EDITORIAL

Cumplimos 25 años. Resulta casi imposible evitar la tentación de evocar imágenes, comparando momentos del pasado con los del presente y valorando nuestros más inesperados logros y nuestras mucho más esperables frustraciones. Sin embargo, nuestra actitud ha sido otra: nuestro pensamiento no está anclado en el pasado, sino proyectado hacia el futuro. Nos preocupa mucho más lo que queda por hacer que lo que se ha hecho que no es poco. Organizamos durante todo este año congresos, jornadas y seminarios, editamos libros, ejecutamos proyectos de investigación y hasta abrimos nuevos centros de estudios y una Escuela de Gestión en Uruguay. Por eso brindamos con los amigos, y por ello quiero compartir con ustedes en este editorial una carta enviada por un entrañable amigo y fundador, Atilio Savino, que desde Sidney nos hizo compañía en nuestro festejo.

Querido Ginés,

Como te anticipé, lamentablemente no puedo estar presente en la celebración de nuestros 25 años.

Cuando alguien festeja algo el primer pensamiento es retrospectivo, especialmente cuando se festeja tiempo pasado.

Pensando en el pasado un también 17 de noviembre, pero de 1975 nacía mi primera hija, Florencia, la que hoy vive en Australia y es el motivo de mi ausencia. En ese momento mi cabeza funcionaba solo desde la política entendida como la herramienta imprescindible para cambiar una situación en beneficio de los que integraban ese nunca propiamente definido pueblo. Militaba en la JP Lealtad y en ese momento era el secretario administrativo de la UTN.

Doce años después desde el, primer día fui parte del gobierno de la provincia de Buenos Aires liderado por Antonio Cafiero, en el que muchos depositamos todo aquello que veníamos soñando: hacer realidad aquella transformación liberadora.

Estoy muy orgulloso de aquella etapa y de haber integrado tu gabinete en aquel gobierno, por el compromiso, seriedad y profesionalismo de la mayoría de los que fueron partícipes. Esa experiencia me permitió conocerte y descubrir no solamente todas esas cualidades sino tu capacidad inigualable para liderar y formar grupos.

El resultado de estos encuentros, de objetivos compartidos, tu liderazgo y el pensamiento proactivo resultó en la creación de la Fundación ISALUD que hoy celebramos.

El fundar implica crecer, desarrollarse, generar descendencia. Así nació nuestra Universidad cuya presencia exitosa es mérito de la coherencia y consistencia con los principios fundadores

Quizás en esta instancia, y sabiendo que no queda mucho piolín para levantar el barrilete, nos debemos proponer desde esa vieja mística inaugural afianzar lo logrado por nuestra Fundación/Universidad como centro educativo de excelencia, y reforzar nuestro espacio inaugural como think tank y centro de *debate sobre la realidad socio-sanitaria que compartimos.*

Disculpa lo larguero pero me pareció que la oportunidad ameritaba un poco más que las consabidas felicitaciones. Por favor, extendé este saludo a todos lo que hicieron el pasado, hacen el presente y harán el futuro de nuestra institución.

Dejo para el final la expresión de mi más profunda tristeza por no estar presente

Con todo mi afecto

Atilio

Querido Atilio, ¡gracias! Como bien sabés quienes concebimos la justicia social como la razón de ser de nuestra vocación profesional sabemos que respecto de la pobreza en nuestro país las frustraciones han sido mucho más que los logros. En estos años confirmamos que lo principal para resolver un problema no es saber enunciarlo, ni detallar con gran estilo todas sus posibles consecuencias. Lo fundamental es aportar ideas para resolverlo. No tengas duda de que renovaremos los esfuerzos y afianzaremos todas las instancias de diálogos y debates necesarios para lograr nuestros objetivos fundacionales. Nuestro compromiso es seguir intentándolo, al menos durante los próximos 25 años. A vos y a todos nuestros lectores un fuerte abrazo.

Ginés González García
Rector Honorario
Universidad Isalud

UNIVERSIDAD ISALUD

PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD
Ginés González García
RECTOR
Rubén Torres
VICERRECTOR
Eugenio Zanarini

Revista [i]salud

DIRECCIÓN GENERAL
Eugenio Zanarini
COORDINACIÓN EDITORIAL
María Belén Gimenez
Nicolás Rosenfeld
COORDINACIÓN ACADÉMICA
Martín Langsam
COMITÉ EDITORIAL
Alberto Cormillot
Silvia Gascón
Claudia Madies
Armando Reale
COLUMNISTAS
Rubén Torres
Claudia Madies
Carlos Díaz
Silvia Gascón
COMUNICACIÓN Y PRENSA
Clara Trevor
PUBLICIDAD
Daniel Di Scala
PRODUCCIÓN EDITORIAL
Ensamble Gráfico
EDICIÓN PERIODÍSTICA
CTZ Contenidos
EDICIÓN DE DISEÑO
Daniel Boccardo

Revista [i]salud
es una publicación de
Universidad ISALUD
Venezuela 925/31
C1095AAS, Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-4000
Fax: (54-11) 5239-4003
correorevista@isalud.edu.ar

ISSN: 1850-0668

Las opiniones vertidas en esta publicación son responsabilidad absoluta del/los autor/es o el/los entrevistado/s y no nesesariamente reflejan las ideas de Universidad ISALUD.

Aportes, opiniones, críticas, sugerencias y elogios se reciben en la dirección especialmente dedicada a los lectores: **correorevista@isalud.edu.ar**

EN ESTA EDICIÓN

6 *25 Años*
El desafío recién empieza

12 *la columna del rector*
Los 25 años y el vuelo del Halcón Maltés
Por Rubén Torres

14 *Patentes*
Medicamentos: accesibilidad vs innovación
El acceso a los remedios y el sistema de patentes. Por Por Mirta Levis
Proteger la innovación y la salud. Por Alberto Paganelli
La pelea patente ¿garantía de calidad o de beneficios? Por Sonia Tarragona

20 *Entrevista*
Carlos Regazzoni: "Los circuitos mafiosos aumentan los costos y bajan la calidad de la prestación"

24 *I Encuentro de RISS*
Las redes integradas como motor de la innovación tecnológica

28 *I Encuentro de RISS*
Sergio Minué Lorenzo: "América latina intenta integrar lo que está roto"

30 *RWE*
Los datos, herramienta clave para evaluar costos e innovaciones en salud

32 *ISALUD Uruguay*
La salud en tiempos de globalización y cambio climático
Por Roberto Salvatella

34 *Entrevista*
Ricardo Alberto Cardozo: "No conseguimos médicos que quieran trabajar en el interior de Corrientes"

38 *Discapacidad*
Centros Educativos Terapéuticos, una visión compartida de la inclusión

42 *Intercambio*
Módulo Internacional Barcelona 2016

46 *Estudiantes en gestión*
Jorge Franco: "La atención primaria se va a resentir si se abandona el Plan Remediar"

50 *Alasag*
Los desafíos de la salud global en un escenario de menor crecimiento

54 *Alasag*
Alianza Latinoamericana de Salud Global
Declaracion de Buenos Aires sobre Salud Global

56 *Educación*
Gabriel Sánchez Zinny: "La educación técnica debe estar vinculada al sector socio productivo de cada región"

59 *Cobertura*
Costo per cápita del PMO 2016: $656,81

60 *Jornada*
Acciones para la consolidación y expansión de la salud y los derechos humanos

56 *ISALUD y los medios*
Investigaciones, divulgación y convocatorias

78 *Académicas*
Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD

TRABAJO ACADÉMICO

65 *Secretaría de Ciencia y Técnica y CEDSABIO*
Utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios. Un estudio de casos

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR: Inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el Nº 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar

[25 AÑOS]

EL DESAFÍO RECIÉN I

La Fundación ISALUD culminó un año cargado de actividades con las que celebró su primer cuarto de siglo. Festejamos lo hecho: diez carreras de grado y 16 de posgrado, más de 4500 graduados y 4000 alumnos actualmente en curso, 720 convenios –entre ellos 37 con universidades extranjeras–, 43 libros y más de 200 investigaciones. Y nos preparamos para lo que viene, para seguir trabajando por Argentina.

Hace 25 años nacía la Fundación ISALUD, la semilla sembrada por un equipo de profesionales que se lanzaron tras un sueño: una Argentina social más justa y solidaria. Visiblemente emocionado por este 25°Aniversario, el rector honorario de la Universidad, Ginés González García, recordó que "la idea nació cuando estábamos por dejar la función pública y queriendo reproducir fuera del Estado la generación de ideas".

El objetivo de sus fundadores fue "no dejar que esas experiencias y logros se diluyeran y se continuara haciendo cosas que tuvieran que ver con la realidad, el conocimiento y las necesidades de un país". Y en ese sentido, el ex embajador argentino en Chile cree que "hemos sido fieles y pensamos serlo mucho más". El presentador del brindis en el que se celebró este cuarto de siglo, Andrés Leibovich, fundador también de la casa, destacó la labor de los colegas que remontaron aquel sueño educativo, que "sin su aporte y compañía, como el de muchos amigos y colaboradores hoy presentes, no hubiésemos podido lograr".

EMPIEZA

Distintas vistas del festejo. Abajo de izquierda a derecha: Los fundadores sobre el escenario, Ginés Gonzalez García con Alberto Cormillot; la torta de los 25 años y dos de los premios ISALUD 2015, Hugo Sigman y Aldo Neri

En el acto –realizado el jueves 17 de noviembre pasado– fueron entregados los tradicionales Premios ISALUD a la Trayectoria, que en esta especial ocasión correspondieron a cuatro destacadas personalidades.

Al Dr. Carlos Garavelli, Presidente de la Fundación Prebistero José Mario Pantaleo por su permanente y ardua labor al frente de la Obra del Padre Mario, cuya acción social se caracteriza por la cobertura de las necesidades básicas físicas, psíquicas y sociales de los pobladores en la zona donde desarrolla sus actividades: González Catán, en el Partido de La Matanza.

Al Dr. Oscar Cetrángolo, por sus permanentes aportes al estudio y desarrollo de la economía de la salud y las finanzas públicas, desde los diferentes ámbitos nacionales e internacionales en que actuó profesionalmente; como así también por su incansable contribución a la construcción de una Argentina más equitativa sobre todo en sectores como salud y educación.

Hugo Sigman "Los que trabajamos en el sector de la salud tenemos que promover una formación de excelencia, hacer accesible los servicios de la salud al conjunto de la población, fomentar la innovación y demostrar que la acción entre lo público y privado es posible tratando de romper paradigmas negativos que en nuestro país hicieron mucho daño. Hay que dejar testimonio de una Argentina donde gente con una acción y un acontecer distintos pueden ser efectivos y llevar una relación prolongada en el tiempo".

En las imágenes se ve al fundador Ginés González García con 1) José Luis Gioja y Manuel Corchuelo Blasco, 2) con Zulma Ortíz, 3) con Alberto Cavalieri, 4) con Jorge Gilardi, y 5) con Hugo Sigman y Silvia Gold. 6) Hugo Sigman recibe el Premio ISALUD de manos de González García.

Al Dr. Hugo Sigman: el médico, emprendedor y empresario fue destacado por su trayectoria, y desarrollo y dedicación en la investigación nacional con sentido social y humanístico.

Finalmente el cuarto galardonado, fue el médico sanitarista Dr. Aldo Neri. El ex director de la Escuela de Salud Pública de la UBA, y ex Ministro de Salud de la Nación fue reconocido por su trayectoria como docente formador y gestor de políticas públicas basadas en la universalidad, la accesibilidad y la equidad. Ha abordado desde su óptica temas tales como alimentación, medicamentos y obras sociales.

A los presentes los invadió la nostalgia cuando el Dr. Neri recordó al Dr. Mario González Astorquiza, quien fuera presidente de la Fundación ISALUD durante casi 20 años y un activo impulsor del crecimiento y desarrollo de nuestra Universidad.

A modo de reflexión final, Ginés González García confesó su emoción que, a poco de celebrarse el Bicentenario de la Declaración de la Independencia,

Aldo Neri "La sociedad argentina es muy difícil y tiene una capacidad de combate permanente entre sectores de interés, que son el poder real. Y la política casi no existe hoy en día como doctrina y proyecto, entonces y desde ese lugar no me siento merecedor del premio por los resultados en sí, pero en cambio puedo decir que en intenciones sí mis propuestas fueron buenas. Y como siguen siendo buenas y nobles, este premio me estimula a luchar el resto de la vida por las buenas ideas, que compartimos con ISALUD".

En las imágenes se ve a Ginés González García con 7) Aldo Neri, 8) con Eugenio Zanarini, Ricardo Roa y Rubén Torres, 9) con Carlos Garavelli, 10) con Fernendo Grey, intendente de Esteban Echeverría, 11) con Oscar Cetrángolo, y 12) con las periodistas Valeria Román y Nora Bär.

"un octavo de ese período de la vida del país, haya sido transitado con la presencia de ISALUD". Sin obviar la mirada crítica, admitió que "en este siglo de tanta explosión de conocimiento, cada vez hay menos capacidad de interpretarlo, de la misma manera que cada vez hay más información y estamos más desorientados".

Entre los invitados al festejo del XXV Aniversario, además de secretarios de área de la salud, funcionarios de provincias y municipios , se encontraba el ex-gobernador de la provincia de Buenos Aires y actual vicepresidente del PJ, Daniel Scioli; el vice-presidente de la Cámara de Diputados de la Nación y actual presidente del PJ, José Luis Gioja; el embajador argentino ante la Santa Sede (2014 y 2015)y actual miembro del Parlamento por el Mercosur, Eduardo Valdés; el diputado nacional por Cambiemos, Eduardo Amadeo; al ex ministro de economía de la Nación, Jorge Remes Lenicov; al secretario de Medios durante el Gobierno de Néstor Kirchner, Enrique "Pepe" Albistur; y al ex

13

Ginés González García "Hemos tratado siempre de formar cabezas bien hechas y no bien llenas, eso es fácil decirlo, pero no tanto llevarlo a la práctica, por eso creemos que además del conocimiento propio y ajeno hay que ser plurales en todo sentido. Este cumpleaños, vuelvo a decir, lo miramos a través del parabrisas de este viaje imaginario y no por el espejo retrovisor. Hoy que estamos tan atrapados por la pobreza debemos aceptarla, pero de ninguna manera renunciar a nuestro compromiso, a la pasión y a la acción, por cambiar una realidad que es injusta en muchas partes y que en salud suele ser bastante más injusta y cruel".

14

15

16

17

En las imágenes se ve 13) la torta de los 25 años y los asistentes al festejo, y a González García con 14) José Pepe Albistur y señora, con 15) integrantes del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal. 17) Las hijas de Ginés González García posan junto al retrato de don Mario González Astorquiza

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia.

El Dr. González García, como cierre de la ceremonia renovó el compromiso que la Fundación y la Universidad tienen con el país en la formación de recursos humanos y la seguirán teniendo de cara al futuro: "**Créanme que todo lo que hicimos este año fue pensando en el futuro, que podrá tener incertidumbre pero tiene una sola capacidad que no tiene ni el pasado ni el presente: la posibilidad de cambiar. Eso nos estimula, porque al formar gente hay que tratar de transferirle no sólo los instrumentos para que sean mejores, sino también el contenido humanístico y la pasión, que es lo que tratamos de hacer y seguiremos haciendo desde la Universidad ISALUD**".

OSPLYFC

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA

0800-888-3202

Av General Paz 282
Córdoba - Argentina
info@luzyfuerzasalud.com.ar

LOS 25 AÑOS Y EL VUELO DEL HALCÓN MALTÉS

Por Rubén Torres

Los determinantes sociales de la salud son los componentes estructurales de un modelo de causalidad, surgido para dar racionalidad a nuestras observaciones y acciones sobre la salud de la población en la multiplicidad de niveles y circunstancias que la conforman. Ese paradigma reconoce la determinación social e histórica de la salud y de la inequidad distributiva de las oportunidades para la salud, superando el del factor de riesgo, bajo el cual las observaciones sobre el entorno físico y social son difíciles de encuadrar. Adoptar el enfoque de determinantes sociales de la salud es esencial para aspirar a la equidad y la justicia social, condición *sine qua non* para la sostenibilidad del desarrollo y la gobernabilidad democrática, porque sólo es posible eliminar las desigualdades injustas en salud actuando sobre los determinantes sociales. Esta es la conclusión a la que arribó en 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y, de hecho, es el elemento político central en la llamada *Declaración de Río*, enunciada por los jefes de Estado, ministros y representantes de gobiernos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en la cual expresan su "decisión de lograr equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral".

Y aunque –bajo el amparo del loable esfuerzo desplegado hacia los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*– se continuo reafirmando el compromiso primigenio de la Declaración de Alma Ata por la "salud para todos", el abordaje operacional a los ODM se ha mantenido centrado explícita y únicamente en la observación de cambios promediables en los indicadores de sus metas (por ejemplo, entre 1990 y 2015, reducir 3/4 la razón de mortalidad materna), sin hacer igualmente explícitas metas que apunten simultáneamente a la necesaria disminución de la brecha de desigualdad entre grupos socialmente definidos de la misma población (en 1990 existía una brecha de más de 250 muertes maternas en exceso por cada 100.000 nacidos vivos entre cuartiles extremos de países definidos por acceso a servicios de agua y cloacas). Si el gran objetivo es mejorar la salud con equidad e inclusión social, solo hay un tipo de evidencia monitoreable en su favor: mejorar el promedio poblacional de cada indicador de salud relevante reduciendo simultáneamente la desigualdad social en su distribución poblacional.

La nueva agenda global al 2030 *Transformar Nuestro Mundo*, pautada por sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, brinda un marco estratégico para crear y fortalecer capacidades institucionales y competencias profesionales en el monitoreo de desigualdades sociales en salud, actividad de inteligencia sanitaria para desarrollar políticas públicas de salud con equidad e inclusión social. Hace falta institucionalizar el monitoreo de desigualdades en salud como parte constitutiva del ejercicio de la primera función esencial de salud pública: análisis de la situación de salud y sus tendencias. Eso implica no solamente incrementar la disponibilidad sistemática de datos desagregados por estratificadores de equidad relevantes (ingreso, educación, género, pertenencia étnica, residencia, entre otros), sino también mejorar la capacidad de triangulación de fuentes de datos. Consolidar el monitoreo de desigualdades en salud permitirá obtener las evidencias, y alinear en su objetivo común de mejorar la salud con equidad y justicia social, las acciones hacia la realización progresiva del acceso y cobertura universales en salud, así como aquellas orientadas a la acción intersectorial, la gobernanza y la gestión del territorio bajo el enfoque de "salud en todas las políticas". Esta visión (presentada hoy como novedosa) ha sido el eje de acción de esta Universidad desde su creación. El transformar esos sueños en políticas activas fue el material con que estuvo construida. Y como en la escena final del memorable Halcón maltés, 25 años después, con esos mismos sueños, continua su vuelo..

ABC S.A.

EMPRESA LIDER

EN LA GESTION MEDICO-FARMACEUTICA
(DISEASE MANAGEMENT) DE PATOLOGIAS CRONICAS
Y PROVISION DE MEDICAMENTOS

GMPC

Gerenciamiento Médico-Farmacéutico de Patologías Crónicas

Droguería ABC

Farmacias ABC
Mucho más que salud

ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4941-1001
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
Sitio web: www.abcsalud.com.ar

[PATENTES]

MEDICAMENTOS: ACCESIBILIDAD VS INNOVACIÓN

Tres especialistas debaten en las páginas que siguen sobre la protección de la propiedad intelectual en el desarrollo de medicamentes y los límites que debería tener a la hora de brindar un acceso universal al cuidado de la salud. La discusión sigue abierta y hay buenos argumentos y matices en todas las miradas.

La pregunta del millón es cómo se pagan los altísimos costos de los largos procesos de investigación y desarrollo que han dado lugar a medicinas que han sido fundamentales en la extensión de la expectativa de vida.

Desde la salud pública, Sonia Tarragona plantea que en la mayoría de los países desarrollados la pelea por las patentes ya fue ganada por la industria farmacéutica que, esgrimiendo los beneficios que generan sobre el desarrollo de nuevas drogas, han conseguido doblegar a sus adversarios. Y reclama un rol más activo de los países porque lo que no resuelven los mercados lo deben resolver indefectiblemente los estados.

Desde la industria farmacéutica, Mirta Levis (Cilfa) defiende el actual sistema de propiedad intelectual y afirma que puede seguir contribuyendo a la innovación y la transferencia y difusión de tecnología en beneficio recíproco de productores y usuarios. Además, sostiene que los países tienen suficientes herramientas para proteger la salud pública y prevenir los abusos.

A su vez, Alberto Paganelli (Caeme) recuerda que la innovación farmacéutica incrementó la expectativa de vida en 1,27 años en el período 2000-2009 tanto en países desarrollados como en desarrollo. Y sostiene que hay estudios que muestran que el 91% de las drogas es desarrollado por el sector privado.

Una discusión apasionante con fuerte impacto en la vida cotidiana de las personas.

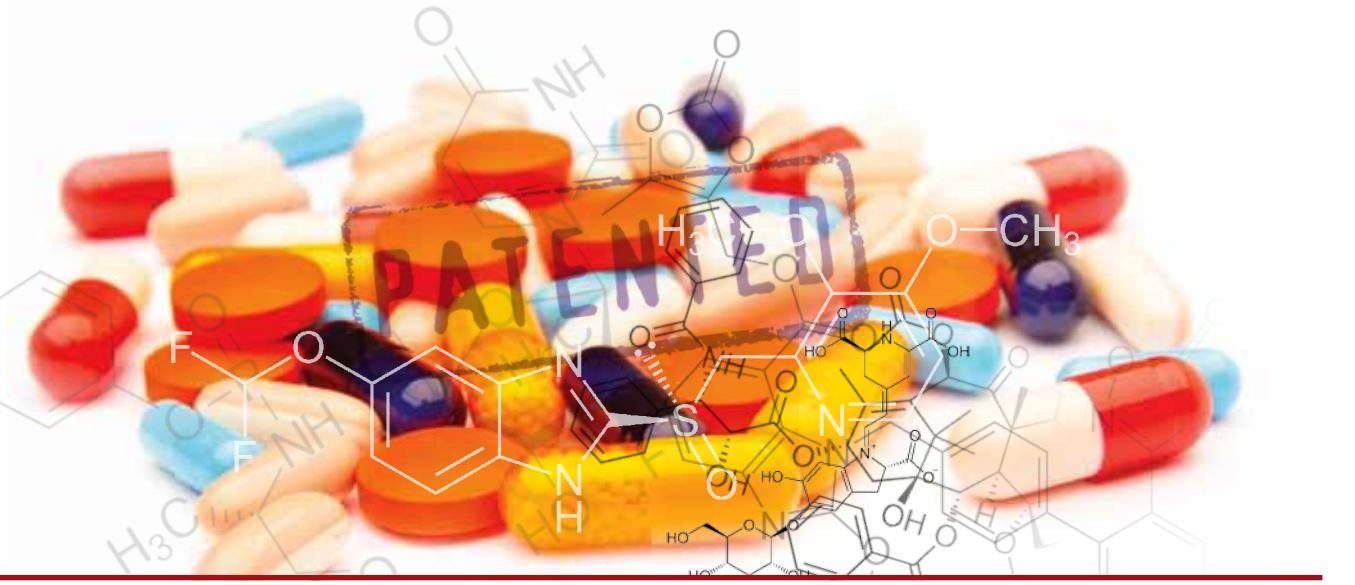
EL ACCESO A LOS REMEDIOS Y EL SISTEMA DE PATENTES

Por Mirta Levis

La autora es abogada, realizó un posgrado en patentes de invención (UBA) y fue gerente de Asuntos Jurídicos y Propiedad Intelectual de Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (Cilfa). Es docente de la Maestría en Farmacopolíticas de la Universidad ISALUD.

En el marco de la creación de la Organización Mundial de Comercio (OMC), a fines de 1994, se introduce por primera vez en una negociación comercial, la propiedad intelectual. Desde entonces los países miembros debieron adoptar el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio que estableció estándares mínimos de protección, e impuso a los países el desafío de implementar regímenes de propiedad intelectual que se adaptaran a esos estándares. Este acuerdo permite también ciertas flexibilidades que pueden ser utilizadas por los países de manera de atender sus necesidades sanitarias locales. Sin embargo, estas flexibilidades no siempre han sido empleadas por los países en desarrollo, sea por falta de experiencia, o por carencia de las habilidades políticas para asegurar los objetivos de la política nacional de salud.

El Acuerdo establece que "las patentes podrán obtenerse para todas las invenciones (…) siem-



pre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial", y son los países quienes definen el alcance de estos tres criterios.

La forma en que los países deciden evaluar las patentes acarrea consecuencias principalmente en el campo de la salud. Si por ejemplo, se adoptan bajos parámetros para evaluar la actividad inventiva o se amplía el alcance de la aplicación industrial, se concederá un mayor número de patentes.

Cada país tiene la libertad de elegir si desea un sistema que facilite el patentamiento de miles de innovaciones incrementales *evergreening* (Correa, 2006a), o, por el contrario, uno que recompense la innovación genuina. Un gran número de patentes concedidas con bajos estándares de patentabilidad puede producir serias limitaciones a la competencia.

El actual sistema presenta dificultades operativas debido al enorme caudal de solicitudes que se presentan anualmente. La complejidad y número de solicitudes complica la tarea de las oficinas que deben evaluar miles de expedientes. Dado que no todos los países tienen la capacidad técnica y los recursos humanos suficientes para hacer frente a este tipo de tareas, pueden generarse demoras significativas en la resolución. Existe la creencia de suponer que los exámenes de patentes que realizan los países desarrollados, son de alta calidad, por lo tanto confiables y en consecuencia, reconocer esas patentes (sin examen local) reduciría el atraso en los trámites. Esta solución puede llevar a reconocer patentes con bajo o nulo valor innovativo que, en el campo de la salud, se erigen como barreras de acceso a productos que están en el dominio público, o bloqueando la comercialización de genéricos que ya están en el mercado o próximos a ser lanzados.

Una vez que una patente se concede, goza de presunción de validez y por tanto puede utilizarse agresivamente contra competidores. Los titulares de patentes suelen iniciar acciones judiciales en contra de supuestos infractores que deben retirar sus productos del mercado hasta la resolución de los procesos judiciales que suelen demorar muchos años y generar elevados costos para los sistemas de salud originados en los altos precios de los productos protegidos. En definitiva, el costo es para la sociedad en su conjunto (Levis, 2010).

Para poder articular una relación aceptable de equilibrio entre los derechos que otorgan las patentes y el derecho a la salud, es necesario ampliar la capacidad de las oficinas de patentes, que posibilite evaluar y adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública, especialmente en aquellos casos en que las patentes protegen una materia que no merece la recompensa monopólica que otorga una patente (Correa, 2006b)

Un reciente reporte del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas (ONU, 2016) sostiene que la salud pública y la propiedad intelectual deben encaminarse

Cada país tiene la libertad de elegir si desea un sistema que facilite el patentamiento de miles de innovaciones incrementales *evergreening* o, por el contrario, uno que recompense la innovación genuina

hacia un modelo que promueva la innovación y tenga en cuenta las prioridades de salud y señala nuevamente la libertad que los países tienen para determinar los criterios de patentabilidad de modo de asegurar que las patentes se concedan solo a innovaciones genuinas.
Hace dos décadas, la propiedad intelectual aparecía como un tema lejano para la salud pública. Aún hoy es frecuente observar que las autoridades sanitarias permanecen ajenas a las decisiones que se adoptan en el campo de la propiedad intelectual en el sector farmacéutico y también lo están, en las negociaciones de acuerdos comerciales que incluyen a la propiedad intelectual cuando, paradójicamente, son luego quienes deben enfrentar las consecuencias de esos acuerdos.
La propiedad intelectual, debería concebirse como una herramienta que contribuya a la promoción de la innovación y a la transferencia y difusión de tecnología en beneficio recíproco de productores y usuarios de modo que favorezcan el bienestar social y económico y el equilibrio de derechos y obligaciones (OMC, 1994).
La letra del propio Acuerdo, reconoce que los países podrán adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y prevenir el abuso de los derechos de propiedad intelectual. Este margen de maniobra tiene limitaciones, pero aún así, es posible diseñar sistemas que respeten los derechos de propiedad intelectual y aseguren el acceso a los medicamentos y la salud para todos.

Referencias

- Correa, C (2006 a). Propiedad Intelectual y Salud Pública, C. Correa, La Ley, Buenos Aires.
- Correa, C (2006 b) Pautas para el examen de patentes farmacéuticas. Una perspectiva de salud pública. Documento de trabajo. UBA, ICTSD, WHO, UNCTAD.
- Levis, M (2010) en C. Correa, S. Negro, eds. Visión de la propiedad intelectual por la industria farmacéutica nacional latinoamericana, Montevideo – Buenos Aires, 2010.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) 2016. Report of the United Nations Secretary-Gemmeral´s High-Level Panel on Access to Medicines, promoting innovation and access to health technologies.
- Organización Mundial del Comercio (OMC) (1994). Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, Art. 7.

PROTEGER LA INNOVACIÓN Y LA SALUD

Por Alberto Paganelli

Muchas enfermedades, que hasta pocos años eran incurables, actualmente son tratables, no solo por el aumento de la sobrevida sino también por la mejora en la calidad de vida de las personas. Un ejemplo claro es el rápido desarrollo de drogas para el tratamiento del VIH/SIDA: pasaron apenas 16 años desde que se produjo el reconocimiento de la enfermedad, en 1981, hasta que se introdujo la combinación de drogas que elevó la expectativa de vida de los pacientes de 10 a 24 años.
La innovación farmacéutica incrementó la expectativa de vida en 1,27 años en el período 2000-2009 tanto en países desarrollados como en desarrollo, de acuerdo con un estudio de Frank Lichtenberg realizado en la Universidad de Columbia (2014). De misma manera hay trabajos que muestran que el 91% de las drogas es desarrollado por el sector privado (Sampat, B. N., Lichtenberg, F. R., 2011).
El sistema de propiedad intelectual ha sido clave para este progreso en el campo de la salud, al otorgar incentivos para sostener la innovación. De esta forma se ha generado un círculo virtuoso en el cual el innovador obtiene un período de exclusividad por su producto, que le permite financiar el desarrollo de nuevos potenciales tratamientos. Entre 5.000 y 10.000 moléculas son testeadas para obtener una que sea eficaz y segura. Este complejo y riesgoso proceso lleva entre 8 y 10 años (Innovation, 2007).
Al finalizar dicho período de exclusividad, cuya vigencia efectiva se ha ido reduciendo de 20 años a entre 10 a 12, dados los tiempos de aprobación de las oficinas de patentes y los crecientes requisitos regulatorios de las agencias

El autor es director ejecutivo de Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (Caeme).

sanitarias, la información pasa al dominio público. Esto permite que nuevos actores, que no deben invertir los 800 a 1000 millones de dólares que actualmente implica un desarrollo farmacéutico, puedan ofrecer a los pacientes una versión genérica a un precio menor.

Tanto los medicamentos innovadores como los genéricos, de calidad, seguridad y eficacia probadas, hacen su aporte al sistema de salud y a la mejora de calidad de vida de los pacientes.

La Argentina introdujo el patentamiento de productos farmacéuticos a partir de la reforma de la legislación ocurrida en 1995 (con efecto en octubre de 2000) con la sanción de la Ley 24.481. Esto, en cumplimiento de los Tratados Internacionales suscriptos por el país y de acuerdo con la Constitución Nacional.

