS 1-2210-4 RNMP 1252

RESIDENCIAS: YA ESTÁ DISPONIBLE LA NUEVA TEMPORADA DE ESTA ANGUSTIANTE SERIE



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Llega esta época del año y las residencias para profesionales de la salud son noticia. Por un lado, fuertes reclamos salariales, por otro, las repetidas alertas sobre plazas sin cubrir. Estas historias parecen vueltas a la noria. Siempre los mismos problemas y seguimos en el mismo lugar corriendo sin avanzar.

De los más de 6.000 cargos que se ofrecen en el Examen Único organizado por el Ministerio de Salud de la Nación, 40% se vuelven a ofrecer en la readjudicación por no haber sido cubiertos.

Este dato se hace más alarmante si miramos que pediatría con todas sus variantes (articuladas con neonatología y terapia intensiva) al igual que medicina general y familiar debieron volver a ofrecer el 60% de los cargos. Para los cuidados críticos el panorama es desolador: 75% de cargos sin cubrir.

Deberíamos analizar con profundidad por qué un sistema con una larga tradición, que atrae profesionales de otros países, que ofrece plazas suficientes para todos los graduados -al menos en medicina- se ha degradado y está en crisis.

Las residencias, si bien en revisión, siguen siendo el camino de formación especializada vigente en la mayor parte del mundo con un funcionamiento adecuado. Probablemente la primera respuesta venga del análisis global del sistema de salud devaluado, fragmentado y sin horizonte.

En este contexto la residencia se ha constituido en una invisibilizada red de contención asistencial, poniendo en los hombros de jóvenes recién graduados responsabilidades que no les corresponden.

La carga laboral, las bajas remuneraciones, el maltrato, la violencia, las condiciones adversas del contexto y la falta de supervisión por parte de profesionales formados, ha ido dominando el panorama.

Hoy el ingreso de un residente, que recordemos tiene dedicación exclusiva a veces con más de una guardia semanal, y en muchos casos tiene familia, se encuentran por debajo del ingreso necesario para ser considerado pobre.

Las residencias en la Argentina se han desarrollado con fuerte base en el sistema de salud y con escasa participación del sistema educativo. Esto fue positivo en términos de la expansión del sistema, pero llevo paulatinamente a que

predomine la visión de las residencias como un salvavidas asistencial más que un sistema de formación.

Las financian mayoritariamente el Ministerio de Salud de la Nación, las provincias y los municipios con una participación muy minoritaria de privados y universidades. A diferencia de la mayor parte de los países del mundo, incluyendo nuestros vecinos, los aspectos educacionales no están bajo la órbita universitaria.

Cuando estas articulaciones se dan no son estructurales sino iniciativas de orden local a nivel de los servicios y la universidad se involucró poco en el rol asistencial de los residentes.

La supervisión por profesionales formados en un contexto de multiempleo y baja carga laboral por carreras hospitalarias anticuadas y con mala remuneración de profesionales, pasa a depender más de la vocación docente y las ganas de enseñar que de un sistema organizado.

A todas estas dificultades generales se le suman problemas en especialidades puntuales. Esto también se vincula a la crisis. El horizonte de futuro para las especialidades vinculadas a la atención en el primer nivel y en cuidados críticos desalienta.

Los salarios públicos no son atractivos y en el sistema de seguridad social quienes dependen para su ingreso de la retribución por consulta o por guardia difícilmente lo vean como un futuro promisorio.

Todo este contexto adverso se da en medio de una crisis fenomenal del país y en un contexto global en el que carreras vinculadas a salud, con una duración entre grado y postgrado superior a los 12 años, están siendo cuestionadas y atrayendo menos postulantes.

Los jóvenes priorizan la inmediatez y tratan de preservar sus tiempos de ocio y disfrute, lo que no parece algo para criticar sino una evolución lógica de una sociedad que busca satisfacciones a partir del desarrollo y la tecnología.

Es necesario repensar el sistema. Así como vamos la balanza se inclina a un sistema que no forma los especialistas que necesitamos, que ha perdido buena parte de su componente educacional.

Sumar a las universidades a la discusión, mejorar las condiciones laborales y de ingreso, es parte del camino, pero sin una reforma integral del sistema de salud no será posible un cambio significativo que permita que las residencias sean la base de la planificación del futuro capital humano en salud.

La provincia de Buenos Aires acaba de hacer un intento con un nuevo reglamento de residencias que toma en cuenta varios de los aspectos mencionados. Tal vez no pueda cambiar la tendencia en 2022 con el proceso en marcha, pero es un paso.

Probablemente las mayores resistencias las encuentre en el sistema de salud que no está preparado para que el residente se concentre en formarse, tenga menos carga de guardias y retome el camino que no debió perder.

Las mejoras salariales diferenciales, si bien con intenciones correctas, tal vez resulten insuficientes para atraer residentes en las especialidades y lugares donde cada vez resulta más difícil hacerlo. ■

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

FEFARA

AVANZA



app.ds salud.com.ar



INSTITUTO
DE FORMACIÓN
EN GESTIÓN



SISTEMA FEDERAL
DE ACTUALIZACIÓN, CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL



RESPONSABILIDAD
SOCIAL INSTITUCIONAL



FEFARA
PROYECTA



► Además contamos con nuestros
Sistemas Informáticos de Gestión
y nuestra Biblioteca Virtual.

Gestionamos políticas para garantizar un servicio farmacéutico
óptimo, de eficiencia y calidad profesional.

¿MEJOR USO O MÁS DINERO?



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La Argentina gasta aproximadamente el 9,5% del PBI en salud. Diversos análisis se han enfocado sobre la eficiencia del mismo, sobre la equidad o los resultados logrados. La mayoría de estos diagnostican un serio problema sobre el uso de los recursos en salud y dejan entrever que el dinero será suficiente para el sistema de salud argentino si se hace una eficiente gestión de este.

Sin embargo, sin intención de taponar los problemas existentes, y mucho menos de anular las posibilidades de mejoras que puedan presentarse, creo que este mensaje es peligroso y contradictorio con la necesidad del sector que requiere contar más recursos. A continuación, les presento una breve reseña que justifica la necesidad de más recursos.

1. Necesidad de mejores salarios en el sector: la realidad es que el sistema de salud históricamente ha pagado bajos salarios, haciendo que los profesionales recurran al pluriempleo. Es común encontrar médicos, enfermeros, psicólogos o kinesiólogos, entre otros, trabajando en varios establecimientos a lo largo de jornadas que se extienden entre 12 y 16 horas diarias. Junto a la coyuntura de pérdida del nivel ingresos frente a la inflación, da como resultado un elemento que justifica de la necesidad de más recursos.
2. Incorporación de tecnologías: es cierto que no toda nueva tecnología es un verdadero avance en los resultados de salud, en la Argentina se requiere inversión sobre tecnologías médicas y de la información que permitan, entre otras cosas, conectar los centros de salud más remotos con los grandes centros de salud urbanos de alta complejidad. Por otro lado, en búsqueda de más y mejor calidad de vida para la población, es necesario incorporar tecnologías que permitan diagnosticar y tratar enfermedades ya existentes como en aquellas que permanentemente aparecen. También es menester recordar que la población envejece y consecuentemente nos lleva a la aparición de nuevas necesidades, con mayor cronicidad, más enfermedades no transmisibles y mayores niveles de dependencia. Un párrafo aparte merece la necesidad de mayor atención a la salud mental, cuya problemática se expandió en las últimas décadas y se ha visto exacerbada con la pandemia del Covid-19. En definitiva, la incorporación de tecnologías (en forma racional) es una necesidad de incremento de fondos en forma permanente.

3. Necesidad de renovar estructuras edilicias: muchos de los centros de salud requieren mejoras en pos del confort del paciente y los profesionales, incluso son necesarias ciertas renovaciones para cumplir con la normativa actual. De todos modos, hay una preocupación mayor, las reformas necesarias con miras al mantenimiento del ambiente. Los centros de salud tienen un gran impacto ambiental, debiéndose enfocar en corregir y mejorar el consumo de energía o la generación de residuos. Sin un ambiente adecuado para el humano, los prestadores de salud estarán aún más saturados en el futuro. Recordando los determinantes de la salud, es necesario ser ejemplo en el cuidado del ambiente.
4. La crisis de financiamiento del sector: debido a la crisis macroeconómica, especialmente debido a la inflación, todo el sector tiene problemas financieros. En la actualidad ningún subsector del sistema tiene ganancias extraordinarias, incluso muchos enfrentan serios riesgos de supervivencia. Las obras sociales han perdido afiliados (tenemos tasas récord de empleo informal vs empleo registrado) e ingresos, ya que los salarios han perdido frente a la inflación. Las prepagas, a pesar de los aumentos acumulados, han quedado desfasadas frente a la inflación desde el 2020. Las clínicas y sanatorios privados a pesar de que están colapsados de trabajo, la gran mayoría tiene pérdidas operativas, especialmente por el aumento de gastos en medicamentos y descartables de internación. Finalmente, los hospitales y centros públicos tienen déficit presupuestario que se traduce en largas colas y listas quirúrgicas como mecanismos para contener la demanda (y, por ende, el gasto).
5. La judicialización: este fenómeno, que afecta particularmente el sector de la salud, generando una gran cantidad de gastos directos (en pago de juicios y arreglos extrajudiciales o respondiendo a amparos) como indirectos (en seguros y prácticas no cubiertas). Son dos problemáticas. Por un lado, los juicios de mala praxis, que además de los gastos mencionados generan gastos por la llamada medicina defensiva, es decir, aquellas prestaciones que no agregan valor para solucionar el problema médico-sanitario, pero se realizan por miedo a enfrentar futuras demandas. Por otro lado, los amparos por prácticas no cubiertas. La gran mayoría de estos se debe a la falta de una normativa clara y actualizada de cobertura que deben brindar tanto las obras sociales como las prepagas. Es imposible planificar las prestaciones sin un PMO estable, que no se modifique por leyes paralelas que no prevean fuentes de financiamiento alternativas.

Más allá de mis consideraciones personales sobre la necesidad de más recursos, lo cierto es que debemos mejorar el uso. Es innegable que tenemos muchos flancos que trabajar, como disminuir la variabilidad clínica o mejorar los incentivos para la consecución de objetivos sanitarios. Pero también es necesario transparentar el destino de los fondos, ya sea del dinero público como privado. Si el lector se pregunta el por qué, la respuesta es sencilla: Si no sabemos en qué se invierte el dinero, jamás podremos corregir la equidad y eficiencia del gasto. Ya lo dice la máxima "Lo que no se mide, no se mejora".

En conclusión, debemos medir y mejorar nuestras ineficiencias e inequidades en el manejo de fondos, pero de ninguna manera debemos creer que mejorando esto solucionaremos todos los problemas del sistema de salud, especialmente aquellos que urgentemente requieren más fondos. La Argentina no gasta poco en salud, pero resulta insuficiente para tener un sistema equitativo que logre los resultados que deseamos. ■

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



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

www.argentina.gob.ar/ssn



MAXIMALISMO Y MINIMALISMO



Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)

En política la expresión *maximalismo* hace referencia a posturas radicales, extremas; y *minimalismo*, a lo contrario. La historia de ambas expresiones se remonta al año 1891, cuando durante el Congreso del Partido Socialdemócrata de Alemania (PSD) realizado en la ciudad de Erfurt, se aprobó un programa político para el PSD conocido como el *Programa de Erfurt*.

El partido decidía alejarse de la tradición más moderada y reformista, en la línea del socialismo Lasallano (por Ferdinand Lassalle, muerto en 1864), y acercarse a los postulados marxistas, especialmente en su concepción “científica” que justificaba la inevitabilidad del triunfo de la revolución socialista, dada la propia dinámica de conflictividad social que el capitalismo y su acelerada expansión produciría.

En el *Programa de Erfurt* se formalizó una primera parte, la *maximalista*, centrada en dicha inevitabilidad del triunfo revolucionario y la necesidad de acelerar el mismo, y una segunda en la que se declaraban objetivos políticos más inmediatos, “reformistas”, a través de la participación legal en la vida política y el mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores: el *minimalismo*.

El propio Lenin criticaría al Programa, refiriéndose a estos objetivos minimalistas, a los que llamó “intereses momentáneos del día”, diciendo: “ese sacrificio del futuro del movimiento en aras de su presente podrá obedecer a motivos ‘honrados’, pero es y seguirá siendo oportunismo, y el oportunismo ‘honrados’ es quizá el más peligroso de todos”.

Eran tiempos de revolución. Con escasa tolerancia para los matices.

Ciento treinta años después, cuando los argentinos hablamos de los cambios necesarios en nuestro sistema de salud (y también en otras cuestiones fundamentales de nuestra vida social y la construcción del futuro colectivo) resurgen las posturas maximalistas y minimalistas. Argumentos y propuestas estratégicas que implican, en un extremo, la desaparición lisa y llana de algunos sectores que hoy son actores protagónicos del sistema de salud, y en el otro solo la obtención de algunos cambios en las reglas de juego, básicamente relacionadas con la distribución de los recursos económicos entre financiadores.

Igual que para los socialistas alemanes de hace más de un siglo estas diferentes posturas implican también diferentes concepciones ideológicas, y representan la defensa de diferentes intereses, económicos y políticos.

Para aquellos socialistas decimonónicos el Estado que imaginaban era el gran moderador y dador de justicia, equilibrio y paz. Pero, tal como lo demostraron las revoluciones triunfantes en Europa, Asia y África durante los siglos XIX y XX eso no sucedió. En aquellas luchas revolucionarias, además, los idealistas se jugaron, y muchos perdieron, la vida. O terminaron en el exilio.

En la Argentina de hoy (y también en muchos otros países) el Estado, y, más aún, las instituciones y los liderazgos políticos propios de la democracia y la república, han perdido la confianza de las personas. Han fallado también, en mayor o menor medida, en las promesas de un creciente bienestar, justicia, equidad y seguridad para todos. Y ahora, además, muchos de nuestros maximalistas son actores relevantes dentro de ese mismo sistema político, y dependen directa o indirectamente del Estado.

El *maximalismo* contemporáneo recoge, entonces, la idea de ese Estado y ese liderazgo imaginarios, constituido sobre la idea de mayorías iluminadas que se imponen a través de un proyecto político, a unas minorías enemigas de lo bueno. Para el maximalismo, al fin de cuentas, el fin justifica los medios. Y el enemigo siempre acecha.

En el extremo *minimalista* de la discusión, es bueno recordar la frase de Lenin respecto del “oportunismo honrado”. Quienes solo plantean cambios mínimos vinculados a su interés sectorial o particular, suelen no ser sinceros cuando revisten esas intenciones con el discurso del bienestar y la felicidad del pueblo.

Es oportuno recordar también que buena parte del desquicio sanitario que sufrimos tiene que ver con el acúmulo de medidas parciales, beneficios otorgados a unos y negados a otros, desprovistas de una lógica sistémica, nacidas de la necesidad coyuntural de distintas administraciones, aunque, paradójicamente, en el contexto de una crisis estructural que mayormente no se

niega, pero tampoco se enfrenta.

En la Argentina, una vez más, está todo por definirse.

Por otra parte, no hay político sensato que desconozca que el terreno donde pisa cuando se mete con la reforma del sistema de salud es el de la puja de múltiples, enormes y frecuentemente contrapuestos intereses. Quizás por eso las reformas de fondo lucen más atractivas cuando se es oposición que cuando se es gobierno. ■

“En la Argentina de hoy (y también en muchos otros países) el Estado, y, más aún, las instituciones y los liderazgos políticos propios de la democracia y la república, han perdido la confianza de las personas”.

(*) Médico. Master en Economía y Cs. Políticas.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros 



www.prudenciaseguros.com.ar » prudencia@prudenciaseguros.com.ar
Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 6°, CABA » 0800-345-0085



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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

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

EL FALSEAMIENTO DE LA DECLARACIÓN JURADA LA NO INTERPRETACIÓN DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN



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

Con fecha 20 de septiembre pasado, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó sentencia en los autos caratulados “A., B.R. c/SWISS MEDICAL S.A. s/amparo ley 16.986”. En esencia, el más Alto Tribunal hizo suyo el dictamen del Procurador y lo dio por reproducido en la sentencia. Analicemos el caso.