Dicha reforma buscó poner a la Argentina a la par de las naciones del mundo que podían beneficiarse de herramientas que proponen incentivos a la innovación. Pero estas herramientas no han sido utilizadas para aprovechar su potencial. "El porcentaje de medicamentos bajo patente en nuestro país es mínimo, e históricamente no ha superado el 1 por ciento del total de los disponibles al público," ha consignado Gastón Richelet, del Estudio Richelet & Richelet, en una nota publicada en abogados.com.ar, el 3 de octubre de 2016.

En este marco, en 2012, se decidió poner un cepo a la innovación farmacéutica a través de una Resolución Conjunta del INPI, y los ministerios de Salud e Industria (N° 118, 546, 107/2012) que introdujo criterios de patentabilidad restrictivos para las solicitudes farmacéuticas bajo el argumento de evitar la proliferación de patentes y para proteger la salud pública.

Estos criterios no existen en países como Brasil, Chile o Colombia, por citar algunos ejemplos a escala regional, dejando a nuestro país en desventaja con respecto a sus vecinos a la hora generar propuestas de innovación sustentables. Por otra parte, ponen un cepo a los proyectos de centros de investigación, univer-

La ley cuenta con mecanismos –nunca activados– que, bajo determinadas circunstancias, se pueden aplicar para atender emergencias sanitarias y/o situaciones de posibles prácticas anticompetitivas

sidades y/o institutos, e incluso a empresas locales ya que, en su mayoría, los desarrollos que patentaban entran en alguna de las restricciones fijadas por dicha Resolución Conjunta. Esto ha llevado que procuren obtener protección patentaria en otros países.

La ley cuenta con mecanismos que, bajo determinadas circunstancias, se pueden aplicar para atender emergencias sanitarias y/o situaciones de posibles prácticas anticompetitivas. Dichos mecanismos nunca fueron activados.

En la reciente Cumbre del G-20, realizada en China y de la que participó la República Argentina, se conocieron una serie de documentos, entre ellos el Programa sobre Crecimiento Innovador del G-20 en el cual se destaca que "en línea con los tratados y acuerdos multilaterales relevantes existentes de los que somos parte, lo que incluye el Acuerdo sobre los ADPIC (TRIPs por su sigla en inglés) reafirmamos la importancia de la protección adecuada y efectiva de la propiedad intelectual y su exigibilidad para la innovación, y apoyamos una mayor apertura y la promoción de la difusión del conocimiento y la transferencia de tecnología voluntarias conforme a términos y condiciones mutuamente acordados".

Proteger e incentivar la innovación es la llave para que se puedan seguir atendiendo las necesidades aún no resultas en material de salud y para que la Argentina entre, definitivamente, en el siglo XXI.

Referencias

- G20 (2016) G20 Blueprint on Innovative Growth. www.g20.org
- Innovation.org (2007) Drug discovery and development: Understanding the R&D process. Washington DC: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. http://www.innovation.org/drug_discovery/ objects/pdf/RD_Brochure.pdf/
- Lichtenberg, F. R. (2014). Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000–2009. *Health Policy and Technology*, *3*(1), 36-58.
- Richelet G (2016). Comentarios en torno a la Res 56/2016 emitida por el INPI y a la solicitada publicada por CILFA. www.abogados.com.ar
- Sampat, B. N., Lichtenberg, F. R. (2011). What are the respective roles of the public and private sectors in pharmaceutical innovation?. *Health Affairs*, *30*(2), 332-339.

LA PELEA PATENTE ¿GARANTÍA DE CALIDAD O DE BENEFICIOS?

Por Sonia Tarragona

La pelea por las patentes en la mayoría de los países desarrollados ya fue ganada por la industria farmacéutica que, esgrimiendo los beneficios que generan sobre el desarrollo de nuevas drogas, han conseguido doblegar a sus adversarios.

En el escenario mundial, los gobiernos locales valiéndose de las flexibilidades que permiten los acuerdos internacionales, adaptaron como pudieron sus propias leyes en un intento por defender la salud pública. Sin embargo, la complejidad que importa su aplicación efectiva ha llevado a que hasta ahora, haya muy pocas experiencias en países de la región donde se hayan empleado tales flexibilidades.

La abundante literatura existente sobre propiedad intelectual, sea en el campo teórico como el empírico, no logra alcanzar un consenso por la dificultad que entraña la medición precisa de costos y beneficios.

Más allá de los acuerdos y desacuerdos en torno al mecanismo que se utilice, diversos autores resaltan aspectos particulares del problema, y dan vuelta las ideas de un lado a otro, buscando sutilezas que conducirían a estimar resultados beneficiosos, despreciables o incluso perjudiciales de las patentes sobre la investigación, los precios o el acceso a los medicamentos.

Cierto es que la existencia de mecanismos de protección como los vigentes, presentan un conjunto no despreciable de ventajas tales como el incentivo a la investigación, el impulso al crecimiento y la transmisión del conocimiento, el aliento de investigaciones orientadas a la cura

La autora es licenciada en Economía (UNLP) y especialista en Economía de la Salud. Es secretaria de Extensión Universitaria de la Universidad ISALUD y directora de la Maestría en Farmacopolíticas.

de enfermedades prevalentes, el fomento al desarrollo de la industria local, la posibilidad de disponer de una mayor cantidad de fármacos, el incremento de la base tributaria para el estado o mayores niveles de actividad y producción, entre otras bondades conocidas.

Cierto es también, que estos mismos mecanismos presentan formidables desventajas: los nuevos fármacos se comercializan a precios monopólicos sin regulación, se imposibilita todo tipo de competencia mientras dure la patente, se impide a los gobiernos la posibilidad de garantizar la disponibilidad de ciertas drogas durante emergencias, no orientan la investigación a medicamentos "necesarios" desde el punto de vista de la salud pública, incrementan el gasto en medicamentos tanto para los sistemas como para los individuos, generan presiones sociales para exigir a los gobiernos su provisión y promueven indirectamente el desarrollo de nuevas moléculas a partir de otras existentes en busca de extender la protección.

En esta enumeración, hay al menos dos afirmaciones difíciles de contradecir: a) las patentes promueven e incentivan la innovación y b) las patentes obstaculizan el acceso a medicamentos. Y este es justamente el dilema más difícil de resolver: ¿cómo encontrar un sistema que simultáneamente logre ambos objetivos? Huelga decir que la respuesta no la ha dado el sistema actual. Pero, ¿cuál es entonces el mecanismo apropiado?

Desde que, en la OMS, hace poco más de una década, se ha iniciado el debate en torno al tema y se han propuesto algunos ejercicios para encontrar mecanismos innovadores que permitan dar respuesta a este doble propósito, aún no se hallado una solución. Los estados, en su mayoría, acuerdan que mientras no sea posible separar los costos de la I&D de los precios de los productos, no habrá posibilidad de garantizar el acceso a los nuevos productos. También acuerdan que no es posible dejar en manos de las farmacéuticas la decisión de hacia dónde dirigir la innovación. Por tanto, si no es posible dejarlo en manos privadas, es hora de que los países asuman un rol más activo a la hora de comprometer recursos, establecer criterios y fijar posiciones para orientar las inversiones hacia la satisfacción de necesidades sociales. Lo que no resuelven los mercados, deben indefectiblemente, resolverlo los estados.

Las compañías naturalmente se ven motivadas a desarrollar productos demandados por poblaciones que pueden pagar por ellos. A la vez, muchos países pobres no cuentan con una industria local fuerte, o sus compañías no disponen de los recursos necesarios para el desarrollo de nuevos medicamentos. La evidencia empírica no deja lugar a dudas: las patentes no solucionan ni solucionarán, los problemas de salud de los más pobres.

El ejercicio del derecho de exclusividad cae con toda su fuerza en forma de precios monopólicos que generan, según apunta la teoría, altísimos costos sociales que involucran una pérdida de bienestar para quienes consuman los productos y una reducción en las posibilidades de acceso para quienes no pueden adquirirlos. Y esta situación tiene un impacto diferencial en términos de acceso para los países pobres y los países ricos puesto que en estos últimos, la mayor parte de los demandantes podrá acceder aunque deba afrontar un mayor costo.

Por ello, el aspecto que aún queda por resolver es bajo qué forma deberán organizarse los incentivos a la investigación y el desarrollo de nuevas drogas de modo que los precios de los productos que de allí resulten no deban cargar con el costo de ese desarrollo y puedan estar disponibles a todos los que los necesiten.

La solución no saldrá repentina y mágicamente de un ataque sin piedad a la industria, sino de encontrar un esquema perdurable y sostenible que simultáneamente permita a la ciencia investigar, a la industria producir y a las personas acceder a una mejor calidad de vida

La solución surgiriá cuando encontremos un esquema perdurable y sostenible que simultáneamente permita a la ciencia investigar, a la industria producir y a las personas acceder a una mejor calidad de vida

Referencias

- Correa, C y cols. (2011). Patentes, suministro de medicamentos y protección de la salud pública. Revista Argentina de Salud Pública, 2011; 2(7):19-27, 2 (7), 19-27.
- González García, G; de la Puente, C y Tarragona, S (2005). Medicamentos: Salud, política y economía. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Velasquez, G (2003). Medicamentos, ¿derecho o mercancía? Le Monde Diplomatique (49).

[ENTREVISTA]

CARLOS REGAZZONI: "LOS CIRCUITOS MAFIOSOS AUMENTAN LOS COSTOS Y BAJAN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN"

El director ejecutivo del PAMI enumera las denuncias que ya presentó por presuntos hechos de corrupción, destaca el plan de pago de las deudas con prestadores y anticipa los cambios en el plan médico de la mayor obra social del país

"No se pueden brindar mejores turnos y más medicamentos si no se recompone antes la situación económica", dijo Carlos Javier Regazzoni, ni bien asumió la administración del PAMI como director ejecutivo. Y, de entrada, en una de sus primeras apariciones –junto al ministro de Modernización, Andrés Ibarra– anunció que el organismo adeuda 5000 millones de pesos a sus proveedores.

El PAMI tiene 5 millones de afiliados, de los cuales alrededor de 4000 tienen hoy cien años

Regazzoni se graduó y doctoró en medicina en la Universidad de Buenos Aires (UBA), donde se especializó en medicina interna. Luego se diplomó en estudios filosóficos en la Universidad Austral y en Bioestadística por la Facultad de Ciencias Exactas de la UBA. Con esa formación y casi una década de experiencia en la gestión pública porteña –en Desarrollo Social y Educación– llegó al liderazgo del PAMI, la mayor obra social del país, desde donde ya realizó varias denuncias por presuntos hechos de corrupción.

–¿En dónde hicieron hincapié al comenzar la gestión?

–Primero, convocar a un equipo de trabajo que iniciara el camino a un cambio profundo; luego, concebir un plan con foco en los resultados. Ambas cosas se hicieron antes de asumir. También hubo un capítulo central: poner en orden las cuentas y combatir desde ese lugar la corrupción, y lo que eso significaba al poner en marcha un proceso de innovación muy fuerte en todas las áreas, con informática y tecnología, para sacar al Instituto del atraso en el que estaba. Comenzado esto, la prioridad fue impulsar un plan médico para todo el país.

–¿Cuáles son esos "circuitos mafiosos" a los que aludió en un reportaje?

–El instituto tiene varios problemas, tiene sus "circuitos mafiosos" en algunas delegaciones regionales, en sectores de los medicamentos (el PAMI investiga un fraude por reventa de medicamentos oncológicos), en la provisión de prótesis (sobrecostos de tres a cinco veces más caros), y en algunos sectores del servicio de ambulancias (viajes facturados que nunca se realizaron). Lo que ha-

cen esos circuitos es bajar la calidad de la prestación y aumentar automáticamente los precios. Esa es su manera de "enviciar" el sistema y eso les terminaba robando a los propios jubilados. Entonces, lo que se está haciendo ahora es trabajar para limpiar toda esa parte del sistema, donde todavía queda mucho por hacer.

–¿Qué cantidad de afiliados tiene hoy el PAMI?

–Son 5 millones de afiliados. De ellos, unos 4000 tienen hoy cien años.

–De ese mundo que representa hoy la llamada tercera edad ¿Dónde se presentan los mayores reclamos?

–La gente se queja por las condiciones de los lugares de internación, de la cantidad de trámites burocráticos y las demoras en los turnos. Esos son tres problemas comunes de cualquier sistema de salud, y del cual el PAMI no es ajeno. En Europa hay debates permanentes por las demoras en los turnos, en el caso de los trámites es que hay una gran burocracia y estamos trabajando en una especie de pago fácil, con una fuerte inversión en tecnología, para que la cantidad de trámites baje y mucho. Y el otro problema sobre la calidad de los lugares de internación, primero, empezamos recomponiendo los horarios médicos y los sitios de internación porque eran muy bajos, y ahora hay que corregir fuertemente la calidad.

–¿En qué situación están los geriátricos del país?

–Están conexos a nuestra institución porque el PAMI utiliza más de 23.000 camas de geriátricos en todo el país. La verdad es que hace falta invertir mucho en brindar calidad, en los controles, y ahora estamos reformulando la manera en que el PAMI les paga a los geriátricos. La idea también es mejorar la atención domiciliaria.

–¿Cómo se hace para lograr esa pretendida eficiencia cuando la cobertura del servicio es tan amplia y extensa?

–Nuestra prioridad son los jubilados y que el dinero de ellos vaya a la salud y no a cubrir los intereses comerciales, ni mucho menos a cubrir a los institutos mafiosos. En ese sentido el sistema se resiste al cambio, pero en general son más los que nos están acompañando e incluso la industria farmacéutica se ha sumado a esta idea de cambiar el paradigma. Para llevar a cabo esto creamos una secretaría téc-

Plataforma de Capacitación Virtual FECLIBA
campus

Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.

60 años sustentando raíces
FECLIBA
Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires
fecliba.org.ar

Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:
cursos.fecliba.org.ar

Informes: Lunes a Viernes de 8 a 16 hs - Av. 7 Nº 532 La Plata
Teléfono: (0221) 4129169 - Email: iss@fecliba.org.ar

nica, que controla y programa toda la operación del PAMI, con mapas interactivos y un sistema informático que desde un celular te permite hacer un seguimiento en todo el país.

–¿Habrá un mayor control operativo?

–Sí, por eso estamos trabajando en el desarrollo de un tablero de control muy importante para saber cómo se están llevando adelante los servicios ambulatorios y de internación, los estudios complementarios y de emergencias, en todo el país y en tiempo real. En una organización territorial de las prestaciones del PAMI, por jerarquía y según criterios clínicos, con grupos de riesgo, según los objetivos, utilizando las tecnologías de la información, pero en prácticas que sean costo–efectivas porque todo esto redunda en una mejora en la atención.

–¿Cómo les afecta el costo de los medicamentos?

–Nos pusimos muy firmes con la industria y la verdad es que nos retrotrajeron los precios muchísimo, bajamos un 30% el presupuesto mensual del PAMI en medicamentos. Con los organismos del sector se acordó trabajar en un programa farmacológico responsable, que no es un recorte de derechos sino una prescripción de medicamentos seguros y eficaces. Y en todo se utiliza un criterio clínico y médico basado en la evidencia sobre las decisiones que se toman. A ello, estamos creando un equipo de inteligencia sanitaria que va a tomar toda la información del sistema para ir generando las políticas públicas del Instituto.

–¿A quienes les adeuda hoy el PAMI?

–En primer lugar, a los hospitales públicos en todo el país y eso es algo donde aun no pudimos trabajar mucho porque todavía no contamos con los recursos. Pero en la medida que podamos ir mejorando la financiación del PAMI vamos a ir recomponiendo la deuda. ¿Cómo pensamos reconstruir un liderazgo nítido del PAMI en el sector de la salud? Mediante la excelencia, es la única manera de lograr una posición de liderazgo y vanguardia en el cuidado de la salud de nuestros mayores, haciéndolo con calidad, para todos y por igual. Además, para que el PAMI cumpla con su función hay que darle transparencia en la información.

–¿Trabajan articulados con otros sectores?

–Sí, tenemos pensado todo un trabajo interdisciplinario con otras áreas, por ejemplo, con el Ministerio de Educación y el INET para la reparación de sillas de ruedas y brindar cursos de tecnologías para adultos mayores; firmamos convenios con 59 universidades públicas en todo el país; con el Ministerio de Seguridad para recibir asistencia logística y técnica de las Fuerzas Armadas en caso de catástrofes (el Ejército se encargó de la distribución de sillas de ruedas en Entre Ríos); se firmaron los respectivos convenios con la provincia de Buenos Aires para programas conjuntos, y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para programas sociales y de atención médica para las personas mayores; se llegó a un convenio con Tucumán para promover el turismo de PAMI y lo mismo con San Juan; con Entre Ríos para hacer un programa conjunto de atención médica, y para manejar juntos el hospital de la Baxada que es nuevo en Paraná; cerramos convenios con el BID, la OPS, el Banco Mundial y con Chubut cambiamos completamente el sistema previsional para toda la Patagonia.

–¿Es posible una suba de la edad jubilatoria?

–Quiero aclarar que yo nunca hablé de la edad jubilatoria. Ante una pregunta periodística lo que dije es que por una cuestión médica las personas hoy en día viven muchos años y para hacerlo saludablemente siempre hay que tener actividades, sobre todo, sociales y solidarias porque eso es lo que las mantiene longevas, sanas y felices. No me gusta pensar todo en términos excesivamente econométricos, primero porque soy médico y me gusta hacer las cosas humanamente y el dinero en salud, como lo puesto en la historia clínica informatizada, en centros de salud en todo el país, los servicios y consultorios ambulatorios de diabetes, el equipo de inteligencia sanitaria, no son un gasto y terminan siendo inversiones esenciales para un envejecimiento feliz.

Padre e hijo, agua y aceite

Así suelen ser presentados Carlos Javier Regazzoni, de profesión médico e hijo de Carlos Regazzoni, escultor y pintor. El actual director ejecutivo del PAMI y ex candidato a intendente del partido de Almirante Brown por el frente Cambiemos, se crió en un ambiente de mucha libertad, en una casa de Longhchamps, donde Regazzoni padre abría las puertas los días de tormenta "para escuchar el sonido del viento y ver rodar a las piedras".

Como sucedía en aquellos tiempos, siempre había algún familiar cercano o lejano que se encargaba de darle las inyecciones a la abuela "hasta con la pollera puesta". Pero fue recién a los 14 años, cuando una imprevista enfermedad en una de sus piernas lo llevaron a él y a su mamá a interminables visitas al Hospital Lucio Meléndez, en Adrogué. "Allí me acostumbré al mundo de las guardias y me fascinó el sonido de las ambulancias", confesaba el titular del PAMI en una entrevista con el diario La Nación.

"En adhesión al Año Jubilar de la Misericordia y al Bicentenario de la Declaración de la Independencia"

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

LA MEJOR COBERTURA FAMILIAR AL MEJOR PRECIO

0800-345-26327
CALL 24 HS.

0810-345-0184
ASESORAMIENTO COMERCIAL

andarobrasocial | www.andar.org.ar

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

[I ENCUENTRO DE RISS]

LAS REDES INTEGRADAS COMO MOTOR DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Los principales referentes de la región en Redes Integradas de Servicios de Salud se reunieron por primera vez en ISALUD para intercambiar experiencias y aprendizajes que ayuden a la conformación de una red colaborativa, viable y sustentable en el tiempo

Diseñar tecnologías es un desafío, pero tejer redes humanas en salud es un imperativo ético", señaló el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, en el contexto del I Encuentro Presencial de Líderes de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que tuvo lugar en nuestra casa de estudios. Al abrir la jornada, Torres reclamó también la necesidad de colocar a las redes integradas y a la cobertura universal de la salud en la agenda política de los máximos dirigentes que "en nuestra región no la ocupan –dijo–. Sí lo están desde el discurso, pero no desde los presupuestos y la dedicación al tema. Y es un compromiso ético porque vivimos en el continente más desigual del mundo".

El encuentro contó con el aporte de importantes referentes en la región quienes debatieron sobre la necesidad y viabilidad de contar con un modelo de atención primaria de salud, desafío que, según sea el país, se encuentra en pleno proceso de integración y articulación de sus redes. Para Mario Glanc, director de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD, el proyecto que "ahora suma doce países de los cuatro que lo conformaron en su inicio (Chile, Colombia, Uruguay y Argentina) apunta también al diseño de un Manual Colaborativo de Buenas Prácticas que ayude a su autogestión, a tener una operatividad rotativa y sea sustentable en el tiempo".

A través de una videoconferencia, Diana Pinto, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) puso la lupa en algunos casos estudiados de redes de servicios de salud en América latina, que dejaron conclusiones positivas como el mayor protagonismo

del primer nivel de atención a partir de la implementación de las redes y otros desafíos puntuales que aún están pendientes como la fragmentación, la falta de incentivos y la carencia de un modelo de gobernanza único para toda la red: "Hay que hacerlo con estrategias de coordinación e integración, el abordaje de determinantes sociales, orientación a la participación social y un sistema transparente de rendición de cuentas –puntualizó la referente del BID– Para ello es necesario contar con recursos humanos suficientes y adecuadamente capacitados".

La mirada en la región

"No existe una red efectiva sin entorno y sin comunidad", sostuvo Fabiola Jaramillo, directora del Servicio de Salud en el municipio chileno de Reloncaví, quien marcó la importancia de conocer el territorio de aquellas personas que tienen imposibilitado su acceso a la salud, por vivir en zonas aisladas o carecer de los recursos que le impiden acercarse a un centro asistencial. "La red de los servicios debe dar respuesta a las necesidades de salud a lo largo de todo el ciclo vital y ahí está la base sobre la cual estamos construyendo una nueva dinámica, sin estigmatizar la enfermedad desde quienes gestamos y hacemos la asistencia clínica".

Entre las complejidades que tiene el sistema, Jaramillo admitió las deficiencias técnicas en enfermería y en la falta de camas en los hospitales: "Eso nos llevó a un gran desarrollo en la atención domiciliaria, pero nos faltan médicos y enfermeros generales de zona porque hoy nos cuesta retenerlos en el sector público y en los centros de salud familiar. El gran problema que tenemos es lograr la interoperabilidad entre los distintos niveles de atención porque si bien los hospitales se comunican entre sí no hay la misma comunicación entre los distintos niveles de atención primaria".

En Ecuador el modelo de atención integral de salud se puso en marcha en 2012 y se focalizó en la atención primaria, con fuerte participación médica extramural. El 80% de las patologías son resueltas en el primer nivel y el 20% restante en los niveles de más alta complejidad. Carmen Tatiana Guerrero Díaz, directora nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria del Ministerio de Salud, destacó que "si una persona va a un hospital público que no tiene capacidad resolutiva de atención, se activa la red y cualquier persona sin importar la afiliación institucional puede ser derivada a un hospital privado donde se le debe otorgar el mismo derecho de atención, sin tener la obligación de pago en el punto de servicio".

Durante la apertura: Rubén Torres, rector de Universidad ISALUD, Mario Sánchez del BID, y Mario Glanc, director de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD

Según explicó la especialista ecuatoriana existe el cruce de cuentas dentro de las instituciones y un reconocimiento económico para el prestador. Y esa prestación se cancela ya sea vía red pública o privada: "No por ser de la seguridad social se le deja de reconocer esa prestación y todo eso se hace a través de un tarifario de prestaciones que se actualiza continuamente -completó-. La red incluye atenciones ambulatorias, hospitalización, emergencias, actividades de prevención, vacunación, es una de las herramientas clave que tenemos para fortalecer nuestro sistema nacional de salud bajo la premisa de que nunca más la salud sea un privilegio de algunos sino un derecho de todos".

Luego el viceministro de Servicios de Salud de El Salvador, Julio Óscar Robles Ticas, hizo una reseña de los problemas que

debió enfrentar un territorio que había sido desbastado por la guerra en los 90 e inició una transformación apoyada en un modelo de atención primaria de la salud orientada a la persona, la familia y la comunidad. De ese proceso surgieron los ECOS (Equipos Comunitarios de Salud Familiar) como un proyecto de medicina preventiva que hoy cuenta con 70 hospitales, 751 centros de salud o unidades comunitarias y 575 equipos comunitarios de salud familiar en las zonas de más difícil acceso, a los que se llega atravesando ríos y montañas.

"Este proceso de reforma empezó en los municipios de extrema pobreza del país cuando había 2 millones de salvadoreños que no tenían acceso a los servicios de salud y con altos índices de desnutrición crónica. Los ECOS familiares son un conjunto mínimo de 7 personas donde van un médico, dos enfermeras, tres promotoras de salud y una persona polivalente que hace la parte administrativa. El Salvador es un país catalogado de renta media, pero en realidad somos un país pobre y si bien es cierto que el desafío es organizar mejor el sistema también hay que incrementar el presupuesto porque no se puede trabajar solo con organización. Hay que invertir y en ese sentido El Salvador necesita profundizar la reforma con amplia participación social".

En Honduras, en cambio, el gasto de bolsillo sigue siendo un gran problema ya que cerca de un 88% de los pacientes pagan por los servicios, es decir que solo el 12% de la población económicamente activa y un 33% restante se cubren con fondos nacionales. "La red está totalmente desarticulada y sin un mecanismo en marcha que la reintegre", puntualizó el Jefe del Departamento de Servicios de Atención Primaria, Alcides Martínez Cantarero, quien además agregó que "el esfuerzo de las autoridades de nuestro país está puesto en separar las funciones de la secretaría de salud como rectora que administra los recursos y los servicios, y en desarrollar un sistema nuevo donde sean las personas jurídicas las que se hagan cargo de las redes de servicios, vía gestión por resultados".

"Las redes lo han cambiado todo, en la organización de la vida misma de las sociedades y es un fenómeno acorde a cómo funcionan hoy las comunicaciones. El motor de la innovación hoy son las redes y esto se ve en la convergencia entre la biotecnología, la nanotecnología y la informática", dijo Ginés González García

"La red incluye atenciones ambulatorias, hospitalización, emergencias, actividades de prevención, vacunación, es una de las herramientas clave que tenemos para fortalecer nuestro sistema nacional de salud bajo la premisa de que nunca más la salud sea un privilegio de algunos sino un derecho de todos", describió Carmen Tatiana Guerrero Díaz, de Ecuador

"Si hay vida, hay redes"

A modo de cierre, el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, remarcó que si bien el mercado tiene muchos instrumentos "es, ante todo, un sistema de precios, en cambio la salud es un sistema de valores. Eso es algo que no se nos puede olvidar nunca". Agregó que uno de los problemas comunes de la región es la expansión del gasto -como tendencia- en un mundo que creció económicamente seis veces más en los últimos 50 años, y que "el motor de la innovación hoy son las redes".

El ex embajador argentino en Chile advirtió también por la baja presupuestaria en salud y que no se escuchan reclamos en ese sentido: "Los más débiles no tienen una representación mediática y uno se encuentra hoy con un gran conflicto porque no hay ni una palabra por la disminución del programa nacional de provisión de medicamentos, como el Plan Remediar, que está trabajando a un 40%. Las redes lo han cambiado todo, en la organización de la vida misma de las sociedades y es un fenómeno acorde a cómo funcionan hoy las comunicaciones. El motor de la innovación hoy son las redes y esto se ve en la convergencia entre la biotecnología, la nanotecnología y la informática. Hay una definición que me gusta: si vemos vida, vemos redes, y eso tiene una contundencia notable para explicar la época en que vivimos".

FEFARA
AVANZA

SOLUCIONES INTEGRALES
PARA LA EXCELENCIA,
EN SERVICIOS PROFESIONALES
FARMACÉUTICOS

Una red prestacional que:

- ✔ Cubre todo el territorio nacional
- ✔ Promueve el uso racional del medicamento
- ✔ Aporta herramientas informáticas que brindan seguridad y trasparencia en los procesos.
- ✔ Facilita la gestión de los financiadores, posibilitando el eficiente uso de sus recursos.

Hipólito Yrigoyen 900 · 3er. Piso Of. B · (1086) Capital Federal

Teléfono: (011) 4342 9473 · fefara@fefara.org.ar · www.fefara.org.ar

[I ENCUENTRO DE RISS]

SERGIO MINUÉ LORENZO: "AMÉRICA LATINA INTENTA INTEGRAR LO QUE ESTÁ ROTO"

Médico de familia, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y coordinador de la Red Colaborativa de Atención Primaria de la Salud de la OPS, participó del encuentro en ISALUD, donde analizó los desafíos de la atención primaria en la región

Es médico de familia por vocación, como le gusta decir en su presentación, y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública ("de las pocas que ya quedan en España", asegura) y reivindica el valor de los buenos profesionales debidamente capacitados. Cree que en estos tiempos de cambios "se le ha dado más importancia a la enfermedad que al enfermo". En esa lucha está Sergio Minué Lorenzo mientras coordina el proyecto de Red Colaborativa de Atención Primaria de la Salud de la OPS, destinada a compartir experiencias de comunidades de práctica en toda la región latinoamericana. Su participación en el I Encuentro Presencial de Líderes de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), resultó enriquecedora.

–¿Cuál es su primera impresión de este primer encuentro sobre las RISS?

–La primera reflexión que yo me haría es saber de qué hablamos cuando lo hacemos de redes o de atención primaria de la salud, porque en los primeros niveles de atención la diversidad en la composición es tan enorme que, según sea el país, algunos cuentan con especialistas y otros no. Pero a pesar del corto tiempo recorrido el modelo sobre el cual estamos trabajando tiene la suficiente rigurosidad como para seguir avanzando y al mismo tiempo posee la flexibilidad para que cada país pueda encontrarse cómodo dentro de él, a diferencia de otras épocas donde había modelos muy buenos desde el punto de vista de sus diseños metodológicos pero imposibles de aplicar en algún otro sistema sanitario. La gran innovación que supone el modelo de RISS de la OPS es que resulta un modelo de referencia que es compatible con cualquier modelo y la cuestión es hacia dónde uno camina dentro de ese modelo.

–¿Hay experiencias que puedan servir de referencia?

–No es por mencionar a una en particular, pero me han gustado mucho las iniciativas que se están haciendo en diferentes países sobre modelos de gobernanza, en otros me gustan los modelos de colaboración entre profesionales de un nivel asistencial y otro, hasta las formas que tienen de estimular la participación de los usuarios o la toma de decisiones con las comunidades. Así que no es tanto que haya un país de referencia, sino que en realidad todos están avanzando en una misma dirección, pero con experiencias absolutamente incomparables. No es lo mismo el sistema uruguayo que el argentino, y los avances están en relación a la situación de cada país, hay quienes avanzan a una velocidad increíble (Uruguay), muchos hicieron cambios en poco tiempo (Ecuador y Chile) y otros intentan un modelo de desarrollo integral (Brasil). Se está trabajando muy bien, pero no hay un modelo en particular.

–¿Cómo ha sido el caso español en relación a las redes?

–En España tenemos una gran ventaja y es que nuestro sistema nacional de salud no tiene los problemas de América latina en cuanto a la fragmentación. Sí, enfrentamos problemas por falta de coordinación entre los proveedores de los niveles asistenciales, pero el hecho de que sea un sistema integrado, que la provisión sea pública, y que todos dependan de la misma organización facilita muchas cosas. Ahora los problemas en cuanto a la coordinación entre profesionales y niveles son exactamente iguales que en cual-

En España tenemos una gran ventaja y es que nuestro sistema nacional de salud no tiene los problemas de América latina en cuanto a la fragmentación. Hay problemas de coordinación entre los niveles asistenciales, pero el hecho de que sea un sistema integrado, que la provisión sea pública, y que todos dependan de la misma organización facilita muchas cosas

quier otro país porque eso depende de las personas, si quieren colaborar o no. España tiene ahora un problema que no lo es desde el punto de vista interno de cada uno de los servicios, pero el país cuenta con 17 servicios sanitarios, de tal manera que no estamos fragmentados dentro de cada servicio pero sí en el conjunto del país tenemos un sistema andaluz y otro catalán, por ejemplo, que no se hablan entre sí. Por lo que un usuario de Andalucía o Catalunya, si se va de vacaciones a una comunidad autónoma y debe hacer una visita al médico, éste no puede acceder a la información clínica para saber que le están haciendo al paciente en el lugar que ha nacido. Hay allí un problema grande de fragmentación.

–¿Y cómo se soluciona?

–Tenemos un problema enorme de falta de rectoría porque en el momento que se produjo la descentralización a las regiones, a las comunidades autónomas para que gestionaran todas las competencias en materia de sanidad y de salud, se perdió la oportunidad de establecer órganos de coordinación y rectoría fuertes y potentes. No tenemos un órgano de rectoría a nivel nacional, en consecuencia, dependemos de la buena o mala voluntad, como en muchas ocasiones cuando se depende del equilibrio de fuerzas entre partidos políticos, pues si el Gobierno es de determinado signo y las comunidades autónomas son del signo contrario, entonces no se llega a un acuerdo y viceversa. Se están haciendo intentos por hacer compatibles los sistemas de información, las historias clínicas electrónicas y la tarjeta sanitaria, pero la falta de rectoría es un problema grave en España.

–¿Qué ha querido decir al señalar que el mapa no es el territorio?

–Alguien dijo que la función del médico general es hacer de puente entre el mapa y el territorio. Hay que adaptar ese mapa a una realidad, a un sufrimiento. Los modelos de gobernanza son también muy distintos y como dije, el papel de rectoría es clave en las redes. Un tercio del gasto sanitario en Estados Unidos, según el Instituto de Medicina Americana, es despilfarro, es decir que se podrían haber utilizado recursos para otro fin y salir mejor. Además, con el envejecimiento progresivo de la población los sistemas de salud van a estar más abocados a una mayor demanda porque habrá más gente requiriendo de más servicios, hay países que tienen costos de medicamentos totalmente desorbitados respecto a otros, acostumbramos a que el usuario vaya a los controles para que sea atendido de dolencias inexistentes, es decir, convertimos a cualquier persona en un enfermo y lo que necesitamos es no generar servicios innecesarios. Está demostrado que un sistema sanitario basado en la atención primaria es más eficiente que un sistema que no lo tiene, sufre menos gastos y logra una mayor equidad.

–¿Cuál es la mayor complejidad que observa en la región?

–Sin duda, la fragmentación que tienen los sistemas, cuando lo veo pienso en qué suerte tengo al no trabajar en un sistema tan complicado y eso me parece un reto descomunal. Aspirar a lograr un Manual de Buenas Prácticas serviría mucho sobre todo en dos aspectos: contar con una especie de marco general en el que vamos analizando qué hacemos y luego de tener la posibilidad de compartir experiencias, sean buenas o malas, y que se las comparta por internet o se publique en un manual, que es mejor aún. Es enorme y difícil la integración, pero al mismo tiempo lo que me fascina, maravilla y hasta me da envidia de Latinoamérica es que pese a esa realidad tan compleja está dando pasos muy sensatos y valientes, para en tan poco tiempo continuar en ese intento de integrar lo que está roto.

[RWE]

LOS DATOS, HERRAMIENTA CLAVE PARA EVALUAR COSTOS E INNOVACIONES EN SALUD

América latina asiste a un progresivo aumento del interés por el desarrollo de iniciativas que permitan acceder y explotar todo el potencial que brinda la evidencia del mundo real (RWE, en inglés), esto es el uso de datos que resultan clave para las innovaciones en salud

Cada vez cobra mayor relevancia y se profundiza en nuestra región la recolección de datos que se generan en la práctica clínica y se producen a través del sistema de salud, y que constituyen hoy los activos más buscados entre los profesionales, las compañías farmacéuticas y las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. La posibilidad de sacar un mayor beneficio de la evidencia de la vida real, la relación costo-efectividad y las fuentes de información fiables, permite a productores y financiadores identificar y establecer resultados más eficientes y potencialmente más equitativos.

En su condición de anfitrión en la apertura del taller sobre RWE (sigla inglesa de Evidencia del Mundo Real) realizado en ISALUD, el rector de la Universidad, Rubén Torres, destacó la decisión del Gobierno nacional "de crear una agencia nacional de evaluación de tecnología que pone en valor esta convocatoria y realza el uso de la RWE", a la hora de la elaboración de políticas sanitarias. Además, señaló que esa agencia brindará la posibilidad "de enfrentar la investigación a la práctica clínica habitual para poder pasar de la condición ideal a la real de funcionamiento, que es el dato que nos va a servir y estimular para generar una regulación transparente y sin que medie otra intromisión desde el punto de vista político. De ahí la importancia central de este tema".

También expuso Nahila Justo, directora asociada de Real World Evidence and Analytics, candidata al doctorado del Instituto Karolinska y MBA de la Stockholm School of Economics de Suecia. La expositora cuenta, además, con un Máster en Economía, Derecho y Sociedad en la Universidad de Salamanca, España; y recibió en nuestro país el Máster en Economía del Instituto Di Tella y el BID. En su presentación analizó los conceptos básicos que dieron relevancia a la RWE, su importancia, generación y uso.

Pero ¿qué es la big data o Real World Data? La primera alude al conjunto de datos cuyo volumen y complejidad requieren de análisis computacionales para revelar tendencias y asociaciones en la conducta de los humanos. Mientras la Real World Data es considerada big data por su complejidad y diversidad, y puede combinar datos de múltiples fuentes. En relación al concepto de RWE, se define como la evidencia usada para la toma de decisiones clínicas y de cobertura o que ha sido generada en la práctica clínica habitual (*real life* o *real world*).

¿Por qué es importante? El 90% de los datos disponibles en el mundo se han generado en los últimos dos años y son múltiples los agentes de salud que hoy requieren de distintos tipos de evidencia para evaluar las intervenciones médicas. En relación a la economía y la ecuación costo-eficiencia, los agentes reguladores demandan detectar señales tempranas para advertir los efectos adversos y avanzar hacia modelos innovadores de coberturas y pagos.

"Además, la RWE permite a los médicos y profesionales de la salud obtener evidencia local para las guías de prácticas clínicas que ayudan a mejorar la atención. Las asociaciones profesionales la necesitan para su análisis de costo-beneficio, y también la industria se nutre de información para mejorar las estrategias de inversión y mejorar la eficiencia de los ensayos clínicos. Lo importante es saber que la generación de evidencia del mundo real no reemplaza al ensayo clínico, pero si es un complemento necesario para la investigación experimental", apuntó la especialista.

Por su parte Michael Drummond, profesor de Economía de la Salud, ex director del Centro de Economía de la Salud de la Universidad de York, y uno de los iniciadores del National Institute

"La RWE permite a los médicos obtener evidencia local para las guías de prácticas clínicas que ayudan a mejorar la atención, a las asociaciones profesionales para análisis de costo-beneficio, a la industria para mejorar las estrategias de inversión y mejorar la eficiencia de los ensayos clínicos", afirmó Nahila Justo

for Health and Care Excellence (NICE, organización independiente responsable de proveer orientación para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el sistema inglés de salud), abordó en su exposición tres aspectos en el uso de la evidencia del mundo real que tienen que ver con la confiabilidad, la evaluación de la calidad de la atención y el desarrollo de guías de prácticas clínicas. Así como también se refirió al monitoreo o seguimiento para evaluar si los médicos cumplen con esas guías.

"El segundo uso de la evidencia del mundo real -explicó el también consultor de la OMS- se da cuando se realizan evaluaciones económicas. En ese contexto, hay tres maneras que la evidencia del mundo real se utilice y un primer abordaje habitual es utilizando modelos analíticos de decisiones para comparar tratamientos alternativos de interés y poblar esos modelos con datos. Una fuente fundamental son los ensayos clínicos, aunque a menudo también se utilice evidencia del mundo real, que se los puede usar también para analizar bases de datos observacionales ya sean retrospectivos, por ejemplo, base de datos de reclamos, o prospectivos, por ejemplo, los registros clínicos. Se pueden analizar o hacer comparaciones entre costo-eficacia para distintos tratamientos".

Autor de tres libros fundamentales de esta disciplina y de más de 600 artículos en publicaciones científicas, Drummond se refirió a los acuerdos de riesgos compartidos basados en desempeño, entre el productor y quienes toman las decisiones de inversión: "El motivo por el cual estos acuerdos se están haciendo cada vez más conocidos es porque cuando sale un tratamiento nuevo al mercado o un nuevo fármaco a menudo hay evidencia muy limitada acerca de la relación costo-eficacia del tratamiento en general. Tenemos los ensayos clínicos muy bien realizados, alguna evidencia económica de un modelo económico que se haya desarrollado, pero no sabemos mucho de los efectos a largo plazo, de ese medicamento".

A modo de conclusión, Michael Drummond señaló que la evidencia del mundo real puede provenir de distintas fuentes, ya sea de una base de datos retrospectivos, base de registros prospectivos o de ensayos clínicos pragmáticos: "Hay al menos tres usos importantes de la evidencia del mundo real, uno de ellos es evaluar y monitorear la calidad de la atención, segundo evaluar la efectividad clínica y la relación costo-eficacia de las nuevas terapias, y en tercer lugar el diseño de acuerdos de riesgos compartidos para tecnologías de la salud. Sin olvidarnos, por supuesto, que hay desafíos pendientes tanto en la recolección como en el análisis de la evidencia del mundo real".

En el cierre, Sebastián García Marti, médico de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), especialista en medicina familiar y Máster en Efectividad Clínica de la UBA, coincidió con el profesor Drummond al decir que los desafíos están en la recolección y análisis de los datos "que en nuestro caso es una tarea no tan compleja como la parte analítica". Y agregó que, a su entender, un detalle importante es que "el dato se debe recolectar una sola vez, para todos, porque si uno tiene que estar recolectando un dato que ya fue recolectado, ahí empieza el problema".

Ese dato recolectado -explicó- deber servir tanto para la asistencia y la investigación posterior como para las cuestiones administrativas. Y admitió, sin embargo, que el mayor obstáculo para el registro de la información son los propios médicos: "Detestamos registrar y ahí y empiezan nuestros problemas. Debería ser una tarea lo más automatizada posible para que las cosas no se compliquen". Se refirió también a los nuevos paradigmas que se abren donde los financiadores toman mayor parte de la fase regulatoria y surgen convenios como los de riesgos compartidos: "Siempre existió incertidumbre acerca del verdadero desempeño de un producto en la vida real, pero como decíamos antes, cada vez existe más información disponible y, por otro lado, cada vez más los financiadores no quieren pagar el costo por algo sobre el cual no están seguros de cómo va a funcionar".

[ISALUD URUGUAY]

LA SALUD EN TIEMPOS DE GLOBALIZACIÓN Y CAMBIO CLIMÁTICO

Por Dr. Roberto Salvatella

El proceso de globalización ha asegurado un crecimiento exponencial en el transporte de personas y mercaderías, la diseminación, crecimiento y renovación de hábitos, costumbres, consumos y necesidades. Paralelamente fenómenos climáticos globales, van pautando transformaciones en las temperaturas, humedad, lluvias, vientos y en la intensidad de acontecimientos meteorológicos que transforman las realidades de amplias zonas del planeta.

En este marco global, con variantes regionales, subregionales y locales, resurgen como preocupación genuina y prioritaria las enfermedades transmisibles. Todas aquellas afecciones que asolaron, afligieron y preocuparon a la humanidad por siglos, producidas por agentes biológicos (virus, bacterias, parásitos u hongos) pasan en algunos casos a ser las llamadas enfermedades emergentes o reemergentes. Se trata de patologías nuevas para el conocimiento humano, o de algunas conocidas que cobran renovado protagonismo, aumentando su presencia o siendo más graves en su evolución. Ejemplos abundan y de diferente tipo en una lista no exhaustiva: HIV/Sida, dengue, ébola, cólera, chikungunya, leishmaniasis visceral, leishmaniasis cutánea, influenza pandémica y zika, entre otras.

Evidentemente, los movimientos de mercaderías y personas hacen a la dispersión de reservorios de infección y/o de vectores de transmisión, y las nuevas condiciones climáticas amplían y renuevan las áreas de distribución de estas enfermedades, con determinantes socioeconómico-culturales que pueden llegar tanto a favorecer como a limitar su dispersión o asentamiento.

El caso del virus Zika es interesante. Un virus, descrito por primera vez en 1947, en una floresta tropical de Uganda, inicia década por década una dispersión con presencia de casos humanos hacia toda el África Ecuatorial en los años cuarenta; rumbo a Pakistán, Malasia e Indonesia en los setenta; para pasar a la Melanesia, Micronesia y Polinesia del Pacífico a inicios del Siglo XXI; y finalmente en 2014-2015 hacer su arribo a América del Sur, para progresar país por país en todo el continente, con excepción de Uruguay, por el momento.

Previa a esta diseminación del virus, que se creía causaba un cuadro febril "benigno" con dolores musculares y articulares, se cumplía la diseminación de su insecto vector que la justificaba. La del mosquito *Aedes aegypti*, vector tradicional de serias virosis como la fiebre amarilla, el dengue, y el chikungunya, entre otras. Mosquito urbano, que existe mientras las personas le den hábitat doméstico en su domicilio, con criadero en las más diversas fuentes cotidianas de agua estancada, y es objetivo final común del control de todas estas enfermedades.

Hoy, cuando sabemos que la fiebre Zika es causa de graves cuadros neurológicos y terribles malformaciones congénitas, como la microcefalia en recién nacidos de madres que en su embarazo cursaron la infección, la sociedad debe redoblar su compromiso en el control de *Aedes aegypti*, compromiso tan simple, pero a la vez tan complejo.

El autor es Coordinador de la diplomatura de Gestión en Salud Pública de ISALUD Uruguay.

UN LUGAR PARA HACERTE BIEN

Av. Córdoba 2678 - C.A.B.A.
Central de Turnos: (011) 3752 8100
Tel.: (011) 3752 8000

www.sanatoriofinochietto.com
info@sanatoriofinochietto.com

SANATORIO
FINOCHIETTO

[ENTREVISTA]

RICARDO ALBERTO CARDOZO: "NO CONSEGUIMOS MÉDICOS QUE QUIERAN TRABAJAR EN EL INTERIOR DE CORRIENTES"

El ministro de Salud Pública de la provincia de Corrientes repasó con la Revista su agenda de gestión, los desafíos que plantea el sistema en la provincia y el objetivo de mejorar los indicadores de salud materno-infantil; el problema de los recursos y la escasez de talento

Ricardo Alberto Cardozo juró como ministro de Salud Pública de Corrientes el 3 de diciembre pasado frente al gobernador Ricardo Colombi. Egresó como médico de la Universidad Nacional del Nordeste y se especializó en pediatría. Tiene una larga trayectoria en la salud pública provincial: fue director del Hospital de Paso de la Patria, director general de Programas y Recursos Humanos en la primera gestión del actual gobernador, y fue subsecretario de Salud Pública provincial desde 2009 hasta su designación como ministro. Además, se desempeñó como médico de Servicio de Pediatría y Neonatología de la Clínica de Niño de esa ciudad, y en el Sanatorio Antártida de Resistencia Chaco. Fue jefe del Servicio de Neonatología y Pediatría del Sanatorio del Norte y Director del área de Pediatría y Neonatología de la Clínica Modelo. En esta entrevista con la Revista repasa los desafíos de su gestión.

–¿Cuáles son las tres principales prioridades de su gestión?

–Las principales prioridades que me propuse con mi equipo en esta gestión son, en primer lugar, mejorar los indicadores de la salud materno neonatal, y fortalecer y optimizar el área de la salud materno neonatal en la provincia. En segundo lugar, mejorar la calidad de la atención en lo que se refiere no solamente a la eficiencia técnica, sino en la calidez humana de la atención. Para eso, se están haciendo capacitaciones en distintos lugares, se está trabajando con los directores, se está bajando línea en ese sentido. El tercer objetivo es lograr mejorar desde el punto de vista técnico todos los servicios de la salud pública de manera tal de que podamos lograr en general los principios básicos de nuestro programa. Esto venimos sosteniendo desde anteriores administraciones en el ministerio, que es que la atención de la salud pública sea gratuita, universal, accesible y equitativa. Esos son los principios básicos de nuestro programa de salud, que podremos alcanzar con el tiempo y un trabajo sostenido.
Para que sea equitativa la prestación de la salud pública, tratamos de me-

jorar la complejidad de los servicios en el interior. Y cuando podamos mejorar la calidad del recurso humano en cuanto a capacitación, logremos tener un buen desarrollo de infraestructura y podamos tener la cantidad de recurso humano adecuado, podremos propender a que la atención en un hospital del interior tenga la misma calidad que en cualquier servicio de la capital.

–¿Cómo está organizado el sistema sanitario provincial?

–El sistema sanitario de la provincia de Corrientes está organizado en cinco regiones sanitarias, con hospitales cabeceras de región del cual dependen hospitales y centros de salud de distintas categorías, y salas rurales y estaciones sanitarias. Los hospitales centrales funcionan en Corrientes Capital: un hospital pediátrico, un geriátrico, uno de Salud Mental, uno Materno Neonatal, un Hospital Escuela (neurocirugía y traumatología), el Instituto de Cardiología y dos hospitales más que atienden enfermedades crónicas no trasmisibles, maternidad y clínica en general. En algunas localidades, hay centros de salud y salas que dependen de los municipios, Corrientes actualmente está compuesta por 72 municipios.

La regionalización es una manera organizativa para que se atienda a la gente por un sistema de complejidad creciente. En ese sentido, la mayor complejidad debería estar en los hospitales cabecera de cada región, por lo que estamos tratando de mejorar la complejidad de los hospitales para que se asemejen a cualquiera de la capital provincial, y eso permitirá tener una mejor calidad en la atención más cerca de los domicilios de los pacientes del interior.

Corrientes está compuesta por más de 200 centros de salud en todo el territorio provincial con un plantel de casi 8000 agentes de salud, entre médicos, enfermeros, técnicos, choferes, administrativos, y otros profesionales de la salud.

Cuando podamos mejorar la calidad y la cantidad del recurso humano lograremos que la atención en un hospital del interior tenga la misma calidad que en cualquier servicio de la capital

–¿Cuál es la situación en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos capacitados?

–Hay determinadas especialidades en las que no conseguimos que vayan a trabajar al interior de la provincia. El recurso humano es una dificultad con la que nos enfrentamos, pero es un problema nacional. De todos modos, estamos desarrollando una estrategia para lograr que los profesionales médicos especialistas o no, puedan ubicarse, elegir el interior para poder trabajar en estas áreas tanto en servicios complejos como el caso de terapia intensiva o neonatología, como también en los centros del primer nivel de atención.

Nosotros tratamos de suplir de alguna manera ese déficit con operativos sanitarios que hacemos de manera rutinaria a partir de la incorporación de cuatro camiones sanitarios de la Nación, que nos permite dar una mejor respuesta en ese sentido. Los operativos sanitarios sirven porque movilizan de manera especial a la población que por ahí recurre a estos servicios y no a los que tiene de manera permanente en la zona. Por eso estamos alcanzando algunos objetivos, como mejorar el porcentaje de vacunados y diagnosticar patologías que no aparecían porque no concurrían a la consulta.

–¿Cómo ha evolucionado la tasa de mortalidad infantil en la provincia?

–Nosotros nos estamos manejando con la Nación con un indicador de hace dos años atrás, tenemos información preliminar del año pasado que indica que la mortalidad infantil está disminuyendo e informes también preliminares de este año muy auspiciosos en ese sentido.

Para eso, hemos adoptado una serie de medidas y estamos trabajando muy fuerte con la Dirección de Maternidad e Infancia y con otros sectores del ministerio porque hemos puesto esta bandera al frente de todas las áreas. Todos saben que la prioridad es el área materno infantil, así que hoy por hoy estamos trabajando fuerte, seguramente nos va a llevar un tiempo para poder mejorar estos indicadores. Por supuesto, tenemos que fortalecer todo lo que tenga que ver con el área neonatal, por eso hemos tomado la medida de transformar en hospital al servicio de neonatología del hospital Vidal, que ahora es el hospital Materno Neonatal. Buscamos desarrollar al máximo las posibilidades que tengamos, como maternidad y neonatología madre de la provincia y eso implica todo el desarrollo edilicio, de recursos humanos, de capacitación y también de equipamiento y a su vez, tratar de fortalecer las neonatologías del interior para que puedan atender a los chicos cerca de su lugar de nacimiento y evitar el traslado que siempre es traumático y riesgoso de los neonatos.

Tanto las embarazadas como los neonatos están mejor atendidos y van a estarlo aún mejor. La apertura de la Casa de Madres en el Hospital Neonatal es un adelanto muy importante porque antes no sabían dónde quedarse esas mamás. Es más, a veces compartían camas con otras madres.

Ya está en marcha la construcción de la Casa de Madres de otra maternidad, que funciona en el Hospital Llano, y la ampliación de las salas y de las camas de ese hospital, también va hacer de que mejore muchísimo la calidad.

Además, tenemos un proyecto de ampliación de la neonatología y de la maternidad central que también va a redituar en una mejor atención. Pero todo ese equipamiento que se ha invertido en todos estos años, y en este último año también en las neonatologías ha sido muy potente, y en cuanto a la redistribución de recursos humanos. Un ejemplo es Mercedes, donde hemos logrado tener en este momento un staff de entre cinco y seis médicos pediatras y neonatólogos como para fortalecer la neo de esa ciudad y lo mismo está pasando en las ciudades de Curuzú Cuatiá y Santo Tomé, y son ejemplos para que la atención sea cada vez mejor.

–¿Cómo han sido estos primeros meses de gestión?

–El primer logro es la conformación de un equipo sólido con objetivos claros, un aspecto primordial para toda gestión. Cuando un ministro asume debe tener primero claro cuáles son sus objetivos y segundo, tener un equipo que logre esos objetivos. Si logramos mejorar los indicadores de la salud materno-neonatal sería fantástico. Es un logro con el que yo podría irme tranquilamente a mi casa en su momento. Mejorar los hospitales, mejorar la complejidad y llenarlos de recursos humanos adecuados, serían también logros muy importantes, y estamos trabajando en eso.

–¿Cuál es el proyecto en relación con la incorporación de tecnología?

Otro de los objetivos de la gestión es dejar informatizada la mayor cantidad de áreas posibles en el ministerio y en ese sentido el sector, a cargo de Fabián Medina, avanzó muchísimo en la gestión de turnos y de consultorios externos. Estamos trabajando en lo que es la historia clínica informatizada en muchos centros de atención primaria y también en algunos hospitales de la capital.

Es una tarea ardua, pero se está encarando de manera muy fuerte. Todavía nos queda pendiente generalizar estas cosas, trabajar a nivel central en lo que es legajo electrónico y la informatización de toda la documentación de la secretaría general. Ya está instalado el sistema por el cual podemos manejar la gestión de guardias, y estamos por inaugurar nuestra Sala de Situación que viene a instalar una manera de manejarnos de forma online en tiempo real de distintas áreas, sobre todo desde el punto de vista epidemiológico.

Hablando de tecnología hoy tenemos casi el 100% de nuestras ambulancias con GPS, lo que nos permite controlar donde están situadas, la velocidad en la que se movilizan, la regularidad de los servicios y una serie de ventajas que hacen al cuidado del parque automotor de la provincia.

–¿Qué enfermedades prevalentes caracterizan al distrito?

–Fundamentalmente las que ocurren en todo el mundo. En primer lugar, las enfermedades crónicas no trasmisibles que son las causantes de la mayor morbimortalidad. Estamos hablando de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y enfermedades coronarias y todas las que derivan de ellas. Por otro lado, las enfermedades metabólicas como la diabetes, que tiene una alta prevalencia también en la provincia y todos los derivados de ella. También hay otras patologías que están incidiendo y prevaleciendo en el mundo y en Corrientes, que nos moviliza de sobre manera que es el sobrepeso y la obesidad, que es una epidemia mundial y que la vemos de manera cotidiana. Nosotros tenemos entre un 40% y un 60% de chicos ya en pediatría, con este tipo de anomalías.

Después están las enfermedades prevalentes crónicas que no tienen tanta incidencia como la tuberculosis y la lepra, que tenemos de manera permanente, se sigue combatiendo con una curva histórica que va en descenso pero que aún no podemos erradicar. Otras patologías prevalentes son la enfermedad de Chagas y la hidatidosis, que está radicada en el sur de la provincia pero que aún existe en otras partes. Después están las patologías emergentes o reemergentes, como ser el dengue y ahora aparecen las otras patologías vectoriales como Chikungunya y Zika.

Corrientes tiene una población en la que alrededor del 50%, a lo mejor un poco menos, tiene cobertura social, ya sea estatal o privada. El resto de la población corre por cuenta y obra del Estado, nacional, provincial o municipal

–¿Cómo es la cobertura médica de la población?

–Como dice el ministro Jorge Lemus, el sistema de salud está absolutamente fraccionado. Corrientes tiene una población en la que alrededor del 50%, a lo mejor un poco menos, tiene cobertura social, ya sea estatal o privada. El resto de la población corre por cuenta y obra del Estado, nacional, provincial o municipal. Hay un pequeño porcentaje de Incluir y otros subsistemas, como los seguros de salud, pero en general el sector público

provincial financia y atiende a más del 80% de la población, tengan o no obra social.

El subsector de las obras sociales no tiene una respuesta regular, hay algunas que son excelentes y hay otras que no dan respuestas a sus afiliados tanto en la internación como en la provisión de medicamentos, entonces allí aparece el Estado en este caso subsidiando a una obra social que debería dar respuesta adecuada a sus afiliados.

–¿Qué parte de la población requiere políticas específicas?

–La gratuidad de la atención es fundamental. Sería una barbaridad si a una familia que ya tiene de por sí bajos recursos, nosotros le cobramos la consulta o las practicas. Por eso, lo más importante es que la gente que no tiene recursos tenga acceso a la salud.

Llegamos a cada zona con medidas, no solamente desde el punto de vista sanitario de la atención, sino también desde el punto de vista de la prevención, y en ese sentido tenemos muchos equipos trabajando y muchas veces también de forma articulada con otros ministerios como Desarrollo Humano, Coordinación o Educación.

La gratuidad de la atención es fundamental. Sería una barbaridad si a una familia que ya tiene de por sí bajos recursos, nosotros le cobramos la consulta o las prácticas

Estamos trabajando en un nuevo programa, que implica la participación de varios ministerios. Por el cual tenemos una política de protección para las embarazadas adolescentes, para que esté protegido tanto la mamá como el bebé desde el punto de vista sanitario y social, y tratando de garantizar la continuidad en su educación.

El ministerio de Salud Pública forma parte del Programa Alimentario Corrientes, que es modelo en el país. Mi antecesor entre 2009 y 2015, el ministro Julián Dindart, desarrolló el programa Mil Días de Vida destinado a niños y niñas de 6 meses a 3 años a los que se administra papillas y leche fortificada, entre otros alimentos. En esto continuamos trabajando fuertemente y por supuesto también está todo el complemento alimentario que se brinda en las guarderías, en los comedores barriales y en las escuelas ofreciendo desayuno, almuerzo y merienda.

RESIDENCIA DEL ARCE
PARA PERSONAS MAYORES

LA ATENCIÓN QUE NECESITAN
EL RESPETO QUE SE MERECEN

Nuestro edificio fue construido especialmente para personas mayores. Contamos con profesionales de primera línea en todas las disciplinas gerontológicas para una atención integral de excelencia.

info@residenciadelarce.com.ar
www.residenciadelarce.com.ar
Encuéntrenos en Facebook
Tel. 4521-8377
Av. Roosevelt 5570, Villa Urquiza, C.A.B.A.

[DISCAPACIDAD]

CENTROS EDUCATIVOS TERAPÉUTICOS, UNA VISIÓN COMPARTIDA DE LA INCLUSIÓN

ISALUD fue sede de la primera jornada nacional de Centros Educativos Terapéuticos organizada por la Asociación de Institutos Educativos Privados Especiales Argentinos (Aiepesa) y el Centro de Estudios en Discapacidad de la Universidad

Con la organización del Centro de Estudios en Discapacidad de la Universidad ISALUD y la Asociación de Institutos Educativos Privados Especiales Argentinos (Aiepesa) se realizó en nuestra sede la primera jornada nacional de Centros Educativos Terapéuticos (CET).

En la primera de las cuatro mesas temáticas en la que se dividieron las jornadas, se abordó la situación sobre *Derechos Humanos y Paradigmas en Discapacidad*, en la que participaron integrantes de la Fundación IPNA, el (CET) Crianza y la Fundación Tobías.

La exposición central de esta mesa estuvo a cargo del presbítero Pablo Molero, responsable de la Comisión de Discapacidad de la Arquidiócesis de Buenos Aires.

"Llegó el momento de pensar que dentro de nuestras estructuras el protagonismo del prójimo no es algo futuro, sino que tiene que ser ya, ahora, como cada una de las cosas que hacemos en nuestra vida diaria. En este tema de los derechos quienes venimos trabajando y siempre nos hemos preguntado por el otro, para quienes trabajan adentro de los centros terapéuticos, hay que acercarse al otro para romper con los viejos paradigmas que cuestionamos", apuntó el padre Molero, coordinador además del Foro Permanente para la Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Fernando Pantin, Beatriz Pérez, Araceli López, directora de la Especialización de Gestión en Servicios para la Discapacidad de la Universidad ISALUD, Susana Re y María Angélica Fontan

En la segunda mesa de exposición y diálogo, el tema fue *El centro educativo terapéutico como modalidad: Lo singular en cada persona, la singularidad de cada institución*, e intervinieron allí el (CET) El Solar Colón, el CET Alter, la Fundación Cisam y Espacio de Vida.

La ponencia principal la dio Ariel Librandi, licenciado en Ciencias de la Educación, y Máster en Inclusión de Personas con Discapacidad en la Universidad de Salamanca.

Librandi hizo una reseña de las distintas líneas de pensamiento que se fueron desarrollando en relación al tratamiento de las personas con discapacidad, desde el período donde era común que en las instituciones de encierro se agrupara a la gente sin trabajo con las personas con discapacidad ("a los vagos, al igual que a las personas con discapacidad intelectual se los consideraba moralmente enfer-

¿Qué es Aiepesa?

La Asociación de Institutos Educativos Privados Especiales Argentinos es una entidad sin fines de lucro, que nuclea a las instituciones del país que trabajan junto a las personas con discapacidad, y es miembro permanente del Comité Asesor de la Conadis (Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad).

¿Cuáles son sus objetivos?

- Promover medidas a nivel nacional que tiendan a asegurar la integración y calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Constituirse en órgano de coordinación directa e indirecta de las actividades que pertenecen a las entidades asociadas.
- Representar a las entidades afiliadas en los aspectos e intereses generales.
- Peticionar y gestionar ante las autoridades nacionales, provinciales y municipales la sanción de normas.
- Asesorar a instituciones, financiar, promover y auspiciar congresos, jornadas y eventos de especialización y actualización en las distintas capacidades.

Los talleres

Durante la jornada se expusieron posters con trabajos seleccionados en la etapa previa del evento. Fueron 10 en total, pertenecientes a los Centros Educativos Terapéuticos Convivir; Espacio de Vida; Fundación Robles y Robles; Huarpes; Abriendo Caminos; Un mundo posible; Instituto Imenic; Ruca; y Renacer. Más de 380 personas se hicieron presente –entre expositores, disertantes, expositores de posters y asistentes–, quienes escucharon atentamente cada disertación.

mas", recordó el especialista), entre otras cosas, porque no podían trabajar: "Como nos planteaba Michel Foucault en esos momentos, esas instituciones tenían que ver con el modelo presupuesto para las cárceles, de encierro, rigor, disciplina y sistemas jerárquicos trasladado a escuelas, hospicios e internados".