El amparo es promovido por un particular (usuario) que fue dado de baja por la empresa de medicina prepaga ya que, según la demandada, había falseado su declaración jurada de estado de salud al momento del ingreso.

Aclaremos previamente que la ley 26.682 (ley de medicina prepaga) establece los únicos dos supuestos en que una empresa de medicina prepaga está facultada a rescindir el contrato. El artículo 9 de esa norma dice textualmente:

ARTICULO 9º.- Rescisión. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la

rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

La decisión judicial llega a la Corte por vía del recurso extraordinario, luego que la Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata tomara una decisión que podemos calificar de rara. Y decimos así porque ese Tribunal interpretó que había existido un falseamiento de la declaración por parte del usuario, pero que, en lugar de generar la rescisión del contrato por su culpa, permitiría reconducir el contrato manteniendo su vigencia y estableciéndose un valor diferencial por preexistencias.

A partir de ello, resolvió que la demandada no está habilitada para negarle la afiliación, pero sí puede exigir un monto diferencial, el que deberá sujetarse a los valores estipulados por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Es esa la cuestión federal que llegó para el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, es decir, la aplicación y la interpretación de las normas de alcance federal como lo es la ley de medicina prepaga (ley 26.682) y su decreto reglamentario (Decreto 1193/2011). En concreto, si se puede aplicar las previsiones del artículo 9 de la ley (rescisión por falseamiento de la declaración jurada)

en conjunto con las disposiciones del artículo 10 de esa misma norma.

El dictamen de la Procuración se fundamenta en que “El fallo impugnado reconoció el ocultamiento premeditado en el que incurrió el actor al completar su declaración jurada de admisión -aspecto que en esta instancia se encuentra firme- y consideró que la exclusión basada en dicha circunstancia se ajusta al ordenamiento vigente”. Esta afirmación no controvertida es clave para entender la opinión del Procurador y reproducida por la corte.

Es decir, aquí no ha habido un cuestionamiento a la aplicación del artículo 9 de la ley y, especialmente, a lo previsto por el decreto reglamentario que textualmente señala:

ARTICULO 9º.- Extinción contractual por rescisión o resolución:

1) RESCISIÓN EFECTUADA POR LOS USUARIOS:

Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato sin limitación y sin penalidad alguna. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente UNA (1) vez por año. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por el usuario a la previa cancelación de las sumas adeudadas a las entidades comprendidas en el artículo 1º de la presente Reglamentación.

2) RESOLUCIÓN EFECTUADA POR LAS ENTIDADES MENCIONADAS EN EL ARTÍCULO 1º DE LA PRESENTE REGLAMENTACIÓN:

a) Por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas: En este caso, será obligación de la entidad notificar de inmediato al usuario a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles y, vencido este último, resolver el vínculo contractual, con la finalidad de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación.

b) Por falsedad de la declaración jurada: Para que la entidad pueda resolver con justa causa el contrato celebrado, deberá poder acreditar que el usuario no obró de buena fe en los términos del artículo 961 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL

DELANACIÓN. La falta de acreditación de la mala fe del usuario, determinará la ilegitimidad de la resolución.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dictará la normativa pertinente a fin de establecer las características que deberán contener las declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad.

Si bien la reglamentación exige la prueba de la mala fe del usuario (reforma introducida por el decreto 66/2019), el dictamen del Procurador hace hincapié en la falta de discusión al respecto al afirmar que esa no fue la cuestión traída a la decisión de la Corte. En efecto, su opinión parte de esa premisa. El asunto por discutir se refiere, entonces, a si se puede mantener la vigencia de un contrato a pesar de que el usuario haya incurrido en la falsedad deliberada y, por ende, aplicar las previsiones del artículo 10 de la ley relativas a la fijación de una cuota diferencial por las preexistencias. Y es allí donde el dictamen discrepa de la solución adoptada por la Cámara Federal de Mar del Plata, sosteniendo que “La inteligencia otorgada por el fallo a los

preceptos citados resulta inadmisibles. Es que, tanto la obligatoriedad de afiliarse al postulante con preexistencias, prevista en el artículo 10, como la expulsión por falsedad de la declaración jurada que autoriza el artículo 9, coexisten dentro de la norma que rige el caso; con lo cual, aquella interpretación supone sustituir al legislador, optando por una solución diferente a la que éste adoptó y cuya adecuación constitucional no ha sido cuestionada”. Dicho de un modo más sencillo, o se aplica el artículo 9 y por ende hay rescisión imputable al usuario, o es válido el contrato y ello habilita a aplicar la valoración de las preexistencias como parte de la cuota. Pero las dos cosas juntas, no se puede.

Sostiene el dictamen que la interpretación que puede efectuar un Tribunal respecto de una norma no puede ir más allá de las disposiciones interpretadas. Dice “No se me escapa que el legislador podría haber replicado, en el artículo 9, el criterio que eligió para la admisión del usuario con preexistencias y, por ende, vedar su exclusión e imponerle una cuota reforzada; pero, sin embargo, no lo hizo. Antes bien, decidió atribuir a la

conducta engañosa una específica consecuencia, consistente en la facultad de rescindir la relación contractual, sin que corresponda presumir la falta de previsión del legislador o atribuir a las normas un alcance que implique la tacha de inconsecuencia en el órgano del cual emanan”.

En consecuencia, el fallo (que adhiere al dictamen del Procurador) propone el dictado de una nueva sentencia.

Por lo expuesto, no ha sido el falseamiento de la declaración la discusión expuesta frente a la Corte, sino la cuestión federal de la interpretación que el Tribunal de Segunda Instancia efectuara de los artículos de la ley de medicina prepaga, especialmente la preeminencia de la continuidad a la rescisión del contrato cuando está probado el falseamiento de la declaración jurada por parte del usuario. Si bien es un precedente, no permite analizar el fondo de la cuestión (prueba de la mala fe en la rescisión) porque no fue materia de discusión llevada a la Corte Suprema de Justicia de la Nación. ■



www.sanidad.org.ar

¿QUÉ OPINAN EN HARVARD SOBRE LA GESTIÓN DE SALUD EN LA POSPANDEMIA?



Por el Dr. Carlos Felice
Presidente de OSPAT (*)

A casi tres años del primer caso de Covid-19 reportado en China, la pandemia de coronavirus dejó de ocupar el primer plano en todos los ámbitos de la vida. Poco a poco fuimos retomando la cotidianidad, nuestras rutinas habituales. Podemos decir que hemos aprendido a convivir con una enfermedad hoy considerada endémica, aunque definitivamente la nueva “normalidad” no es la misma que hace tres años. Muchas cosas han cambiado para siempre.

A medida que comenzamos a mirar la pandemia desde el espejo retrovisor, vemos que se abren nuevos espacios de estudio y reflexión para comprender qué se ha vuelto anacrónico y qué esencial en este escenario pos-Covid. La academia es uno de los ámbitos que, por su propia naturaleza, rápidamente se ubicó a la vanguardia de la búsqueda por descifrar las claves del mundo por venir. En el caso de las universidades de élite como Harvard y Oxford, además de tener influencia para fijar temas de agenda, se gestan allí muchos de los lineamientos que regirán el diseño de políticas públicas a escala global.

Entre el 26 y el 30 de septiembre tuve la oportunidad de viajar a Boston para participar del seminario “Gestión de Salud en el Siglo XXI”, organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Destaco, antes que nada, la productiva experiencia de aprendizaje, con una agenda completa de expositores de alto nivel, especialistas en su campo, con esmerada calidad en sus contenidos y generosidad para compartir el conocimiento. Estos son algunos conceptos, ideas, experiencias que tomo sobre lo presentado en Harvard.

- La calidad fue un tema transversal al seminario, abordado con mayor o menor énfasis en varias clases. Al exponer sobre los “*Hospitales del futuro y pagos basados en valor*”, Ellen Zane explicó que la relación entre calidad y costo crea una tercera variable, el valor, que se ha convertido en la métrica clave del cuidado de la salud en la actualidad. Según

su perspectiva resulta imperioso construir una cultura de la calidad en las organizaciones, aceitando los procesos que permiten identificar las necesidades del paciente, analizar datos e involucrar al personal para resolver cada tarea. Aquí la medición es una función de misión crítica.



- Por su parte, Pedro Delgado enfocó la calidad como elemento fundamental para mejorar los resultados de la gestión, a través de un modelo de mejora colaborativo que involucra el diálogo con aquellos más cercanos a la tarea, incluyendo a los pacientes y a los miembros de los equipos, además del codiseño, el aprendizaje colaborativo, la medición y la iteración permanentes.

¿Cómo podemos mejorar el valor de la contribución que el sector salud hace a nuestra gente y nuestras sociedades? Esta es, según Delgado, la nueva pregunta que nos interpela como líderes en el ámbito de la salud.

- Educación y salud son dos sistemas indivisibles. Ese es el punto de partida de Francisco Gutiérrez al plantear cómo tiene que cambiar la formación de los profesionales de la salud de cara al futuro. Los modelos educativos deben avanzar con la integración de los diferentes campos de conocimiento, creando unidades curriculares en las que la salud y su cuidado adquieran mayor relevancia y se integren con los fundamentos biológicos.

Según el enfoque de los determinantes de la salud, son múltiples los factores que se combinan para determinarla, abarcando el cuidado, los factores ambientales y sociales, los factores genéticos y los estilos de vida. El cuidado del paciente se entiende hoy desde la perspectiva de la integración entre las profesiones de la salud, la familia, las redes sociales y el autocuidado. Es por ello que, entre las competencias que requiere el profesional de salud actual, se destacan la mentalidad de prevención, el foco en las enfermedades crónicas y el envejecimiento, las habilidades para el trabajo interprofesional y el uso de tecnologías digitales.



- En su clase sobre “*Innovación en Gestión de Salud y Atención Centrada en el Paciente*”, Richard Siegrist explicó cómo funcionan las visitas médicas compartidas. Con esta modalidad de consulta, que dura 90 minutos, un equipo de cuatro profesionales de la salud atiende en forma simultánea a un grupo de entre ocho y catorce pacientes. Este modelo ha demostrado excelentes resultados y aceptación tanto por parte de médicos como de pacientes, especialmente para el seguimiento de enfermedades crónicas, manejo del dolor, consultas prenatales y los tratamientos para el asma y la obesidad pediátrica.

- Otra excelente exposición fue la del físico John Quackenbush sobre “*Inteligencia Artificial aplicada a medicina de previsión*”. Sabemos que la inteligencia artificial tiene un futuro prometedor en salud, medicina y la investigación biomédica. Cabe destacar que ya existen muchas aplicaciones, como la histológica y los análisis radiológicos para la detección de tumores, donde la inteligencia artificial está haciendo enormes contribuciones. También hay oportunidades reales para aprovechar datos multimodales, incluidos datos clínicos y genómicos, para hacer avanzar la medicina y mejorar la atención.

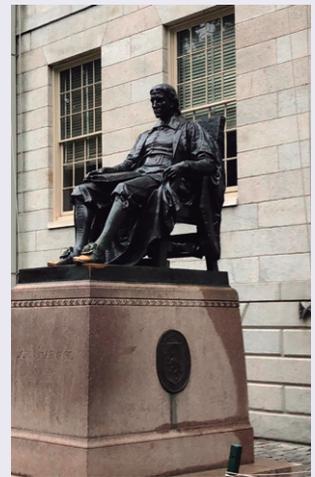


No debemos olvidar que la inteligencia artificial es una herramienta, el verdadero desafío científico es hacerse la pregunta correcta y decidir si la IA es la herramienta adecuada para responderla, sin omitir, por supuesto, los criterios éticos básicos sobre el bien de la ciencia. Para ello es necesario el acceso a códigos, datos y modelos que eviten sesgos y garanticen la transparencia de los resultados de la IA.

Por mi parte, pude compartir satisfactoriamente nuestra experiencia con la Estación Diagnóstica Hola Doctor!; la solución que hoy tenemos en la Argentina al servicio de los beneficiarios de la obra social OSPAT fue muy valorada.

- Por su parte, David Bloom expuso convincentes argumentos sobre los imperativos para trabajar sobre la prevención de enfermedades no transmisibles y estimar su costo macroeconómico, especialmente en América del Sur. El coronavirus nos ha recordado el riesgo epidémico que conllevan las enfermedades contagiosas, pero esto no debe hacernos olvidar que las enfermedades no transmisibles son un problema permanente, evitable, costoso y con una tendencia creciente en todo el mundo.

Más allá de las clases y talleres del seminario de Harvard, ha sido un fructífero encuentro con referentes de la salud del mundo, especialmente de nuestro extenso continente americano, con quienes también tuvimos oportunidad de conversar sobre los valiosos aprendizajes logrados en la Argentina. Con ellos, las charlas y el intercambio hicieron posible una ampliación de la visión que ahora puede ir mucho más allá de lo que es la labor habitual en salud que concretamos diariamente.



Me llevo un gran recuerdo de la comunidad de la Harvard School of Public Health, renovando el compromiso de seguir trabajando por la salud de los argentinos. Que nos desvela, pero a la que le dedicamos con vocación las mejores horas de nuestra vida. ■

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

Bajo la dirección
y atención de
Médicos Pediatras



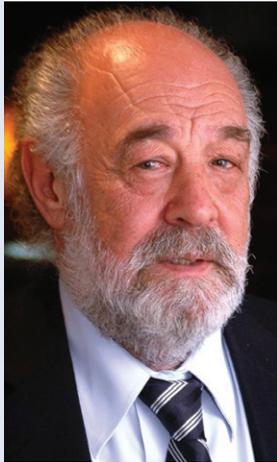
En los niños con necesidades
médicas complejas,
las internaciones prolongadas
pueden evitarse.

CIDPEN SRL

Cuidados interdisciplinarios
domiciliarios en pediatría
y neonatología

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

BIOÉTICA: LA SALUD ENTRE LA BIOTECNOLOGÍA Y LA MEDICINA TECNOCRÁTICA



“La construcción de la vida se halla en estos momentos mucho más dominada por hechos que por convicciones, y por un tipo de hechos que casi nunca, y en ningún lugar, han llegado aún a fundamentar sus convicciones.”
Walter Benjamin

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

Un problema es una situación en la que algo no encaja. Se logrará resolver si se plantean sus condiciones con claridad. Así, un análisis adecuado permitirá solucionarlo. Un dilema, por el contrario, es una situación en la que hay que optar entre caminos alternativos. Un dilema no tiene una solución, se lo enfrenta tomando una decisión. Requiere más discernimiento que análisis, más coraje que inteligencia, más una *disquisición ética* que un análisis cognitivo.

La bioética nos enfrenta a dilemas más que a problemas. A tomar decisiones que implican decisiones éticas (reflexiones sobre los valores que implican las acciones) frente a dilemas donde la moral tradicional (las conductas consideradas correctas) no alcanza a zanjar la decisión. Pero muchas veces la bioética queda reducida a situaciones particulares donde restricciones puntuales requieren una decisión individual o institucional específica. Queda un respirador disponible y dos pacientes que lo necesitan. ¿Qué hacer? ¿Qué criterios sopesar para priorizar la atención de uno u otro? ¿Su evaluación clínica solamente? ¿La edad entra en juego?

Evidentemente, estas situaciones son delicadas e importantes y como tales han sido tratadas por la medicina y la bioética, y es positivo que sigan discutiéndose. Aquí, sin embargo, me interesa más privilegiar las *aristas sistémicas* que generan condiciones particulares y menos la disyuntiva última de decisiones de atención, por caso, que funcionan como último

eslabón en una larga cadena de decisiones previas (consientes o no, planificadas o no, monitoreadas o no), a niveles de **política pública**.