Según Librandi, representante de la Universidad Nacional de Luján (UNLU) ante la Red Universitaria de Educación Especial, los fundamentos científicos, la genética, la teoría de la evolución y la asociación conductista eran los tres pilares básicos en los cuales se sustentaba el pensamiento educativo civilizatorio. Y esta situación llevaba a la conducción de otro pensamiento que era asimétrico y devaluado: "Lo que decía Pablo Molero -agrega- que lo señalaba como una tarea a seguir pensando porque todas estas matrices están firmemente ancladas -todavía- en muchas instituciones y en tensión, siendo cuestionadas y modificadas por las mismas prácticas de las instituciones, pero no desaparecieron".

La escuela nueva pone justamente en tela de juicio aquellos preceptos acerca de la teoría del aprendizaje y de los sujetos del aprendizaje (periodo 1920/30): "Mucho de lo que hablamos de metodología del sujeto y clínicas y de aproximación, están presentes en estos preceptos de la escuela nueva. En esta tensión conceptual progresa la educación especial en el siglo veinte y a fines de los años 60 se presentan los principios de la normalización y que significó, con todo lo discutible de su término, poner el acento en la responsabilidad social acerca de las personas con discapacidad, porque hasta ese momento el modelo médico había impuesto la idea de que esta desgracia o acontecimiento era un problema de las personas y desde ese momento empieza a ser un problema de la sociedad".

La tercera mesa se tituló *Inclusión y Centro Educativo Terapéutico*, de la que participaron el Solar CET, el Cosquín CET y el Proyecto Coki. De la exposición central participó la experta Araceli López, máster en integración de personas con discapacidad, asesora en Conadis, y directora de la Especialización de Gestión en Servicios para la Discapacidad, en la Universidad ISALUD.

"Vivimos un tiempo donde todavía se viven situaciones de exclusión, segregación, y poco a poco vamos iniciando este proceso de inclusión -advirtió López-. No es algo que se deba imponer, sino que se tiene que construir, en la medida que vayamos cambiando ese camino. Las instituciones poco a poco nos vamos transformando en puentes hacia la inclusión y el gran desafío que tenemos es cómo ampliamos esa mirada en cuanto a la interrelación de la persona con el entorno y cuáles son aquellos facilitadores o aquellos obstáculos que están impidiendo el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad".

Según Araceli López hay que operar el cambio desde lo más primario de la inclusión, no solo como una cuestión de Estado o de las organizaciones sino también desde el seno familiar, sus primeras interrelaciones y grupos de pertenencia: "Además -destacó- lo que hay que trabajar es qué herramientas y estrategias estamos ofreciendo a las personas para que puedan desarrollar sus competencias, cuáles son aquellas situaciones que les permiten a las personas explorar distintos entornos para poder desarrollar distintos repertorios de conductas y competencias que le van a ser útiles a la hora de la posibilidad de inclusión".

A modo de síntesis, la expositora hizo hincapié en que "hay que construir una visión compartida de la inclusión, donde todos formemos parte,

aspirar a una colaboración más armoniosa, y a construir lazos porque venimos de una historia de trabajar aislados, tanto las organizaciones como los profesionales, y la integración se consigue en la construcción de alianzas y redes porque es lo que nos fortalece y es lo que nos va a facilitar el proceso. La inclusión social no siempre significa incorporarse en un contexto educativo laboral, porque la participación en estos escenarios depende de la voluntad del sujeto, para muchos la inclusión social es sentirse bien y parte, esto es respetar el deseo de las personas".

El cierre fue abordado desde la problemática de *Los Centros Educativos Terapéuticos y las intervenciones con familias*. La mesa fue compartida por miembros del CET Rukalen, del CEIDIJ, y la Clínica Casa Grande, y la charla central estuvo a cargo de la licenciada Aurora Favre, fundadora junto al licenciado Rubén Dimarco, de la Fundación Cisam, institución psicoanalítica interdisciplinaria que desde 1971 trabaja en la formación, investigación, atención y tratamiento de personas con discapacidad y problemáticas en la subjetividad.

Para Favre, hablar de familia implica dar cuenta de un ordenamiento simbólico. Se trata de estructuras y funciones: "Las teorías contemporáneas -dijo- de lo que se ha dado en llamar lo posmoderno cuestionan a la familia moderna burguesa desde la perspectiva de lo identitario y los roles fijos de madre, padre e hijo, con alianzas hetero reconociendo entonces configuraciones familiares novedosas, donde la crianza del niño y su constitución subjetiva puede darse en familias monoparentales y en familias del llamado matrimonio igualitario".

Destacó la función que cumplen los CET en aquellos casos específicos en

los cuales el proceso simbólico del lenguaje se ve alterado, como en el caso de situaciones de niños o adolescentes con problemas de aislamiento, inhibiciones extremas, crisis psicomotoras severas y en donde todo el grupo familiar presenta una situación semejante, de desesperación y que requiere de un abordaje institucional donde lo educativo y terapéutico encuentre su justo lugar. Desde los CET se trabajan estas dificultades con el niño y la familia, que no les permiten incluirse en la escuela común o permanecer en ella.

"En el encuentro entre el niño y su otro primordial cuando hay una disfunción neurológica o una problemática genética grave, además de atender la especificidad propia de la problemática tenemos que tener en cuenta la dimensión traumática que esto implica, el dolor psíquico, como es el encuentro doloroso de un real no esperado. Es necesario considerar lo que hace a la ilusión-desilusión de los padres, cómo pueden reincorporarse del impacto que esto implica y el enorme trabajo psíquico que requiere, es importante entonces que los terapeutas podamos escuchar si hay fijación a esa situación o si va dándose una elaboración y desde ahí podamos reorientar un trabajo", explicó Favre.

En su exposición, la especialista especificó que el hecho de que un niño nazca sano desde el punto de vista neurofisiológico no garantiza la constitución del sujeto deseado porque eso depende de la incorporación de lo simbólico, y a la inversa: "Es imprescindible cuando recibimos y trabajamos en un dispositivo de esta naturaleza, un trabajo de ordenamiento de instalación de legalidades, de rectificación de las problemáticas que hacen a la errancia y lo paranoico que se da en la dinámica institucional y en la cotidianeidad de la vida familiar. El CET es un dispositivo que permite el contacto cotidiano y acompaña al niño un recorrido que va de la institución a la familia y al fuera de la familia a la institución".

Por último, resaltó la importancia de llamar clínica de lo cotidiano a este proceso porque el dispositivo del Centro Educativo Terapéutico (CET) permite esta alternancia diaria, cotidiana del niño y el adolescente, la familia y el equipo terapéutico entre el hogar, el barrio, la institución: "Trabajando juntos las complejas y diversas cuestiones en la vereda, en los pasillos, en las secretarias en la dirección, en la sala y también, en muchas situaciones, con el equipo yendo a trabajar a las casas".

Pensando en la vida de las PERSONAS

SCIENZA
ARGENTINA

VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax: (011) 5554-7890
Vtas. (011) 4126-7900 - Scienza Responde: 0810-222-SCIENZA (7243)

ISO 9001 - 2008 BUREAU VERITAS Certification

www.scienza.com.ar

[INTERCAMBIO]

MÓDULO INTERNACIONAL BARCELONA 2016

Del 3 al 7 de octubre, 41 maestrandos, graduados y profesores de ISALUD participaron en la ciudad catalana de visitas a la Universidad Pompeu Fabra y a las instituciones que generan políticas de salud pública y que brindan prestaciones sanitarias de alta complejidad de Cataluña

Por Arturo Schweiger

La XXI edición del Módulo Internacional de Universidad ISALUD (MIUI) se realizó entre el 3 y el 7 de octubre de este año en la ciudad catalana de Barcelona, España. El módulo estuvo dirigido por el Mag. Arturo Schweiger y co-dirigido por el Dr. Santiago Spadafora. A su vez, la visita académica contó con la participación del rector honorario de la Universidad ISALUD, Dr. Ginés González García, y con destacados expositores y co-organizadores, entre ellos, el Dr. Vicente Ortún Rubio (decano de la Facultad de Economía de la Universidad Pompeu Fabra-UPF), el Dr. Guillem González Casanovas (presidente del Centro de Investigación en Economía de la Salud de la UPF), Dr. Ricard Gutiérrez Martí (Coordinador de Asuntos Europeos del Consejo General de Médicos de España) y el Dr. Xavier Bonfill Cosp (Director del Centro Cochrane Iberoamericana).

El módulo internacional dispuso de la participación de 41 profesionales entre alumnos y ex alumnos y a lo largo del programa de actividades se recibieron presentaciones de 26 profesionales provenientes de las distintas instituciones visitadas.

La experiencia se estructuró mediante la visita a la UPF y a las instituciones que generan políticas de Salud Pública y que brindan prestaciones sanitarias de alta complejidad en los niveles de macro gestión y de meso gestión del Sistema de Salud de Cataluña. El contacto con referentes universitarios se realizó mediante las exposiciones del Dr. Ortún Rubio y del Dr. López Casanovas, en las aulas de la Facultad de Economía de la UPF, ubicadas en el Campus de la Ciudadela de Barcelona.

En los aspectos de macro gestión se visitó al Servicio Catalán de Salud, la Unión Catalana de Hospitales y la Agencia Evaluadora de Tecnologías de Salud (Aquas), que permitieron conocer las principales características del Sistema Catalán de Salud a los maestrandos y a los profesores. Además, se coordinó una presentación del Centro de Cochrane Iberoamericano, que brindó la perspectiva de dicha organización acerca de los estudios independientes de búsqueda sistemática de datos de tecnologías sanitarias y de fármacos, constituyendo esta actividad otro importante aporte técnico académico para los participantes.

El autor es director de la Maestría de Economía y Gestión de Salud de la Universidad ISALUD

En los aspectos de meso gestión se efectuaron sesiones de media jornada en los hospitales de máxima complejidad de Cataluña: Hospital de San Pau y Santa Creu (polifuncional) y Hospital de San Juan de Dios (pediátrico). Además, el día viernes se visitó en jornada completa la Red Socio-Sanitaria de Santa Tecla en la ciudad de Tarragona. Entre las actividades de análisis de meso gestión sanitaria el módulo incluyó también una exposición en la consultora Iasist a cargo de la Dra. Merce Casas, donde se expuso el estado actual de la implementación de la metodología de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) en el Sistema de Salud de Cataluña y de toda España.

Exposiciones en UPF

En términos de aportes académicos y de transferencia de conocimientos se destacaron las exposiciones de los profesores Dr. Rubio y Dr. López Casanovas, profesionales fundadores de la disciplina de Economía de la Salud y de su asociación en España. La exposición del Dr. Ortún Rubio se caracterizó por analizar la relación entre la Economía y la Administración en general y luego presentó el caso de la Economía de la Salud y su contribución a la gestión sanitaria, destacando las innovaciones en gestión clínica[1] y en gestión económica financiera, que permitieron considerables mejoras en calidad de vida de población[2] y de ahorros de costos considerables en los sistemas de salud a nivel mundial.

Por su parte, el Dr. Casanovas basó su presentación en el análisis de la evolución del sistema de salud español, desde la perspectiva de las características del acceso de los beneficiarios y de los aspectos de solidaridad del mismo partir del avenimiento de la crisis Para ello, caracterizó económicamente el sistema de salud español, describiendo sus niveles de gasto total y de gasto per cápita y comparó el mismo con los niveles promedio de otros países europeos así como también desagregó los niveles de gasto por Comunidades Autónomas de España. Por último, focalizó su presentación en los efectos distributivos de los recortes de gasto sociales per cápita en España, de la variación de valor de los copagos, así como también describió los efectos netos de los impuestos directos

1 Ortún Rubio, V., Meneu, R. y Rodríguez Artalejo F "Innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria", Ed. Masson, Barcelona. 2005.

2 GBD 2015 SDG Collaborators "Measuring the health related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden Disease Study 2015". Published on line September 21, 2016. www.thelancet.com

e indirectos sobre el nivel de ingreso de la población[3].

La macro gestión del sistema catalán

Servicio Catalán de Salud. La presentación estuvo a cargo de la directora de la División de Planificación Operativa y de Proyectos del ministerio de Salud Pública catalán, Dra. Lydia Padró Pitarch, que presentó las características generales del Sistema Catalán de Salud. Entre ellas se destacó el concepto de Red de Servicios de Utilización Pública, pero de propiedad pública o privada sin fin de lucro en forma indistinta. El Servicio Catalán de Salud accedía mediante a las prestaciones de la red mediante los mecanismos de Contratación de Servicios Sanitarios con esquema de pagos por cápita, por prestaciones y con incentivos negativos a los hospitales o redes por superar las metas convenidas de servicios sanitarios contratados[4].

Al finalizar la presentación se recibió el saludo de las autoridades del Ministerio de Salud de Cataluña, que estuvo a cargo del director de Oficina de Relaciones Internacionales y Cooperación, Dr. José Antonio Pujante, y del gerente de Servicios Asistenciales, Dr. Iván Planas Miret.

Unión Catalana de Hospitales (UCH). La presentación estuvo a cargo de su directora general, Dra. Helena Ris[5], que explicó las actividades de la Unión en representación de sus 116 organizaciones con y sin fin de lucro. A continuación, expuso el director de

Análisis Económico, economista Josep Fuste, detallando la evolución del sector salud en Cataluña a partir de la crisis, las medidas adoptadas por el servicio de salud y el rol de la unión abogando por la defensa de las organizaciones representadas.

La economista María Reventos presentó las características particulares del Modelo de Contratación de Servicios Sanitarios, detallando las modalidades de pago por prestaciones, por cápita y de recortes de pagos por excesos en el margen. Por último, cabe mencionar que en las exposiciones se contó con la presencia del Dr. Jaime Duran y Navarro, que amplió mediante la presentación de casos aplicados de su hospital las exposiciones de la presentación en la UCH.

Agencia Evaluadora de Calidad y de Tecnologías de Salud (Aquas). Las presentaciones se desarrollaron durante media jornada en el salón de conferencias de la agencia y estuvieron a cargo del Dr. Antoni de Deu, director de la agencia y de sus colaboradores[6]. Allí el director describió la organización adoptada por la agencia al incluir no sólo la evaluación de tecnologías sino también la de la calidad. Por otra parte, destaco la jerarquización de la agencia, que participa de las reuniones de gabinete del Ministerio de Salud. A continuación, se presentaron las ponencias sobre los proyectos de trabajo de *mHealth* y de *Balance de Resultados*. Luego, se presentaron los proyectos de trabajo de *Variabilidad de la Práctica Médica (VPM)*, de *Análisis de datos en salud* y de *Essential-evitando gastos innecesarios* y sus aplicaciones para el Servicio Catalán de Salud.

Centro Cochrane Iberoamericano. Este centro se encuentra dirigido por el Dr. Xavier Bonfill y la presentación estuvo a cargo del Dr. Gerard Urrutia. En la misma se detalló la evolución del centro como parte de la Colaboración Cochrane en el aniversario de sus 20 años de existencia, explicando las actividades de investigaciones y de meta análisis coordinados por dicha organización sin fines de lucro[7], que reúne a investigadores aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud.

Hospital de San Pablo y Santa Cruz. La presentación estuvo a cargo de su directora médica, Dra. Gemma Cra-

3 López Casanovas, G. "El Bienestar Desigual: que queda de los derechos y los beneficios sociales detrás de la crisis", ed. Península, Barcelona, 2015.

4 Concepto de Ajustes de pagos por prestaciones por excesos de volumen de prestaciones sanitarias o Marginalidad.

5 Dra. Directora General de la UCH, Dra. Helena Ris, Dr. José Fuste, Dir. De Análisis Económico, Estudios y Prospectiva, Dra. María Reventos, Secretaria Técnica y de Estudios, Dr. Jaime Duran i Navarro, Director Fundación Sanitaria Mollet.

6 Elisa Puigdomènech, Laura Muñoz, Veva Barba, Ramon Roman y Cari Almazán.

7 Bonfill, X. "La Colaboración Cochrane cumple 20 años" en Medicina Clínica (Bar). 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.medicli.2014.02.003

Ginés González García junto a Guillem González Casanovas, presidente del Centro de Investigación en Economía de la Salud de la UPF

Charla en la Red Socio-Sanitaria de Santa Tecla en la ciudad de Tarragona

Manel del Castillo, director ejecutivo del Hospital San Juan de Dios

ywinkel, que reseño la evolución del hospital desde sus inicios como la fusión de un grupo de organizaciones sin fin de lucro que se unieron en el predio actual de arquitectura de Gaudí y Modernista. Este hospital de máxima complejidad de Cataluña constituye una organización sin fin de lucro e integra la Red de Utilización Pública de Servicios Sanitarios contratada por el Servicio Catalán de Salud. La Directora Económico Financiera, Vicky Rovira, explicó el presupuesto anual y los volúmenes de producción del hospital en base al contrato con el Servicio Catalán de Salud. A continuación, explicó las modalidades de contratación del hospital y los recortes aplicados en caso de excederse de las metas convenidas en el contrato anual. Por otra parte, también explicó cómo se redujo el presupuesto contratado por el Servicio Catalán de Salud debido a la crisis y los reajustes de gastos que debió afrontar el Hospital.

Hospital San Juan de Dios. En este hospital, las exposiciones estuvieron a cargo de los doctores Manel del Castillo y Miquel Pons y de sus colaboradores. El director ejecutivo explicó que la facturación máxima del Hospital supero los 70 millones euros al año, pero luego debido al paro se redujo. Y a continuación por un esfuerzo de reingeniería del hospital, se avanzó en la internacionalización de la venta de servicio de alta complejidad pediátrica, lo cual le permitió recuperar parte de los niveles de facturación previos a la crisis económica. A continuación, los profesionales a cargo del área de Finanzas y de Informática detallaron las modalidades adoptadas y la información suministrada a la dirección para su monitoreo y seguimiento.

Red Socio Sanitaria de Santa Tecla (Tarragona). Las autoridades de la Red Socio Sanitaria de Santa Tecla estuvieron representadas por su director general, Joan María Adsera, y por su gerente de análisis de gestión y calidad, Javier Singla, junto a colaboradores[8]. La presentación inicial estuvo a cargo del Dr. Adsera que explicó la cobertura de 160.000 habitantes por parte de la Red Socio Sanitara de Santa Tecla y el conjunto de servicios brindados. Por otra parte, también se avanzó en la presentación de la infraestructura y de los servicios brindados por la red.

8 Director del complejo Santa Tecla-Llevan: Miquel María Biarnés. Directora de calidad: Marta Peña. Farmacéutica: Núria Gotanegra. Encargada de la evaluación y optimización de la prescripción ambulatoria.

A continuación, se presentaron las características del sistema de información de gestión y de farmacia de la Red Socio Sanitaria.

La visita de jornada completa a la red incluyó una recorrida de lugares históricos seleccionados de la ciudad de Tarragona. Por último, se realizó una visita a un centro modelo de atención de salud, que incluía en el mismo establecimiento seis niveles de atención, destacándose entre ellos el nivel de atención ambulatorio materno infantil, de pacientes crónicos y de pacientes terminales. Por otra parte, se destacó un único nivel de administración del conjunto de los seis niveles de atención.

Metodología de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). La actividad de presentación de la Metodología de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) estuvo a cargo de la Dra. Merce Casas y de sus colaboradores. En una primera parte se detalló la utilidad de los GRD y su extendida implementación en el Servicio de Salud de Cataluña y en el resto de los sistemas de salud de las comunidades autónomas de España. En una segunda etapa se explica cómo se podrían aplicar una metodología similar para criterios poblaciones..

[ESTUDIANTES EN GESTIÓN]

JORGE FRANCO: "LA ATENCIÓN PRIMARIA SE VA A RESENTIR SI SE ABANDONA EL PLAN REMEDIAR"

Médico pediatra y diputado nacional por Misiones, cursa la Maestría en Economía y Gestión de la Salud en la Universidad ISALUD y en esta entrevista con la Revista repasa la realidad de la provincia y de las políticas sanitarias del nuevo gobierno nacional

Nacido en Mendoza y criado en Oberá, Misiones, Jorge Daniel Franco se recibió de médico cirujano en la Universidad Nacional del Nordeste (Corrientes), Jorge Franco dedicó sus primeros años a la atención primaria de la salud y luego a la pediatría, para finalmente acercarse a la economía de la salud, ámbito que además desarrolla asistiendo a la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, en la Universidad ISALUD. Actualmente es el presidente del bloque de diputados nacionales del Frente Misionero de la Concordia.

"Yo aprendí ejerciendo una medicina artesanal en la que por sobre todas las cosas poníamos a disposición del paciente nuestros cinco sentidos, porque el único medicamento que teníamos era darles afecto y acompañamiento a la persona enferma. Es la medicina que debieran aprender todos los jóvenes, aún hoy", resalta el diputado Franco al recordar los inicios de su profesión.

–¿Cómo fueron esos tiempos de la medicina en el pago chico?

–Mis comienzos como médico rural fueron en Cerro Azul, que es un pueblito que se inició como una colonia de inmigrantes checos, alemanes, eslovacos y polacos, que se dedicaban al cultivo del tabaco y la yerba mate. Hace 30 años debía tener no más de 3000 habitantes y hoy promediará los 8000, pero también trabajé en pueblitos de 400 habitantes y en esos lugares hallé casos de enfermedades que pensé no iba a encontrar, como la lepra y la leishmaniosis cutánea. Cuando contaba sobre esos casos que había visto, me decían que no podía ser.

–La verdad oculta del país real…

–Así es, tuvimos que hacer campañas de desmonte y corrimos a todos los animalitos salvajes que eran los portadores del parásito y que le daban alimento al mosquito, el transmisor en el ámbito domiciliario. Era una época en la que no tenías una medicina para darles en los centros de atención primaria de la salud. Llevaba a pacientes arriba de una camioneta, en ambulancias donde me mojaba sosteniendo el suero y sentado atrás. La gente siempre te agradecía el acompañamiento por eso cuando ha-

blábamos de leishmaniosis, hay que explicarla desde la realidad de un lugar donde aún no llegan las cloacas (la cobertura en la provincia era del 30%) y hacíamos los análisis de orina con las tiras reactivas.

–¿Cuáles fueron los cambios más profundos en materia de salud?

–Hubo un tiempo que fue una bisagra para ir revirtiendo la situación sanitaria a partir de la llegada de programas como el Plan Remediar, que resolvió dos cosas fundamentales: primero, que la gente vaya al hospital o al puesto de salud y salga con el medicamento en su mano, y segundo, el problema de los intendentes a la hora de tener que proveer los medicamentos a la población, porque cuando se libera un mercado imperfecto como el de la salud, la prescripción muchas veces era más aconsejada por los visitadores médicos que por los ambientes académicos, y así no siempre se prescribía el medicamento más adecuado. Se hizo hincapié en el genérico como una política interesante y práctica que permitió la accesibilidad. A eso hay que sumarle otros como el Plan Nacer, la mayor participación de las provincias a través del Cofesa y una serie de planes que tenían en cuenta el objetivo de la cobertura universal. Hubo una resolución política a los problemas de salud de la gente.

Aprendí ejerciendo una medicina artesanal en la que por sobre todas las cosas poníamos a disposición del paciente nuestros cinco sentidos y el único medicamento que teníamos, el afecto y la contención

–¿Y cómo está la provincia, hoy?

–Frente a un gran interrogante porque los programas nacionales no están llegando, el Plan Remediar se ha licitado tarde y lo que llegue de él, según la forma en que lo quieran implementar, creo que será recién a fin de año. En otros programas de tipo vertical como el HIV y de enfermedades no transmisibles, los programas contra la tuberculosis, estamos con déficit o aún no vemos la implementación en una forma efectiva y en función de la gente. Da la sensación que no están puestas las fichas en este tipo de programas. Vamos a tener que hacer un esfuerzo muy grande para seguir manteniendo

HELIOS PHARMA
DROGUERÍA
CALIFORNIA 1565 (C.A.B.A.)
[011] 4363 7400
0810 333 7048
FARMACIA
PERÚ 1520 (C.A.B.A.)
[011] 4363 7400
(Int. 7471 / 7472)

✓ TRAZABILIDAD GARANTIZADA SEGÚN DISPOSICIONES VIGENTES
✓ VACUNAS Y SEGURIDAD EN CADENA DE FRÍO
✓ ESPECIALIZACIÓN EN MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, TERAPIAS ESPECIALES COMO VIH Y HEPATITIS
✓ LOGÍSTICA EN TODO EL PAÍS ASEGURANDO PROCEDENCIA Y CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DISTRIBUIDOS
✓ ATENDEMOS OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS
✓ RED DE FARMACIAS EN TODO EL PAÍS

WWW.HELIOSPHARMA.COM.AR
GS1 Argentina

una serie de indicadores que se habían bajado cuando en los 90 teníamos en la provincia una tasa de mortalidad infantil del 30 por mil y hoy tenemos una tasa que anda en el 9 por mil. En el ámbito de la seguridad social, Misiones tiene una cobertura de aproximadamente un 50%, la salud es siempre un bien público, así como el medicamento es un bien social, pero esta cobertura universal que se intenta plantear ahora no la llego a comprender.

–¿Las nuevas medidas impactaron en términos de seguridad social y salud pública?

–Nosotros estamos en el corazón del Mercosur, solo 100 km nos une a nuestro querido país, y unos 900 km a Brasil y Paraguay, de los cuales un 20% son frontera seca. Los pueblos están integrados más allá de las leyes y de los límites geográficos, un argentino se casa con una brasileña, un brasileño viene de paseo a la Argentina, una mujer paraguaya tiene a sus hijos en Posadas, y ese hijo nace con documento de un hospital argentino. Los pueblos siempre marchan adelante de las políticas y hoy tenemos un problema de asimetrías, un flujo de recursos económicos misioneros hacia los países periféricos por una cuestión de defensa propia de la gente de su propio bolsillo. Y eso equivale a una transferencia aproximada de 30 millones de pesos por mes, que se van al exterior. El combustible allá sale 5 pesos más barato y una cubierta el 50% menos de lo que le saldría en nuestro país.

–Eso les pega de lleno porque les hace caer la recaudación…

–Termina impactando en la accesibilidad y se han cerrado muchos negocios en las áreas de frontera como Iguazú, Posadas, y en el interior también se siente porque el poder adquisitivo de la gente no es el mismo. Bajó la producción en el área del tabaco donde hay 13.500 productores, que en Misiones es un cultivo de subsistencia, y el precio internacional cayó, porque se han hecho cargas tributarias e hizo que se resienta el consumo. En cuanto a la yerba que tiene un precio aceptable, el problema es el financiamiento del pago, se lo está haciendo a 250 días, lo que hace que el poder adquisitivo se resienta con una tasa inflacionaria del 40%.

El uso terapéutico del cannabis

En su doble condición de médico y legislador nacional, Jorge Franco se introdujo en el análisis de un tema que pronto podría llegar al Congreso nacional: la regulación del uso del cannabis con fines terapéuticos. En ese sentido, destacó: "Visité Chile también para recoger la experiencia del uso de cannabis con fines terapéuticos a partir de la implementación de la ley 20.000. Ellos tuvieron un proceso inverso porque en lugar de ser los legisladores fue la justicia la que habilitó su uso con fines terapéuticos y autorizó algo que la sociedad venía debatiendo, con movilizaciones de 300.000 personas. No estamos hablando de la liberación ni discutimos eso sino el uso medicinal para patologías que no tienen una resolución efectiva, como el uso de esta sustancia en enfermedades y síndromes como el Alzheimer, la esclerosis múltiple, cáncer, epilepsias refractarias, fibromialgia, hepatitis, VIH y artritis reumatoidea, entre otras. En la mitad de los estados en Estados Unidos y en algunos países latinoamericanos como Uruguay, Chile y Colombia se ha iniciado la experiencia de la despenalización del uso medicinal del cannabis. Siempre bajo control del Estado y con la prescripción de un médico. Es parte de nuestro deber dar cuenta de las necesidades y poner en tema las discusiones que se están dando en nuestra población. Se trata de explorar y aprovechar el uso medicinal de una planta que puede sencillamente crecer en una maceta y aliviar el dolor de muchas personas".

–¿Está garantizado el acceso a la atención primaria de la salud?

–Misiones tiene un muy buen sistema sanitario. Tiene hospitales de alta complejidad, como el hospital central Ramón Madariaga y otros en vías de implementación, y tiene un buen modelo de atención primaria en la mayoría de los parajes, con sus CAPS (centros de atención primaria sanitaria), que pueden quedar muy afectados si se deja de implementar el Plan Remediar, que es una parte esencial la política sanitaria. No puede discutirse la necesidad del acceso a los medicamentos. El 80% de los problemas de la salud se resuelven con atención primaria, no en el hospital, que es parte del segundo nivel de atención.

–¿Qué herramientas le brinda la maestría en ISALUD?

–El gran valor de asistir a una maestría de estas características es que te permite refrescar el conocimiento, incorporando nuevos conceptos y sobre todos los relacionados a la macroeconomía, que no los tenía tan asumidos, así como atender también lo relacionado con la epidemiología y las estadísticas, que de por sí me gustan. La verdad es que uno estudia para llegar a un lugar, pero en mi caso se dio en el sentido inverso, llegué antes a ser administrador de la obra social y del sistema previsional de Misiones, fui presidente del IPS, jefe de gabinete y en los últimos ocho años ministro de Gobierno. Pero nunca me alejé de mi actividad profesional y conocí a ISALUD por la actividad de Ginés González García en la política y por haber seguido algunas de sus políticas, cuando fue ministro de salud. Todo aquello que sirva para refrescar el conocimiento y nos brinde a las personas que tomamos decisiones, herramientas nuevas para el análisis o el metaanálisis, es muy importante.

Coca-Cola®
Argentina

[ALASAG]

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD GLOBAL EN UN ESCENARIO DE MENOR CRECIMIENTO

Se realizó el IV Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Tecnologías, riesgos globales y gobernanza en salud Desafíos y respuestas desde América latina, que en forma conjunta organizaron ISALUD y Alasag

Un escenario político que cambia de modelo, menor crecimiento económico y preocupación por el desempleo en la región, plantea que los nuevos fenómenos emergentes como los movimientos migratorios, la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento poblacional -entre otros- sean analizados con premura y preocupación desde el ámbito de la salud global. Las innovaciones tecnológicas y la mayor y mejor capacitación de los recursos humanos aparecen como las herramientas para enfrentar los nuevos desafíos que se vienen en un mundo global que "averiado", obliga a nuevos paradigmas.

Estas son las primeras impresiones que pueden hacerse de la cuarta edición del foro internacional organizado por la Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag), entidad integrada por once instituciones académicas de nivel superior y localizadas en nueve países del norte, centro y sur de América, y que tuvo lugar en Buenos Aires con el objetivo de debatir los nuevos fenómenos emergentes y conocer también los diversos programas de formación y proyectos de investigación en salud global que llevan adelante dichas instituciones. El encuentro se realiza cada dos años y los anteriores tuvieron lugar en México, Chile y Costa Rica.

Tras las palabras de bienvenida del rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, y del actual rector, Rubén Torres, dejó abiertas las jornadas el secretario técnico de Alasag, Mauricio Vargas, quien apuntó a modo de preocupación y desafío para la región "la no correlación entre el crecimiento económico de los países y el aumento de la vulnerabilidad social", que envuelve a un gran número de la población e impacta en el incumplimiento de los más básicos derechos humanos y en los objetivos del desarrollo sustentable del milenio. El secretario técnico señaló, además, que en ma-

teria de salud pública la región muestra incertidumbres e inseguridades sanitarias vinculadas a enfermedades transmisibles nuevas y emergentes; epidemias de enfermedades crónicas; un proceso de urbanización desorganizada y el acentuado envejecimiento poblacional. Vargas agregó que el desafío de los miembros de Alasag es buscar respuestas a los problemas que surgen de la coyuntura como ser el alza de los costos de los medicamentos; la comercialización de alimentos chatarra o la carencia de espacios físicos adecuados para la actividad física; y que terminan impactando fuertemente en los sectores más vulnerables.

Para Rubén Torres, hay tres desafíos que debe afrontar la salud global en América latina, y que describió como las tres inversiones y la desinversión: "La primera de ellas -explicó- es la atención inversa, la disponibilidad de la buena medicina distribuida en forma inversa a las necesidades de la población; la segunda es la tecnología, cuyo acceso no es para todas las personas; y una tercera vinculada a la población que se expresa en desigualdad social, a través de la educación, los controles pre-natales y más duramente, en la distribución de la mortalidad materna o infantil, que hace que el nacimiento o muerte de un niño estén condicionados al lugar donde se nace, y eso resulta inmoral para la organización de una sociedad global como la que se pretende generar".

Entre el 20 y 40% de los recursos en salud se pierden por causas de ineficiencia y entre ellas se mencionan los gastos en medicamentos y tecnología, el tamaño de los hospitales, el sobreuso de prácticas

Advirtió que en un período donde la revolución del consumo se muestra como eje de organización de una sociedad, la salud "ha pasado a ser interpretada en la región como un bien de consumo", y en esta visión del consumo existe una confusión importante entre el acceso a las prestaciones de salud y el acceso a salud, que son dos cosas diferentes: "Hoy todos pugnan por prestaciones de salud que les parecen suficientes, pero habitualmente no son necesarias", agregó Torres. Se preguntó si no había llegado el momento de desinvertir en salud, esto es no agregar nada que no sume salud, aunque lo pidan las clases medias altas, para lograr equidad en la atención sanitaria: "No podemos estar desviando recursos a personas que ciertas personas necesitan a otras que no lo necesitan". Entre el 20 y 40% de los recursos en salud se pier-

Más cerca de tu Salud

- Líder en Medicina Familiar
- Sanatorio Propio de Alta Complejidad
- Centros Médicos Propios en todo el País
- Tecnología de Avanzada
- Amplia Cobertura

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

CONSTRUIR Salud
Obra Social del Personal de la Construcción

El desafío de los miembros de Alasag es buscar respuestas a los problemas que surgen de la actual coyuntura: el alza de los costos de los medicamentos, la comercialización de alimentos chatarra o la carencia de espacios físicos adecuados para la actividad física

den por causas de ineficiencia y entre ellas se mencionan los gastos en medicamentos y tecnología, el tamaño de los hospitales, el sobreuso de prácticas: "Cuando hablamos de una agencia de evaluación de tecnologías tenemos que incorporar la evaluación del modelo de atención y de gestión como uno de los ejes fundamentales de este cambio. Antes de buscar dónde recortar hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia de los sistemas, ni más altos médicos, ni más altos recursos significan más salud. El aumentar los recursos no asegura su uso eficiente y puede no resultar en un mejoramiento de la calidad de vida".

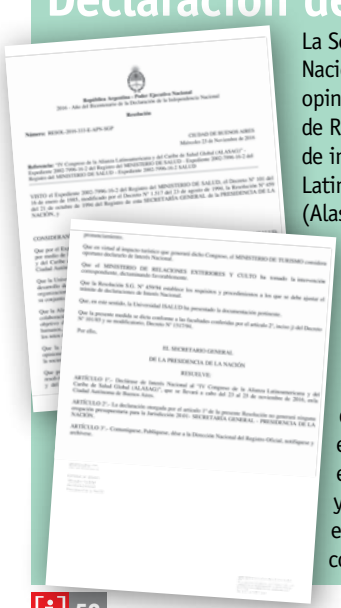
Para Nelly Salgado de Snyder (México) investigadora y directora del Programa de Salud Global del Instituto Nacional de Salud Pública el reto que se viene es llevar a un plano poblacional las innovaciones en salud: "Hay actores globales en la gobernanza que establecen las reglas en cuanto a la utilización, el uso de las patentes, por ejemplo, que se quedan en los países ricos y no son accesibles para los países de medianos o bajos ingresos, pero aún cuando estamos lidiando con los mismos problemas de salud, las mismas enfermedades, termina siendo una cuestión ética, moral, si esas innovaciones no se aplican de manera equitativa".

Otro punto de relieve en su exposición y que acaparó el interés en otras jornadas, fue el de los movimientos migratorios, que ya ocupa el quinto lugar entre los determinantes que impactan en un país: "Los riesgos relacionados con la pérdida de salud en el proceso migratorio es un tema que preocupa

porque mucha de la inmigración es indocumentada, lo que hace necesario que las organizaciones globales establezcan los lineamientos de gobernanza para regular de manera ordenada el tránsito de las personas a las que no se les puede negar su deseo de superación. Hay más de 12 millones de mexicanos migrantes viviendo en los Estados Unidos que si se cuenta a los hijos de mexicanos y a los de segunda generación llegamos a 36 millones de personas de origen mexicano viviendo en ese país. En México recibimos el año pasado alrededor de 7.000 millones de dólares de divisas por los canales formales".

Médico brasileño y referente del programa de salud del adulto mayor de la OMS, Alexander Kalache apuntó a poner en la agenda pública la revolución de la longevidad, que ya está presente en toda América latina: "Hay que hacerlo cuanto antes -advirtió- porque estamos ingresando en un contexto de pobreza donde son pocos los países de la región que ahora están en un proceso socioeconómico de crecimiento". Al desafío de un envejecimiento activo para las personas mayores, Paulo Buss, director del Centro de Relaciones Internacionales en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), le sumó la oportunidad abierta entre los países miembros de la ONU para alcanzar el desarrollo sostenible, con algunas características basadas en los derechos humanos y la búsqueda de equidad: "Aún con los cuestionamientos justos que se le puedan hacer a las Naciones Unidas, Alasag tiene la oportunidad de crear una plataforma conceptual metodológica y de acción común que se meta en la agenda pública para contribuir a los procesos de cambios que se avecinan".

Declaración de interés nacional



La Secretaría General de la Presidencia de la Nación, a cargo de Fernando De Andreis, con la opinión favorable de los ministerios de Salud, de Relaciones Exteriores y de Turismo, declaró de interés nacional al "IV Congreso de la Alianza Latinoamericana y del Caribe de Salud Global (Alasag)". Así lo hizo mediante la resolución N° 333/2016, que en sus considerandos destacó el papel que desempeñan ISALUD y Alasag como instituciones académicas que buscan aportar conocimiento y herramientas para el desarrollo de políticas públicas en materia de salud. Según el texto de la resolución, "la realización de estos encuentros internacionales posibilita el enriquecimiento e intercambio de opiniones y experiencias que con seguridad redundarán en beneficio de la comunidad científica, como para la sociedad en general".

PRESENTAMOS

COMUNIDAD ISALUD

de BODEGA TIERRA MAYOR

DISFRUTE DE BENEFICIOS EXCLUSIVOS, EVENTOS, DESCUENTOS ESPECIALES Y PREMIOS.

Para **asociarse** o saber mas sobre COMUNIDAD ISALUD envíenos un mail con sus datos a:
comunidad-isalud@bodegatierramayor.com.ar

TM *www.bodegatierramayor.com.ar*

BEBER CON MODERACIÓN. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.

[ALASAG]

ALIANZA LATINOAMERICANA DE SALUD GLOBAL

DECLARACION DE BUENOS AIRES SOBRE SALUD GLOBAL

La Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG) es una red de instituciones académicas para la cooperación y la salud global. Surgió como una respuesta para enfrentar riesgos comunes de los países latinoamericanos en relación con la salud de sus poblaciones. Se basa en las realidades globales y nacionales y en un profundo respeto a la idiosincrasia e identidad de los pueblos y aprovecha las nuevas concepciones, e instancias de cooperación internacional, que dinamizan las colaboraciones Sur-Sur y Norte-Sur y Sur-Norte en el campo de la salud global.

ALASAG, entiende la salud global como un bien público mundial relacionado con la justicia social y el derecho universal, basado en la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos. En tal sentido, el emergente movimiento por la salud global, desde una visión latinoamericana promovida por ALASAG, se encamina a subsanar las inequidades aprovechando similitudes, sinergias e intereses comunes.

En este contexto, el *IV Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global - Tecnologías, Riesgos Globales y Gobernanza de la Salud: Desafíos y Respuestas desde América Latina*, realizado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 23 al 25 de noviembre del 2016, representó una continuidad, fortalecimiento, expansión y consolidación de esta Alianza, que impulsa la enseñanza, capacitación, investigación y cooperación técnica en salud global en Latinoamérica y el Caribe a través de la colaboración inter institucional.

ALASAG agradece a todos los participantes a este Congreso por sus aportes y debates tenidos y también reconoce a todos los que hicieron posible la organización y realización de este evento, en especial a la Universidad ISALUD, institución anfitriona del mismo que en este año cumple su 25 Aniversario.

ALASAG , inspirándose en los temas presentados en este Congreso y los debates que tuvieron lugar, aprovecha esta oportunidad para compartir públicamente los siguientes dieciséis (16) puntos de posición institucional:

1. Los actuales sistemas de Gobernanza Política Global , y de Gobernanza de la Salud Global , están impactando negativamente en muchos grupos sociales en el mundo. Es imposible combatir las inaceptables disparidades económicas y sociales existentes , así como las profundas inequidades en salud, sin soluciones políticas globales que incluyan prioridad por la salud. Un riesgo similar podría igualmente afectar a los Objetivos de Desarrollo Sostenible- 2030.
2. ALASAG se reafirma en la idea de que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad en el mundo, y depende de la más amplia cooperación entre los Estados y la participación activa y comprometida de de un amplio conjunto de actores académicos, privados, de la sociedad civil, y otros.
3. En un mundo globalizado, el propósito de todos los actores que están comprometidos con el desarrollo de los pueblos debe ser, prioritariamente, mejorar la salud y el bienestar de los individuos y las comunidades en todos los dominios de la globalidad (local, nacional, regional y mundial), adoptando políticas y estrategias que actúen sobre los determinantes de orden político, social, ambiental, cultural y económico.
4. Las instituciones que integran la ALASAG orientan sus esfuerzos hacia ese logro, identificadas con los objetivos y metas de desarrollo sostenible – 2030, y dispuestas a trabajar en asociación con todas las redes de instituciones académicas que comparten este mismo propósito.
5. Visto el dinamismo que está tomando la salud global, como novedoso enfoque de abordaje de la salud pública,

se hace necesario visibilizar en el debate internacional el pensamiento de América Latina y el Caribe, como tendencia de cara al discurso hegemónico de algunos organismos internacionales y centros de pensamiento de países más desarrollados.

6. Salud Global es el reconocimiento de la progresiva influencia de factores globales de poder político y económico sobre la salud que afectan a los países en forma global, y para controlarlos se necesita la cooperación de todos los Estados y de alianzas con organizaciones y movimientos de la sociedad civil
7. La Salud Global no es solo la acción mancomunada de los Estados y otros actores globales para actuar en el control y la erradicación de algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles, a través de programas verticales, muchas veces con débil coordinación internacional y en ocasiones afectando la soberanía de los propios Estados afectados.
8. La Salud Global trata de estimular una cooperación transnacional basada en los principios de solidaridad entre los pueblos.
9. Reconocemos en la diplomacia de la salud global una herramienta valiosa para el logro de un modelo de salud por todas las personas, en todas las políticas y para toda la población, sin dejar a nadie atrás, y en este sentido las instituciones que integran ALASAG continuarán formando personal con aptitudes y destrezas idóneas para este desempeño.
10. El desarrollo y fortalecimiento de los programas de formación de la fuerza laboral en salud , que respondan a las necesidades de los sistemas universales de salud y a la equidad, es fundamental para hacer frente a los desafíos de la salud global y los ODS-2030. Las instituciones académicas que integran ALASAG continuarán coordinando esfuerzos con este propósito , en el marco de los valores y principios que inspiran el trabajo de esta alianza.
11. ALASAG y las instituciones académicas miembros se comprometen con la promoción de la investigación y gestión de conocimiento en salud global, a ser utilizada para la resolución de problemas en estos campos y para sostener sus actividades de enseñanza y apoyo técnico a gobiernos y otros actores relevantes de la salud global.
12. Uno de los grandes desafíos en salud global, es el de la innovación tecnológica en salud y el incremento que esto produce en los costos de los sistemas sanitarios y los riesgos potenciales de incremento de las inequidades sociales . En tal sentido, la evaluación de tecnologías sanitarias, su regulación e incorporación apropiada, resultan aspectos de alta prioridad estratégica para las acciones de todos los sistemas de salud en el mundo y en todos los países de nuestra región.
13. Reconocemos que los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos, y que la desigualdad de los diversos países en el abordaje de sus principales problemas de salud y desarrollo, en especial la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como sus determinantes políticas, económicas, culturales, sociales y ambientales constituyen un reto común, incluidos los problemas relacionados con la migración, los desplazados y su seguridad humana.
14. Los países y ciudadanos del mundo deben encontrar salidas políticas en el ámbito internacional, que responda a los retos del momento, basado en el perfeccionamiento de la democracia, la defensa de la salud y de los derechos sociales, la participación y la lucha de los movimientos sociales y ciudadanos y la gestión democrática de la sociedad. En este contexto se agregan votos de esperanza para que, desde las nuevas gobernanzas del Sistema de Naciones Unidas , se pueda contribuir a este anhelado fin, y se abran espacios para una cooperación internacional de nuevo tipo, más solidaria , y de respeto a los derechos y a la soberanía de cada Estado, rescatando y reforzando el liderazgo en salud internacional de la Organización Mundial de la Salud.
15. Propiciamos la construcción de un gran movimiento transnacional por la transformación del modelo económico y energético basado en la utilización de combustibles fósiles, demandando el compromiso de gobiernos y grupos transnacionales para reducir la emisión de gases contaminantes con efecto invernadero sobre la atmósfera, fuente del calentamiento global y la destrucción del planeta o su deterioro irrecuperable.
16. La ALASAG continuará ampliando la red de instituciones miembros y fortaleciendo y consolidando las acciones a favor de una mejor salud y bienestar para todos los pueblos latinoamericanos y caribeños.

Ciudad de Buenos Aires, 25 de Noviembre del 2016

[EDUCACIÓN]

GABRIEL SÁNCHEZ ZINNY: "LA EDUCACIÓN TÉCNICA DEBE ESTAR VINCULADA AL SECTOR SOCIO PRODUCTIVO DE CADA REGIÓN"

El economista, académico, emprendedor y director del Instituto Nacional de Educación Técnica (INET) destaca las necesidades de formación en este ámbito y su impacto en la competitividad del país

Para quienes aún no conocen su libro *Educación 3.0: la batalla por el talento en América latina*, o no leyeron algunos de sus tantos artículos publicados en los medios nacionales, algo le juega muy a favor a Gabriel Sánchez Zinny, director ejecutivo del Instituto Nacional de Educación Técnica (INET), dependiente del Ministerio de Educación y Deportes. Puede conceder una entrevista sin poner condiciones en sus formas: personal, vía e-mail, *on-line* o celular mediante. En cualquier situación, se muestra muy familiarizado con las nuevas formas de comunicación y desarrolla sus ideas con total claridad.

Sánchez Zinny es licenciado en Economía por la Universidad de San Andrés (Udesa) y Magister en Políticas Públicas de la Universidad de Georgetown. Fundó dos compañías vinculadas al mundo de la tecnología y la educación: edunexo.com y kuepa.com. Vivió 12 años en los Estados Unidos y fue director del Woodrow Wilson International Center for Scholars, vicepresidente de Dutko Wolrdwide y fundador y socio de la firma Blue Star Strategies. Desde diciembre de 2015 es el director ejecutivo del INET.

Supo escribir: "Para recuperar la competitividad de la Argentina es fundamental el talento humano, y muy en particular, como se ve en países como Alemania, Australia o Japón, el talento técnico profesional, parte esencial del desarrollo productivo. Eso buscaremos también desde el INET, construyendo sobre lo construido". Así inició esta conversación con ISALUD, poniendo en valor lo rescatado en 2005 con la ley de educación técnico-profesional y los objetivos actuales de relacionar la oferta educativa con las demandas del sector laboral y productivo (escuelas técnicas muy relacionadas con las economías regionales).

–¿Qué orientación y cuáles son los objetivos a los que apunta el INET?

–El objetivo de esta gestión es construir sobre las acciones ya construidas. Desde la sanción de la ley N° 26.058 de Educación Técnico-Profesional se ha rejerarquizado la modalidad en el país. Queremos seguir trabajando para que la educación técnica esté cada vez más vinculada con el sector socio productivo de cada región. Que los alumnos sean preparados para las demandas de las empresas, que realicen prácticas que tengan que ver con su futuro laboral y estamos trabajando para atraer a los jóvenes hacia la escuela técnica, motivarlos a mantenerse en ella hasta el nivel

superior. Queremos que aumente la tasa de egreso.

–¿Cómo hacer para que esos cambios sean equitativos y de acceso igualitario para todos?

–En primer lugar, conociendo las distintas necesidades de los sectores socio productivos en las diversas regiones de Argentina, a través del trabajo conjunto entre Nación, las provincias y también los municipios. Como país federal que somos, cada provincia tiene sus propias particularidades. También queremos seguir acercando formación profesional a todo el país. Que las personas tengan oportunidad de capacitarse cerca de sus hogares. Por eso, seguimos entregando aulas-talleres móviles a las provincias (recientemente entregamos 8) para que todos los argentinos se puedan capacitar y obtener mejores empleos. Además, estamos trabajando para llevar capacitación a personas en situación de vulnerabilidad. Por otro lado, estamos impulsando la Educación Terciaria. Hay más de mil instituciones superiores en el país que, en tres años, otorgan un título especializado y permiten una salida laboral rápida.

–¿A qué se debe que a las empresas argentinas les cuesta encontrar perfiles técnicos y qué piensan hacer para revertirlo?

–Son varios los factores, en primer lugar, para acercar a las escuelas con las demandas que las empresas tienen, firmamos varios convenios con empresas nacionales para que los alumnos realicen prácticas. Por otro lado, y de acuerdo al informe que hicimos desde el INET "Demanda de Capacidades 2020", las empresas manifestaron que el problema no era sólo que los postulantes no tuvieran las capacidades técnicas sino, sobre todo, que les faltaban las denominadas "habilidades blandas" como el trabajo en equipo, a tener capacidad crítica y analítica, la capacidad de adaptación al cambio, de resolver problemas, incluso, de seguir aprendiendo, entre otros. Esto es algo que desde las instituciones educativas estamos trabajando para revertir.

–¿Cuáles son las áreas más demandadas y cuál es el perfil técnico que requieren del nuevo profesional?

–Una de las áreas que encontramos con mayor carencia es la de Enfermería. En la actualidad, hay 179.175 enfermeros en el país. La relación enfermero calificado-médico es la mitad de la recomendada como mínimo por la Organización Panamericana de Salud (OPS). Por otro lado, para el año 2020, 56.000 se habrán jubilado. Con el fin de

prosanity
consulting

LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD

SISTEMAS | ASESORIA LEGAL | RECURSOS HUMANOS | CAPACITACION

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

dar respuesta a esta creciente demanda de personal calificado y aumentar la tasa de graduación y niveles de cualificación profesional, junto al Ministerio de Salud, estamos llevando adelante un plan de fortalecimiento de las instituciones educativas de enfermería, y trabajando en la formación y capacitación de 50.000 enfermeros en todo el país. Este Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE) incluirá medidas de autoevaluación institucional, capacitación para directivos y docentes, aumento en el número de becas estudiantiles, equipamiento integral de los gabinetes de simulación de prácticas y extensión de la cantidad de instituciones oferentes de la Tecnicatura. Otra área con escasez de personal es la de Informática/Programación y se necesitan perfiles capacitados para manejar software en todos los sectores.

–¿La educación técnica que reciben los alumnos del nivel medio está acorde a las demandas del mercado y la realidad de lo que el país necesita?

–El informe nos muestra que hay mucho para trabajar en este sentido. El mundo se encuentra avanzando aceleradamente hacia una cuarta revolución industrial, caracterizada por los avances en la robótica, la genética, la inteligencia artificial, la nanotecnología, las impresiones 3D, la biotecnología e Internet de las cosas, entre otros desarrollos, al tiempo que se profundiza la globalización de las cadenas de valor. Nuestros estudiantes enfrentarán desafíos importantes, pero también enormes oportunidades que tendrán que encontrar y también crear a través de ideas innovadoras, con creatividad, y con la capacidad de adaptarse a los cambios y ser ellos los propios creadores de empleo. Para ello, tienen que estar preparados. Cuanto más conocimiento, más capacidades, mejor calificación. El informe demostró que cada vez más aumenta la demanda de perfiles técnicos y el 70% de las empresas buscó técnicos calificados.

–Estás recorriendo el país ¿Cómo has visto la realidad educativa?

–Nosotros trabajamos codo a codo en el INET con una comisión de referentes que se reúne mensualmente para analizar temas de financiamiento, entre otros, y hemos establecido una muy buena relación con las 24 jurisdicciones del país, en relación al trabajo, cómo mejorar la educación técnica, siempre con el desafío presente de avanzar en los recursos, que les llegue a los docentes y a los alumnos, que deben ser los receptores de esa capacitación. En los últimos años mi antecesor hizo mucho hincapié en la capacitación técnica del nivel secundario, ahora es tiempo de darle un fuerte empuje al nivel terciario, en temas que tienen que ver con la innovación, la formación profesional. La aspiración es que podamos nivelar para arriba y llegar a todos aquellos lugares no tan urbanos, donde tenemos como ya te mencioné el Plan de Aulas-Talleres Móviles.

–¿Cómo puede llegar a impactar la automatización en el mundo laboral?

–Se estima que para 2025 la automatización podrá reemplazar a 250 millones de trabajadores. No se sabe a ciencia cierta cuánto impacto tendrá las nuevas tecnologías en el trabajo. Es verdad que miles podrían quedar desempleados, y eso preocupa tanto al sector salud como el de educación porque son importantes generadores de trabajo. Pero lo que sí es seguro es que algunas competencias del ser humano son intransferibles. La creatividad, el liderazgo, la adaptación al cambio y la resolución de conflictos son capacidades que solamente los seres humanos podemos proveer.

Diez definiciones académicas

- "A veces no tenemos dimensión de la tarea socializante de la educación. En el libro Educación 3.0, puse el foco en el mercado laboral donde hoy más del 70% se rige por la tecnología".
- "El empleo es más móvil, (uno pide un diseño a la India y lo tiene) y hay sobreoferta de información. El mundo cambió y el desafío es cómo preparamos a las nuevas generaciones con un Estado que no lo puede hacer solo".
- "El 51% de las empresas argentinas enfrenta dificultades para contratar perfiles técnicos y las principales causas obedecen a la falta de competencia técnica".
- "Desde el INET se financian y regulan más de 4500 instituciones educativas, pero aún nos falta mucha conexión con la real demanda laboral de la Argentina actual y la de los próximos años".
- "El 65% de los chicos que inician la escuela primaria cuando culminen el secundario se van a tener que desempeñar en trabajos que hoy no existen".
- "Es tiempo de que los líderes de América latina presten atención al potencial impacto de estas tecnologías, especialmente los funcionarios educativos y sanitarios, dos de los principales generadores de empleo en la región".
- "Aún hay cierta percepción de que la educación en línea es menos seria, menos rigurosa que la cursada tradicional. Frente a ello, un estudio de Harvard señala que las titulaciones 100 % en línea han crecido de un 0,5 % en 2000, a más del 6 % hacia 2012".
- "Prácticamente todos los estudiantes son hoy de alguna forma alumnos online, ya sea porque toman cursos híbridos o completamente virtuales, o porque se inscriben en programas de créditos virtuales".
- "La enseñanza virtual está atendiendo a una porción de la población que ha sido largamente postergada. Hoy está brindando una opción válida para trabajadores adultos o estudiantes marginados que de otro modo accederían a poca o ninguna alternativa".
- "Una lección central de los últimos años es que mientras el equilibrio fiscal y la estabilidad macroeconómica son necesarios para el crecimiento económico, no bastan para subsanar las deudas sociales más profundas".

[COBERTURA]

COSTO PER CÁPITA DEL PMO 2016: $656,81

ISALUD y ProSanity actualizaron su estimación del costo per cápita del programa médico obligatorio, que registró un aumento del 41,32% entre julio de 2015 y el mismo mes de este año; en tanto, el ingreso promedio de las obras sociales nacionales fue de entre $680 y $ 728 per cápita

La Universidad ISALUD y ProSanity Consulting actualizaron la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial del programa médico obligatorio (PMO), que vienen realizando en conjunto desde el año pasado, y por separado desde 2002 –con un alcance limitado– y 2010 respectivamente.

El costo per cápita del PMO, sin considerar los gastos de administración, fue estimado en $ 656,81. Este valor -actualizado a julio de 2016- comparado con el resultado obtenido en julio de 2015 ($ 464,75) ha significado un incremento en un año calendario del 41,32%. Se mantuvo una estructura similar de gráficos que la edición anterior a fin de permitir un mejor cotejo de la información, y hacer más fácil la lectura comparativa. Desde 2010, el costo del PMO ha seguido una tendencia creciente, con un incremento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde 2013 a la fecha.

Este año mostró un incremento del PMO en línea con los promedios indicados por diferentes entidades. Para la Dirección de Estadísticas y Censos porteña, en el período analizado (julio 2015-julio 2016) la suba de los precios fue del 47,2%; para el informe Price Stats de The Economist, fue del 34,59%; y la provista por el INDEC fue suspendida durante varios meses por la reestructuración del ente por razones de público conocimiento.

El promedio de recaudación por beneficiario de las obras sociales nacionales fue en el período analizado de $680, es decir, superior al PMO per cápita estimado. Sin embargo, al desagregar dicha información por obras sociales (de la Superintendencia de Servicios de Salud-SSSalud) se observa que solamente el 49% de dichas instituciones (141) supera el valor estimado en su recaudación per cápita, mientras que el 51% restante (149) no alcanza el valor del PMO.

Si a esta comparación se le agrega el Subsidio Único de Mitigación de Asimetrías (SUMA) que, también sobre la base de los datos de la SSSalud, en agosto de este año promedió los $ 48 per cápita, el valor percibido promedio es de $728. Esto reconfigura los datos anteriores, dejando 68% de las obras sociales nacionales (196) arriba del valor promedio de gasto estimado, y de 32% (93) por debajo.

CERMI SALUD S.A.
Centro de Rehabilitación Médica Integral
ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA
DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD
CENTRO INFANTO-JUVENIL
Sede: Av. Rivadavia 4684
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4901-7800 / 4042 / 9081
CENTRO DE ADULTOS
Sede: Av. Córdoba 3534
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4862-0204
SEDE ZONA NORTE
Av. Presidente Perón 1045
San Fernando
Teléfono: 4725-5195
Web: www.cermisaludsa.com.ar
Mail: info@cermisaludsa.com.ar

[JORNADA]

ACCIONES PARA LA CONSOLIDACIÓN Y EXPANSIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS

Con el auspicio de las Naciones Unidas y la presencia de especialistas internacionales, ISALUD fue sede de una jornada sobre la salud en la agenda de los derechos humanos, que incluyó el financiamiento del gasto, las redes integradas, los determinantes sociales y la judicialización de la salud

Bajo el lema *Salud y Derechos Humanos* se desarrolló en el marco del 25° aniversario de ISALUD y con el auspicio de las Organización de las Naciones Unidas (ONU), una jornada donde se abordaron desde diferentes perspectivas temas como la Agenda 2030 respecto a salud y derechos humanos; los desafíos y retos de un Examen Periódico Universal de los derechos humanos; el financiamiento y eficiencia en el gasto; la transformación del sistema estructurado en redes integradas; el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza; los determinantes sociales; salud y vida digna en el adulto mayor; y la judicialización de la salud, entre otros tópicos.

René Mauricio Valdés, coordinador residente del sistema de Naciones Unidas

En la mesa de apertura sobre *Acceso y Cobertura Universal en Salud ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos sobre el tema?*, el coordinador residente del sistema de Naciones Unidas, René Mauricio Valdés, analizó la Agenda 2030 que fue aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, en referencia a los puntos clave sobre derechos humanos y derechos a la salud: "Dicha proclama que hemos tratado de instalar sobre desarrollo sostenible coincidió con la encíclica del Papa Francisco sobre el cuidado de esta casa común y si bien la agenda no es vinculante, y eso es correcto jurídicamente, sí hay mucho derecho positivo detrás de ella", aclaró.

Maureen Birmingham, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Maureen Birmingham, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), profundizó el concepto de acceso y cobertura y recordó que "toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel del bienestar físico, mental y social, una visión más amplia

Eduardo Amadeo

porque la salud no es solo ausencia de enfermedad". A la hora de garantizar ese derecho, la referente de la OPS mencionó la inclusión de la extensión primaria de la salud y de los servicios de la salud; la prevención de los problemas de salud y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que resultan más vulnerables por su condición de pobreza: "El incumplimiento de los derechos humanos afecta negativamente el bienestar de las personas y el goce al derecho a la salud no basta con proclamarlo, hay que materializarlo", agregó la referente de la OPS.

Al referirse al financiamiento y eficiencia en el gasto, Julio Bello, de la Asociación Argentina de Salud Pública, rescató "la aparición de las obras sociales con el peronismo que le permitió al obrero de una fábrica a tener la misma atención que el patrón, y en el mismo sanatorio". Aparecía así un modelo distinto de financiación al del Estado a través de una federación de médicos organizados, que tomó para sí la administración: "Se pagaba la cuota y mediaba entre el paciente y el médico, esa estructura fue deformándose, pero se generó una inversión de la solidaridad, desde la población más pobre y

Eduardo Amadeo: "Sin estadísticas es trabajar a ciegas"

En el contexto de la jornada sobre Salud y Derechos Humanos el diputado nacional del oficialista frente Cambiemos respondió algunas consultas de la Revista.

–¿Cuál es el costo de no contar con datos que permitan manejar estadísticas confiables?

–Es trabajar a ciegas, y cuando uno lo hace de esa manera se equivoca, puede estar favoreciendo a los más ricos o perjudicando a los más pobres. Es inequitativo, se pierde mucho tiempo y termina siendo más costoso. Y otra cuestión es que no se conocen los resultados, lo que a la corta o a la larga nos lleva a un diagnóstico equivocado. Imagínese lo que sería trabajar a ciegas cuando se conduce a un país. No tener estadísticas de pobreza te impide saber a dónde dirigir las acciones.

–¿Qué es lo que hay que hacer, entonces?

–Lo primero y esencial es entender la mirada sistémica, esto es cuáles son los componentes del sistema y hacerlos interactuar entre ellos. Es más complejo desagregar los componentes y operar sobre ellos, ser capaces de medir la pobreza y sus fenómenos asociados. El medir ya es un avance enorme por lo que significa tener datos confiables, complejos y sustentables en el tiempo.

–¿Aún estamos lejos en Argentina de tener algunas herramientas de medición?

–No tenemos aún un estudio de corte que nos permita seguir con estas variables en el tiempo. La Argentina son varios pueblos a la vez y medir no solo la pobreza sino tener una conciencia operativa de las diferentes oportunidades en el territorio hablan de cuál es la capacidad del Estado para actuar y corregir, detrás de cada cifra existen mundos con enormes diferencias respecto a su capacidad para medir y corregir.

–¿Cuál es el problema clave que hoy impacta en el sistema de salud?

–En la Argentina hay un problema gravísimo con el costo de los medicamentos, algunos laboratorios se han convertido en estructuras monopólicas que manejan los precios, el acceso a los medicamentos y esta situación exige la máxima intervención del Estado. Y por eso creemos que hay que avanzar hacia un sistema de medicamentos muy eficiente, pero sin monopolios. Y en eso estamos en el Congreso como en el Ejecutivo.