Una institución médica puede argumentar el priorizar la atención de uno u otro paciente en la sala de espera, pero no puede dar cuentas de la no atención a los innumerables ciudadanos que no están acudiendo al centro médico, por múltiples motivos. La bioética no debería responder solamente a disquisiciones individuales sobre valores morales, sino a planteos políticos sobre intereses económicos. ¿A qué insumos e infraestructura se destinarán las partidas presupuestarias?, ¿con qué laboratorios se acordará una colaboración clínica sobre determinada vacuna o fármaco?, ¿qué investigaciones priorizará la política científica nacional, y cuáles especialidades médicas las universidades?, ¿por qué contamos con investigación para crear vacunas y píldoras para determinadas enfermedades, dolencias o limitaciones, y no para otras? Aquí no entran en juego simplemente criterios profesionales, sino fuertes intereses económicos (y políticos). ¿Por qué determinada población recibe determinados medicamentos antes que otra? ¿Por qué algunos seres humanos son usados como prueba de reaseguro para otros, por no decir, conejillos de Indias?

Si adoptamos una mirada fractal, y alejamos el lente sobre cada paciente e incluso sobre cada estudio particular, e indagamos el mapa social de atención sanitaria, el agregado de estudios y consultas, apreciaremos la sobremedicalización, los estudios innecesarios, las intervenciones a veces incluso dañinas. En definitiva, *una sociedad medicalizada en la era del consumo; una medicina tecnocrática*.

Es precisamente en este contexto epocal que la bioética cobra una importancia mayúscula. Con componentes en permanente mutación y acciones y reacciones continuas y abiertas, debemos señalar hechos (partícipes de procesos) como:

1. Auténtica proliferación de códigos morales en actividades específicas donde los profesionales de la medicina se encuentran involucrados.
2. Conductas que son producto de su educación (o falta de la misma) para la salud y la ausencia de políticas de promoción de la salud debidamente elaboradas.
3. Desde el paciente, con frecuencia se comprueba que éste “regala su vida” y luego “le roban su muerte”, víctima de la medicalización tecnocrática del ejercicio profesional.

“Las decisiones que van configurando aspectos de la vida y la salud de la población se están tomando permanentemente, y muchas veces de manera solapada e implícita. En vez de intervenciones directas, muchas veces se trata de inercias institucionales y tendencias económicas que conducen en una dirección y no en otra”.

Se trata en definitiva de una profunda reflexión sobre la llamada por Hannah Arendt *banalización del Mal*, o, en otros términos, la distinción que realizara Max Weber entre la ética de la convicción (que se rige por los principios morales internos inquebrantables en cualquier circunstancia) y la ética de la responsabilidad, en que el actor político antepone las consecuencias posibles de la medida a ejecutar sobre sus ideales, reparando así el impacto general de su decisión. En sus palabras: “La ética del político no es solo ser fiel a sus principios, sino hacerse responsable de las consecuencias”.

Pensemos por caso en la biogenética: las mejores intenciones pueden resultar peligrosas. Trocar genes es delicado. En consecuencia, la biotecnología nos obliga a la valoración conceptual de la bioética frente a situaciones ingenuas o perversas, ya que el objetivo de la ciencia es mejorar la vida sin negar la autonomía e identidad de la misma con transparencia, a fin de evitar sujeción económica y, por qué no decirlo, presión farmacéutica.

Somos seres en evolución y la salud es la base de la ética y como seres biológicamente abiertos, *la incertidumbre nos rodea*. De ahí la cautela de actuar para prevenir todo daño. Desde el punto de vista de la investigación, un acto ético es el que se ejerce responsablemente, evitando el perjuicio a personas, que a veces se realiza inconscientemente, por estar vinculado el daño a los métodos que el investigador utiliza para la consecución de sus fines.

Vale señalar también que los llamados “conflictos” en esencia ocultan una decadencia intelectual epocal. Al hablar de “juego de intereses” nos referimos a conveniencias o necesidades de una persona o corporación, por un lado, y al interés nacional que se refiere al bienestar común, por el otro, cuando hoy es imprescindible la reconstrucción de la Nación. La condición de la Salud Pública torna pertinente la especificidad de su enfoque en medio de una anomia en la que prevalecen desacuerdos profundos y oposiciones irreductibles que hacen imposible ocultar la ausencia de gobernanza y por lo tanto de decisiones elaboradas estratégicamente válidas.

Así como no existe economía política del desarrollo sin política económica del desarrollo, tampoco existe “economía del conocimiento” sin “*sociedad del conocimiento*”, lo cual requiere, como base de una sociedad nueva, rechazar una visión mercantilista de la ciencia. Esta última solamente busca nichos de rédito financiero, mientras que la economía del conocimiento y la sociedad del conocimiento que deseamos es, en cambio, el soporte sustentable de valores de la dignidad humana.

Las decisiones que van configurando aspectos de la vida y la salud de la población se están tomando permanentemente, y muchas veces de manera solapada e implícita. En vez de intervenciones directas, muchas veces se trata de inercias institucionales y tendencias económicas que conducen en una dirección y no en otra. Se requiere de ponerse al frente de decisiones políticas que señalen los dilemas bioéticos, con necesaria prioridad de los profesionales e instituciones cualificados para comprender los aspectos técnicos, pero poniendo a disposición de conocimiento a la sociedad en su conjunto sobre las consecuencias sociales y humanas, para permitir un debate público.

La teoría de la comunicación dice que es imposible no comunicar; toda conducta humana es interpretada. Así también, toda acción u omisión es una decisión, y *toda decisión es política*. Con cada paso en una dirección, evitamos todas las otras direcciones posibles. Eso nos hace libres, pero también responsables. Conocer los escollos en el camino o en los caminos posibles, trazar senderos, planificar el viaje, preparar los pertrechos necesarios; todo eso, además de libres y responsables, nos hará mejores. ■

(*) 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; 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



EL DESAFÍO DE EMPRENDER EN EL SECTOR SALUD

Por Santiago Troncar (*) @stroncar

La incorporación constante de avances tecnológicos y la digitalización progresiva de la salud han generado un nuevo desafío para los profesionales médicos: emprender y gerenciar nuevos proyectos de innovación.

Instituciones públicas y privadas, financiadores, gobiernos, laboratorios farmacéuticos y demás empresas de “life sciences” se han convertido en grandes inversores en innovación y nuevos proyectos, promoviendo el emprendedorismo en todas sus expresiones.

Quizás el mercado americano sea un buen termómetro de lo que pasa en todo el mundo: en 2021 la cifra de “venture capital fundrising” para inversiones en el sector salud de ese país trepó a 28.3 billones de dólares, casi duplicando el año anterior.

Pero... ¿Qué decimos cuando hablamos de emprender e innovar?

- (i) Desarrollar startups y nuevas empresas.
- (ii) Generar iniciativas en organizaciones o instituciones ya establecidas. (intrapreneurship) que pueden terminar teniendo entidad propia, o incluso convertirse en empresas independientes (spinoffs).
- (iii) La generación de proyectos internos de innovación.

En esa dirección, es interesante analizar algunas de las conclusiones ofrecidas en el programa “Health Entrepreneurs Training (HET) 2022 - ¿Cómo desarrollar un nuevo emprendimiento en el sector salud?”, coorganizado semanas atrás por EmprendeIAE (el centro de entrepreneurship del IAE), ConsultorioMOVIL.net y The Hive (<http://thehiveinnovation.com/>), el Centro de Innovación aplicada del Hospital Universitario Austral.

¿Cuáles son los principales aspectos y temas que un emprendedor o innovador deben tener en cuenta antes o durante el proceso de emprender?

- 1) Analizar el marco regulatorio y legal de la actividad teniendo en cuenta, no solo las leyes y regulaciones vigentes (nacionales, regionales y locales), sino también las políticas de Compliance de las empresas con que se planea interactuar, además de conocer las tendencias y regulaciones vinculados a aspectos de Privacy y Ética. Adicionalmente pueden necesitarse aprobaciones de agencias regulatorias tipo ANMAT, o certificaciones específicas. La Argentina es hoy una madeja de regulaciones federales y locales en salud, por lo que resulta clave escuchar a los referentes legales del sector. Los eventos, seminarios y materiales del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA, dirigido por la abogada referente Marisa Aizenberg, puede ser un excelente punto de arranque para embeberse en la problemática regulatoria y legal.
- 2) Para idear un negocio o una innovación, resulta clave comenzar con la definición de un “problema a

resolver”, y no con una idea per se. Silvia Torres Carbonell es probablemente la persona con más experiencia de la Argentina y Latino América en el acompañamiento de startups. Desde hace años creó y dirige el Centro de Entrepreneurship del IAE, y cofundó y ejecuta prestigiosos programas nacionales y regionales de emprendedorismo como NAVES y WISE Latin America.

Torres Carbonell enseña desde siempre que la clave de todo emprendimiento es identificar primero que “problema” se busca resolver, para después enfocarse en la idea o las tecnologías y procesos que buscarán lograrlo. “No hay que enamorarse de las ideas ni de las tecnologías... hay que enamorarse del problema que buscamos resolver”.

- 3) Desarrollar estrategia y una clara oferta **diferencial** de la iniciativa; ¿cuál es el diferencial que ésta ofrecerá al mercado? Novedad o precio pueden ser diferenciales, pero también pueden serlo otros aspectos como performance, funcionalidad, customización, operatividad, diseño, marca, status, reducción de costos, reducción de riesgos, accesibilidad, conveniencia en el uso, entre otras posibilidades.

4) Definir con claridad el **Modelo de Negocio**... ¿Quién pagará por el producto o servicio ofrecido? En un sector complejo como en el de la salud, múltiples stakeholders entran en juego en una iniciativa y hay que distinguir muy bien a las distintas categorías de participantes de un servicio o producto: el usuario y el núcleo que lo rodea (¿cuidadores, padres?), el que paga, el que elige, el que autoriza, el que compra. Todos podrían ser clientes directos o indirectos de la iniciativa, y resulta clave entender, a través



Santiago Troncar

Silvia Torres Carbonell



de metodologías como un “mapa de empatía”, como es su proceso decisorio. Adicionalmente resulta importante entender si alguno de ellos puede llegar a convertirse en una barrera de entrada, o un factor de demora relevante. Un buen ejemplo de esto son los proyectos de telemedicina... Además de saber que los pacientes los demandan... ¿Estamos seguros de que los médicos quieren prestarlos o los financiadores pagarlos o se harán cargo de esto los pacientes...?

- 5) Realizar el análisis y benchmark de la competencia: muchas de las ideas “nuevas” ya están desarrolladas en el mercado, por lo que resulta fundamental hacer un buen análisis de competencia con dos objetivos clave: conocer sobre ellos y compararnos (¿tenemos diferenciales?), o aprender de ellos y ahorrar camino - especialmente cuando fueron desarrollados en mercados globales y publicado sus experiencias y aprendizajes.
- 6) Pensar la necesidad de la protección legal que brindan las marcas, dominios de internet, propiedad intelectual de obras, materiales, metodologías, o incluso la protección de invenciones a través de patentes... tanto locales como globales. “No todas las nuevas ideas califican para solicitar una patente”, comentó el abogado José María Vicetto, especialista en marcas y patentes. Resulta clave proteger legalmente los activos intangibles que nuestro emprendimiento generarán.

- 7) Definir qué tecnologías se utilizarán y tomar las decisiones que rodean este aspecto clave. Esto comienza por preguntarnos primero si están disponibles las tecnologías que necesitamos para usar y generar una innovación para transformar el sector. ¿Podemos licenciar/contratarlas o tenemos que desarrollarlas? ¿La tecnología es un elemento “core” en nuestro negocio o es una mera herramienta que podemos dejar en manos de terceros? ¿Estamos dispuestos a reclutar, fidelizar y mantener un equipo tecnológico inhouse, o mejor tercerizamos? ¿Qué tipo de empresas son los vendors adecuados? La tecnología puede resultar un activo clave y diferencial para un negocio, pero también un gran desafío por su costo creciente.

- 8) Desarrollar el modelo económico/financiero y analizar su viabilidad: hacer el ejercicio económico financiero para identificar claramente una proyección de 3 años de ingresos, egresos e inversiones necesarias, distinguiendo los conceptos de lo económico y lo financiero, y algunos riesgos ocultos de todo startup como el “capital de trabajo”. ¿Cuántos meses necesito para que este proyecto alcance su break even? ¿Cuánto dinero consumirá por mes hasta lograrlo? (llamado burn rate en la jerga de los inversores) y, ¿cuál será su retorno? son algunas de las preguntas clave que tenemos que hacernos.
- 9) Definir financiamiento y/o necesidad de atraer inversores. Teniendo el modelo económico-financiero, ¿cuál es mi plan para financiar el proyecto? ¿Lo financiarán sus propios ingresos o hay que invertir dinero? ¿Cuál es la escala de la inversión? ¿Quiénes serán los inversores? ¿La propia empresa, personas físicas, clientes, proveedores, inversores profesionales o fondos de inversión? ¿Necesito una incubadora o una aceleradora como socio para crecer? “Cada uno de ellos impondrán sus criterios de evaluación, análisis y operación para interactuar y necesitaremos un esfuerzo relevante” expresó Lorena Suarez, Managing Partner del fondo de inversión Alaya Capital.



Rafael Aragón

10) Validación clínica: ¿Innovar en el sector salud es igual que en otras industrias? “Contar con una validación clínica de un prestador de salud de primera línea es clave para evaluar la viabilidad de un producto en el mundo de la salud”, afirmó Rafael Aragón, CEO de The Hive y Director General del Hospital Universitario Austral. El endorsement por parte de instituciones y/o profesionales referentes de cada especialidad, resulta clave a la hora de promover una innovación que transmita confiabilidad a la comunidad médica.

11) Equipos multidisciplinarios y balanceo de culturas. Uno de los temas clave de los emprendimientos en salud, es como se logra un equipo multidisciplinario que balancee skills, conocimientos y logre un adecuado balance en la evaluación de riesgos.

“Hay que cuidar muy bien el balance entre innovación y riesgo cuando uno propone innovaciones en el mundo clínico” sostuvo el Dr. Horacio Fernández, Subdirector Médico del Hospital Universitario Austral. “No podemos olvidar ni un minuto que lo que hacemos afecta a vidas de seres humanos, por lo que lo ideal es armar equipos donde se balanceen la cultura médica con la emprendedora”, concluyó el directivo del HUA.

El equipo ideal obviamente debería reunir skills científicos, tecnológicos, comerciales y de ejecución... ¡Todo un desafío!

12) ¡Show time! Llegada la hora de la ejecución, ¿qué herramientas y metodologías utilizaremos para implementar una innovación o un startup?

Estas son algunas de las más utilizadas en los tiempos que corren:

- El modelo CANVAS para pensar y desarrollar el ADN del business plan.
- Un mapa de empatía para analizar en detalle a los usuarios y clientes.
- Design Thinking para diseñar productos o servicios.
- Enfoque de UX, poniendo en el centro la experiencia del usuario.
- MVP (minimum viable product), un prototipo del producto o servicio que planeamos desarrollar, el cuál será utilizado para avanzar en los procesos iniciales de demos o pilotos.
- El framework SCRUM para ejecutar.
- Metodologías rápidas tipo LEAN

para testear actividades y negocios y ver rápidamente si generan los resultados buscados.

El programa “Health Entrepreneurs Training (HET) - LatinAmerica” mencionado en este artículo está disponible gratuitamente en YouTube, y se lo encuentra escaneando el siguiente código QR: ⁽¹⁾



Estas, y algunas otras cuestiones vinculadas al desafío de emprender, fueron recientemente conversadas en un podcast de 25 minutos, llamado “Introducción al emprendedorismo en el sector salud”, que publicó The Hive, el Centro de Innovación aplicada del Hospital Universitario Austral en LinkedIn. El mismo puede ser escuchado desde Spotify escaneando el código QR ⁽²⁾ aquí publicado, o buscándolo en el link: <https://tinyurl.com/m3wkjsfz>



Algunas recomendaciones finales para innovar en salud

Los innovadores y emprendedores que trabajamos en salud sabemos que es un sector lento y reactivo para innovar. Por supuesto que esta dificultad no es nueva. De hecho, me gustaría recomendar un clásico artículo titulado **Disseminating Innovations in Health Care**, escrito por Donald M. Berwick, MD, MPP, prestigioso especialista americano y fundador del Institute for Healthcare Improvement, el cual fuera publicado años atrás por la **American Medical Association**.

Este artículo plantea 7 reglas básicas

para diseminar exitosamente innovaciones en salud:

1. Encontrar innovaciones inteligentes.
2. Encontrar y darles apoyo a los innovadores.
3. Invertir tiempo y dinero en los early adopters, los primeros usuarios de la innovación.
4. Asegurarse que la actividad de los early adopters esté a la vista y sea reconocida.
5. Confiar y permitir que ocurran las innovaciones.
6. Darle un margen de elasticidad (de tiempo y recursos) y tenerles paciencia a las innovaciones.
7. Liderar con el ejemplo desde la alta dirección.

Creo que estas 7 recomendaciones son un buen punto de partida para reflexionar y comenzar a tomar conciencia sobre el tipo de desafíos y barreras que nos vamos a encontrar emprendiendo en el sector salud.

Pero, como en todos los ámbitos de la vida, más allá de las teorías, planes y experiencias previas de terceros, la clave estará siempre en la ejecución, por lo que les dejo la frase que nos decimos los golfistas al comenzar cada rueda: “¡Adelante y suerte!!”. ■

Referencias:

- 1) Acceso al programa “Health Entrepreneurs Training (HET) – LatinAmerica” en YouTube.
- 2) Podcast de 25 minutos “introducción al emprendedorismo en el sector salud” (o buscar The Hive en Spotify).

(*) El autor es emprendedor, fundador de FutureDocs Latin America y desde hace +10 años dicta programas y seminarios de innovación en salud, emprendedorismo y medicina digital. Adicionalmente dirige el programa Health Entrepreneurs Training (HET), es Mentor en los programas de emprendedorismo Navas de EmprendeIAE y WISE Latin America, y Profesor “practitioner” invitado en el IAE y en la Universidad Austral.

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

¿QUÉ HACE FALTA PARA ENFRENTAR LA INNOVACIÓN DISRUPTIVA EN SALUD?



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

Desde hace un cierto tiempo, la pregunta que da vueltas sin respuesta clara por parte de las autoridades sanitarias y los financiadores en América Latina es como asignar valor a nuevas terapias de tipo disruptivo, que poseen evidencia limitada frente a determinadas enfermedades, pero exigen saldar la abultada cuenta que implica su uso con el costo de oportunidad que implica en relación con las estrecheces financieras.

A partir de la aparición de las terapias biológicas -especialmente de las génicas (que ciertamente parecían de ciencia ficción y hoy son una realidad)- y asociado a la demanda de aplicación en nuestro país de dos de sus novedades -Zolgensma® y Luxturna®- no hay duda que considerar las opciones de adquisición para estas terapias innovadoras y potencialmente curativas requiere una forma diferente de pensar.

Porque en estos casos -y aun con baja evidencia contrastada- curar una enfermedad con un solo tratamiento no es simplemente el tema del uso de un determinado medicamento. Se convierte en una solución al sistema de salud si tal terapia logra eliminar definitivamente los costos futuros a que obligaría una enfermedad poco frecuente con múltiples modalidades de tratamiento y resultados inciertos.

Obviamente, más allá del debate necesario y aun escaso sobre el problema de la posición monopólica del fabricante y el precio abusivo que aplica a su producto, el tema superpone cuestiones complejas para las que no hay respuestas fáciles ni mucho menos simplistas.

Y además requieren una discusión reflexiva, incluyendo la necesidad de plantear soluciones creativas que permitan -a mediano y largo plazo - satisfacer lo que se presenta como una revolución en el cuidado de la salud, pero también una amenaza a la propia sustentabilidad del sistema.

Si bien se trata de terapias muy prometedoras en cuanto a su capacidad de reducir o eliminar la necesidad de tratamiento tradicional (lo que permitiría

redistribuir mejor los escasos recursos del sistema sanitario), cuestiones como las patentes, los altos costos de producción y de venta y las clásicas normativas regulatorias plantean dificultades que resulta obligatorio resolver para que estas promesas puedan constituirse sanitaria y económicamente efectivas.

¿Cómo se pueden pagar estas terapias extremadamente caras que pueden cambiar la evolución de una enfermedad y por ende la vida del paciente, sin que esto lleve a despilfarrar los presupuestos y mantener la incertidumbre acerca de la efectividad real?

Podemos mencionar algunas que pronto andarán por aquí, como el Zynteglo®, ya avalado en la Unión Europea para el tratamiento de la Beta Talasemia y con un precio de u\$s 2.8 millones, el más caro del mundo. O el *cerliponase alfa* (Brisera®), autorizada por la FDA y la AEM para “circunstancias excepcionales” e indicada en el tratamiento de la Lipofuscinosis Tipo 2, una rara enfermedad que provoca degeneración de las neuronas y hasta la muerte de quienes la padecen.

Su precio por un año de tratamiento en niños de entre 2 y 8 años es de u\$s 486.000. Pero al ser una terapia de sustitución enzimática que debe ser administrada por vía intratecal a nivel de los ventrículos cerebrales, además de requerir un dispositivo específico colocado por un neurocirujano implica un largo plazo de uso y por ende un costo muy elevado.

En este caso, el aspecto a analizar es que, respecto de su efectividad solo reconoce un estudio de un año de duración sobre 23 niños de los cuales 87% obtuvieron cierto beneficio en los dominios de la motricidad y el lenguaje. La incertidumbre respecto de su efectividad real en el mediano y largo plazo es el problema más sensible frente a la decisión de tratamiento y concomitante financiamiento.

Lo que está faltando por parte de los reguladores es disponer de mejores enfoques y alternativas legales respecto de cómo pueden los aseguradores (públicos o cuasi públicos) avanzar en esquemas de riesgo compartido (no financiar los fracasos de los pacientes versus recompensar el éxito), desarrollar más estudios de evidencia del mundo real en colaboración con instituciones dedicadas a evaluación de tecnologías de la salud, profundizar en acuerdos con la industria basados en resultados o probar con mejoras en los esquemas de compra entre fabricantes y financiadores en mercados más amplios que -más allá de la confidencialidad- permitan ajustar el riesgo económico.

En esencia, que el regulador sea árbitro del problema y no

“Si bien se trata de terapias muy prometedoras en cuanto a su capacidad de reducir o eliminar la necesidad de tratamiento tradicional (lo que permitiría redistribuir mejor los escasos recursos del sistema sanitario), cuestiones como las patentes, los altos costos de producción y de venta y las clásicas normativas regulatorias plantean dificultades que resulta obligatorio resolver para que estas promesas puedan constituirse sanitaria y económicamente efectivas”.

un simple espectador y provea soluciones concretas a un problema que cada vez se torna más candente.

Por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido -cuya particularidad es tener frente a los medicamentos de alto precio un enfoque centrado en la rentabilidad- ha adoptado enfoques de pagar los mejores precios negociados en cuotas durante varios años cuando ciertos medicamentos aseguran la cura de determinada enfermedad. Por ejemplo, lo ocurrido con el *sofosbuvir* en la Hepatitis C.

En este caso, los resultados se han seguido analizando durante un período de cinco años en tanto se lo ofrezca como una alternativa relativamente rentable entre curar en forma definitiva o tratar a los pacientes con hepatitis C de por vida incluso cubriendo eventuales trasplantes hepáticos. Este tipo de acuerdo garantiza a la industria un nivel fijo de ingresos, pero asegura al sistema de salud un suministro constante del producto al precio pactado independientemente de cuándo se lo necesite.

¿De qué forma se alcanzan este tipo de acuerdos? Las discusiones sobre financiación se centran cada vez más en el impacto real y medible de un medicamento en el mundo real, y no solo en los resultados que la industria muestra de los ensayos clínicos. Esto exige una amplia recopilación de evidencia en metaanálisis y modelos cuantitativos de simulación que utilicen datos del mundo real para demostrar por un lado el efecto alcanzado respecto de la progresión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida.

Y por otro trazar proyecciones económicas basadas en el costo actual y el pago potencial. De esta forma resulta posible obtener una mayor transparencia respecto del mejor precio y las condiciones de efectividad necesarias para la aprobación de pago y el esquema de financiamiento.

Nadie duda que a futuro la atención de la salud ira pasando progresivamente por el descubrimiento de terapias más novedosas en su mecanismo de acción, de mayor impacto y precisión y con un enfoque puesto no solo en la mejora de la condición de vida del paciente sino en su cura definitiva. Pero esto conllevara inexorablemente a una escalada de costos que no pueden ser patrimonio solo de los ciudadanos que viven en países con recursos suficientes para hacerle frente.

Según los últimos datos de PhRMA -la asociación de compañías farmacéuticas innovadoras de Estados Unidos- actualmente se cuenta con más de 480 terapias génicas y celulares en fase de investigación y desarrollo, con destino al tratamiento de un centenar de patologías. La mayoría en el campo de la oncología.

Por tal motivo, farmacéuticas y financiadores deberán requerir más y mejores acuerdos -especialmente en los países con mayores dificultades económicas- que solo pueden surgir de una más firme y estrecha cooperación.

Primero para poder predecir, medir y evaluar el desempeño de una innovación terapéutica. Y luego para encontrar mecanismos ingeniosos que eviten el impacto desmedido de los astronómicos precios con que seguramente se irán a presentar, para poder amortizar su uso y a la vez recompensar tal innovación.

Es decir, obtener un punto de equilibrio entre el mayor impacto en la sobrevida de los pacientes y el menor desequilibrio sobre las cuentas de los económicamente estresados sistemas de salud. ■

(*) Titular de Análisis de Mercados de Salud. Universidad ISALUD.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería

DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

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

EL VUELO DE LA MARIPOSA



“El futuro es incierto... pero esta incertidumbre está en el corazón mismo de la creatividad humana”. (Ilya Prigogine)

Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)

La fragmentación en el sector salud es solo un reflejo de las propias fragmentaciones. Si las personas, no pueden integrar sus contradicciones, conocer cómo se manifiestan sus opuestos y antagónicos, ni integrar su modo de pensar, con el sentimiento y el modo de accionar **¿Cómo sería posible entonces proyectar en el ecosistema que transitan, propuestas de trabajo colaborativo?**

Toda manifestación vital en la trama social impacta en la totalidad del contexto, es un axioma que la física, las matemáticas y las ciencias sociales, etc., llevan demostrando hace más de 35 años.

Somos protagonistas interactuantes del sistema social y más allá de los determinismos que nos atraviesan o que generamos, es posible también, construir en el aquí y ahora.

En el territorio inmediato donde irradiamos nuestras acciones, observar, reflexionar y pensar estrategias oportunas podrían constituirse en factores multiplicadores.

Hay un dilema colectivo, sobre el sentido de la vida...

¿Quiénes somos?... ¿Por qué estamos aquí?... ¿Qué es lo que necesitamos en realidad?

La cultura material no logra responder estos interrogantes...

En su libro **¿Cuánto vale una vida? ¿O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual?** El Dr. Didier Fassin nos dice:

“Las fronteras epistémicas cuestionan la confrontación de concepciones profanas y eruditas de la enfermedad. Las tesis conspirativas revelan reacciones de desconfianza respecto del conocimiento autorizado y los poderes oficiales. Las crisis éticas revelan mecanismos de violación de derechos y apropiación indebida de bienes comunes en beneficio de intereses privados. La salud pública puede aparecer tanto como un espejo que se le presenta a la sociedad como un reflejo que ésta le devuelve”.

La salud pública es una construcción social integral, que tiene una historia, un proceso interdependiente, de gran

complejidad de conexiones. Factores ambientales, psicosociales, históricos, emocionales, políticos, culturales, etc.

Necesitamos comprender el concepto de Salud Pública como un ámbito interdependiente de nuestras acciones y la de los otros, con las asimetrías en desigualdad de accesibilidad, recursos, y excelencia profesional.

También observar, que quienes tienen mayores oportunidades por sus ingresos económicos, podrían no estar recibiendo un nivel de calidad y efectividad en su necesidad de resolver los problemas de salud, ni estarían exentos de los impactos ambientales...

El cambio climático está presente ya, en el aquí y ahora, el acceso al agua y a alimentos contaminados y ultraprocesados nos atraviesa...

La pandemia que aún no se declaró terminada, dejó evidencias de estas situaciones. Las vivencias personales, familiares y las de la comunidad son un testimonio de que nadie se salva solo...

Las vacunas resultaron efectivas para enfrentar un virus inédito. También evidenció, la trama indispensable para enfrentar una situación muy difícil, que aún no es valorada.

Aun no se conoce con exactitud su magnitud e impacto. Su huella aun no alcanza a ser estudiada. Es demasiado reciente para procesar las aristas de esta crisis humana.

Estamos viviendo un tiempo de transformaciones inéditas, los desafíos a la capacidad de adaptación son una exigencia cotidiana; que nos obliga a decodificar estos nuevos lenguajes de manifestación de la vida y sus comportamientos caóticos.

La **teoría del caos** se instala alrededor de los años 70 del siglo pasado. Desarrollo una comprensión del comportamiento de los *Sistemas Vivos Dinámicos*. Sistemas cuyos estados evolucionan con el tiempo y con la particularidad de ser muy sensibles a las variaciones de las condiciones iniciales.

El efecto mariposa relacionado con la teoría del caos, expresa que el aleteo de un insecto en Hong Kong puede desatar una tempestad en Nueva York. Teoría física y matemática, utilizada por las ciencias sociales y la economía, trae consigo una constelación de comprensiones.

Estos conceptos podrían aportar luz en la posibilidad que cada uno de nosotros tendríamos de modificar la realidad con pequeños aportes.

Ervin Laszlo sostiene que **“Si mantenemos valores y creencias obsoletos, una consciencia fragmentada y un espíritu egoísta, también estamos manteniendo objetivos y comportamientos obsoletos”.**

Propuestas

Si utilizásemos los **indicadores que nos aporta la epidemiología** para tomar decisiones, se podrían generar mejores recursos y menos gastos inútiles.

Cuando estudiamos la **pirámide poblacional** de la Argentina, elaborando por grupos etarios los requerimientos de cada uno, descubriremos que su base más ancha la representan las personas de entre 0 y 40 años.

Los **accidentes** en el grupo de 10 a 35 años serían una sorpresa para los financiadores de salud, en cuanto a su proyección de discapacidad, impacto en la familia, en el ámbito laboral y demanda en utilización de recursos del Sistema, más allá de los años y calidad de vida perdidos prematuramente.

La **población de más de 70 años va a ser más numerosa en el futuro próximo**. La prevención es indispensable pensando en la sobrecarga de los recursos.

Es necesario conocer que las grandes ciudades tienen incidencia y prevalencia propias del numeroso grupo poblacional, ahora con el **Long Covid** en aumento y posibles nuevas pandemias, y brotes de virus que ya están mutando.

Las regiones con menor densidad demográfica tienen necesidades de accesibilidad y de calidad en la atención de salud en un contexto extremadamente asimétrico. Estas necesidades son un derecho fundamental... ofrecerlas, no es solo un deber del Estado, también les pertenece a las Instituciones Privadas y Obras Sociales.

Necesitamos pensar y accionar con creatividad, conocimientos y altruismo.

- Es indispensable trabajar por un cambio en la currícula de las formaciones académicas en salud, cuyos contenidos están antiguos y desfasados de las realidades con que se enfrentan los egresados.
- Los sueldos del equipo de salud no son equitativos, ni están a la altura de sus formaciones ni horas de trabajo.
- Instalar la atención primaria de la salud como eje transformador vital.
- La medicina familiar es imprescindible.
- La promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria, no pueden estar relegadas a una entelequia discursiva. *Deben ser incorporadas como una necesidad básica de las prestaciones, en las concepciones ontológicas de salud.*
- La creación de servicios de Atención Integral del Adolescente en todos los subsistemas es fundamental para afrontar las contiendas de los procesos de salud/enfermedad.