–¿Qué se está haciendo para reducir la inequidad en el acceso?

–Si algo caracteriza a la Argentina es la inequidad en el acceso a los bienes públicos. Estamos hablando desde la carencia del agua –en algunos casos– al acceso a la justicia en otros. La mirada sistémica tiene que entender que todo esto pasa y ha aumentado mucho la inclusión, pero no la calidad y la equidad. Inclusión sin calidad es inequidad y un caso claro la educación. Las políticas de cercanía, como en el caso de las adolescentes embarazadas, es necesario que el Estado esté presente. Hay que entender que, si uno malgasta los recursos, la principal víctima es el pobre.

Daniel Arroyo: "Hay que decretar la emergencia alimentaria"

En el contexto de la jornada sobre Salud y Derechos Humanos el ex viceministro de Desarrollo Social y dirigente del Frente Renovador respondió algunas consultas de la Revista.

–¿Cuál es el resultado de tantos años de transferencia de dinero sin que se haya podido combatir de manera eficiente la pobreza?

–Lo que ha hecho cada Gobierno democrático del 83 en adelante fue ampliar la cobertura social, arrancamos con 500.000 personas y hoy llegamos a 9 millones de personas. Y con esa cifra, aún persiste un 32% de pobreza, casi un 20% de desocupación en los jóvenes y 35% de trabajo informal, lo que revela que hay problemas más estructurales en la Argentina y eso impacta sobre la vida cotidiana. Estamos frente a un paradigma de política social que está agotado".

–¿Hay que construir otro paradigma?

–Sí, el desafío pasa por reconstruir el mercado de trabajo y por el desarrollo productivo. Y hacerlo con otra mirada de mayor integración entre salud, educación y desarrollo social, y articular un lenguaje entre ellas. Está claro que hay un problema serio en salud, y en nuestro país el único ámbito que aún concita confianza es la escuela, aún cuando un padre cuestione a un docente, hay que empezar a construir desde ahí, y poner el acento en el empleo.

–¿Y estamos yendo en ese rumbo?

–No, el Gobierno está claramente mal orientado. Cree en el derrame como generador de inversiones y empleo. En el mejor de los casos, conseguiremos inversiones para soja, minería, sector financiero, pero el trabajo está también en otro lado, en la construcción, lo textil, el comercio, sin intervención del Estado no hay generación de empleo. Lo que es masivo y en escala lo puede resolver el Estado, y es el único que puede dar respuesta a un millón y medio de jóvenes que no estudian ni trabajan. El Gobierno anterior vio al Estado como un tema central pero el eje pasó fundamentalmente por la transferencia de dinero, no por el cambio productivo.

–¿Se puede ser optimista respecto al futuro del país?

–Primero y en el corto plazo hay que decretar la emergencia alimentaria. Y lo segundo es crear mucha obra pública de pequeña escala, que tiene que ver con la mano de obra intensiva. No hay una Argentina que atender sino cuatro, una de la pobreza estructural, que es inter-generacional; una segunda vulnerable, inmersa en el trabajo en negro, informal; una tercera de clase media con obra social, jubilación, recibo de sueldo y una cuarta de clase alta.

Y las únicas dos cuestiones transversales a las cuatro son las problemáticas de seguridad y el de las adicciones. No hay muchas cosas más que crucen a las cuatro argentinas. La mirada optimista depende de nosotros y en cómo lo hacemos. Estamos en un período de transición y Antonio Gramsci decía que las épocas de transición son aquellas donde lo viejo no termina de morir y lo nuevo no termina de nacer. Y creo que Argentina está en esa etapa.

marginada que generaba una fuente de recursos que iba a sostener a las obras sociales".

Otro aspecto que busca meterse en la agenda pública es el envejecimiento poblacional y desde la perspectiva de la salud y los derechos humanos. Según la CEPAL, se ha pasado de un 8% a un 11% de población envejecida, es decir, de 60 millones en 2010 a 190 millones que la región va a tener en 2050. El desafío es cómo vamos a vivir esos años de vida. En la mesa sobre salud y derecho a la ciudadanía, Silvia Gascón, directora del Centro de Estudio de Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL), señaló que "el problema del envejecimiento surge porque no se producen las otras revoluciones que tienen que acompañar la evolución de la longevidad".

¿Qué implica ello? La integrante de Help Age International agregó que "hay que dar vuelta las cosas, hacer una transformación profunda, la salud no puede atender y ocuparse solamente de las enfermedades agudas porque lo más típico de las personas mayores son las enfermedades crónicas, que tienen características diferentes y no se atienden en los hospitales. Y no se curan, se cuidan.

Daniel Arroyo

Ahí hay que hacer un cambio. No nos van a alcanzar los recursos si no apelamos a las personas mayores, al auto-cuidado para envejecer en las propias comunidades y con la familia, en sus casas y para eso hacen falta políticas que tiendan a esa mirada. A esto nos referimos cuando hablamos de la revolución de la longevidad".

Al cierre y a modo de reflexión final, el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, advirtió que si uno mira el gasto público y el nuevo presupuesto que se está tratando en el Congreso "hay un 17.4% menos del presupuesto en salud que el destinado para este año, y la verdad es una mala señal, pero nadie se queja. En educación, en ciencia y técnica hasta se movilizaron, en cambio en salud ni si quiera se escuchó una voz sectorial. En política, decidir es financiar, y si uno pone énfasis en la salud no puede disminuir el presupuesto, así de simple, y eso es lo que está sucediendo".

Silvia Gascón, directora del Centro de Estudio de Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL)

González García agregó que uno de los programas más eficientes y efectivos ejecutados durante su gestión en el Ministerio de Salud, que es el Remediar, está siendo brutalmente disminuido: "muestra hoy dificultades terribles en los medicamentos cuando era un programa que tenía una distribución universal y un costo-efectividad como pocos". Según el ex embajador en Chile, el ministerio tiene más de 5 mil millones de pesos sin ejecutar, con lo cual es difícil que lo haga antes de fin de año, y no hay medicamentos para el Remediar ni reactivos para el VIH. Hay un abandono de muchas cosas que luego de 14 años eran habituales tenerlas y así se lesiona la única capacidad que tiene el pobre de incorporación al mercado que es su salud, su trabajo".

Health Consulting
Pediatric Care

COMPROMISO SOCIAL Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Pediatric Care, la empresa de salud líder en Atención Médica Domiciliaria, y su división tecnológica, Health Consulting, brinda los siguientes servicios para empresas del sector:

- **Desarrollo de software**
- **Análisis y gestión de costos**
- **Medicina legal**
- **Auditorías médicas**

Rondeau 2520 5to A y B
(1262) C.A.B.A. - Buenos Aires - Argentina
Tel: +5411 3528 1700
www.pediatriccaresrl.com
pediatriccaresrl@pediatriccaresrl.com

DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN PERMANENTE
PROPUESTAS 2017

CAPACITACIÓN PRESENCIAL Y SEMIPRESENCIAL

CURSO DE ACTUALIZACIÓN "ACCESO A MEDICAMENTOS Y PROPIEDAD INTELECTUAL"

CURSO DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO. TEORÍA Y PRÁCTICA PROFESIONAL. NIVEL 1

DIPLOMATURA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. NIVEL 2

CURSO DE AUDITORIA Y GESTIÓN ODONTOLÓGICA

PROGRAMA INTENSIVO DE CONDUCCIÓN DE INSTITUCIONES DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE COSTOS EN SALUD. HERRAMIENTAS PARA MEJORAR SU CONTROL Y REDUCIRLOS

DIPLOMATURA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN EL FUERO LABORAL-CIVIL-PREVISIONAL. MEDICINA LEGAL DEL TRABAJO

DEPORTE Y DISCAPACIDAD: PROGRAMA INTENSIVO DE CAPACITACION EN DEPORTE ADAPTADO CON APLICACIÓN EN EL CAMPO DEPORTIVO RECREATIVO Y COMPETITIVO

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

FACTURACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICO-ASISTENCIALES. AUXILIAR DE AUDITORIA MÉDICA

GERENCIAMIENTO DE AUDITORÍA DE PRESTACIONES PARA LA DISCAPACIDAD

GESTION DE UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS

CURSO DE INGLÉS

DIPLOMATURA EN MEDICINA SEXUAL

RELACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CON LOS/AS PACIENTES

HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN EN SALUD MATERNO-INFANTIL DE LA MUJER Y LOS/AS ADOLESCENTES

SEGURIDAD DE PACIENTES Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

CURSO/TALLER: ¿CÓMO OBTENER FONDOS PARA PROYECTOS DE SALUD?

CAPACITACIÓN VIRTUAL

ACTUALIZACIÓN EN BIOÉTICA

AUDITORÍA INTEGRAL Y GESTIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

CURSO DE HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

DIPLOMATURA EN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

DIPLOMATURA EN BIOÉTICA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA

DIPLOMATURA EN BIOÉTICA CON ORIENTACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

DIPLOMATURA EN BIOETICA CON ORIENTACION EN INVESTIGACION

DIPLOMATURA EN PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

PLANIFICACIÓN EN SALUD, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS

PROYECTOS ORIENTADOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS HUMANOS

25 AÑOS ISALUD 1991-2016

5239-4000
www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar

11 5889-8367

Utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios
Un estudio de casos

Coordinador
Lic. Tomas Augusto Pippo Briant (MSAL-DES)

Investigadores
Lic. Juan Ignacio Altuna (MSAL-DES)
Dr. Maximiliano Derecho (ISALUD)
Dra. Susana Gallo (MRECIyC)
Dr. Andrés Glikson (MSAL)
Dr. Alvaro Herrero (ISALUD)
Dr. Pedro Kremer (MSAL)
Mg. Martin Langsam (ISALUD)
Lic. María Eugenia Pérez Ponsa (MSAL-DES)

El presente artículo resume los resultados de la investigación multicéntrica realizada con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría ECM, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. Este trabajo obtuvo una mención en el 2da Edición de los Premios Observatorio de Salud 2015, otorgados por la Facultad de Derecho de la UBA y por lo tanto será publicado en su totalidad próximamente.

Los autores agradecen a Juan Saubidet (ISALUD) por su colaboración en el proceso de recolección y análisis de la información, como así también al personal de los juzgados consultados por su amabilidad y profesionalismo a la hora de brindar dicha información. Agradecen también a la Dra. Claudia Madies (CEDSABIO, ISALUD) por la revisión final del documento y sus valiosos comentarios y aportes.

1. Introducción

El pleno ejercicio del derecho a la salud, consagrado en nuestro país con jerarquía constitucional a través del reconocimiento de tratados internacionales, brinda a ciudadanos y extranjeros un marco de garantía sobre la prestación de bienes y servicios sanitarios cuyo acceso y cobertura conlleva la responsabilidad del Estado y de las instituciones que componen el sistema de salud.

La evolución permanente de la oferta de prestaciones, debido a la dinámica tecnológica del sector, es empujada por una demanda en apariencia ilimitada, dada la naturaleza también dinámica de la situación epidemiológica y la generación de "nuevas necesidades" inducidas por la oferta de soluciones nuevas a problemas de larga data.

En un contexto de recursos limitados, la sustentabilidad de cualquier sistema de salud requiere la búsqueda de fórmulas que racionalicen la oferta de prestaciones elegibles, a través de mecanismos de priorización, desde los más formales, sustentados en leyes y reglamentos, hasta los completamente informales. En cualquier caso, no existe en este mundo un sistema de salud que cubra financieramente todas las necesidades de toda la población.

En este contexto, la posibilidad de recurrir a instancias judiciales para acceder a servicios de salud que se encuentran (o no) dentro de las posibilidades de cobertura explícita (si las hay) o "estándar" (si son las habitualmente prestadas), representa una herramienta legítima y necesaria para garantizar que se cumplan los derechos de las personas. Sin embargo, el abuso o uso inadecuado y oportunista de herramientas de este tipo, puede poner en riesgo las estrategias de planificación y la provisión de los servicios sanitarios indispensables, al mismo tiempo que se profundizan las inequidades subyacentes en la provisión de bienes y servicios de salud por el desigual acceso efectivo al sistema judicial.

La planificación en la definición de cobertura de los programas, sea dicha cobertura explícita o no, fortalece los procesos de compra y distribución de bienes y servicios mejorando la eficiencia del sistema y permitiendo ampliar o mantener la cobertura y calidad. Las decisiones no programadas en general derivan en mayores costos, improvisación en la distribución y uso irracional, generando ineficiencias indeseables con impacto

negativo en los presupuestos de las instituciones y en la calidad de los bienes y servicios prestados.

Muchas de las indicaciones médicas que sustentan su cobertura financiera a través de fallos judiciales representan contingencias que no se encuentran contempladas en los presupuestos de cada institución financiadora. La obligada reprogramación del presupuesto genera efectos sobre la planificación del resto de las actividades, afectando compromisos asumidos y requiriendo la reasignación de recursos, limitando la prestación de otros bienes y servicios inicialmente considerados.

Resulta evidente el efecto distorsivo que provocan las decisiones no programadas sobre la eficiencia en la gestión y administración de recursos. Sin embargo, el orden causal puede ser otro, ya que también es cierto que una mala programación o una ineficiente gestión puede ser la causa que deriva en los reclamos y las posteriores decisiones judiciales. En cualquier caso, ambas afirmaciones resultan válidas, ya que si bien la vía judicial puede ser muy eficaz al corregir injusticias, no deja de ser una medida ineficiente desde la perspectiva de la asignación de recursos escasos (ya que una "buena programación y gestión" lo haría *ex ante* y a un menor costo).

El efecto de las medidas adoptadas en sede judicial puede observarse a través de múltiples dimensiones que van desde la protección o vulneración de derechos -individuales o colectivos- hasta el efecto sobre los recursos de los financiadores y su impacto en la provisión de bienes y servicios.

El estudio presenta un abordaje de tipo exploratorio a partir del cual se pretende ampliar el conocimiento en relación con la utilización de instrumentos judiciales para la obtención de prestaciones sanitarias (bienes y servicios), y sus implicancias socioeconómicas. Se incluye un estudio de casos donde fueron analizados los recursos de amparo presentados (o que se mantenían en proceso) durante el año 2014, los cuales fueron caracterizados en base a un conjunto de variables seleccionadas previamente.

2. Marco teórico: el derecho a la salud

La Constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS) establece que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (OMS, 1946).

El derecho a la salud es "un derecho inclusivo que no sólo se extiende a una apropiada y oportuna atención de salud sino que también a los principales factores determinantes de la salud, tales como el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda, a condiciones sanas de trabajo y medio ambiente, y el acceso a educación e información relacionada con la salud" (PIDESC, 2011).

La Constitución Nacional (CN) Argentina no hace referencia explícita al derecho a la salud. Luego de sus reformas, la CN reconoce en el art. 42 el derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios, en la relación de consumo, a la "protección de la salud y seguridad"; en el art. 41 se expresa el derecho a un ambiente sano; y en el art. 14 bis el Estado garantiza los beneficios de la seguridad social para los trabajadores.

Sin embargo, pese a la ausencia de mención explícita, el derecho a la salud se consagra con jerarquía constitucional en la Argentina a través de la adopción de tratados internacionales. El art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (con jerarquía constitucional Art. 75 inc. 22 CN) expresa que "los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Por otro lado el derecho a la vida está expresamente protegido en cinco instrumentos:

1) Declaración Universal de Derechos Humanos
2) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
3) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
4) Convención Americana de Derechos Humanos
5) Convención sobre los Derechos del Niño.

Una vez reafirmado el derecho los Estados deben *respetar* (abstenerse de interferir en el disfrute del derecho), *proteger* (impedir que otras personas interfieran en el disfrute del derecho) y *realizar progresivamente* (adoptar medidas apropiadas con miras a lograr la plena efectividad del derecho) hasta el máximo de los recursos que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales[1].

La promoción, prevención y atención de la salud tampoco es materia "explícitamente" reservada o delegada por las jurisdicciones subnacionales en la CN. Carnota señala la concurrencia entre niveles de gobierno en tal responsabilidad. Las provincias y CABA ejercen autónomamente todos los poderes y funciones de promoción, prevención y atención de la salud, contando bajo su órbita con la mayor parte de los establecimientos efectores públicos, pero el Estado Nacional conserva un rol de rector y garante final en el cumplimiento de esas obligaciones.(Carnota, 2011).

En términos de regulación específica sobre coberturas explícitas, el Programa Médico Obligatorio (PMO)[2], establece una canasta prestacional mínima de cobertura obligatoria para las Obras Sociales Nacionales (OSN) y las empresas de medicina privada (EMP)[3]. El PMO incorpora un conjunto amplio de prestaciones y además resulta en una regulación dinámica, ya que prevé su actualización para la incorporación o baja de tratamientos[4]. Si bien existen normas que actualizan las prestaciones incluidas en el PMO (la Ley 26.862 de 2013 sobre reproducción medicamente asistida, la Ley 26.796 de 2012 incorpora la vacuna BCG, la Resolución 102/2011 del Ministerio de Salud que incorpora la detección y diagnóstico de celiaquía y la Resolución 742/2009 sobre prestaciones básicas de obesidad, entre otras), existen otras normas que sin hacer inclusiones en el PMO obligan con igual o superior jerarquía legal nacional a los agentes de seguros de salud (y, según corresponda, a otros no comprendidos en las Leyes 23.660 y 23.661) a brindar cobertura para tratamientos tales como los incluidos en la Ley 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, entre otras.

1 Clausulas sobre la realización progresiva en otros tratados de Derechos Humanos de Naciones Unidas corresponden al art. 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño y al art. 4 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

2 Resolución 1991/2005 del Ministerio de salud de la Nación y modificatorias.

3 Obliga a los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en las Leyes 23.660 y 23.661 los organismos que brinden cobertura asistencial al personal de los gobiernos provinciales, al personal militar y civil de las fuerzas armadas y de seguridad o al personal del Poder Legislativo de la Nación no se encuentran obligados, pudiendo optar por su incorporación total o parcial mediante los correspondientes convenios de adhesión.

4 El art. 2° de la resolución 1714/07 señala que el "…Ministerio determinará el mecanismo de actualización que se sustente en análisis sistemáticos y pormenorizados de cargas de enfermedades y de la medicina basada en la evidencia, permitiendo tomar decisiones adecuadas respecto a la incorporación y/o baja en el catálogo de prestaciones incluidas en el Programa Medico Obligatorio".

2.1 Tensión entre el derecho individual y el colectivo

En ciertas ocasiones existe una contradicción insalvable entre los intereses del paciente y los del conjunto de la sociedad, entre los intereses individuales y los colectivos.

Tal como lo señala Franco (2013) cuando una sociedad trata de dar respuesta a una de las necesidades básicas de sus integrantes individuales y colectivos, como es la salud, se activan principalmente cuatro áreas del saber y del quehacer social, que se encuentran estrechamente relacionadas. En primer lugar, el propio campo de la *salud*. Es decir, la manera como se entiende y se atiende el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto; las condiciones que hacen posible y aquellas que dificultan o imposibilitan la vida digna, y los distintos mecanismos y procedimientos mediante los cuales las instancias e instituciones sociales participan en la generación del bienestar, la prevención y atención de las enfermedades y el enfrentamiento de la muerte. El segundo territorio implicado es el de la *economía,* el campo de la producción, distribución y apropiación de la riqueza; de la asignación de un valor monetario a los bienes y servicios relacionados con la salud, a la propiedad y la compraventa de dichos bienes y servicios, y a los márgenes de ganancia permitidos en esas transacciones.

Cuando se incluyen criterios para decidir inclusiones y exclusiones, escalas valorativas, derechos y deberes subjetivos, márgenes de libertad, responsabilidad y autonomía, niveles de prioridad, posesiones y expropiaciones, y límites de ganancia, se entra de lleno en el terreno de la ética. Por último, como se tratan de opciones y decisiones sociales, mediadas por el Estado, con participación de ciudadanos, sujetos de derechos y deberes, dentro de una intrincada red de intereses y lucha de poderes, la salud sucede inexorablemente en el escenario *político*.

Sería entonces desacertado, a la hora de abordar esta problemática, desconocer cualquiera de las dimensiones enunciadas, así como no reconocer las íntimas y complejas relaciones que existen entre ellas. Buena parte de las tensiones que viven y los problemas que enfrentan los diferentes modelos de salud y seguridad social en Argentina y el mundo, tiene sus raíces en el desconocimiento de una de estas dimensiones o en la sobrevaloración, en ocasiones excesiva, de una cualquiera de ellas.

2.2 Acceso a la salud y acceso a la justicia

El acceso a la salud se encuentra determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario, la utilización de los servicios y la satisfacción de las personas. Pero el acceso también está determinado por variables socioeconómicas, es decir las condiciones la educación, trabajo, medio ambiente, ingresos, etc. (Aday, 1974).

El acceso a la atención sanitaria es el resultado de la interacción entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda. Por ello, reconociendo que los recursos son limitados, todo sistema de salud debe resolver el problema de la satisfacción de las necesidades asistenciales y asignación de los recursos entre diversas personas o grupos sociales (Mushkin, 1999).

El reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales impone la creación de mecanismos judiciales que garanticen a su titular la posibilidad de reclamar ante una autoridad judicial. Pero la exigibilidad del derecho al acceso a la salud se encuentra vinculada con el efectivo acceso a la justicia. En este sentido, la desigual situación socioeconómica de las personas se refleja en un desigual acceso a los tribunales (Abramovich y Pautassi, 2008).

La discriminación en el acceso a la justicia no es sólo económica, sino sociocultural. Algunas de las barreras identificadas como comunes a los grupos sociocultural y económicamente desaventajados son: *falta de información* de los ciudadanos respecto de los derechos de los que son titulares y los procesos e instituciones disponibles para su ejercicio; *costos económicos* vinculados al litigio (abogado, tasas judiciales[5]); *demoras y formalismo* excesivo en los procesos; *causas geográficas* (particularmente en poblaciones rurales o en grandes extensiones urbanas, que derivan en la imposibilidad de las personas de acceder a tribunales o a las oficinas donde se brindan servicios jurídicos) (Gargarella, 2004).

3. La judicialización de la salud

La judicialización de la salud resulta en un nuevo fenómeno que ha despertado inquietud en numerosos estudios tanto a nivel regional como mundial. Sin embargo, al analizar el estado del arte del objeto de estudio, se observa que no existe un consenso valorativo entre los trabajos analizados. Una parte de la literatura existente define al fenómeno de judicialización como una legitima respuesta ciudadana frente a las fallas de los Estados, que evidencia las limitaciones de las políticas sanitarias y la necesidad de actualizar los programas sanitarios y las guías clínicas (Asensi, 2010; Machado, 2011; Vianna, 2002; Ventura et al, 2010). Por otro lado un importante grupo de autores con una visión negativa de este proceso, señalan que la judicialización introduce distorsiones en la implementación de políticas públicas comprometiendo la sustentabilidad de los sistemas forzando una ineficiente asignación de recursos limitados (Hogerzeil et al, 2006; Leite et al 2009; Cubillos et al, 2012).

Más allá de las diferentes apreciaciones, todos los estudios coinciden en que en las últimas dos décadas se han incrementado considerablemente los reclamos ante los tribunales de justicia por litigios relacionados con la prestación de bienes y servicios sanitarios (Uprimmy Yepes, 2007; Ferraz, 2009; Vargas-Peláez et al, 2014).

La literatura sobre la temática desarrolla diversos factores vinculados al crecimiento de las demandas radicadas ante los tribunales de justicia como medio para asegurar el acceso a tratamiento y medicación, a la cobertura de las obras sociales y planes privados de salud, y a cobertura de diagnósticos y tratamientos específicos. Los tribunales han tenido que expedirse en casos en los que se reclamaban tanto obligaciones positivas por parte del Estado (por ejemplo, el acceso a medicamentos y tratamiento terapéutico) como obligaciones negativas (por ejemplo, la prohibición de rescisión arbitraria de un contrato de medicina prepaga). Los litigios son contra el Estado y contra demandado privados se trate de obras sociales como de EMP.

Tal como lo demuestran dichos estudios, este incremento de los recursos de amparo y otras acciones en el ámbito judicial, han repercutido significativamente en el gasto en salud. Incluso existe evidencia empírica que demuestra que en una cantidad considerable de los litigios el costo de la acción judicial resultó ser mayor al costo de los servicios demandados (Nieto y Arango, 2009). La solicitud individual podría también potencialmente provocar distorsiones sobre el sistema de salud, si los tribunales al asegurar determinadas prestaciones o coberturas no consideran el impacto de sus decisiones sobre el conjunto del sistema, o no valoran adecuadamente las consecuencias de los compromisos presupuestarios

5 Es menester señalar que, si bien debe ser debidamente requerido, existe la posibilidad de acceder al beneficio de litigar sin gastos y de disponer de asesoramiento legal gratuito.

que conllevan sus fallos. Los costos adicionales en que incurre el sistema de salud debido a las acciones judiciales individuales estarían por encima del costo que representaría suministrar el servicio reclamado por vía ordinaria. Estudios realizados en otros países de la región indican que, en promedio, no menos de un 50% adicional al costo que representan los servicios de salud debe invertir el Estado para lograr que se materialice el derecho a la salud en los casos tutelados (Reveiz et al, 2013).

3.1 Los amparos en salud: aspectos positivos que facilitan su accesibilidad

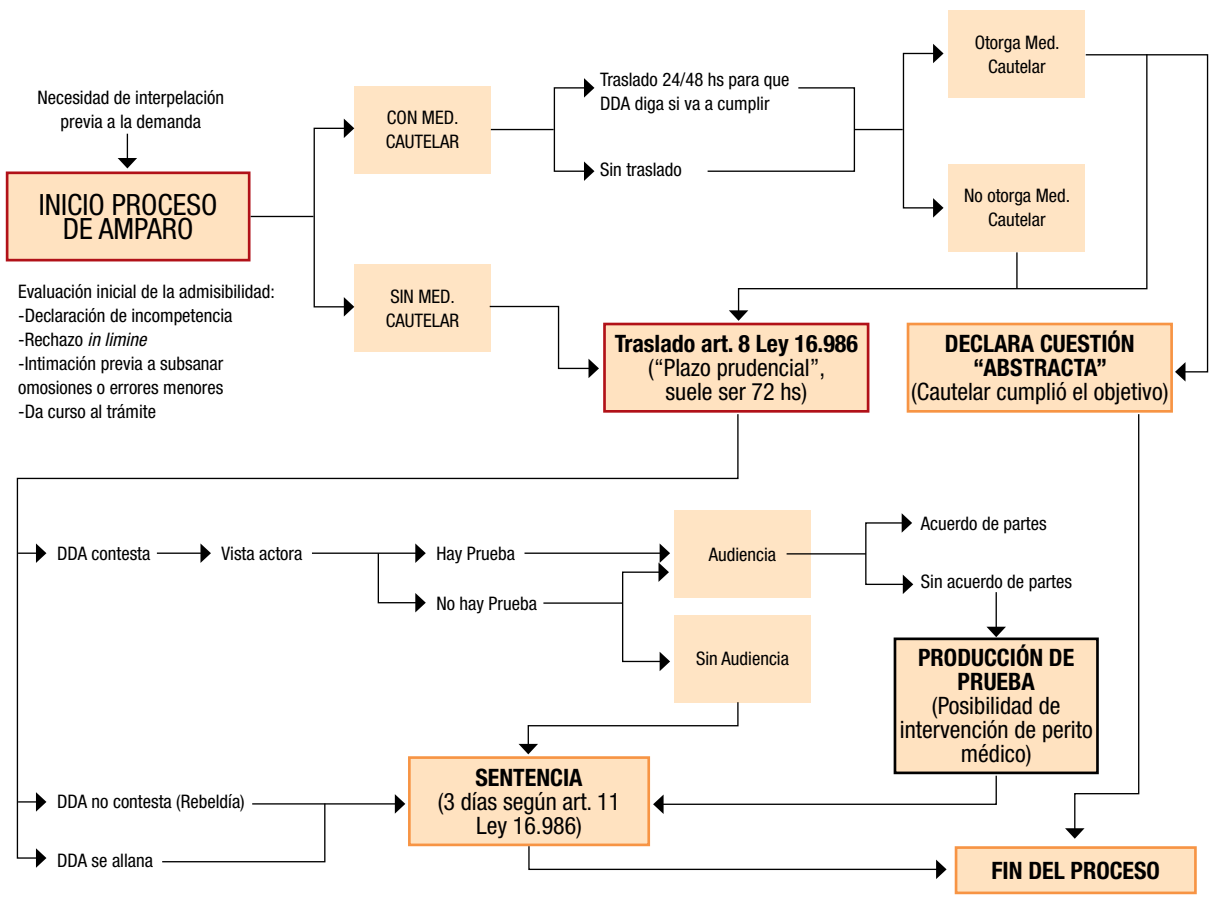
En Argentina el punto de inflexión de los amparos de salud se produjo a partir de la reforma constitucional de 1994, por cuanto antes de esta fecha no estaba garantizado *en modo expreso el derecho a la vida,* y como despliegue de este género el *derecho a la salud*. Por su parte, la doctrina de la Corte, sin decirlo, fue perfilando la creación de un tipo de amparos, conocidos como los *"amparos de salud"* al diferenciarlos del resto de pretensiones encauzadas por esta vía, *atenuando las condiciones de admisibilidad, por la gravitación y trascendencia de los valores en juego*[6]. Desde un punto de vista procedimental, la acción de amparo está normativamente contemplada como un proceso expedito, rápido y simplificado, a través del cual se da debido resguardo a derechos constitucionalmente protegidos que se encuentran restringidos o amenazados en su goce o ejercicio, y respecto de los cuales no existe un medio judicial más idóneo para su protección. A partir de la reforma constitucional de 1994 (cfr. art. 43 CN), quedó claro que no requiere del agotamiento previo de otras instancias administrativas y/o judiciales (Sammartino, 2013). El desarrollo del procedimiento de amparo de salud puede esquematizarse como se muestra en el gráfico nº 1.

Resulta particularmente interesante la relación entre la concesión de medidas cautelares y la satisfacción de la pretensión objeto del proceso de amparo. En este sentido, corresponde señalar que, como se dijo, el proceso de amparo constituye un procedimiento rápido y expedito, aunque no deja de ser un proceso de conocimiento sometido al principio de "bilateralidad" que reconoce la existencia de dos partes contrapuestas y salvaguarda el derecho a ser oída de la demandada. Por el contrario, las medidas cautelares se dictan, por definición, "inaudita parte", esto es, sin dar intervención a la parte contraria a la que las reclama. Algunos autores señalan la frustración del amparo en la práctica como medida rápida y la evolución de la práctica tribunalicia, evidenciada en los casos relevados, que permite advertir, en la generalidad de los casos, que el proceso de amparo es iniciado conjuntamente con una medida cautelar. De esta manera, a partir de la obtención de esta última, se busca obtener un anticipo de respuesta favorable a la pretensión de fondo de manera rápida y en tiempo oportuno. Muchas veces, el objeto de la medida cautelar se confunde con la pretensión

6 CS, 15/03/00 López, Miguel E. v. Prov. de Buenos Aires y Estado Nac. s/ Amparo".

Gráfico n° 1

Esquema del proceso de amparo de salud



Fuente: elaboración propia

de fondo del proceso (lo que ha dado lugar a que se hable de medidas "autosatisfactivas" o denominaciones similares[7]), lo que en la práctica termina condicionando el resto del trámite del amparo y relativizando sus plazos "teóricamente" exiguos y expeditos (Berizonce, 2010). En efecto, al obtener *ab initio* una solución favorable a la pretensión de fondo (formalmente provisoria pero de difícil o imposible retractación posterior), el actor pierde interés en el impulso de las siguientes etapas del proceso. Particularmente para el caso en que resulta imposible quitar al beneficiario la prestación ya brindada (por ej. un medicamento ya consumido, una asistencia profesional ya brindada, una transfusión sanguínea, etc.), luego de obtenida la medida cautelar, se declara abstracta la pronunciación sobre el fondo del asunto, por cuanto carece de sentido expedirse sobre la procedencia o no de conceder determinada prestación cuando la misma ya fue recibida por el paciente y se agotó su cumplimiento (la sentencia sólo podría tener efectos a futuro).