- Crear conexiones formales en los diferentes espacios de prestación de servicios sociales, es posible y accesible. Cada uno en su pequeño mundo puede tejer redes de intercambios constructivos de gran impacto. ■

Bibliografía

1. Carl Gustav Jung/El Hombre y sus Símbolos/Ed. Aguilar.
2. Didier Fassin/¿Cuánto vale una vida? O ¿Cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual/Ed. Siglo Veintiuno.
3. Byung Chul Han/La Sociedad del Cansancio/Ed. Octaedro/ Ensayos.
4. Byung Chul Han/Psicopolítica/Ed. Octaedro.
5. Argentina - Pirámide de población 2021 | Datosmacro.com (expansion.com)
6. Frijtof Capra/La Trama de la Vida/Ed. Anagrama.
7. Gustavo Adolfo Cárdenas/De la entropía social a la entropía educativa. Una reflexión en el contexto colombiano (redalyc.org) / Diciembre 2019.
8. Los ecosistemas sociales: herramienta para activar el cambio - Haz (hazrevista.org)
9. Ilya Prigogine "Las Leyes del Caos"/Ed. Critica.
10. Ervin Laszlo/El Universo IN-FORMADO/Ed. Nowtilus - Ervin Laszlo/El cambio cuántico/Ed. Kairos.
11. www.nationalgeographic.es/ciencia/2017/11/el-efecto-mariposa
12. Alain Badiou/Compendio de Meta Política.
13. Ervin Laszlo, Stanilav Grof, Peter Russel "La revolución de la conciencia"/Ed. Kairos.
14. Marie Loise Von Franz/El Puer Aeternus/Ed. Kairos.

(*) Médica Sanitarista – Epidemióloga –
dralchertkoff@gmail.com



OSIM 50 años
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

www.osim.com.ar

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

LA CRISIS DEL RECURSO MÉDICO EN LA ARGENTINA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

La palabra crisis es, seguramente, la más utilizada para adjetivar el estado de situación de nuestro sistema de salud. Desde que comencé mi carrera dentro de la salud pública (fines de los 80) venimos escuchando y hablando de la crisis del sector. Y cuando leemos la historia del sistema de salud vemos que esto viene de mucho antes.

Sin embargo, la crisis en la actualidad ha tomado una dimensión aún más preocupante. A las clásicas características negativas del sistema (fragmentación, segmentación, ineficiencia, inequidad) se le suma el agravamiento de otro problema que amenaza con llevarnos a una crisis casi terminal. El problema del recurso humano en general y la del recurso médico en particular.

Me dirán (y no sin razón) que siempre estuvo presente este problema. Sin embargo, la magnitud de este y algunos de sus rasgos en la actualidad, hacen que pueda ser considerado como uno de los problemas más graves que debemos abocarnos urgentemente.

La crisis del recurso humano es una bomba de profundidad que ya explotó hace años y que ahora está surgiendo a la superficie con cada vez más fuerza.

El recurso humano durante la pandemia

La pandemia por Covid-19 desnudó los graves problemas que venía acarreadándose respecto a la falta de recursos humanos y las malas condiciones laborales y de seguridad personal o del entorno.

La, por entonces, representante de la Organización Panamericana de la Salud en la Argentina, Maureen Birmingham, afirmó en junio de 2020, durante un conversatorio virtual sobre Gestión del Trabajo, Salud y Seguridad de los Trabajadores de la Salud, lo siguiente: *“Esta pandemia está exponiendo y agudizando las falencias que existen y los desafíos que tenemos adelante en los sistemas de salud. Desnudó la subinversión crónica desde décadas en estas funciones clave. Y ahora estamos pagando en vidas y en nuestras economías por este descuido”*.

Desde la propia Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación se corroboraba en aquel entonces, la existencia de grandes problemas del recurso humano en cuanto a escasez de profesionales en áreas críticas, disminución de la cantidad formándose en la misma, especialmente en determinadas regiones y provincias del país, heterogeneidad en la distribución geográfica de los profesionales formados y diferentes experiencias, entrenamiento y capacitación en las diversas áreas del país.

También se publicaba en julio de 2020 desde esa dirección nacional, una disminución del 42,7% de la cobertura de cargos para terapia intensiva de adultos y de un 30,2% para terapia intensiva infantil desde el 2009.

El agotamiento médico

Durante la pandemia y posterior a esta, también se agudizaron problemas crónicos en muchas especialidades médicas como el multiempleo, los bajos salarios y honorarios, el agotamiento y el síndrome de Burnout y la violencia laboral. Todo esto llevó a un agotamiento físico y mental de muchos médicos.

Una encuesta realizada por la Agronomía Médica Platense entre sus agremiados reveló que durante la pandemia se incrementaron los niveles previos de malestar. Los resultados mostraron que uno de cada cuatro médicos estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio.

La gran mayoría de los médicos encuestados se encontraban en situación de pluriempleo teniendo esto que ver no solo con el ejercicio laboral de su profesión sino también en la formación de futuros médicos. Se desprende de ese estudio que casi un 90% de los médicos encuestados se desempeñaba en más de un lugar y al menos el 65% de ellos en tres o más sitios. *“Considerando a su vez que estos mismos profesionales están vinculados a la formación de nuevos médicos esto es aún más alarmante”* concluye el informe de la Agronomía Médica Platense.

En lo que respecta a la prevalencia de Burnout resultó que el 26.4% del total de los encuestados padecen la enfermedad, siendo este número significativamente superior a la media reportada a nivel mundial. Afirma el informe final de la encuesta: *“Analizando su relación a la condición de empleo resulta innegable que la prevalencia de este es muy significativa en la población que se desempeña en empleos múltiples teniendo esto una relación directa con la sobrecarga del profesional y su consecuente extensión más allá del ámbito laboral impactando esto sobre su entorno social y familiar”*.

A su vez, casi 75% de los médicos encuestados reporta padecer trastornos del sueño o del ánimo estando estos trastornos, como es sabido, en estrecha relación con el Síndrome de Burnout lo que de alguna manera plantea la consecuencia generada por la sobrecarga laboral más allá del ámbito de desempeño con afectación en ámbitos sociales y familiares.

Concluye el informe con la siguiente reflexión: *“De alguna manera creemos fundamental intervenir por sobre el síndrome de Burnout de múltiples maneras. Creemos trascendente el poder intervenir y modificar el ámbito laboral generando que el mismo no se transforme en un ámbito hostil sino todo lo contrario, que sea protector del trabajador y contemple a su vez la metodología para la detección de situaciones que desencadenan el posterior desarrollo de Burnout. En segundo lugar, consideramos que la relación laboral frente al salario es fundamental en este aspecto. El bajo salario condiciona la necesidad de que el trabajador se desempeñe en más de un sitio para poder acceder a un ingreso digno, cosa que incrementa el riesgo en la exigencia física y mental con consecuencias claras en el profesional de la salud y por decantación en el sistema de atención. En tercer término, consideramos elemental que se tomen medidas de intervención para asistir a los profesionales que padecen de dicha patología, dando asistencia psicológica y proponiendo iniciativas que direccionen la acción hacia las intervenciones en patrones de vida saludable”*.

Problemas en la formación médica

Una reciente nota escrita por Gonzalo Herman y publicada en el diario Clarín el 19/10/2022 describe una problemática que data de hace bastante tiempo pero que últimamente se ha agudizado.

Por un lado, se afirma en esta nota que *“está cayendo la cantidad de estudiantes de Medicina y además son muy pocos los que terminan la carrera”* según Roberto Freue, que es jefe de Trabajos Prácticos de la Facultad de Medicina de la UBA, quien

afirma además “que cada año terminan la carrera mucho menos del 10% de los alumnos que la empiezan. Ingresan unos 10 mil estudiantes y se reciben 600”.

A su vez se observa una merma en la cobertura de cargos de las residencias médicas para las diferentes especialidades, fundamentalmente las clínicas. Por ejemplo, según el mismo artículo de Clarín, en la última adjudicación de cargos de residencia de Clínica Médica de los Hospitales dependientes de la UBA, de 35 establecimientos solo 16 tuvieron al menos una adjudicación de residentes y el total de adjudicaciones fue de 66 sobre 207 cargos disponibles.

Otro ejemplo se da en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata. Allí, de las 25 vacantes de residencia que se dan todos los años sólo se cubrieron cuatro, algo totalmente inédito.

Siempre según la nota, el pluriempleo, los bajos salarios profesionales y el alto nivel de estrés son los principales motivos de esta merma de residentes en estas especialidades.

Ante esta desesperante situación autoridades provinciales presentaron recientemente un nuevo reglamento para regular la actividad de médicos residentes con el fin de mejorar sus condiciones laborales. Según el medio de difusión Femecon Informa “la iniciativa establece un nuevo régimen de jornada laboral de lunes a viernes, que elimina los sábados y reduce las horas de guardia de 24 a 12. Además, brinda la posibilidad a residentes del último año de contar con un día laboral por semana para realizar otras tareas remuneradas. A nivel salarial, se incorpora un plus por guardia con un valor del 13% del sueldo de un jefe de residentes y un adicional del 7% del ingreso de quien trabaje en una zona de baja cobertura, con el objetivo de incentivar la radicación de profesionales en ámbitos de mayor necesidad. Asimismo, se agrega una suma de 1.500 pesos por hijo, que se duplica en caso de que el menor tuviera alguna discapacidad, y se incorporan los aportes al IPS”.

Problemas actuales y futuros

Se comienzan a observar cada vez en mayor medida, guardias médicas sin la presencia de muchas de las especialidades imprescindibles en una guardia. En muchas clínicas y sanatorios privados han instaurado las guardias pasivas de estas especialidades ante la falta de médicos que quieran cubrirlas presencialmente. O directamente informan que ese servicio no está cubierto en la emergencia. Muchos de esos cargos se completan con médicos de baja calificación que no han realizado una residencia o son de otros países a los que se les da la matrícula a través de un decreto del ejecutivo, pero no del Colegio Médico.

Se comienza a percibir además en algunos establecimientos una baja calidad en la atención médica. En un futuro muy cercano estos problemas harán que el sistema de salud entre en una crisis inédita y de difícil resolución si no se toman medidas urgentes.

Desde los gobiernos (nacional, provinciales y municipales) se deben tomar cartas en el asunto. Se requiere urgentemente una recomposición salarial y de honorarios médicos ante la grave situación económica del país. Por otro lado, diferentes tipos de incentivos deben desarrollarse para regenerar el trabajo médico digno y de calidad. Las condiciones laborales deben ser revisadas y mejoradas y se debe brindar seguridad a los profesionales en sus ámbitos laborales. Caso contrario estaremos hipotecando el futuro de la atención médica en nuestro país. ■

(*) Médico - Especialista en Salud Pública



chk
consultores

Gestión de Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
Consultoría Informática en Sistemas de Salud

mail: chkconsultores@gmail.com - cel.: +54 9 11 36986400

MEDIACIÓN EN SALUD

Aportes a la disminución de la litigiosidad y la mejora del Sistema de Salud



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

Los métodos participativos de prevención y gestión de conflictos, y en particular la mediación, son reconocidos como instrumentos clave en el tratamiento de la conflictiva que se produce en el ámbito sanitario, contribuyendo a morigerar aspectos negativos en la dinámica relacional entre los distintos actores involucrados en la actividad prestacional.

Sin embargo, su alcance es aún más abarcativo y extenso comprendiendo un sinnúmero de controversias que exceden lo estrictamente prestacional y que requieren un abordaje transversal e integrador.

Del mismo modo que la intervención de un tercero neutral experto facilita la comunicación y mejora las probabilidades de alcanzar acuerdos, entendemos que resulta imprescindible propiciar la incorporación de una mirada de contexto que contemple aspectos ambientales, sociales y económicos, sistémica e integradora que favorezca conversaciones más profundas, permita construir acuerdos más duraderos y un desarrollo más sustentable.

Mucho se ha hablado ya sobre el conflicto: que es parte de la vida y se da cotidianamente en distintos ámbitos; que presenta matices que van desde un simple intercambio de opiniones a controversias aparentemente inconciliables y hasta incluso beligerantes; que cada disciplina intenta analizarlos y clasificarlos objetivamente pero que, en definitiva, el

componente subjetivo termina siendo siempre el más relevante. Claramente es un tema de interés para el conjunto de la sociedad, que en períodos de crisis y cambios profundos de modelos como sucede actualmente, cobra aún mayor relevancia.

Advertido su alcance y complejidad, sabemos sin embargo que, no en todos los casos el conflicto es algo malo o produce consecuencias negativas, muchas veces muestra oportunidades de reflexión, de cambio y mejora. Desde esa perspectiva, es de gran importancia contar con herramientas que nos permitan decidir de qué manera elegimos gestionarlo.

La complejidad que mencionamos antes puede acentuarse en algunos ámbitos por la propia naturaleza de los intereses y necesidades involucrados. Tal es el caso de los conflictos que se producen en el ámbito de la salud.

Cambios de paradigmas en la relación médico paciente; la globalización de cadenas de suministro y mayor acceso a la información; en muchos países, un contexto de fragmentación económica y prestacional del sistema sanitario; la incorporación de innovación tecnológica; nuevas percepciones de bienestar; marcos regulatorios poco claros; impactos ambientales y sociales que afectan la calidad de vida; nuevas enfermedades y epidemias, que se expanden en tiempo récord; son sólo algunos de los elementos que disparan a diario incontables conflictos en salud.

La judicialización ha sido y es aún hoy,

la vía más utilizada para la resolución de la mayoría de estos conflictos. Sin embargo, más allá de las buenas intenciones y de la preocupación de muchos jueces por mejorar la eficiencia y eficacia en los procesos las soluciones que brindan los sistemas judiciales - por cierto, válidas y ajustadas a derecho - generalmente llegan luego de largos y costosos juicios, que no siempre complacen a las partes y que muchas veces deterioran aún más la ya erosionada relación.

Las decisiones judiciales, garantizan el imperio de la ley, pero como ya mencionamos, a menudo no logran satisfacer los reales intereses en juego, y es entonces cuando el conflicto resurge y/o impacta en otros actores, directa o indirectamente relacionados.

Gestionar estos conflictos de forma proactiva y con herramientas adecuadas a su particular contexto, permite reducir el riesgo de impactos negativos en beneficio de ambas partes y del propio sistema, mejorando la forma que vivimos y acercándonos a un modelo de desarrollo más sustentable de las comunidades.

Sin menoscabar la importancia de la intervención judicial y reconociendo que en muchas oportunidades resulta la única alternativa posible, debe destacarse la efectividad de otros instrumentos existentes.

Sencillos, eficientes y menos costosos, los métodos participativos de prevención y gestión de conflictos constituyen herramientas de trabajo colaborativo entre los involucrados, capaces de facilitar la elaboración de acuerdos duraderos, sin perjudicar la relación entre las partes.

Entre los procedimientos más reconocidos por su efectividad para tratar la conflictiva en el ámbito de la salud se destaca, el proceso de mediación. Participativo, no adversarial y flexible, pone a disposición de las partes a un tercero neutral pero especializado, que las asiste en la negociación, con el fin de que puedan arribar a un resultado mutuamente aceptable.

La mediación en salud ofrece un espacio de escucha y reconocimiento de intereses y necesidades, de gestión del conflicto a través del entendimiento, la comunicación y la negociación, permitiendo la intervención colaborativa de un tercero imparcial experto en el tema de fondo. Esta facilitación especializada en la dinámica y naturaleza del sector salud, mejora las probabilidades de arribar a acuerdos satisfactorios, ocasionando menores costos vinculares y económicos.

Una de las causas más frecuentes de demandas judiciales por mala praxis médica, por ejemplo, se relaciona con problemas en la comunicación y falta de información entre las partes. Esta dificultad en el diálogo y/o entendimiento,

es consecuencia de un sinnúmero de razones culturales, familiares, económicas y profesionales, pero también de miedos, prejuicios y presiones que, sumados a los motivos mencionados, impiden la escucha activa y una conversación fluida.

En este punto, es necesario destacar que los conflictos del sector no se reducen a la relación médico paciente y/o a reclamos prestacionales y/o a diferencias entre equipos médicos, prestadores y financiadores; en otras palabras, los conflictos vinculados a la salud no sólo ocurren e impactan en el seno del ámbito prestacional. La salud depende de muchos otros factores que exceden este ámbito y que requieren el abordaje y participación de otros sectores.

Es indiscutible ya, que factores ambientales, económicos y sociales determinan la salud de las personas, al mismo tiempo que resultan evidentes los impactos sociales y económicos que producen las enfermedades y/o la ausencia de bienestar en la población; en este marco, es necesario entonces realizar esfuerzos conjuntos, propiciar el diálogo multisectorial y la colaboración constructiva, así como contar con una mirada transversal, que nos permita comprender la real dimensión de los conflictos relacionados con la salud.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, suscripta por 193 países en el ámbito de Naciones Unidas, refleja precisamente esta vinculación, así como la necesidad de un tratamiento holístico de problemáticas en apariencia inconexas y tan trascendente resulta esta interpretación, que ha sido recogida por la propia Organización Mundial de la Salud.

En concordancia con esta visión estratégica consolidada en el escenario internacional, la mediación en salud, como metodología y proceso colaborativo liderado por especialistas, ofrece esencialmente una mirada integradora, sistémica y transversal que facilita el diálogo pacífico, la generación de opciones innovadoras y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas.

Conclusiones

Contar con un profesional o un equipo profesional especializado, con herramientas comunicacionales y de negociación adecuadas para el sector, permite entender la dinámica de conflictos de la organización, facilita la comunicación entre las partes y contribuye al logro de mejores resultados para todas las partes interesadas.

La mediación, entonces, no sólo es una herramienta útil para la resolución de conflictos mediante la búsqueda de intereses comunes y acuerdos satisfactorios y duraderos; sino que, además, es un instrumento capaz de crear una dinámica relacional no confrontativa en las organizaciones y desarrollar una cultura del respeto y cooperación entre estas, las personas y la sociedad, en beneficio del Sistema de Salud en su conjunto.

El acceso universal a la salud es uno de los desafíos que han planteado los países para el 2030, conscientes de la complejidad y la correspondencia de este objetivo con otros factores igualmente importantes como el hambre, la pobreza, el trabajo, la educación y la protección del ambiente, por mencionar algunos; las prioridades son difíciles de establecer, pero sin dudas requieren de un contexto que promueva sociedades pacífica, justas e inclusivas en el que las organizaciones de la sociedad civil, empresas y gobiernos trabajen de manera coordinada y colaborativa.

La mediación en salud entonces ofrece una alternativa invaluable para el sistema de salud y la sociedad en general, aportando instancias de negociación y diálogo constructivo en un contexto global que definitivamente requiere de ellos para un desarrollo más sustentable.

En un mundo cambiante y luego de una pandemia que generó una enorme incertidumbre, es de esperar que el número de conflictos crezca en diversas áreas, pero en especial en aspectos relacionados con la salud de las personas y sus determinantes. Es probable que se requieran adecuaciones normativas acordes a la

nueva realidad, pero fundamentalmente es imprescindible que encontremos mecanismos y herramientas capaces de construir lazos de confianza, que faciliten el arribo a soluciones negociadas y sobre todo lo hagan con cierta agilidad.

La facilitación del diálogo entre los actores del Sistema de Salud se presenta entonces como alternativa flexible, constructiva y benéfica muy especialmente en esta coyuntura.

Entendemos sin embargo que, es necesario ser claros respecto de la importancia de contar con profesionales expertos para mediar en conflictos relacionados con el sector salud; especialistas que conozcan la temática de fondo, compleja y en constante evolución y que al mismo tiempo sean capaces de aportar a la negociación una visión transversal y holística enmarcando el proceso en el contexto de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Brindaremos de este modo, mayores oportunidades de negociación, mejores resultados y habremos aprendido algo de esta crisis: no es posible analizar los problemas como compartimentos estancos, los grandes temas que nos preocupan están interrelacionados, siempre lo han estado, hoy ha quedado en evidencia y debemos incorporar ese aprendizaje si queremos acuerdos duraderos. ■

Referencias (Fuentes - Bibliografía)

- 1) Caivano-Gobbi-Padilla "Negociación y Mediación". Buenos Aires-Argentina, Editorial AD-HOC junio 19972.
- 2) Gallardo Alicia-Siboldi Marisa. "Métodos Participativos de Prevención y Gestión de Conflictos" Tratado de Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires. Argentina. La Ley. Ed. 2014.
- 3) Tobar Federico. "Políticas de Salud: Conceptos y Herramientas" Tratado de Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires. Argentina. La Ley. Ed.2014.4.
- 4) Plan de Acción Mundial a favor de una vida saludable y bienestar para todos. OMS 2018. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

(*) Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

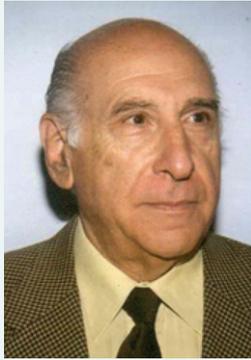


INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD
Creado para cuidar la salud de las personas

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

MODELOS DE PAGO EN SERVICIOS DE SALUD



“Lo innecesario aunque cueste un solo céntimo es caro”. (Séneca)

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El estudio de las modalidades de pago ocupa un lugar destacado en los sistemas de atención médica (SAM) pues contribuye a la distribución de los riesgos financieros y económicos en consideración a sus ventajas y desventajas.

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas involucradas. Por tal razón, su estudio y diseño se ha transformado en una suerte de alquimia con relación a los desafíos en la gestión de los SAM.

La problemática de los modelos de pago puede ser planteada como la cuestión de cuál es la forma adecuada para distribuir los riesgos en la cobertura médica a las personas.

Los modelos puros de remuneración a los médicos son el salario, la capitación y el pago por prestación o acto médico.

De las ventajas y desventajas que se señalan en la Unidad 4 del libro de Administración de Servicios de Salud (editor J. C. O'Donnell) deben diferenciarse aquéllas inherentes a la modalidad de las que le son agregadas.

Así por ejemplo, en el pago por acto se profundizan sus desventajas con nomencladores defectuosos o con el libre acceso de la oferta. En la cápita cuando hay selección adversa por defecto en la distribución del trabajo y en el salario cuando la unidad hora es excesiva respecto a la demanda en beneficio de la remuneración.

El comportamiento médico siempre tiende a maximizar la unidad de pago. En el salario se trata de maximizar el tiempo no asistencial y minimizar la carga de trabajo con excepción en la atención médica no programada (áreas intensivas y de emergencias) donde resultan de elección. En nuestro medio su valor suele estar determinado a través de los distintos y desiguales escalafones sin que estén basados en un cálculo previo.

Shiao (Harvard) calculó el valor hora médica producción (honorarios/tiempo) de las distintas especialidades, valor que homogeneizó por medio de un polinomio en el que consideró otros factores como la frecuencia de la actividad, el entrenamiento, la aptitud física, la edad, entre otras.

La aplicación de una metodología para asignar horas profesionales según producción mejora la eficiencia de los servicios, ajusta el recurso humano a las oscilaciones de la demanda, estimula la competencia profesional y ajusta los horarios a la disponibilidad de los locales de atención o intervención.

La conducta teórica en la cápita es maximizar la cantidad de personas y minimizar los actos propios a expensas de la derivación. Su utilidad está en las especialidades del Primer Nivel de Atención, debiéndose determinar los cupos de población. Es muy utilizado en el Reino Unido, Holanda y algunos HMO. Su valor se calcula en base al valor de la actividad por la tasa mensual esperada.

El pago por acto médico necesita un nomenclador que fija los honorarios y los gastos por cada actividad médica, así como por extensión a otras profesiones, expresados en puntos o unidades. El comportamiento teórico es maximizar la utilización en función del precio y de los costos marginales de cada proceso. Estas unidades pueden estar valorizadas o no. Cuando no lo son se comportan como un mecanismo para distribuir el presupuesto disponible o asignado.

La valorización puede estar regulada o estar desregulada, en tal caso los valores varían según la capacidad de fijar precios de los proveedores.

La gran desagregación que muestra esta forma de pago llevó a simplificarlas en beneficio del proceso administrativo, sumando las unidades correspondientes a una práctica o intervención (honorarios y gastos) sin que ello afecte las características sobresalientes de la modalidad de pago.

Esta agregación puede ser por producto (transfusión), por día, por consulta integrada. También por la llamada consulta vestida que suma a la consulta los gastos que genera con el que puede construirse un indicador para calcular el presupuesto ambulatorio.

Características particulares de las formas agregadas y desagregadas:

Característica	Desagregada	Agregada
Riesgo	Concentrado	Distribuido
Eficiencia	Productividad	Efectividad
Previsibilidad del gasto	Menor	Mayor
Calidad	Sobre prestación	Subprestación
Definición de Salud	Fragmentada	Integrales

Las modalidades mixtas usan dos o más bases de pago con el propósito de anular los efectos negativos y al mismo tiempo potenciar los positivos.

El pago a los proveedores constituye en realidad el presupuesto financiero el que a su vez se distribuye con diferentes modalidades de retribución o generando una cadena de subcontratos que es conveniente conocer.

Hay combinaciones felices y otras no. En la combinación de salario y acto se determina la previsibilidad del gasto con los incentivos en la producción y en la motivación del recurso humano. La combinación de un presupuesto calculado en base a una cápita estimada por utilización y distribuida por prestación reúne previsibilidad y satisfacción. Requiere un esfuerzo del proveedor en el control de la calidad de utilización.

“La conducta teórica en la cápita es maximizar la cantidad de personas y minimizar los actos propios a expensas de la derivación. Su utilidad esta en las especialidades del Primer Nivel de Atención, debiéndose determinar los cupos de población. Es muy utilizado en el Reino Unido, Holanda y algunos HMO”.

Hay dos antecedentes exitosos: 1) Convenio PAMI – FE ME Mendoza que aprovechó la existencia previa del Primer Nivel de Atención y adecuó los nomencladores eliminando las prácticas innecesarias y las desactualizadas. 2) FEMEBBA que distribuyó los pagos de acuerdo con un cuadro estadístico basado en la utilización histórica en los Círculos y de los profesionales.

La variación más importante de las modalidades de pago es la agrupación de actos médicos en conjuntos de causas diagnósticas conformando los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), que constituyen el sistema de medición del case-mix.

El uso principal de los GRD es el pago prospectivo a los hospitales, pero también tiene otras aplicaciones: 1) Revisión de utilización; 2) Establecimiento del proceso diagnóstico; 3) Medición de la gravedad, 4) Control del gasto; 5) Evaluar la calidad.

Las variables utilizadas para la construcción de los GRD fueron: 1) Diagnóstico principal; 2) Diagnóstico secundario 3) Edad; 4) Cirugía principal; 5) Cirugía secundaria; 6) Atención psiquiátrica; 7) Sexo; 8) Procedimientos médicos y quirúrgicos; 9) Situación al momento del alta.

Dentro de las ventajas de esta modalidad es que transfiere el riesgo al prestador, facilita la auditoría médica, incentiva el control de costos y elimina las prácticas innecesarias. Dentro de las desventajas, como señala Medicare. Si bien permite aumentar el ángulo de la visión del médico sobre los problemas de la salud, no incentiva la preocupación por la prevención de las enfermedades. ■

Bibliografía:

- 1) A.M. Reale, J.C. O'Donnell, J. Laspiur. Metodología para asignar horas profesionales. Revista Auditoria. Año 1 N.º 1. Octubre 1983.
- 2) A.M. Reale. Administración de Servicios de Salud- Unidad 4. Editor J.C. O'Donnell. 1995.
- 3) N Rosenfeld, Tobar, A.M. Reale – Modelos de Pago en Servicios de Salud. Cuadernos Médicos Sociales N.º 74, Nov. 1998.

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



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

OTRA MIRADA SOBRE LA FALTA DE PROFESIONALES MÉDICOS EL IMPACTO DEL IMPUESTO A LAS GANANCIAS



Por la C.P. María Silvia Monet (*)

Desde hace años, el sistema de salud en nuestro país sufre dificultades a la hora de cubrir puestos de profesionales médicos calificados en el arte de curar. Existe consenso además en considerar esta situación como multicausal.

Si bien, en mayor o menor medida, la falta de profesionales es una realidad a nivel mundial, la pandemia en nuestro país contribuyó a agravar este problema, generando otra crisis en el sistema de salud de prestación privada.

A las causas conocidas -extensión de la currícula, disminución de aspirantes a residencias médicas de distintas especialidades- se sumaron la complejidad de la situación económica, el burnout y la desmotivación: características comunes a la generalidad de los argentinos.

Pero haciendo foco en las guardias médicas, ¿es posible analizar la situación antes descrita a la luz del peso del Impuesto a las Ganancias cuarta categoría, con el que está gravada su remuneración?

Hasta octubre de 2022, la retención mensual del Impuesto a las Ganancias para todo empleado en relación de dependencia debe ser calculada aplicando la Resolución General (AFIP) 5206. (1)

Un profesional médico que se desempeñó en el sector de guardia y que en el mes de setiembre 2022 su remuneración promedio por guardia de 24 horas fue de \$ 2.281.- a \$ 3.027.- ha comenzado a tributar a partir de la quinta o sexta guardia en el mes.

En promedio, bajo los supuestos estipulados, para el caso en el que el contrato se base en trabajar dos guardias completas a la semana, a partir de la tercera semana del mes su remuneración quedará alcanzada por el impuesto. Sumar 24 horas más de guardia por semana implicará en general comenzar a tributar a partir de la segunda semana del mes.

Considerando que el proceso inflacionario por el que transitamos desvirtúa el espíritu de la normativa, a finales del mes de octubre de 2022 el Estado publicó el Decreto 714-2022. (2)

Así lo hace saber en sus considerandos, al expresar “...que en esta instancia resulta necesario, nuevamente, anticipar de forma parcial, y hasta su completa aplicación, la actualización anual dispuesta para los precitados artículos de la ley del gravamen, en orden a evitar que la carga tributaria neutralice los beneficios derivados de la medida introducida por la Ley N° 27.617 y de la correspondiente política salarial...”.

Si bien al cierre de este artículo falta la reglamentación de la autoridad competente y, asimismo, la vigencia está prevista a partir del mes de noviembre, es posible determinar el efecto en los cálculos del aumento de los topes mínimo y máximo, a partir de los cuales opera la retención del impuesto en cuestión.

Estas cuestiones están consideradas en el articulado del propio Decreto, tal como se determinan en los artículos 4 y 5:

“...ARTÍCULO 4°.- La ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, entidad autárquica en el ámbito del MINISTERIO DE ECONOMÍA, adecuará las disposiciones referidas al régimen de retención aplicable, en virtud de las modificaciones introducidas por la presente medida.

ARTÍCULO 5°.- Las disposiciones del presente decreto entrarán en vigencia el día de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL y resultarán de aplicación para las remuneraciones y/o haberes brutos mensuales devengados a partir del 1° de noviembre de 2022, inclusive, con excepción de lo dispuesto en el artículo 1°, que surtirá efectos conforme a lo allí previsto...”.

El artículo 5 hace referencia al cálculo de este impuesto

respecto de la segunda cuota del Sueldo Anual Complementario, para el que deberá tenerse en cuenta el nuevo monto de la remuneración para la franquicia aplicable. A los fines de los cálculos realizados sobre las remuneraciones promedio que se utilizaron en este escrito, no es relevante la aclaración.

Ahora bien, en este nuevo escenario, ¿cuál es el efecto de aplicar los nuevos topes establecidos por este Decreto, sobre las remuneraciones del mismo mes de setiembre de 2022 y bajo los mismos supuestos de contratación?

Remuneración Bruta de Mercado (I)	Set-22	Característica de contratación	s/RG AFIP 5206-22		
	Precio hora promedio		Alicuota imp marginal	Alicuota IG - impacto sobre sueldo bruto	Nro. de Guardia a partir de la que comienza a ser gravado
Médico de Guardia UTI adultos Lu-Vi	2.550,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	20,3%	6
Médico de Guardia UTI adultos Sa-Do-Fe	3.027,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	22,1%	5
Médico de Guardia Clínico Lu-Vi	2.281,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	19,0%	6
Médico de Guardia Clínico Sa-Do-Fe	2.630,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	20,7%	6

(1) El cálculo surge de considerar el sueldo bruto de mercado y deducciones para una persona soltera, sin deducciones personales ni generales más allá del MNI y Deducción Especial. Los sueldos brutos surgen de la Encuesta de Salarios de Adecra+Cedim a setiembre 2022. El cálculo de anualización contempla 13 sueldos por el agregado del SAC.