Otra característica de este "tipo" de amparos es la posición del Estado Nacional, y en su caso de las autoridades locales, como *garantes del servicio de la salud*, que no se limita a un deber de control de cumplimiento de normas programáticas sino que exige de estas autoridades acciones positivas que operativicen los principios y derechos constitucionales en juego y los compromisos internacionales asumidos.

4. Metodología

Debido a que se trata de una problemática nueva y escasamente analizada, el presente estudio es de carácter exploratorio. El objetivo es brindar herramientas y nuevos datos que contribuyan a definir el problema, establecer hipótesis, sin pretender establecer conclusiones generales ni definitivas. Metodológicamente se llevo adelante una articulación de estrategias cuantitativas y cualitativas (Maxwell, 1996). La perspectiva cualitativa se desarrolló a partir de entrevistas a informantes clave (académicos expertos en la materia, abogados con experiencias en la presentación de amparos en salud y responsables de distintos ámbitos del poder judicial, sobre todo del fuero civil y comercial). Por otro lado se realizaron entrevistas semiestructuradas a algunos Secretarios de los Juzgados de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal (CNACCF). Finalmente fueron consultadas diversas fuentes secundarias como: legislación nacional y provincial, documentos de diversos organismos oficiales, bibliografía específica sobre el tema, investigaciones académicas, etc. La perspectiva cuantitativa fue desarrollada a partir de la sistematización de la información surgida de los expedientes judiciales relevados. Este análisis fue completado con la estimación de costos de algunas prestaciones reclamadas en los amparos.

El universo de estudio de la presente investigación son los litigios iniciados por particulares, en sede judicial de la CABA del fuero Civil y Comercial Federal, por solicitud de prestaciones, acciones u omisiones relacionadas con el derecho a la salud. Por razones prácticas se utilizó una muestra de conveniencia. La misma se obtuvo mediante el acceso a un extracto de la base de datos de casos seleccionados de la CNACCF. Dicho extracto, gestionado a través de la Oficina de Asignación de Causas de dicha Cámara, contiene los datos básicos de 5.869 expedientes cuyo objeto principal es "amparo de salud" realizados entre enero de 2011y diciembre de 2014.

La información básica registrada para cada caso incluye, entre otros, los datos identificatorios del expediente como así también del actor demandado, el juzgado interviniente, y la fecha de inicio del trámite. A partir de esta base de "amparos de salud" y de los contactos establecidos con una selección aleatoria de las 22 Secretarías que contiene dicha Cámara, se procedió a extraer 300 expedientes iniciados en el año 2014 o que habiéndose iniciado con anterioridad aun se encontraran abiertos. Cabe destacar en este punto que el sistema de asignación de causas entre los juzgados de la misma Cámara es secuencial, es decir, ingresan los expedientes de manera consecutiva en cada juzgado, esto confiere a la muestra una mayor significatividad, a pesar de no haber sido construida de manera aleatoria. La base final fue conformada por 210 expedientes. El criterio de inclusión, en todos los casos, fue que se tratara de un amparo de salud y que el mismo tuviera una resolución parcial o total del reclamo. Para la sistematización de los datos fue confeccionada una grilla que permitió caracterizar los recursos de amparo según un conjunto de variables seleccionadas.

Una vez completado este trabajo, se realizaron algunas estimaciones económicas que permitieron ilustrar las implicancias socioeconómicas de los casos analizados.

5. Principales resultados

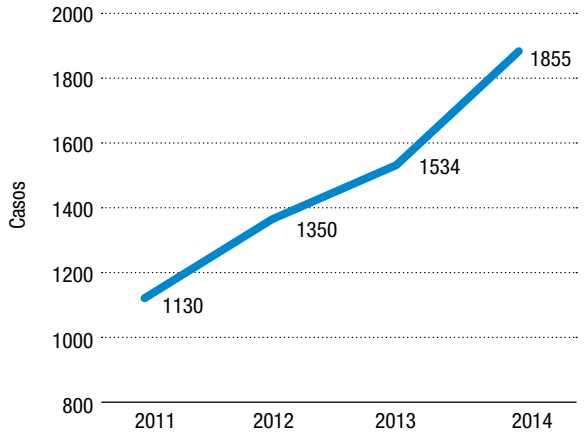
Durante el período 2011-2014 se presentaron 5.869 recursos de amparo de salud en Tribunales radicados en la Ciudad de Buenos Aires del fuero Civil y Comercial Federal. Se aprecia un creciente aumento de los reclamos en dicho período, con la mayor cantidad en año 2014. Entre 2011 y 2014 la cantidad de amparos presentados aumentó un 64%.

Por otro lado se categorizó este listado según la variable "Subsector del sistema de salud demandado". Los resultados muestran que los amparos contra OSN y EMP representan el 78,6%. En la interpretación de estas cifras, debe tenerse en cuenta que los datos corresponden a las causas iniciadas en la CNACCF situada en CABA, por ello, es posible que los resultados de la distribución de los casos según subsector de salud se encuentre asociado al nivel y el tipo de cobertura de salud de la población del área de referencia. En este sentido, es pertinente señalar que el 84,7% de la población de la CABA cuenta con algún tipo de cobertura

Gráfico N°2

Evolución de los amparos por derecho a salud (2011-2014)

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal



Fuente: elaboración propia en base a información de la CNACCF.

7 Berizonce (2010) señala que "la CSN ha preferido considerarlas como medidas cautelares típicas o innominadas, aplicando el art. 232 CPCN, descartando la categorización de "autosatisfactivas".

explícita[8]. Un análisis más exhaustivo, incorporando tribunales de jurisdicciones que reflejen la situación de otras áreas debería conducirse para ampliar el alcance de las conclusiones.

La tabla n°1 presenta los amparos clasificados por subsector de salud demandado.

En el 3% de los casos, la demanda se efectuaba contra más de una institución. No fue posible identificar en esta base a los codemandados ya que los mismos figuran como "otro", pero según fuera informado por los informantes clave, suele ser el Estado Nacional en su carácter de garante último del derecho a la salud. A fin de complementar el análisis con la información disponible, fueron identificados los abogados que patrocinaban los amparos presentados, observándose que un grupo de cinco profesionales concentró el 19% de las causas. Asimismo se advierte que por lo general cada uno de estos profesionales se "especializa" en una obra social o prepaga en particular. Esto lleva a otro tema relevante que escapa al objeto de estudio y requiere mayor análisis: el rol de los abogados en los procesos de judicialización de los reclamos vinculados a la salud y su relación con los pacientes, asociaciones de pacientes, empresas y/o sectores industriales, etc.

De los 210 casos finalmente elevados, la mayoría se iniciaron contra EMP (43,3%); OSN (38,6%); Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-PAMI (10%); Estado Nacional (2,9%); Obras Sociales con leyes específicas (3,3%) y Obras Sociales Provinciales (1,9%). El 8,1% de las demandas fueron presentadas contra más de una institución, donde el Estado Nacional fue el principal codemandado, seguido por OSN (en los casos donde se realizaba derivación de aportes a una EMP).

La mayoría tuvieron un único demandante, salvo un grupo de demandas realizadas por parejas (1,9%). El 55,2% de las causas fueron iniciadas por mujeres. El 22,4% de los pedidos eran para personas menores de 18 años; 22,9% para personas de 18 a 50 años; 20,5% de 51 a 70 años y 18,1% para personas de 71 años o más y un 16,2% de casos donde no fue posible especificar la edad. Sólo dos amparos fueron iniciados por personas de nacionalidad extranjera.

El tipo de cobertura del demandante presenta números similares a los de subsector demandado: 42,9% tiene cobertura de una EMP; 39% de OSN; 10% del PAMI; 3,8% de Obras Sociales con ley específica; 2,9% cobertura pública y/o plan o seguro público y 1,4% de Obra Social Provincial.

Los problemas de salud de los demandantes estaban asociados, principalmente, a algún tipo de discapacidad (67,6%), infertilidad (10,5%) o enfermedades oncológicas (7,1%).

El 84,3% de lo reclamado en los amparos cuenta con algún tipo de garantía o cobertura explícita[9]. El 12,8% de las prestaciones reclamadas no cuentan con garantías explícitas (destacándose que en un sólo caso el juez falló a favor del demandado). Un 2,9% de los casos no pudo clasificarse por falta de información.

La causa por la cual se inició el amparo se clasificó en cuatro categorías. La mayor cantidad fue por "denegación de cobertura al 100%" del costo de la prestación solicitada (58,6%), seguida por "problemas de afiliación/reafiliación" (19%) y "denegación de cobertura parcial" (13,3%). El resto de los amparos (9%) fueron por "otras causas" (rechazo del demandante de la prestación o prestador que ofrece como alternativa el financiador; demoras en la prestación; exclusión de prestadores de la cartilla durante un tratamiento; etc.).

La intervención de peritos médicos o forenses fue otro aspecto relevado para identificar el grado de intervención como órgano de consulta y asesoramiento en la resolución de estas causas. De las entrevistas realizadas a los Secretarios de juzgados se desprende que no existe un único criterio para solicitar un peritaje médico. En algunos juzgados se convoca a un profesional que se encuentre dentro de la base de peritos médicos y en otros en cambio se convoca al cuerpo médico forense que no implica regulación de honorarios. A pesar de esto, se observó que sólo en el 7,6% de las demandas hubo participación de un perito médico o forense.

Con respecto al resultado del fallo en 1ª instancia, en el 79% de las causas los jueces dieron lugar al pedido y en el 7,6% dieron lugar al pedido en forma parcial, en conjunto equivalen al 86,7% de los casos con fallo favorable al demandante. En el 6,7% de los casos se denegó el pedido y en un 2,9% se llegó a un acuerdo entre partes. El resto de los casos se tornaron abstractos, aún con fallo favorable, por fallecimiento del demandante.

5.1 Caracterización según objeto de la demanda

En los casos analizados se detectaron diversas solicitudes que fueron clasificadas de acuerdo a las categorías que se observan en la tabla n°2. En estos casos se constató que se solicitaba un sólo objeto, como puede ser un medicamento, o bien un conjunto de prestaciones como por ejemplo una internación con rehabilitación y medicación. En dicha tabla nº 2 se presentan los porcentajes correspondientes al objeto de demanda.

Medicamentos

Los reclamos por medicamentos fueron unos de los principales objetos de la demanda. El 21% de los casos analizados correspondieron a medicamentos, cifra que puede ampliarse si se considera que reclamos como

Tabla n°1

Amparos de salud según subsector demandado (2011-2014)

Subsector del Sistema de Salud demandado	Casos	%
MSAL de la Nación/Estado Nacional	210	3,6
MSAL Provincial	6	0,1
Obra Social Nacional	2222	37,9
Obra Social Provincial	143	2,4
Obra Social con ley específica	235	4,0
INSSJyP	556	9,5
EMP, Mutuales y Asociaciones Civiles	2386	40,7
Otros (ART, etc.)	63	1,1
Ns/Nc	48	0,8
Total	5869	100

Nota: la Obra Social de la CABA fue categorizada como obra social provincial y con igual criterio cuando la presentación se hizo contra el Gobierno de la CABA, la opción fue "Ministerio de Salud Provincial". La categoría MSAL y Estado Nacional incluye las presentaciones realizadas contra un organismo estatal nacional (Ej. MSAL, Ministerio de Desarrollo, Ministerio de Defensa, Poder Ejecutivo Nacional, Estado Nacional, etc.)

Fuente: elaboración propia en base a información de la Cámara Nacional de Apelaciones en los Civil y Comercial Federal

8 Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Segundo trimestre de 2015, aglomerado urbano Ciudad de Buenos Aires.

9 A los fines del análisis se incluyó en esta categoría, como garantías explícitas y normatizadas, lo explicitado en el catálogo de prestaciones del PMO (Anexos Res. 201/02); lo referido en leyes específicas (discapacidad, fertilidad, etc.) y el listado de medicamentos y prestaciones de alto costo y baja incidencia del Sistema Único de Reintegros -SUR- (Res. 1048/14) para los Agentes del Seguro de Salud.

los de fertilización asistida, las cirugías y las internaciones en general incluyen el tratamiento con medicamentos.

Es frecuentemente analizado como causa de rechazo de cobertura y de posterior reclamo judicial la práctica de prescripción denominada *"off label"* o "fuera de prospecto". Se conoce de este modo a la práctica en la cual el profesional médico prescribe un medicamento para una indicación que no se encuentra incluida en su respectiva ficha técnica o prospecto aprobado por la autoridad sanitaria con competencia, en el caso de Argentina, la ANMAT. Una práctica diferente es la llamada prescripción "por uso compasivo" la cual aplica sobre los medicamentos cuya comercialización no se encuentra autorizada por el procedimiento general, pero vía trámite para uso individual y bajo determinadas circunstancias, se autoriza su prescripción y/o importación.

La legislación Argentina prohíbe expresamente la prescripción de medicamentos no autorizados por la autoridad sanitaria (Art. 20 inc. 8 de la Ley 17.132[10]), sin embargo no se encuentran taxativamente definidos los límites cuando se trata de prescripciones de medicamentos aprobados para indicaciones fuera de prospecto[11] (lo que no significa que el prescriptor se encuentre exento de responsabilidades). La importación de productos prescriptos para uso compasivo se encuentra reglamentada por la disposición 840/1995 de la ANMAT, y por tanto, si esta práctica se encuadra al marco normativo, no sería ilegal.

Para verificar la presencia de este tipo prácticas, se contrastó el diagnóstico con la ficha técnica del medicamento reclamado y se encontró que el 86,4% de los medicamentos reclamados se encontraba aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el 6,8% no se encontraba aprobado para la prescripción indicada y el 4,5% no contaba con ningún tipo de autorización (y tenía evidencia científica débil o nula). En el conjunto analizado no se identificaron casos donde mediara la autorización de "uso compasivo"[12].

Cabe aclarar que el hecho de que se trate de una prescripción de un medicamento no aprobado o aprobado para otra indicación se esgrime, en general, como argumento del rechazo de cobertura financiera y no como el objeto en sí mismo de la demanda judicial (*i.e.* el reclamo es sobre el financiamiento del medicamento y no sobre la conducta del prescriptor).

Otro tipo de reclamos son aquellos para que se financien tratamientos a ser provistos en el exterior (debidamente autorizadas en otro país) y que no se encuentran autorizados localmente. No se encontraron casos de este tipo entre los expedientes analizados en nuestro estudio.

En relación a esta problemática, y en base a lo señalado por actores del sistema, se esperaba encontrar una mayor cantidad de reclamos por productos que no se comercializaran en Argentina y que no contaran con suficiente evidencia científica. Sin embargo sólo dos casos fueron hallados: un reclamo por el medicamento Romidepsin (Istodax) para el Síndrome de Sezary, el cual ha sido aprobado por la FDA en Estados Unidos pero no en Argentina y una solicitud de un tratamiento para un paciente con síndrome carcinoide que no se encuentra autorizado en nuestro país (177-Lutecio-Octreotate).

Respecto del costo de adquisición, en la mitad de estas solicitudes fue posible estimar su valor a partir de la información disponible en el Vademécum Nacional de Medicamentos[13], en el Manual Farmacéutico (Alfa Beta)[14] y en algunos a partir del monto de reintegro, a través del SUR, como una aproximación del costo de adquisición. Los resultados de este ejercicio permiten afirmar que el 83% de los tratamientos con medicamentos costaban en promedio $59.000 con un rango entre $17.878 y $160.260, según se tratara del costo mensual de tratamiento o costo total del tratamiento. La mayoría de ellos eran para enfermedades crónicas, cáncer y enfermedades congénitas, que incluían pedidos de drogas consideradas de Alto Costo (azacitidina, interferón pegilado, adalimumab, fingolimod, gamaglobulina, axitinib y rituximab).

En el resto de los casos costeados, dos fueron por enfermedades crónicas con pedidos que implicaban un gasto mensual cercano a $3.000 y tres casos por montos entre $200 y $600. Todos ellos por medicamentos de bajo costo (aspirina, losartan, bisoprolol, atorvastatina, amoxicilina, insulina humana; acenocumarol, etc.).

La mitad de las demandas que incluían un medicamento, lo solicitaban por la marca comercial del mismo y en la totalidad de estos casos los jueces dieron lugar al pedido. Las solicitudes por nombre genérico representaron el 28% de los reclamos por medicamentos, en un 7% se solicitaba por nombre genérico y por marca comercial y en resto de las solicitudes no estaba especificado el medicamento ya que era parte de un pedido más amplio. Si bien son los médicos los obligados por ley[15] a prescribir por nombre genérico, los jueces deberían considerar la legislación vigente y fallar otorgando lo solicitado por nombre genérico.

Tabla n°2

Proporción principales objetos de la demanda (casos seleccionados)

Objeto de la demanda	% amparos
Rehabilitación	26
Medicamento	21
Cobertura/Afiliación	20
Internación	17
Otros	12
Dispositivos y otras tecnologías[1]	10
Tratamiento de Fertilización	10
Cirugía	8
Prótesis y órtesis	5
Transporte	4
Estudio diagnóstico	1

n=300

1 Se entiende por tecnología sanitaria a los medicamentos, dispositivos médicos, prácticas y técnicas médicas, prótesis, órtesis, etc.

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento de causas

Rehabilitación y discapacidad

Los litigios iniciados para rehabilitación representaron un cuarto de la muestra y las prestaciones solicitadas en esta categoría estaban asociadas a casos con algún tipo de discapacidad, al igual que los reclamos por transporte (traslado hacia la escuela y/o el lugar de las sesiones con los profesionales correspondientes), con un 4,3% de los casos.

En el 16,7% de los litigios se solicitaba internación. La mayoría de estas

10 Ley 17.132, Artículo 20. "Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina:… 8º) practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública".

11 Si bien no está taxativamente definido el marco para el caso del prescriptor, sí está normatizado el caso para la promoción de medicamentos; "… presentándolos en forma objetiva dentro del marco de sus propiedades farmacológicas, acción terapéutica e indicaciones aprobadas" .(Resolución 627/2007 del Ministerio de Salud de la Nación)

12 El 2.3% restante no pudo identificarse con ninguna de estas categorías.

13 https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/listado.zul

14 http://www.alfabeta.net/mf/

15 Ley 25.649 de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico.

solicitudes se trataba de una persona con discapacidad que reclamaba internación domiciliaria, en un centro especializado en salud mental o en un geriátrico.Cabe aclarar que las prestaciones de las categorías Rehabilitación, Transporte e Internación se encuentran incluidas en el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus valores de reintegro fueron fijados en el Nomenclador de Aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas (NASPB), de actualización periódica. El Artículo II de la Resolución 1859/2013 indica que los valores incluidos en dicho nomenclador son referenciales y no obligatorios, y esto se constituye en una causa para el reclamo por la vía de amparo. En la mayoría de los casos con estas características, las EMP y las Obras Sociales denegaban la cobertura debido a que el demandante solicitaba la prestación en una determinada institución o con un profesional en particular, pero ofrecían la cobertura o bien con prestadores de su cartilla o a través de la modalidad de reintegro a los valores establecidos en sus respectivos planes de cobertura, que no necesariamente coincidían con los incluidos en el Nomenclador mencionado.

Cobertura

Las presentaciones por problema de cobertura o afiliación representaron el 20% de los casos relevados. Este tipo de reclamo se originaba en diversas situaciones (retraso en el pago de cuota, preexistencia de enfermedades no declaradas, cuestiones administrativas) pero la mayoría fueron realizados por personas que habiéndose jubilado deseaban mantener la misma obra social. En estos casos el conflicto se originó por las diferentes normativas existentes y su posible interpretación. Por una parte, la Ley 18.610 (art. 1°) y su modificatoria (Ley 18.890), mencionan que cuando una persona se jubila puede optar por afiliarse al PAMI o continuar afiliada a su obra social y si bien estas normas se encuentran derogadas, sentaron jurisprudencia en casos similares. Por otra parte, los Decretos 292/95 y 492/95 señalan que quienes se jubilen podrán optar por afiliarse al PAMI o elegir una obra social que se encuentre inscripta en el Registro de Agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados (una vez registradas se encuentran obligadas a recibir los beneficiarios que opten por ellas y a sus respectivos grupos familiares sin condicionar su ingreso). Aunque otros artículos de estos Decretos dan lugar a otro tipo de interpretación, según se observó en los fallos. Cabe destacar que en todos los casos analizados los jueces hicieron lugar al reclamo, obligando a la Obra Social a mantener la cobertura al afiliado.

Fertilización asistida

El 10,5% de los amparos fueron presentados para reclamar la cobertura de tratamientos de fertilización asistida. En la mitad de estos casos el conflicto se originó porque el seguro de salud denegaba la cobertura ya que el actor solicitaba el tratamiento en una determinada institución no incluida dentro del listado de prestadores. Según lo señalado por los Secretarios de los Juzgados entrevistados, existen reclamos por problemas de fertilidad que se consideran "abusivos" en cuanto a lo reclamado, puesto que se solicitan prestaciones por fuera de lo especificado en la ley. Por ejemplo, congelamiento de óvulos con el objetivo de posponer la maternidad sin mediar causas médicas o la "adquisición" de semen en una institución que permite seleccionar las características genéticas del donante.

5.2 Argumentos judiciales

Los argumentos utilizados por los jueces en el dictado de las medidas cautelares y en las sentencias definitivas, tanto de 1ª instancia como de Cámara, suelen ser homogéneos. En tal sentido, se percibió una consistencia en la fundamentación y en el modo de resolver los amparos por derechos a la salud. Por lo general, los jueces tienden a conceder la gran mayoría de las prestaciones solicitadas una vez que se hayan verificado dos requisitos: (i) la constancia de un diagnóstico médico, (ii) la constancia del rechazo de la prestación solicitada por parte del financiador pertinente y (iii) el certificado médico o de discapacidad (si corresponde). En esos supuestos, los jueces tienen una marcada tendencia a otorgar los beneficios, incluso con prescindencia de los argumentos esgrimidos por los financiadores.

Los fallos abundan en consideraciones que destacan la importancia del derecho a la salud y su reconocimiento constitucional. Tal jerarquía es utilizada con frecuencia como argumento al momento de sopesar los valores en juego. Así, por ejemplo, más allá de consideraciones acerca de las regulaciones vigentes, las resoluciones judiciales tienden a señalar que el rechazo de las peticiones contenidas en los amparos pondría en riesgo la vida misma de las personas y de esa forma acarrearía consecuencias más gravosas que su aceptación, que si bien generaría un perjuicio patrimonial a los financiadores, ello no se compara con la afectación de la vida o la salud de las personas. En otras palabras, la práctica judicial sugiere que el hecho de que algunas prestaciones no estén cubiertas por el PMO o que existan dudas al respecto, no es óbice para otorgar las medidas cautelares solicitadas o las prestaciones de fondo, ya que al momento de decidir entre el perjuicio a la salud de los peticionarios y la situación patrimonial de los demandados, debe prevalecer el valor salud debido a su rango constitucional. Con frecuencia, además, las resoluciones reconocen que se genera un perjuicio patrimonial para las entidades demandas pero se indica que el mismo no es grave. Este criterio ha sido ratificado por los tribunales superiores[16].

En tal sentido, los casos analizados indican una marcada tendencia a conceder las prestaciones. El rango constitucional del derecho a la salud con su reconocimiento por tratados internacionales genera, entienden los magistrados, una obligación positiva por parte del Estado. El 95,7% de los amparos fueron acompañados de una medida cautelar; al momento del relevamiento el 62% de los mismos contaba con una resolución respecto de la medida cautelar solicitada. En la práctica, la concesión de las cautelares muchas veces torna abstractos los amparos. Pero se detectaron algunos casos donde el trámite judicial se demora debido al requerimiento por parte del juez de pericias u otros informes, como cuando se solicitan tratamiento que no están disponibles en el país. En esos casos, algunos peticionarios desisten del amparo, procediendo a cubrir los costos del tratamiento por sus propios medios, pero dejando constancia de que iniciarán acciones legales por la vía ordinaria (no mediante amparo), para obtener el reembolso de los gastos. Dado que excede el objeto de nuestro estudio, no se tiene evidencia respecto al resultado de dichas acciones legales[17].

En general, en los casos que se relacionan con leyes específicas (discapacidad, fertilización asistida, etc.) las resoluciones judiciales se centran en ellas también como piso de derechos y se complementan con jurisprudencia de Cámara y de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. En materia de fertilización, por ejemplo, también se cita con frecuencia la Ley 26.862 y más recientemente el caso "Artabia Murillo" de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

También se detectó una alta tasa de confirmación de las resoluciones

16 Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallos 323:3229; y CN Civ. y Com. Fed., Sala II, causa No. 10.194/2000 del 1/3/2001.

17 El relevamiento no incluyó este tipo de acciones, ya que son diferentes de las acciones de amparo, pero sería valioso que futuros estudios indagasen acerca de las características y los resultados de las mismas.

de las medidas cautelares y amparos. En el 89,6% de las causas que volvieron de Cámara se confirmó el fallo de 1ª instancia, en el 6% se ratificó parcialmente el fallo, agregando modificaciones, y en un 4% se rechazó la resolución de 1ª instancia. En otras palabras, los tribunales de apelación –la Cámara en lo Civil y Comercial Federal- suelen respaldar en un altísimo porcentaje de los casos, las resoluciones dictadas por los jueces de 1ª instancia.

6. Reflexiones finales

La judicialización de la salud, tal como suele denominarse, es un fenómeno creciente y con enormes implicancias para los beneficiarios del sistema de salud, los subsectores de la salud involucrados y para la sociedad en general. En este trabajo se abordó esta problemática desde una perspectiva diferente, adentrándose en un conjunto de causas para analizar y caracterizar algunas particularidades de los reclamos (porque se inicia el reclamo, quién lo solicita, qué se solicita y el resultado final de la contienda judicial, etc.).

La contribución que pretende este trabajo, presenta limitaciones por las características de la muestra seleccionada, ya que solo se relevaron Juzgados Federales del Fuero Civil y Comercial, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde la mayoría de las causas son contra OSN y EMP y donde las posibilidades de la población para acceder a la justicia como medio para obtener lo reclamado, dadas sus condiciones socioeconómicas, son mayores que en otras regiones del país. Sin embargo, los resultados del análisis permiten presentar hallazgos, que si bien pudieran ser parciales o no totalmente generalizables (por el tamaño de muestra y el sesgo de representatividad), cuestionan algunas creencias y opiniones en torno a esta problemática. **Entre los hallazgos más relevantes se destaca que una proporción importante de las demandas (84%) se sustentan en bienes y servicios que se encuentran bajo alguna tipo de cobertura explícita o mecanismo de reintegro, y en su mayoría tuvieron fallos que resultaron favorables a los demandantes.** Esta situación evidencia la necesidad de revisar y fortalecer los mecanismos para asegurar, controlar y agilizar el cumplimiento de las prestaciones a cargo de los diferentes subsectores del sistema de salud, al igual que las pertinentes vías administrativas de reclamo. Es muy probable que una estrategia aplicada por muchos financiadores consista en denegar cobertura o prestaciones, aun conociendo la legitimidad del pedido, ya que las posibilidades de que un reclamo llegue hasta la vía judicial con un amparo, son muy bajas. En un contexto judicial, los financiadores generalmente terminan otorgando lo reclamado sin demasiados reparos, ya que el objetivo de filtrar y evitar financiar ciertos pedidos fue cumplido, según señalaron algunos de los actores clave entrevistados.

En el caso de los amparos con solicitudes que no tienen cobertura/garantía explícita, el 86% de los mismos también fueron favorables al demandante. Según argumentan los jueces, la expresión “prestaciones médico asistenciales mínimas” implica que, en el caso del PMO solo fija el “piso” para los beneficiarios de las OSN y de las EMP, y por ende el derecho a la salud implica brindar todo lo necesario para el bienestar de las personas. Entre los argumentos de algunos fallos que tenían en cuenta el impacto económico de la medida, se observó en forma repetida que la cobertura del reclamo no arriesgaba la sostenibilidad financiera de la institución demandada, argumento seguramente válido, incluso en casos de alto costo, pero que no avanza sobre el impacto de la suma de los reclamos judiciales que enfrenta la misma institución.

Por otro lado, este tipo de casos podría generar efectos distorsivos, profundizando las brechas propias del sistema, por el posible desvío de recursos sin planificación para atender demandas que no son consideradas prioritarias, como si lo son las acciones de prevención y promoción de la salud pública. La planificación y definición de las prioridades de cobertura, sea explícita o no, permite fortalecer los procesos de adquisición y distribución de bienes y servicios sanitarios y aumenta la eficiencia del gasto en salud. Esto aumenta la capacidad del sistema para ampliar la cobertura y calidad de los servicios sanitarios.

En ese sentido, la decisión de la inclusión o exclusión de una determinada tecnología dentro de una cobertura, debiera estar a cargo de las autoridades sanitarias respectivas, y basándose en la mayor y mejor información y evidencia científica disponible (clínica, económica, ética, legal y administrativa), con procesos claramente definidos y establecidos y con una actualización periódica de la cartera de prestaciones, pensando en el bienestar y beneficio colectivo, en oposición a lo que ocurre cuando debe intervenir la justicia: decisiones precipitadas de cobertura individual, muchas veces sin evidencia y fundamentos científicos, por la urgencia de una necesidad puntual.

Otra problemática muy repetida, y que no responde a una prestación específica, fue la de los casos relacionados con discusiones en torno a la afiliación de las personas a una obra social o prepaga. Los casos identificados se relacionan con la práctica de desafiliar a los beneficiarios cuando se jubilan y transferirlos al PAMI, lo cual es rechazado por los afiliados solicitando mantener la cobertura. En estos supuestos, los tribunales rechazan tales traspasos sin mayor trámite. Aquí aparece un síntoma de judicialización inmediata y masiva de un tipo de práctica que bien podría ser resuelta por otras vías, evitando la intervención de los tribunales. En esa línea, se podrían potencialmente resolver muchos conflictos que derivan en demandas judiciales a través de espacios administrativos o de resoluciones de conflictos de los organismos de supervisión del sistema de salud, sin embargo en ese tipo de situaciones no se detectaron canales de diálogo o interfaces entre el poder judicial y otros actores vinculados al sistema de salud.

Otro aspecto interesante son los reclamos por medicamentos de alto costo, donde se observó, en los casos donde se pudo estimar su valor, que en promedio tenían un costo mensual de casi $60.000 y en algunos casos el tratamiento superaba los $150.000, a lo que debería agregarse también los gastos judiciales. También se destacan, unos pocos casos, por el bajo monto de lo reclamado pero con alto impacto económico final por recurrir a la vía judicial para su obtención. Superando el gasto judicial (intereses por mora y honorarios) en varias veces el costo del medicamento reclamado.

Otro hallazgo interesante es la cantidad de reclamos vinculados con algún tipo de discapacidad. Esto mismo fue advertido en algunas de las entrevistas a Secretarios de Juzgados quienes lo relacionaban con el aumento de la expectativa de vida y las patologías asociadas.Por todo lo expuesto, se aprecia que los juzgados, en general, resuelven los casos sin exigir más requisitos que el certificado médico o de discapacidad, el diagnóstico médico y la negativa del financiador. Ante la duda, la pretensión es favorable al actor sin considerar o desestimando el impacto económico que representa para el financiador y su correlativa repercusión en las prestaciones a ser brindadas a la restante masa de beneficiarios del Sistema, cuya característica definitoria es la solidaridad. La limitación de recursos, inherente a toda economía, determina que la utilización de recursos para atender una determinada prestación afecte las posibilidades de brindar otras. Además, una concesión indiscriminada de prestaciones a los pacientes que se presenten por la vía del amparo, podría introducir distorsiones en la planificación de prestaciones e inequidad para los pacientes excluidos. En este contexto, resultaría beneficioso contar con jueces capacitados que

posean una visión amplia de la cuestión y sean conscientes del impacto de sus decisiones sobre el sistema de salud. Especialmente si se tiene en cuenta la poca intervención observada aquí de peritos médicos o forenses para asesorar a los jueces en la resolución de las causas.

No obstante lo anterior, se observó que cuando existían normas oficiales que definen, por ejemplo, valores de aranceles, estas normas fueron consideradas, revelando la importancia que la generación y divulgación de información oficial, sobre la efectividad y costos, aporta sobre el sistema, minimizando las distorsiones económicas que pudiera generar la decisión judicial. En el caso de la muestra analizada, se pudo observar la concentración de causas en un fuero específico (el Civil y Comercial Federal) pero que no es exclusivo y debe atender otras cuestiones de distinto carácter y, fundamentalmente, de contenido patrimonial. Con todo, la situación en otras provincias del país se estima que puede ser aún peor, al encontrarse la competencia distribuida en diversos fueros que deben atender cuestiones diametralmente distintas y sin conocimientos específicos en la materia. Así, un desafío que debe tratar de alcanzarse consiste en la concentración del trámite de cuestiones de salud en un fuero específico, a la par que el favorecimiento de la formación de magistrados en una rama moderna del Derecho, y que ha crecido mucho en los últimos años, como es el Derecho a la Salud, de forma tal de obtener un mejor servicio de justicia.

Los casos analizados permiten apreciar que la falta de respuestas de los financiadores o de acuerdo con el demandante, impacta en el acceso a la salud de las personas pero también en la asignación eficiente de recursos de los financiadores, en muchos casos superando en forma exponencial los gastos que implicaría la prestación o cobertura en sí misma. De esta manera los litigios en el ámbito de la justicia inciden en la eficiencia asignativa provocando una reasignación de recursos y discriminando de forma negativa las acciones de prevención y promoción de la salud a favor de prácticas que en muchos casos tienen un importante impacto en términos presupuestarios. Las decisiones no programadas derivan en mayores costos, generando ineficiencias indeseables con impacto negativo en los presupuestos y en la calidad de los bienes y servicios que se deben cubrir.

Para alcanzar este objetivo sería necesario contar con un marco jurídico claro que establezca alcances y límites en la cobertura, optimizar la relación médico-paciente, establecer protocolos claros de tratamiento y fortalecer las vías de comunicación entre el sistema de salud, la población y el sistema judicial, implementar procesos de priorización justos, transparentes dinámicos y razonables, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y promover un acceso equitativo a la justicia. Asimismo será necesario establecer protocolos claros de tratamiento promoviendo la participación de diversos sectores además del Estado: sociedades científicas, universidades, seguridad social, EMP.

Referencias Bibliográficas

– ABRAMOVICH y PAUTASSI L, *El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina*, en Salud Colectiva; 4(3): 261-382, 20)08
– ADAY, L. y ANDERSEN, R, Framework *for the Study of Access to Medical Care*, en Health Service Research. 1974; 9(3), pp 208–220.
– ALFA BETA [en línea] http://www.alfabeta.net/mf/ [Consulta 15 de junio de 2015]
– ASENSE, F.D*, Judicialization or juridicization? Legal institutions and their*
– BERIZONCE, R., *Medidas cautelares, anticipatorias y de urgencia en el proceso de amparo*, en Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de la Planta, 2010; Vol. 7: 417-432.2010.
– CARNOTA, W. F, *El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino*, en Revista Jurídica, nro. 15, pp. 418-442, 2011.
– Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,* Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [En línea] http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/ a_cescr_sp.htm [Fecha de acceso 5 de marzo de 2014].
– Constitución de la Nación Argentina
– CUBILLOS, L., ESCOBAR, M.L., PAVLOVIC, S., IUNES, R, *Universal health coverage and litigation in Latin America*. J. Health, Organ. Manag. 2012; nro 26 (3), pp. 390e406.
– FERRAZ, OL. *The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities?,* Health Hum Rights. 2009; 11(2) pp.33–45.
– FRANCO, Saúl, *Entre los negocios y los derechos,* en Revista Cubana de Salud Pública vol.39 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2013.
– GARGARELLA, R, Too *far removed from the people. Access to Justice for the Poor: The Case of Latin America*. Jornada de Acceso a la Justicia Garantía de la Igualdad CEADEL/ Ford Buenos Aires, 16 de abril del 2004. [en línea] http://www.ucl.ac.uk/dpu-projects/drivers_urb_change/urb_society/pdf_violence_rights/gargarella_ removed_from_people.pdf
– HERNANDEZ SAMPIERI, R, FERNANDEZ COLLADO, C., BAPTISTA L., *Metodología de la Investigación*. México Edit. McGraw Hill, tercera edición, 2010.
– HOGERZEIL, H.V., SAMSON, M., CASANOVAS, J.V., RAHMANI-OCORA, L., *Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable*
– LEITE, S.N., PEREIRA, S.M.P., SILVA, P. et al, *Legal actions and administrative demands related to the guarantee of the right to drugs access in the city of Florianopolis,* SC. Rev. Direito Sanitario. 2009; nro 10 (2), pp13-28.
– MACHADO, M., ACURCIO, F., BRANDAO, C. et al., *Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil*. Rev. Saúde Pública, 2011; 45 (3), pp. 590-598.
– MAXWELL, J., *Qualitative Research Design. An interpretative approach,* SAGE, USA, 1996.
– MUSHKIN, Selma, *Hacia una definición de la economía de la Salud*, en Lecturas de Economía, número 51, Medellín, julio – diciembre, 1999 pp. 89-109.
– NIETO E, ARANGO A. *Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín*, en Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2011; 29(3) pp.223–31.
– REVEIZ L, CHAPMAN E, TORRES, R, et al. *Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura*. Revista Panamericana Salud Pública. 2013; 33(3) pp. 213–22.
– SAMMARTINO, P, *Principios Constitucionales del amparo administrativo. El contencioso constitucional administrativo urgente*. Buenos Aires, Lexis Nexis Abeledo Perrot, 2003.
– SAMUELSON, P. y NORDHAUS, W., *Economía*, México, Ed. Mc Graw Hill, 18th ed., 2004), 1948.
– *strategies in health*. Physis 2010; 20 (1), pp. 33-55.
– *through the courts?*, en Lancet nro. 368. 2006. pp.305-311.
– UPRIMMY YEPES R, *La judicialización de la política en Colombia: casos potencialidades y riesgos*. SUR Revista Internacional de Derechos Humanos. 2007; 6 (4) pp. 53–69.
– VADEMECUM [en línea] https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/listado.zul [Consulta 10 de junio de 2015]
– VARGAS-PELAEZ, et al., *Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines. A scoping study*. Social Science & Medicine 121, 2014.
– VENTURA, M., SIMAS, L., PEPE, V., SCHRAMM, F.R, *Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health*. Physis, 2010; 20 (1), pp.77-100.
– VIANNA, L., *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2012
– World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. [en línea] http://www.who.int/governance/eb/ who_constitution_sp.pdf. (Consulta 27 de febrero de 2013)

ES BUENO TENERTE

OSDE

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583). - www.ssalud.gov.ar - R.N.O.S. 4-0080-0. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.

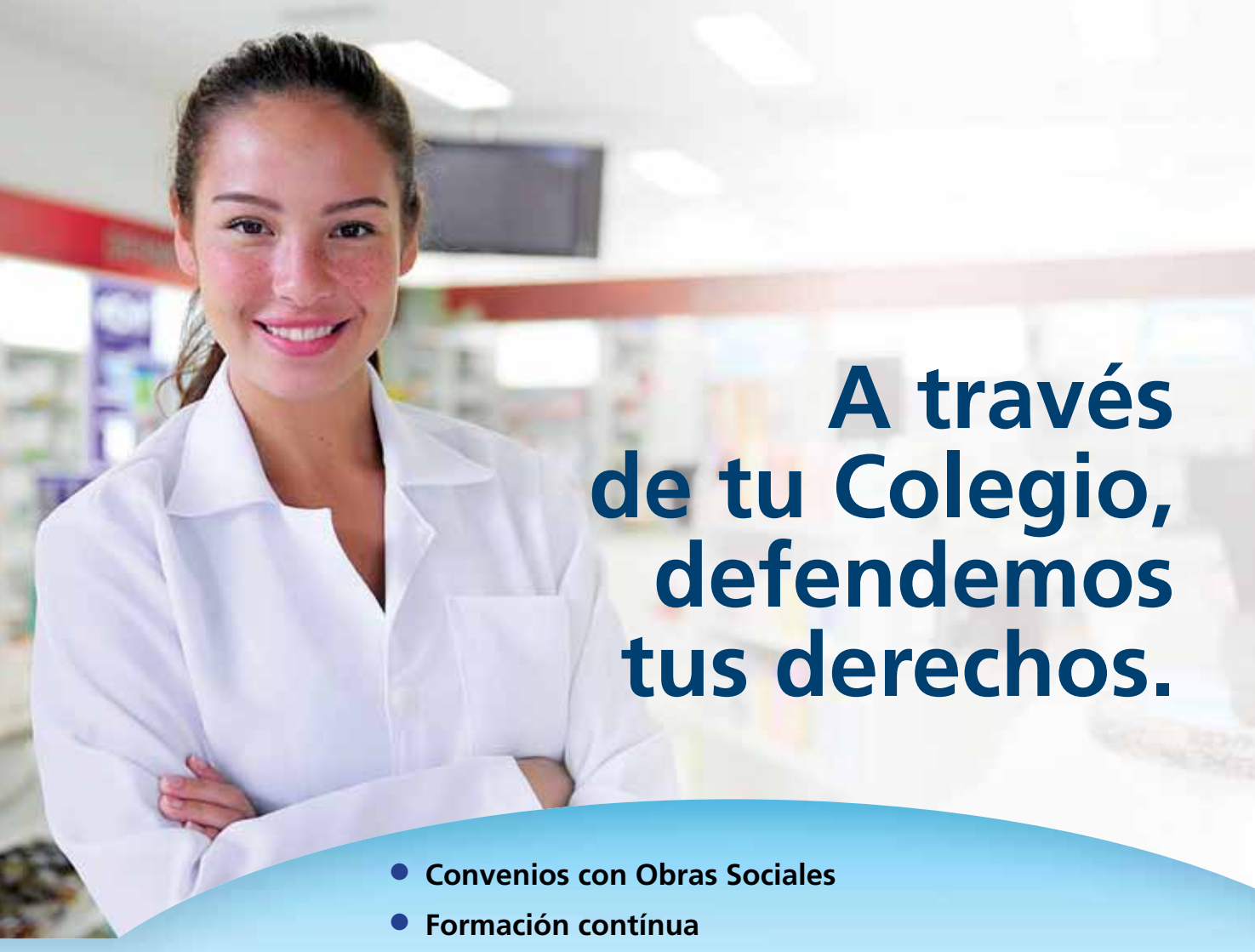
[ISALUD EN LOS MEDIOS]

INVESTIGACIONES, DIVULGACIÓN Y CONVOCATORIAS

La Universidad, sus profesores e investigadores divulgan socialmente novedades, investigaciones e ideas a través de los medios de comunicación y la relación con el periodismo

"El rol fundamental del enfermero es el cuidado. Si existe realmente la vocación de abrazar, no hay cosas difíciles si no momentos particulares que transitar".

Entrevista de Federica Pais a Gabriela Felippa, Directora de la carrera de Enfermería en ISALUD



A través de tu Colegio, defendemos tus derechos.

- Convenios con Obras Sociales
- Formación contínua
- Certificación y recertificación
- Comisión Nacional de Farmacéuticos en Relación de Dependencia
- Servicios
- Representación de la profesión farmacéutica a nivel nacional e internacional
- Proyectos interinstitucionales

Nuestras instituciones son la garantía para defender nuestra profesión y nuestros derechos.

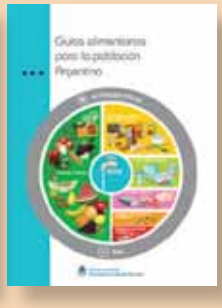
Sumándote al trabajo de las instituciones, las fortalecemos y seguimos avanzando.

Confederación Farmacéutica Argentina
Entidad que nuclea a los Colegios Farmacéuticos del país
Av. Julio A. Roca 751 2º Piso - CABA - Tel. 011-4342-1001
www.cofa.org.ar

COFA
CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA

[Ciencia y Técnica]

Incorporaciones bibliográficas



- ✔ *Bail, V.* (2016). **Cuidados a quienes ciudan: guía práctica para familiares cuidadores de enfermos crónicos**. Buenos Aires: Catálogos.
- ✔ *Dornell, T., Mauros, R., Stemphelet, S. y Sande, S.* (2015). **Debates regionales sobre vejez: un acercamiento desde la academia y la práctica pre profesional**. Montevideo: Universidad de la República.
- ✔ *Duguech, C.* (2016). **Las palabras, esos pájaros del alma**. Buenos Aires: De los cuatro vientos.
- ✔ *Horis del Prete, S.* (2016). **Sistemas de salud comparados: entre reformas y encrucijadas**. México: Centro. Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)
- ✔ *Houssay, A. y Cingolani, A.* (2014). **Fisiología humana**. 7a ed. Buenos Aires: El Ateneo.
- ✔ *Koeppen, B. y Stanton, B.* (2009). **Fisiología.** 6a ed. Barcelona: Elsevie.r
- ✔ *López Casasnovas, G.* (2015**) El bienestar desigual: qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis.** Barcelona: Península.
- ✔ *Ministerio de Salud de la Nación.* (2016). **Guías alimentarias para la población Argentina**. Buenos Aires: Autor.
- ✔ ***Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión***. (2016). [Mirada Integral]. Córdoba. Gobierno de la Provincia.
- ✔ *Thaler, R.* (2016). **Todo lo aprendido con la psicología económica: el encuentro entre la economía y psicología y sus implicaciones para los individuos**. Barcelona: Deusto.

Las novedades pueden consultarse en la Biblioteca de la Universidad, de lunes a viernes de 9 a 20, en Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires. Más información:

+54 11 5239-4040

biblioteca@isalud.edu.ar

www.facebook.com/biblioisalud

www.es.pinterest.com/biblioisalud

Nuevo libro de Sergio Horis del Prete

Sergio Horis del Prete, Profesor de Análisis de Mercado de Salud, Economía de la Salud y en Sistemas Comparados en Salud de la Universidad ISALUD presentó su nuevo libro: **"Sistemas de salud comparados. Entre reformas y encrucijadas"**.

Del Prete, es además, Doctor en Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, Magíster en Administración de Servicios de Salud con Posgrado en Economía de la Salud y en Economía para no economistas. Autor y coautor de otros títulos, fue premiado en distintas oportunidades por investigaciones en el campo de la economía y gestión sanitaria.

Con el desarrollo de "**Sistemas de salud comparados. Entre reformas y encrucijadas**", la Universidad ISALUD y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, dan paso conjunto como parte de las acciones de cooperación mutua, las cuales se han incentivado a partir del convenio de cooperación entre ambas instituciones, firmado en Buenos Aires, en abril de 2014.

[Novedad]

Transmisión de actividades por *streaming*

La Universidad ISALUD, a través de su canal de Youtube, transmitirá en vivo por streaming las actividades llevadas a cabo en la institución.

En simultáneo con la actividad, cualquier persona que cuente con conexión a internet, podrá presenciar virtualmente las jornadas sin necesidad de estar físicamente en la Universidad.

Visitanos en: **youtube.com/ISALUDUniversidad**

OCASA

SERVICIOS A MEDIDA SIN LÍMITES

LOGÍSTICA SALUD

Brindamos el más cuidadoso y especializado servicio de Logística en Salud que incluye exportación, importación, distribución, almacenamiento y acondicionamiento de especímenes de diagnóstico, medicamentos y vacunas, drogas experimentales, productos controlados, sustancias peligrosas, insumos médicos, entre otros.
Todas nuestras operaciones cumplen con las normas internacionales de transporte y se desarrollan siempre bajo el control de nuestra Dirección Técnica Global.

LOGÍSTICA POSTAL

Brindamos servicios de distribución de correspondencia para el segmento corporativo con distintos esquemas de prestación y tiempos de entrega, dentro del ámbito nacional e internacional. Nuestras soluciones de Fulfillment (o finishing) cuentan además con provisión de insumos, impresión de datos variables y provisión de packaging.
Basados en nuestra plataforma informática brindamos visibilidad y trazabilidad de los envíos, a partir de nuestro sitio web.

LOGÍSTICA GENERAL

Brindamos un completo servicio de envío, distribución y almacenamiento de documentos, muestras y paquetes de manera segura.
Ofrecemos variadas modalidades de entrega: Estándar, Prioritaria, Urgente y con Acuse de Recibo, con Firma de Planilla, según la necesidad de cada Cliente.

ARGENTINA - Casa Central: Echeverría 1262/64 - C.A.B.A. - C1428DQN - Tel: (54 11) 4785-8585

OCASA.COM

[Importante]

La Universidad ISALUD fue seleccionada para participar del Programa Erasmus de Intercambio de Estudiantes Universitarios

La Universidad ISALUD fue seleccionada para participar del Programa Erasmus de Intercambio de Estudiantes Universitarios. Por ese motivo, alumnos de algunas carreras tuvieron la posibilidad de postularse para cursar un semestre de la carrera en la Universitá de la Sapienza (Itallia), con los costos de pasaje y estadía cubiertos.

El programa ERASMUS (Plan de Acción de la Comunidad Europea para la Movilidad de Estudiantes Universitarios), es un plan de gestión de diversas administraciones públicas por el que se apoya y facilita la movilidad académica de los estudiantes y profesores universitarios dentro de los Estados miembros del Espacio Económico Europeo, Suiza y Turquía.

La Universidad ISALUD desea los mejores éxitos a nuestros postulantes.

La Universidad ISALUD presente en los debates sobre políticas de alimentación saludable

Una vez más, la Universidad ISALUD participó junto con otras universidades, centros de investigación y organizaciones de la sociedad civil, en la Mesa de Alimentación Saludable a la que concurren representantes de las carreras de Nutrición, Seguridad Alimentaria y la Secretaría de Ciencia y Técnica.

Este año, la mesa organizada por la Fundación Directorio Legislativo, ente reconocido en temas de transparencia parlamentaria y generación de consensos para el mejoramiento de la calidad legislativa, se llevó a cabo en octubre y contó con dos actividades: la Jornada Parlamentaria sobre Alimentación Saludable llevada a cabo en el Senado de la Nación, y el Primer Encuentro sobre Alimentación Saludable, que tuvo como objetivo analizar los lineamientos para incorporar prácticas saludables de alimentación a las políticas públicas.

"Es fundamental que se articulen mediante acuerdos las políticas de salud con otras áreas de Gobierno como la Secretaría de Comercio, con el objetivo de buscar una alimentación saludable, agradable, accesible, con perfil nutricional y sustentable. Por eso hay que buscar los cambios progresivos. Tenemos varios desafíos por delante. La clave es empoderar a la comunidad, en especial a las organizaciones sociales y a las familias, como factor cultural", expresó Alberto Cormillot, director de la Carrera de Nutrición de ISALUD, quien estuvo presente en las actividades.

[Graduados]

González Catán: se graduaron 23 nuevos profesionales

El lunes 21 de noviembre se llevó a cabo el acto de colación de los 22 nuevos profesionales en el marco del convenio que tiene ISALUD con el Colegio Universitario Pantaleo (CUP).

En un acto encabezado por el Rector de ISALUD, el Dr. Rubén Torres y el Presidente de la Obra del Padre Mario Pantaleo, Carlos Garavelli, acompañados por el Dr. Alejandro Collia, el Secretario de Salud de la Matanza, y por autoridades de ISALUD y el CUP, se hizo la entrega de diplomas. En este marco, el Dr. Garavelli señaló que la apertura del colegio universitario se debió "a la demanda de los jóvenes de la zona, a quienes se les dificultaba llegar, por tiempo y por costos, a las universidades de la Capital Federal. Y hoy vemos cómo egresan jóvenes profesionales de los que estamos orgullosos y que tienen una muy alta tasa de inserción laboral." Por su parte, el doctor Rubén Torres, Rector de la Universidad Isalud, convocó a los egresados "a trabajar para lograr una Argentina más justa para todos. Y eso se logra con profesionalidad y compromiso".

Finalmente, el Secretario de Salud de la Municipalidad de La Matanza, Dr. Alejandro Collia, invitado especial al acto de colación, saludó particularmente a los nuevos enfermeros en su día: "La enfermería es un don muy especial, una profesión muy vinculada con el amor, con la empatía con el otro, tan cerca del cariño y del dolor que cumple un rol central tanto en la asistencia como en la prevención y promoción de la salud."

¡Felicitaciones a los nuevos graduados!

ISALUD en Hábitat III

ISALUD participó de la mesa "Juntos construiremos Ciudades más amigas de las personas mayores", en la Ciudad de Quito, Ecuador. Silvia Gascón, Directora del Centro de Envejecimiento Activo y Longevidad de ISALUD, fue invitada por Naciones Unidas como la única representante de Latinoamérica a participar de la mesa "Juntos construiremos Ciudades más amigas de las personas mayores", en la que disertaron expertos de Tailandia, Nairobi, Filipinas, entre otros, coordinadas por el responsable de Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Se denomina "Hábitat III" a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Vivienda y Desarrollo Urbano Sostenible, que se desarrolló en Quito, Ecuador del 17 al 20 de octubre de 2016. Es la tercera de una serie de conferencias convocadas por las Naciones Unidas que comenzaron en 1976, teniendo como principal objetivo fortalecer el compromiso político global en favor del desarrollo sostenible de pueblos, ciudades y otros asentamientos humanos, tanto rurales como urbanos. El producto de ese fortalecimiento, mediante nuevos compromisos y obligaciones, es la "Nueva Agenda Urbana", que establece estrategia global en torno a la urbanización para las próximas dos décadas.

ISALUD en Entre Ríos

La Universidad ISALUD participó en la realización de una encuesta sobre conocimiento que poseen los estudiantes del último año de las carreras de Psicología y Enfermería respecto de la drogodependencia y su abordaje, en Entre Ríos

El titular de la cartera sanitaria provincial, Ariel de la Rosa, presidió la presentación de la primera Encepea, encuesta sobre conocimiento que poseen los estudiantes del último año de las carreras de Psicología y Enfermería respecto de la drogodependencia y su abordaje, acompañado por el titular de la Secretaría de Lucha contra las Adicciones (Selca), Mario Elizalde; el Rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, y el director ejecutivo del Centro para el estudio de Drogadicción y Sociopatías (Cedros) de la Universidad ISALUD, Carlos Vizzotti.

En el acto realizado en el auditorio del Consejo General de Educación, De la Rosa destacó lo loable del estudio desde sus objetivos: "Ahondar en el conocimiento en adicciones de futuros profesionales de la Enfermería y Psicología y favorecer la percepción de riesgo y actitudes resolutivas ante casos hipotéticos".

Por su parte, el responsable de Selca, Mario Elizalde resaltó que "el estudio respondió a la necesidad de contar con un instrumento que permita determinar si el abordaje sobre la prevención de adicciones era un tema inconcluso en cuanto a la formación de los profesionales que egresan de las universidades argentinas". En este sentido, puntualizó que en 2014 iniciaron el trabajo con la Universidad Nacional de Entre Ríos, la Universidad Católica Argentina (sedes Paraná y Santa Fe) y la Universidad Adventista del Plata. En el transcurso se fueron integrando, además, universidades de otras provincias.

Elizalde agradeció a la Universidad ISALUD, por el marco académico del trabajo; al personal de la Selca por realizar una idea original; la magnífica colaboración de la Facultad de Bioingeniería de la Uner en el desarrollo de la plataforma para la carga de datos, entre otras instituciones.

El Dr. Rubén Torres, agradeció la oportunidad –en el año del 25° aniversario de la institución– de poder "transformar la investigación universitaria en actos de diseño de políticas que organicen la comunidad y mejoren la vida de la gente".

Para 2017, junto con la Universidad ISALUD se avanzará en un estudio símil en torno a las carreras de Medicina y Odontología. El propósito es, como remarcó Torres, "mejorar la educación de los estudiantes universitarios y reforzar la estructura de Salud para dar respuesta a la salud mental, la discapacidad y las adicciones".

Por último, el Rector reflexionó que "el mayor gasto y pérdida de productividad entre 2013-2050 entre todos los países del mundo va a estar vinculado a enfermedades de salud mental, entre ellas, las adicciones y tenemos que actuar sobre ese campo".

[Designación]

Oscar Incarbone

El Dr. Oscar Incarbone, Coordinador de la Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física, fue designado como colaborador en la Comisión de Capacitación en el Comité Olímpico Argentino (COA) y como miembro electo para el comité Ejecutivo en la en la Red de Actividad Física de las Américas (RAFA/PANA).

El Comité Olímpico Argentino es la institución que atiende en el país todo lo relacionado con la aplicación de los principios que conforman la Carta Olímpica, el conjunto de normas y reglamentos del Comité Olímpico Internacional (COI) que rigen al movimiento olímpico.

Por su parte, La Red de Actividad Física de las Américas, integrando miembros de instituciones públicas y privadas, busca contribuir a mantener, recuperar y mejorar la salud y calidad de vida en la población de las Américas, a través de promoción de la práctica regular de actividad física (AF).

[Reconocimiento]

Diana Cohen Agrest, Konex de Platino 2016

La directora de Bioética de la Universidad ISALUD fue premiada por la Fundación Konex con el Konex de Platino a las Humanidades en la categoría Ética

El 16 de noviembre pasado, en el auditorio de Ciudad Cultural Konex y ante unas 600 personas, una veintena de personalidades recibieron los Premios Konex de Platino, otorgado por un jurado presidido por Carlos Altamirano y Gregorio Badeni, junto al fundador de la distinción, Luis Ovsejevich. Entre los galardonados se destaca la directora de Bioética de la Universidad ISALUD, Diana Cohen Agrest.
Cohen Agrest es doctora en Filosofía (Universidad de Buenos Aires) y magister en Bioética (Monash University, Australia). Es docente e investigadora de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y directora de Bioética en ISALUD. Es fundadora y presidenta de la Asociación Civil Usina de Justicia.
Entre sus obras, se destacan *El suicidio: Deseo imposible*; *Por mano propia*; *¿Qué piensan los que no piensan como yo?*; *Ni bestias ni dioses*; *Ausencia perpetua: Inseguridad y trampas de la (in) justicia* y *Spinoza: Una cartografía de la Ética*. Colabora en medios nacionales e internacionales. Fue invitada por más de 30 universidades del extranjero. Obtuvo el Trébol de Plata en "Servicio a la comunidad" (Rotary International, 2014); el Premio Nacional de Ensayo Psicológico (Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación, 2010) y el premio UBA por Divulgación Científica (2009).

ISALUD asume la secretaría ejecutiva de ALASAG

En el marco del IV Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global, que se desarrolló el 23, 24 y 25 de noviembre pasados, en la Ciudad de Buenos Aires, la Universidad ISALUD asumió la Secretaría Ejecutiva de la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG).
ALASAG constituye la iniciativa de un grupo de instituciones académicas latinoamericanas depositarias de una rica tradición y líderes en salud pública en la Región, que vio la luz el año 2010 con ocasión del 1° Congreso Latinoamericano de Salud Global.
El propósito de ALASAG es constituirse en una respuesta frente a los diversos retos que plantea la globalización a la salud de las poblaciones, especialmente aquellas más vulnerables, con una identidad propia en que se privilegia la superación de las desigualdades e inequidades, el reconocimiento de nuestras identidades nacionales y un profundo respeto a la idiosincrasia e identidad de nuestros pueblos, incluyendo el posicionamiento en los distintos foros mundiales.
Asimismo, el cambio de autoridades comprendió la designación de:

- **Presidente:** Dr. Mauricio Vargas, Director Escuela de Salud Pública Universidad de Costa Rica.
- **Vicepresidente**: Dr. Giorgio Solimano, Jefe del Gruo Salud Global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- **Vocal:** Dr. Paulo Buss, Director del Centro de Relaciones Internacionales de la FIOCRUZ
- **Voca**l: Dra. Ruth Iguiñiz, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- **Vocal:** Dra. Gilma Stella Vargas, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- **Secretario Ejecutivo**: Dr. Rubén Torres, Rector, Universidad ISALUD.

Nuevos graduados de Universidad ISALUD

El 7 de diciembre se llevó a cabo el Acto de Colación de grados de la Universidad ISALUD. A las 14.30 horas recibieron su título los graduados de la Licenciatura en Nutrición, la Tecnicatura en Salud, Alimentación y Actividad Física, la Licenciatura y Tecnicatura en Administración, y la Licenciatura en Administración con Orientación en Salud y Seguros Sociales; Licenciatura en Enfermería y Enfermería Universitaria.
Y por la tarde, a las 18.00 horas, se entregó los diplomas de la Especialización en Auditoría de Atención de la Salud, en Administración Hospitalaria, Gestión de Servicios para la Discapacidad, Medicina Legal, Prevención de Riesgos Laborales, Especialización y Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, en Economía y Gestión de la Salud, Maestría en Farmacopolíticas y Profesorado Universitario.

¡Felicitamos a nuestros egresados!

Un Sanatorio a la altura de nuestra Obra Social.

A través de **OSECAC**, la mayor Obra Social del país, los empleados de comercio contamos con el **Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado Corazón,** a la altura de los mejores del mundo.

SagradoCorazón
SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD
DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO

- Como en las más importantes capitales del mundo.
- Con la tecnología más sofisticada en equipamiento.
- Más de 200 camas de internación.
- Guardia externa de 12 consultorios.
- 8 quirófanos ultramodernos capaces de 1.000 cirugías mensuales.
- Historias clínicas computarizadas.
- Concepto inédito en pronto socorro.
- Celeridad única en diagnóstico.
- Hemodinamia de última generación en 3D.
- Pacientes monitoreados por webcam.
- Informes on line y on time.
- Radiología digital.
- Preparado para emergencias epidémicas.
- Un edificio inteligente, único por su concepto y único en nuestro país.
- Hotel de las Provincias, complemento perfecto a solo 150 metros.

Bmé. Mitre 1955 - (C1039AAC)
Cdad. de Buenos Aires - Argentina
(011) 5238-7800 / 7900
www.Sagrado-Corazon.com.ar

FAECYS
FEDERACIÓN ARGENTINA DE EMPLEADOS DE COMERCIO Y SERVICIOS

osecac
CALIDAD MÉDICA SOLIDARIA
LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO

90 AÑOS INNOVANDO POR LA VIDA

Desde 1925, las empresas asociadas a CAEMe ofrecen al mercado argentino soluciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

A lo largo de más de nueve décadas, han consolidado su liderazgo como exportadores de productos farmacéuticos de alto valor agregado y la realización de estudios de investigación clínica farmacológica en el país. Además, son las primeras empresas farmacéuticas y biofarmacéuticas de la Argentina que suscribieron un Código de Ética, en 2007.

CAEMe y sus asociados tienen un permanente compromiso con la innovación constante y sustentable como herramienta esencial para la provisión de medicamentos y vacunas seguros, eficaces y de calidad.

90 1925 2015

CAEMe
Cámara Argentina de Especialidades Medicinales