Recalculando el cuadro,

Remuneración Bruta de Mercado (I)	Set-22	Característica de contratación	s/Dto 714-22		
	Precio hora promedio		Alicuota imp marginal	Alicuota IG - impacto sobre sueldo bruto	Nro. de Guardia a partir de la que comienza a ser gravado
Médico de Guardia UTI adultos Lu-Vi	2.550,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	19,4%	8
Médico de Guardia UTI adultos Sa-Do-Fe	3.027,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	21,8%	6
Médico de Guardia Clínico Lu-Vi	2.281,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	17,5%	8
Médico de Guardia Clínico Sa-Do-Fe	2.630,00	2 gdías de 24 hs por sem.	35%	19,9%	7

(I) El cálculo surge de considerar el sueldo bruto de mercado y deducciones para una persona soltera, sin deducciones personales ni generales más allá del MNI y Deducción Especial. Los sueldos brutos surgen de la Encuesta de Salarios de Adecra+Cedim a setiembre 2022. El cálculo de anualización contempla 13 sueldos por el agregado del SAC.

De acuerdo con los nuevos guarismos, en promedio y bajo los supuestos estipulados, manteniendo el caso de un contrato basado en trabajar dos guardias completas a la semana, a partir de la cuarta semana del mes su remuneración quedará alcanzada por el impuesto. En este caso, agregar 24 horas más de guardia por semana implicará en general comenzar a tributar a partir de la tercera semana del mes.

Sin desmerecer la mejora, parece a priori que el efecto buscado no genera un verdadero cambio.

Esta situación puede resumirse de la siguiente manera:

Remuneración Bruta de Mercado	Las modificaciones introducidas por el Decreto 714-22 disminuyen el impacto del impuesto sobre la remuneración y extienden el momento a partir del cual comienzan a ser gravados	% de mejora	
		Alicuota IG - impacto sobre sueldo bruto	Nro. de Guardia a partir de la que comienza a ser gravado
Médico de Guardia UTI adultos Lu-Vi		-4,6%	33,3%
Médico de Guardia UTI adultos Sa-Do-Fe		-1,1%	20,0%
Médico de Guardia Clínico Lu-Vi		-7,7%	33,3%
Médico de Guardia Clínico Sa-Do-Fe		-3,9%	16,7%

Si bien a lo largo de este análisis se entiende que existe una modificación positiva respecto del número de guardia a partir de la cual comienza a ser gravada la remuneración mensual, esta mejora tiene un impacto mínimo sobre el peso del impuesto sobre dicha remuneración.

El beneficio perseguido por la norma, por el cual se pretende evitar que la carga tributaria lo neutralice, quedará rápidamente eliminado en lo que resta de este año, conforme se incrementen los valores horarios de las guardias de los profesionales.

La Ley del Impuesto a las Ganancias dio solución a esta situación para el caso de profesionales cuyos empleadores son centros de salud pública, a través de la modificación de su artículo 20 -Exenciones-, introducida por la Ley 27480⁽³⁾ con vigencia a partir de 2019. A partir de ello, el artículo en cuestión agrega el siguiente párrafo: "...Art. 20 bis. - Además de lo establecido en el artículo 20, están exentos del gravamen: las remuneraciones percibidas en concepto de guardias obligatorias, ya sean activas o pasivas, por los profesionales, técnicos, auxiliares y personal operativo de los sistemas de

salud pública, cuando la prestación del servicio se realice en un centro público de salud ubicado en zonas sanitarias desfavorables así declaradas por la autoridad sanitaria nacional, a propuestas de las autoridades sanitarias provinciales..."⁽⁴⁾

A partir de mediados de este año, otro proyecto de ley intenta avanzar con una solución parcial a la gravabilidad de las remuneraciones de trabajadores de la salud con origen en guardias de servicios de emergencias médicas, incorporando al sector privado. Se trata del proyecto de ley que amplía el alcance del artículo 20 bis, y cuyo expediente es el número 3203-D-2022, que al 30 de setiembre último obtuvo dictamen de Comisión de Presupuesto y Hacienda, incorporado a la orden del día número 308.

Los fundamentos de dicho proyecto resultan contundentes:⁽⁵⁾ "...Envío este proyecto de Ley para ser tratado con la mayor rapidez posible con el objeto de dar una respuesta a un serio problema que afecta al sistema de salud de nuestro país. Los trabajadores y trabajadoras de la salud, en particular profesionales y técnicos/as de diferentes incumbencias de la salud que realizan guardias en los servicios de emergencias en hospitales, clínicas, sanatorios u otro tipo de efectores, tanto del sector público como del privado, se ven impedidos de cubrir más guardias porque saltan a otra categoría del impuesto a las ganancias y produce la situación paradójica de que trabajan más para que sus ingresos se vean menguados. Esta situación genera un cuello de botella crítico, ya que diariamente quienes dirigen los centros de salud se ven en la dificultad de cubrirlos..."

Así, teniendo en cuenta que hay cuestiones de este articulado que aún deben ser pulidas para que pueda contener a los empleadores privados del sector, resulta ser una iniciativa interesante.

En síntesis, la carga impositiva que pesa sobre las remuneraciones lejos está de ser la única explicación para determinar el porqué de la falta de profesionales en el sector salud. Respecto de esta problemática, no hay dudas, entonces, de la incidencia de los distintos factores que nos llevan a la reflexión con la que hemos empecé este artículo. ■

Referencias:

- 1) RG (AFIP) 5206-22 BO 14-06-2022.
- 2) Decreto 714-22 BO 28-10-22.
- 3) Ley 27480 BO 21-12-2018, art.6.
- 4) Ley Impuesto a las Ganancias, art 27, texto ordenado en 2019.
- 5) <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/resultados-buscador.html>
<https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3203-D-2022.pdf>
<https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dcomisiones/periodo-140/140-308.pdf>

(*) Gerente General de Adecra+Cedim

LAS IACS, PRESTADORES, FINANCIADORES Y LA LEY 27.680



Por Fernando G. Mariona
– Abogado (*)

Según un estudio firmado por ETICA (Estudios y Trabajos de Investigación Comunitarios Argentinos) que publicó la Sociedad Iberoamericana de Investigación Científica, entre 1992 y 2000 en la zona económicamente más vulnerable del conurbano bonaerense, los registros hospitalarios indicaban que las muertes por infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) se habían incrementado del 11 al 17,5% del total.

Estas infecciones son aquellas causadas por una variedad de agentes o bien comunes o bien poco frecuentes, que afectan a personas que reciben cuidados médicos. Estos lugares incluyen hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios, clínicas y sanatorios privados, establecimientos para cuidados médicos de internaciones prolongadas, centros de rehabilitación.

De acuerdo con Validar, un proyecto respaldado por varias instituciones de salud del país, las infecciones intrahospitalarias provocan en la Argentina 17.000 muertes y casi 100.000 episodios infecciosos al año. En 28 febrero 2013, la Argentina ostentaba uno de los índices más altos de mortalidad por siniestros de tránsito: diecinueve personas morían por día. En 2019, 6.627 víctimas fatales por año y unos 120 mil heridos de distinto grado y miles de discapacitados. En 2021, 3.861. Conclusión: mueren en la Argentina por IACS más personas que por accidentes de tránsito.

¿Qué pasa en la Argentina?

En la Argentina hay hospitales públicos y establecimientos privados que tienen programas consolidados de prevención de IACS y hay otros que no. En 2004, el primer estudio nacional, Programa Validar, llevado a cabo en 107 hospitales y centros de salud públicos y privados de 21 provincias arrojó que la mitad de esos centros tenía un “Programa Activo de Control de Infecciones”, aunque el 90% aseguró tener normas de control y vigilancia, **pero no siempre operativas.**

En junio de 2008, el Dr. Rodolfo Quirós especialista en el tema, comprobó que los días extras de internación por las infecciones no controladas eran 1.606.095, la mortalidad de 28.379 personas

y los costos ascendían entonces a \$ 791.280.987 anuales. Sin embargo, no existió en forma inmediata una política de estado para combatir este flagelo.

El Programa Validar ya citado permitió inferir (2014) que, considerando la totalidad de los hospitales públicos y privados que hay en el país, que son 3.196, se producen casi 17.000 muertes por infecciones hospitalarias y 96.000 episodios infecciosos anuales, y evitarlos podría haber producido en aquellos años un ahorro de gastos de atención médica de 224 millones de pesos.

Ni que hablar del ahorro de pagos por indemnizaciones de daños y perjuicios por daños al paciente reclamados en sede judicial.

En un trabajo realizado en la Argentina, con el objetivo de describir la incidencia de episodios de IACS después de algunas intervenciones quirúrgicas reportadas al Programa Nacional VIDHA por instituciones de nuestro país, **entre enero de 2006 y diciembre de 2008**, se registraron 699 episodios después de 29.146 cirugías no-laparoscópicas (CNL) reportadas hasta el **29/01/09**, por **35 instituciones hospitalarias públicas y privadas, adheridas al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias.** Para el registro y recolección de datos y la generación de indicadores se utilizó el software VIHDA, que trabaja conforme criterios y métodos del NNISS del CDC adaptados y consensuados en el Programa VIHDA.

La mayoría de las IACS aparecen dentro de los 30 días del acto quirúrgico y más frecuentemente dentro de los 5 a 10 días del procedimiento. Sin embargo, las infecciones de tejidos profundos relacionadas con colocación de prótesis pueden manifestarse hasta un año después.

¿Qué pasa en la Argentina con la visión jurídica y judicial?

Para el Derecho civil, independientemente de la eventual responsabilidad directa del médico en raras ocasiones según su mirada, -en cuestiones de praxis médica- existe también la obligación de la entidad hospitalaria o sanatorial de prestar asistencia médica, la cual lleva implícita una obligación tácita de seguridad-resultado de carácter general y accesoria en ciertos contratos que requieren la preservación de las personas, de los contratantes (pacientes) contra los daños que pueden originarse en la ejecución del contrato por los médicos o por el sanatorio, o por ambos, ya sea simultánea o separadamente.

A mayor aclaración, el paciente va a un establecimiento médico habilitado por la autoridad de contralor, nacional, provincial o municipal, para operarse de apendicitis. Celebra para ello un contrato tácito, el acto quirúrgico es un éxito, se le extirpa la víscera que le producía su problema, se produce la IACS, y se establece por la jurisprudencia y la doctrina que ha existido un “incumplimiento contractual”, en cuanto a la obligación de vigilancia y seguridad-resultado, según la mirada jurídica y judicial. El establecimiento asistencial será demandado y condenado, el juicio dura nueve años, y cuando llega el momento de pagar, la suma asegurada de la póliza no alcanza, y el sanatorio la sacará de su bolsillo, afectando su patrimonio.

Sanción de la Ley 27.680

En **24 de agosto de 2022** se publicó en el Boletín Oficial de la República Argentina esta ley, cuya reglamentación **deberá estar lista en los próximos 120 días corridos a partir de ello**, denominada **Ley de Prevención y Control de la resistencia de los antibacterianos**. Podrá ésta ley ser una solución técnica para la jurisprudencia vacilante, aunque ella pueda significar un aumento de la actividad pericial, para que entonces los jueces puedan tener un mejor asesoramiento para el momento del dictado de la Sentencia, más allá del basculante paradigma: de que la pericia “no es vinculante” en unos casos, y en otros, aunque resulte favorable, “la facultad de los principios procesales de los magistrados, en el caso denominado *Iuria Novit Curia*, se resulte condenado”.

El Programa Nacional de Epidemiología y Control de infecciones hospitalarias de la Argentina informaba que VIDHA es el programa oficial del Ministerio de Salud de la Nación, para la vigilancia efectiva de las infecciones hospitalarias en nuestro país. Responde al Objetivo de Vigilancia del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, y tiene su base en el INE-ANLIS, que inició sus actividades en marzo de 2004, bastante tiempo después de haber sido creado.

Este programa es interpretado como una contribución a la disminución de la morbimortalidad por infecciones hospitalarias, minimización de costos y mejoría de la calidad de la atención médica. El INE es el coordinador del programa.

La ANLIS, brinda el marco institucional y político del programa y aporta los recursos para el funcionamiento de este y el Ministerio de Salud es el decisor político principal integrando la iniciativa en el marco del Programa Nacional de Control de Infecciones Hospitalarias y la estrategia de la vigilancia.

Dicho programa tiende a disminuir costos y permitir que la vigilancia sea realmente tal, y que se cuente con información para la acción, permitiendo la toma de decisiones en el momento preciso y brinde las posibilidades de prevención.

Este nuevo cuerpo normativo, tiene a través de varios de sus artículos una enorme influencia, no solo en los aspectos de fondo de esta, sino según mi parecer, también en la prueba pericial especializada en los casos de reclamos por responsabilidad profesional médica, de médicos y auxiliares, por ende, también en las sentencias, más allá del conocido aspecto en el cual, o los jueces dicen que la pericia no es vinculante o bien que es tan concluyente que no pueden dejar de condenarse al/los demandados.

Ley 27.680 y los establecimientos médicos, las empresas de medicina prepaga, las obras sociales y la justicia.

La ley consta de 9 capítulos y 27 artículos. Nos parece que algunos de ellos, son de particular importancia tanto para la

seguridad del paciente, cuanto la calidad y eficiencia de la prestación y también la comprensión de la problemática de la visión y prueba, al momento de dictarse una sentencia judicial. En el inc. f) del artículo primero se define una vez más a las IACS (Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud), “como a todo cuadro clínico, localizado o sistémico resultado de presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, que se produce por el contacto del paciente con el sistema de Salud, **sin evidencia de que estuviese presente** o en fase de incubación previo a dicho contacto o en el momento del ingreso hospitalario. También incluye aquellas infecciones contraídas por el personal de salud durante el ejercicio de sus actividades. Representan el evento adverso más frecuente relacionado con el cuidado del paciente. Las IACS constituyen la principal fuente de infecciones por bacterias multiresistentes”.

Interpreto que los incisos k), l) y m) del art. 3 del Capítulo II son los que favorecerían el acercamiento a un principio de solución ya que al menos **instan** (*urgir la pronta ejecución de una cosa*) a los **financiadores** a la **asignación de recursos** contra la resistencia a los antimicrobianos y los programas y acciones tendientes a la prevención, vigilancia y control de IACS.

Otro aspecto interesante tiene que ver con que las instituciones médicas públicas o privadas: podrán realizar un **Programa de Certificación Nacional** de haber cumplido con el programa de prevención, vigilancia y control de las IACS, lo que supone además la **recertificación** periódica de ello.

Es decir que prontamente, el sistema de juzgamiento de la responsabilidad profesional médica y actividades auxiliares, tendrá concretos elementos que permitan evaluar la calidad y la eficiencia de la prestación médica respecto de las IACS, y pueda ser menos pendulante la jurisprudencia, así como comprender que el cumplimiento de la obligación de vigilancia y seguridad, podría dejar de ser considerada como una responsabilidad objetiva, y transformarse en un concreto incumplimiento contractual.

Ni que hablar de los peritos, que ya no solo dictaminarán según lo que leen de la historia clínica e idealizan sobre lo que debería haber sido, sino que tendrán que caminar hasta el establecimiento médico y ver cómo funcionan. Por supuesto tendrá que ver con el ofrecimiento de prueba, y cómo lo hacemos nosotros, los abogados. ■

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut - Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica - Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente. Derecho de Seguros.

**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.



EL CAMBIO EN LOS HOSPITALES



Por el Dr. Carlos Alberto Díaz (*)

Kenneth Arrow, uno de los padres fundadores de la economía de la salud, argumentó que las asimetrías de información fundamentales en los mercados de atención médica obligan a depender de agentes confiables para compensar las fallas del mercado. **Sugirió que las organizaciones con fines de lucro no pueden satisfacer este estándar porque “la misma palabra, ‘beneficio’, es una señal que niega las relaciones de confianza”.**

Siguiendo esta línea de pensamiento, uno puede creer que las organizaciones sin fines de lucro, con un estatus que indica que sus objetivos no son maximizar las ganancias, podrían ser las más adecuadas para actuar en interés de los pacientes.

Sin embargo, en otro clásico de la economía de la salud, Pauly y Redisch postulan que las reducciones en el sector hospitalario propietario de EE. UU. reflejan poderosos intereses de los médicos, porque los hospitales sin fines de lucro operan como instalaciones médicas *de facto* y son efectivamente lucrativos disfrazados, por lo que los médicos ejercen autoridad sobre los activos del hospital para maximizar sus ingresos sin correr riesgos financieros.

Pensar en eliminar desperdicios, generar valor, orientar el flujo del valor, gestionar en pull, buscar la perfección desde el inicio, disminuir la variabilidad, pensar en el kaizen, en el 5 S, en mejorar la logística, estar en el gemba y desarrollar equipos de respuesta rápida, y desarrollar el Value Stream Map.

Para impulsar el cambio se requiere conocer la organización, caminarla, escuchar al núcleo operativo, y dialogar. Percibir, sentir y movilizarse, ejercer presencia, saber delegar, enseñar, generar competencias. Llegar a que la gente trabaje con compromiso, y lo haga en plenitud, actitud, compromiso, aptitud, sacrificio, cooperación. Cristalizar. Cocrear. Innovar.

Los hospitales en la actualidad se encuentran ante el desafío del postcovid, de reponerse de las interrupciones y las rupturas sin precedentes, de reorientar el rumbo estratégico, de ser más seguros, con procesos de calidad, eficientes y utilizar estrategias magras, esbeltas, estabilizadas, esto exige que nos transformemos y nos reestructuremos, se necesita que desarrollemos nuevos enfoques de conocimiento, liderazgos, manejo de información, datos, sistemas interoperables, tecnologías menos invasivas, fortalecer al recurso humano, modificar las formas de contratación y de absorción del riesgo, extender los alcances de los programas fuera de las fronteras de los servicios y del hospital.

Reestructurando las relaciones laborales, la transformación de la cultura, el clima organizacional y la gestión. Las prácticas, los

procesos, la cultura, el clima, los valores y las relaciones organizacionales como factores relevantes; las personas deben poder funcionar de manera que coincidan con sus puntos de vista sobre la organización y experimentar que sus valores coinciden con los valores de la organización.

Existe una necesidad cada vez mayor de dominar la gestión compleja de los *requisitos gemelos de eficiencia e innovación*, equilibrar de manera competente entre la explotación (obtención de beneficios a corto plazo) y la exploración (el desarrollo de nuevas ideas y oportunidades).

La reestructuración organizacional es un factor de oportunidad que permite la innovación y la eficiencia simultáneas que, a su vez, proporciona a las organizaciones resultados de desempeño favorables. La pregunta es si los miembros de una organización pueden funcionar de manera que coincida con sus puntos de vista con los de la organización; es decir, de manera que se adapten a las percepciones de los miembros de la organización sobre sus facetas centrales, como las relaciones, los valores, los procesos y la cultura.

Muchos hospitales tienen como objetivo fomentar el aprendizaje, la creatividad y las actitudes empresariales entre sus empleados para promover la capacidad innovadora de los hospitales y el desempeño innovador. Para ello hay que prepararlos, formarlos, realizar capacitaciones, hacer reuniones sensibilizadoras, que visibilicen varias oportunidades de mejora y cambios en los procesos orientados al usuario, a mejorar la percepción, lograr la adherencia, la continuidad de atención, mejorar el ejercicio diagnóstico y el resultado de los tratamientos.

Que sientan confianza y puedan ser protagonistas, para actuar, para propiciar resultados más satisfactorios, entender la gestión de valor, las sinergias, la complementariedad y la cooperación, la sustancial importancia de compartir información, de entronizarse en los conceptos, para entender el propósito finalístico, y trabajar en que las personas, expresen en sus tareas algo más que lo técnico, le pongan la impronta diferencial humana, cercana, de la dignidad y la empatía.

Con el objetivo de reducir la complejidad, las organizaciones de atención médica a menudo favorecen los modelos organizacionales tradicionales, los lazos y los métodos de evaluación que impulsan la estabilidad y la optimización. Adoptando **el poder autocrático**, la forma centrada en la tradición destaca la organización y los sistemas, como los sistemas de recompensa, para reflejar las percepciones del reconocimiento de estatus y la lealtad de los miembros como principios dominantes.

Esto puede desafiar la eficiencia, ya que la tradición y el enfoque en mantener la estabilidad tienden a ser apreciados por encima de la búsqueda de estructuras y formas de operación más eficientes e innovadoras.

Una formulación centrada en la tradición puede ayudar a los hospitales a evitar errores, lo que obviamente es crítico en el campo, pero al mismo tiempo, este enfoque puede volverse inadecuado fácilmente en la sociedad contemporánea orientada a la innovación.

El arreglo *organizacional centrado en el líder* que sugerimos se basa en valores trascendentes, vínculos colectivos emocionales (en lugar de racionales) y compromiso con los propósitos y visiones organizacionales establecidos por líderes ejemplares.

Los hospitales, con unidades de trabajo separadas y múltiples grupos profesionales, este arreglo organizacional se refiere al diálogo abierto y la orientación común a los valores compartidos (p. ej., restaurar la salud del paciente), la misión y los sistemas de recompensa.

El arreglo organizativo colaborativo, como la comunidad colaborativa, indica que los miembros de la organización perciben que predomina el consenso, la igualdad y el compromiso con las opiniones compartidas y los valores comunes.

Un propósito compartido y un diálogo institucionalizado pueden ayudar a lograr eficiencia e innovación dentro de las organizaciones y construir puentes entre los enfoques de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba para el cambio organizacional.

La reestructuración debe tener como objetivos explícitos para aumentar la efectividad en un 10-15% y mejorar la calidad de la atención, la velocidad de disponibilidad de los servicios y la seguridad del paciente.

La división proveedor/comprador en el sector público ha asumido hasta ahora que todas las ganancias en eficiencia en los hospitales se deben a la competencia entre proveedores, particularmente pienso que todo es cuestión de cómo se gestione, la integración vertical podría disminuir los costos de transacción. Generar como proveedor la competencia por el financiamiento.

Este artículo prueba la hipótesis de que el **poder de compra mejora la eficiencia**. Los resultados proporcionan evidencia de que el poder de compra tiene un efecto positivo en la eficiencia técnica de los hospitales.

Los proveedores públicos y privados pudieron competir por contratos gubernamentales, un mecanismo al que se hacía referencia en la literatura como un **“mercado interno”** o un **“cuasi-mercado”** (Bartlett, 1991; Le Grand, 1991; Maynard, 1991; Bartlett & Le Grand, 1993). La razón subyacente de la división proveedor/comprador fue que la competencia entre proveedores mejoraría el rendimiento del sistema público de salud en comparación con un mecanismo integrado con asignación presupuestaria.

Sin embargo, el grado de competencia alcanzado en el caso del Reino Unido fue, en el mejor de los casos, bastante bajo (Le Grand, Mays y Mulligan, 1998). En Cataluña, dos agencias realizan la función de compra en todos los niveles de atención en todo el territorio. Por lo tanto, el comprador tiene una posición privilegiada (lo que los economistas llaman “poder de mercado”, es decir, poder de comprador o monopsonio).

La cuota de mercado de los hospitales con fines de lucro ha aumentado en muchas naciones en las últimas décadas.

Estudios previos sugieren que su crecimiento no es atribuible a un desempeño superior en acceso, calidad de atención o eficiencia. Analizamos otros factores que, según nuestra hipótesis, pueden contribuir al papel cada vez mayor de los hospitales con fines de lucro.

Estudiamos el desarrollo histórico del sector de hospitales con fines de lucro en 4 países con tendencias contrastantes en la participación de mercado de hospitales con fines de lucro: Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y los Países Bajos.

Nos enfocamos en 3 factores que creemos que podrían ayudar a explicar por qué el papel de las empresas con fines de lucro creció en algunas naciones, pero no en otras:

- (1) **El tratamiento de las empresas con fines de lucro por parte de los planes de reembolso público.**
- (2) **Los intereses financieros de los médicos.**
- (3) **El efecto del entorno político.**

Concluimos que el acceso a subsidios y reembolsos en términos favorables por parte de los pagadores de atención médica pública es un factor importante en el surgimiento de hospitales con fines de lucro.

Los arreglos que alinearon los incentivos financieros de los médicos con los intereses de los hospitales con fines de lucro fueron importantes para estimular el crecimiento con fines de lucro en una era anterior, pero juegan un papel menor en la actualidad.

Sorprendentemente, el ambiente para la propiedad con fines de lucro parece haber sido en gran medida inmune a los cambios políticos. ■

Fuente: <https://saludbydiaz.com/2022/10/10/el-cambio-en-los-hospitales/>

(*) **Profesor Titular - Universidad ISALUD**

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



LA QUINTA OLA

Una reflexión sobre la “Guerra de las vacunas” contra el Covid-19



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

La Quinta Ola es una novela juvenil de ciencia ficción estadounidense. La historia sigue a un adolescente, mientras trata de sobrevivir en un mundo devastado por oleadas de invasiones alienígenas que han diezmando la población de la Tierra. En esta se observan que los conflictos son interhumanos y no contra los alienígenas. Esto puede tomarse en forma homóloga a la invasión del Covid-19.

La Guerra humana -según la visión de este columnista- es geopolítica, es farmacéutica, es por las patentes ante una agresión hegemónica y necesidad de justicia. Pensando humildemente que se recupera con persuasión, confianza, la aplicación de consensos en políticas públicas, vacunación voluntaria y no agresión. **Pero como si fuera poco aún en pandemia vino la agresión internacional. Sin entrar en el análisis del conflicto armado que me excede.**

La voluble geopolítica del medicamento y la crisis sanitaria han destapado la alta dependencia de Occidente de los países emergentes. La industria farmacéutica, una de las más poderosas del mundo, afronta dos debilidades imprevistas. Si la urgencia del coronavirus debilita su sistema de patentes, el sector podría tener que reinventar su modelo de negocio.

La industria necesita desarrollar un sistema comercial que equilibre la escasez y la accesibilidad. Y aceptar que China es el mayor productor de principios activos farmacéuticos (APIs) de algunos de los medicamentos más populares del mundo, como el paracetamol, el ibuprofeno o la amoxicilina.

Los es desde hace una década. Hasta mitad de los años 90, Estados Unidos, Japón y Europa eran responsables del 90%. Hoy China y la India producen el 80% de los principios activos importados por Estados Unidos. No es una broma. No en un país donde un general y presidente, Dwight Eisenhower, escribió: “No resulta difícil demostrar que las batallas, las campañas e incluso las guerras se han ganado o perdido debido a la logística”. El Diario italiano, Il Manifesto, en su página 12, publicó un artículo de Mauro Capocci cuyo título es esclarecedor: Geopolítica Médica y, sin embargo, considero debió intitularse Geopolítica de la Industria Químico-farmacéutica.

En su párrafo segundo expresa, sin más: “Los productos farmacéuticos no son nuevos en ciertos eventos geopolíticos:

los medicamentos son más que sólo productos básicos, y cuanto más importantes son, mayor es el riesgo de que se utilicen para otros fines distintos a la salud de los ciudadanos. Un ejemplo de ello es la penicilina: una droga milagrosa, con razón aclamada como una revolución terapéutica, celebrada con un Premio Nobel otorgado en 1945 a Alexander Fleming, Howard Florey y Ernst Boris Chain, y como un símbolo de la ciencia al servicio de la humanidad”.

Pero... párrafos más adelante Mauro Capocci escribe: “Pero... para toda la humanidad? No de inmediato. Mientras que la creación de Sir Fleming fue exaltada en todo el mundo, no en todas partes se podía acceder al preciado producto del moho. Y no por escasez, sino por el control activo ejercido por Estados Unidos y Gran Bretaña sobre la exportación del primer antibiótico y las tecnologías para producirlo, para que no llegaran a los países comunistas de Europa y Asia hasta mediados de la década de 1950”.

Quedaba claro que, según expresa Mauro Capocci, cuando el “idilio” de posguerra y la alianza entre Occidente y los soviéticos terminaron en 1947, la penicilina y las tecnologías relacionadas se consideraban estratégicas, así como las armas. En consecuencia, los Estados Unidos y el Reino Unido, prohibieron la exportación de penicilina a los países del bloque comunista y China también fue incluida. Téngase en cuenta que por esa misma época la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS), proclamaba: “que las naciones cooperaran para difundir dispositivos y medicamentos esenciales para la salud, incluida la penicilina”.

Por otro lado, como se halla documentado, “con el inicio de la Guerra de Corea en junio de 1950, la represión estadounidense de la penicilina se fortaleció aún más: las licencias de exportación también fueron suspendidas a los países occidentales aliados, tanto que en el invierno de 1951 Italia sufrió una escasez de antibióticos. La escasez de la droga dejó en claro cómo la penicilina estaba sujeta a mecanismos de propaganda internacional y sus conveniencias políticas”.

No será necesario abundar sobre este asunto para comprender lo que significa la presencia de la gran Industria química-farmacéutica dentro de la geoestrategia económica, política y militar.

Voy, para cerrar este segundo punto, a referir una idea que Mauro Capocci refiere en los argumentos estadounidenses: **“el equipo necesario para producir medicamentos, según el ejército estadounidense, también podría ser utilizado para producir armas biológicas”.**

Hay que considerar que los intereses económicos de las industrias farmacéuticas y de las diferentes naciones del orbe, así como los intereses geopolíticos de las naciones más ricas y poderosas liberarán este producto y lo pondrán a disposición de la población de todo el orbe, de modo tal que sea posible, por vez primera, asegurar la producción y distribución universal y gratuita de la vacuna requiere una buena dosis de ingenuidad.

Hoy queda claro que el problema trasciende a cada una de las naciones, como entidades, y demanda una unidad de acción geoestratégica para avanzar en esta dirección.

De otro modo seguiremos la ruta de un modelo aberrante, excluyente, depredador y éticamente inadmisibles. ■

Bibliografía:

1.- DOI: 10.1016/j.anpedi.2012.11.022

Thalidomide: an unfinished history - E. Papaseit, O. García-Algar, M. Farré.

2.- Dr. José Manuel López Tricas - Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria - Farmacia Las Fuentes -Florentino Ballesteros, 11-13 50002 Zaragoza.

3.- <https://elordenmundial>

El Orden Mundial es el principal medio de análisis internacional divulgativo en español. Año 2022.

(*) Médico y Doctor de la UBA.

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

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

COMPROMISO





TURNOS POR
WhatsApp

+549 11 6640 2020

UBICACIONES:



Sede Belgrano: Blanco Encalada 2557, CABA

Sede Microcentro: Esmeralda 141, CABA

Sede Barrio Norte: Arenales 2777, CABA

Sede Chequeos: Beruti 2853, CABA

Sede El Solar: Solar Shopping, CABA

Sede Castex: Castex 3293, CABA

Sede Abasto: Sánchez De Loria 117, CABA

Sede San Isidro: Dardo Rocha 3034, San Isidro

K41: Aut. del Oeste Km 41, (colectora sur)

k41 : **(Laboratorio)** Aut. del Oeste Km 41, (colectora sur)

Dra. Liliana Edith Maggi - M.P. n° 7592

Dra. Laura Melisa Caceres - MP n° 6408

Zona Oeste: Aut. del Oeste, Km. 40, Bs. As

Quilmes **(Laboratorio)** Alem 159, Bs. As

Dra. Patricia Rosana Bechi - M.P. n°4575,

Dr. Armando Esteban Horcajo M.P. n°2119,

Dra. Giselle Celeste Montalvo - M.P. n°8360

CONSULTAR POR SEDES TEST COVID 19

SOLICITÁ TU TURNO ONLINE

cdrossi.com

@centrorossi



ROSSI

Cuidándote siempre

*“Hace 20 años imaginamos
la empresa que somos.
Hoy ya trabajamos en la
empresa que vamos a ser”*



Nuevo Centro de Distribución Hornos

Un logro. Un punto de partida.

Un antes y un después en la forma de hacer las cosas.

Una búsqueda constante por superarnos.

Un compromiso con los pacientes que, día a día,
se hace más fuerte.

2001



SCIENZA

2021



EL TRAJE CAMBIÓ, EL CORAJE NO.

Gracias a todos los equipos médicos
que siguen reafirmando su vocación,
cuidando la salud de todos.

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



www.acudireemergencias.com.ar

 **acudir**
emergencias médicas

LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD.