

[GESTIÓN]

La seguridad del paciente, una transformación paradigmática

Un componente esencial de la gestión hospitalaria profesional y de la gestión de la complejidad

ISSN 1850-0668

Volumen 9
Número 41
Abril 2014

[i]salud

 Publicación de la
Universidad ISALUD

Escuela
de Salud
Pública
2014

Cobertura universal: antiguo desafío, nuevos paradigmas

La búsqueda de la cobertura universal en salud en las Américas
fue el tema central de la Escuela de Verano de Salud Pública
que organizó la Universidad con el auspicio de la OPS



Caroline Chang Campos:
“La salud es un eje estratégico
de la integración de la región”

Secretaria ejecutiva del Organismo
Andino de Salud y ex ministra de Salud
de Ecuador entre 2007 y 2010 durante
la primera presidencia de Rafael Correa



Ginés González García: “Tenemos
que enfocarnos en un modelo centrado
en la atención de la persona”

El ex ministro de Salud y Medio Ambiente
y rector honorario de ISALUD se refirió
a las políticas implementadas
tras la crisis de 2001

La Universidad de Pavía, Italia, reconoció al fundador de ISALUD con la medalla Camillo Golgi por su trayectoria en salud pública y sanitari smo



CLÍNICA MÉDICA // NEUROCIENCIAS // SALUD FEMENINA // CARDIOLOGÍA // BIOTECNOLOGÍA // ONCOLOGÍA // VACUNAS // VENTA LIBRE

SEGUIMOS INVESTIGANDO,
SEGUIMOS EVOLUCIONANDO,
SEGUIMOS CRECIENDO,
SEGUIMOS PENSANDO EN VOS.

75 *Laboratorio*
AÑOS **ELEA**
DE CONFIANZA Y COMPROMISO

EDITORIAL



Queridos amigos y amigas,

En esta edición les ofrecemos la primera parte de nuestra cobertura de la Escuela de Verano de Salud Pública, que se realizó este febrero en la Universidad y que convocó a ex ministros de Salud de cuatro países latinoamericanos para disertar sobre los desafíos de la cobertura universal en la región.

En esta entrega incluimos la presentación de la Escuela, una síntesis de las exposiciones de nuestro rector, Rubén Torres, y de la mía propia, y la entrevista con la secretaria general del Organismo Andino de Salud, Caroline Chang Campos, ex ministra de Salud de Ecuador durante el primer mandato del presidente Rafael Correa. Para la especialista, de amplia experiencia en alianzas estratégicas entre países, la salud debe ser un eje estratégico de la integración latinoamericana.

En esta primera edición de la Escuela de Verano de Salud Pública hemos querido recoger la más amplia y reciente experiencia en gestión de la salud pública en la región siempre con el foco puesto en desarrollar modelos centrados en la atención de la persona.

En la próxima edición incluiremos una segunda parte con las entrevistas a los ministros de Salud de Uruguay María Julia Muñoz, que ejerció durante la presidencia de Tabaré Vázquez, y de Perú, Oscar Ugarte Ubilluz, que ejerció durante la presidencia de Alan García Pérez.

Además, este número ofrece un muy interesante y documentado artículo de los doctores Carlos Alberto Díaz y Amalia Giuliani Diez, y los ingenieros Emilio Fabián Restelli y María Virginia Braem, sobre la necesidad de cambiar los paradigmas en la gestión de la seguridad del paciente. En nuestra tradicional columna Cómo construir salud, Ariel M. Goldman puntuiza los desafíos del hospital del futuro, que será completamente transformado por las tecnologías móviles, nuevas terapéuticas y métodos de diagnóstico que harán las estancias de los pacientes en los nosocomios mucho más breves.

Por otro lado, recogemos las conclusiones de las jornadas de actualización en salud en la adolescencia, un colectivo social cada vez más numeroso (sólo en América Latina, los adolescentes conforman el 21% de la población) pero cuyas necesidades específicas siguen sin ser debidamente atendidas. Aquí también, con mucha alegría, podemos decir que tenemos una marcada presencia internacional.

Y para terminar, seguimos celebrando los premios ISALUD que entregamos a fines del año pasado a personas e instituciones que se desatacan por su aporte a una mejor calidad de vida de toda la sociedad. En esta edición presentamos a los ganadores.

Espero que la disfruten.

Ginés González García
PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD



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

Revista [i]salud

DIRECCIÓN GENERAL
Eugenio Zanarini
COORDINACIÓN EDITORIAL
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
Claudio Mate
EDICIÓN DE TESIS
Daniela Álvarez
COMUNICACIÓN Y PRENSA
María Belén Giménez
Federico Gómez
PÚBLICIDAD
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
correo@revista@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 necesariamente reflejan las ideas de
Universidad ISALUD.

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

EN ESTA EDICIÓN

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA 2014
(PRIMERA PARTE)

COBERTURA UNIVERSAL: UN ANTIGUO DESAFÍO ANTE NUEVOS PARADIGMAS

La búsqueda de la cobertura universal en salud como objetivo superador de todos los países de la región de las Américas fue el tema convocante de la Escuela de Verano de Salud Pública, que organizó la Universidad ISALUD, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, del 10 a 14 de febrero. [Pág. 6]

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA 2014
UN CAMBIO DE ENFOQUE
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Tres desafíos dificultan la cobertura universal: recursos económicos y humanos insuficientes, excesivos pagos directos en el punto de atención, y el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. Este fue el eje de la presentación del rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres. [Pág. 7]

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA 2014 (PRIMERA PARTE)
CAROLINE CHANG CAMPOS: "LA
SALUD ES UN EJE ESTRATÉGICO DE
LA INTEGRACIÓN DE LA REGIÓN"

Fue ministra de Salud de Ecuador entre 2007 y 2010 durante la primera presidencia de Rafael Correa, tras lo cual asumió como secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Tiene una amplia experiencia en procesos de integración, alianzas estratégicas entre países, y atención de las necesidades de salud de la región. [Pág. 12]

ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA 2014
GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA:
"TENEMOS QUE ENFOCARNOS EN
UN MODELO CENTRADO EN LA
ATENCIÓN DE LA PERSONA"

El ex ministro de Salud y Medio Ambiente, embajador argentino en Chile y rector honorario de ISALUD se refirió a la política puesta en marcha tras la crisis de 2001, con foco en la atención primaria y el lanzamiento de los planes Remediar, Nacer, Médicos Comunitarios, y la nueva política de medicamentos genéricos. [Pág. 18]



[Pág. 22]



[Pág. 32]



[Pág. 34]

[Pág. 36]

GESTIÓN

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA TRANSFORMACIÓN PARADIGMÁTICA

Por Dr. Carlos Alberto Díaz, Ing. María Virginia Braem, Dra. Amalia Giuliani Diez, Ing. Emilio Fabián Restelli

La seguridad se incorpora como un componente esencial de la gestión hospitalaria profesional, de la meso-gestión y de la gestión de la complejidad. Desde la ilusión del objetivo y estrechamiento de los pares duales, y de la gestión clínica, como parte de su *empowerment*, de los gerentes y los médicos asistenciales. [Pág. 22]

ACTUALIZACIÓN

SALUD Y ADOLESCENCIA: NUEVAS REALIDADES Y DILEMAS EN LA ATENCIÓN

El mundo enfrenta hoy la mayor generación de adolescentes registrada en la historia, más de 1200 millones de personas, con necesidades que no están siendo del todo atendidas. En América latina y el Caribe, los adolescentes conforman el 21% de la población total y representan un desafío para las autoridades sanitarias. [Pág. 26]

RECONOCIMIENTO

XXII PREMIOS ISALUD

La Fundación ISALUD entregó su tradicional reconocimiento a personalidades del ámbito público y privado, y a programas oficiales que se destacan por su aporte a la salud, el medio ambiente, la economía y la sociedad en su conjunto. [Pág. 32]

INCLUSIÓN

EL DEBUT DEL ENSAMBLE MUSICAL

En la entrega de los premios ISALUD hizo su debut el Ensamble Musical, una orquesta de músicos con discapacidad que busca crear un espacio de inclusión y acercamiento a la cultura para promover la salud, la diversidad cultural y la igualdad de oportunidades. [Pág. 34]

TRABAJOS ACADÉMICOS

DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL

CIUDADANÍA DIGITAL EN SALUD: ENFRENTEMOS EL RETO

Por José Antonio Pagés

[Pág. 41]

MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DEL EFECTO DE LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS EN EL GASTO PARA EL FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN: EL CASO DE OSSIMRA

Por Diego Cingolani

[Pág. 49]

CÓMO CONSTRUIR SALUD LOS DESAFÍOS DEL HOSPITAL DEL FUTURO

Por Ariel M. Goldman

Las tecnologías móviles permiten un monitoreo permanente y la posibilidad de interactuar con el paciente, aun sin estar físicamente presente. Las estancias en los nosocomios se acortan día a día por el avance de las nuevas terapéuticas, los métodos de diagnóstico y las técnicas quirúrgicas. [Pág. 36]

RECONOCIMIENTO

PREMIO EN ITALIA PARA EL DR. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA

La Universidad de Pavía reconoció con la medalla Camillo Golgi al rector honorario de ISALUD y embajador argentino en Chile por su trayectoria en salud pública y sanitarismo. [Pág. 38]

ACADÉMICAS

Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD. [Pág. 61]



COBERTURA UNIVERSAL: UN ANTIGUO DESAFÍO ANTE NUEVOS PARADIGMAS

La búsqueda de la cobertura universal en salud como objetivo superador de todos los países de la región de las Américas fue el tema convocante de la Escuela de Verano de Salud Pública, que organizó la Universidad ISALUD, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, del 10 al 14 de febrero.

Entre el 10 y el 14 de febrero pasados se realizó en la Universidad ISALUD la Escuela de Verano de Salud Pública, que contó con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas jornadas contaron con las presencias de Caroline Chang, ex ministra de Salud de la República del Ecuador (2007-2010); María Julia Muñoz, ex ministra de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2005-2010); Óscar Ugarte Ubilluz, ex ministro de Salud de la República del Perú (2008-2011); y de Ginés González García, ex ministro de Salud y Ambiente de la Argentina (2002-2007) y rector honorario de ISALUD, cuyos testimonios resultaron de imprescindible valor para la construcción de un objetivo común. Además, en el acto inaugural, estuvieron presentes el rector de la Universidad ISALUD y director de la Escuela de Verano, Rubén Torres; el representante interino de la OPS/OMS Argentina, Alejandro Gherardi (también asesor de sistemas y servicios de salud de la organización); y dejó su mensaje la actual directora de la OPS/OMS, Carissa Etienne, quien destacó

el momento oportuno de los estados miembros de aumentar tanto el acceso equitativo a los servicios como trazar los lineamientos que conduzcan a la cobertura universal de la salud.

Para lograr dichos objetivos, según la directora, los países de la región deben atender –entre otros aspectos– a la equidad en el acceso a bienes, servicios y oportunidades; moverse de la segmentación y de la fragmentación de los sistemas de salud hacia redes integradas de prestación de servicios de atención; garantizar el acceso a los trabajadores de la salud que estén debidamente capacitados, motivados y bien distribuidos; adoptar mecanismos de financiación de la salud que garanticen el acceso a la salud de los pobres y vulnerables, incluyendo el acceso a la tecnología y los medicamentos.

“Además –completó Carissa Etienne– se deben implementar buenas prácticas de gobernanzas que sean transparentes, incluyentes y responsables. La OPS se asocia con cada estado miembro y apoya todas estas iniciativas, orientadas a lograr la cobertura universal. Estos esfuerzos

Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD y director de la Escuela de Verano y el representante interino de la OPS/OMS Argentina, Alejandro Gherardi.



requieren de nuestra cooperación, de un gran espíritu solidario y un fuerte sentido *panamericanista*".

Por su parte, Alejandro Gherardi hizo hincapié en los tres ejes que hacen a la Cobertura Universal de la Salud: el acceso a los servicios de salud; que esos servicios respondan a las necesidades de salud de la población a la que sirven; y que al enfermarse las personas no caigan en el empobrecimiento, es decir que no sufran barreras económicas. "No hay una fórmula sobre cómo llegar a una cobertura universal, cada país debe adoptar un sistema de acuerdo a su contexto social, político, histórico y económico; y la salud debe estar integrada en todas las políticas públicas y con un sentido intersectorial para que se puedan modificar los determinantes sociales", señaló el representante de la OPS.

UN CAMBIO DE ENFOQUE DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Tres desafíos dificultan la cobertura universal: recursos económicos y humanos insuficientes, excesivos pagos directos en el punto de atención, y el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. Este fue el eje de la presentación del rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres

El rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, en su presentación de apertura de las jornadas se refirió a los tres problemas existentes para alcanzar la cobertura universal en salud: el primero de ellos el de los recursos económicos y humanos insuficientes; el segundo, los excesivos pagos directos en el punto de atención (es decir que en todos los sistemas y más allá del nivel de cobertura que el afiliado tenga, en el momento de



acceder a la prestación debe hacerse un pago directo); y el tercero, es el uso inadecuado (ineficiente e inequitativo) de los recursos.

“En este sentido –dijo Torres– el documento es durísimo, dice que hay países que gastan el 40 % de sus recursos en insumos de salud, o en prestaciones que no tienen ninguna utilidad, ni diagnóstica ni terapéutica, y ese es un llamado de atención muy fuerte respecto a este tema. Algunos países –pocos de la región, afortunadamente– que están en esa lista, muchos son de África y de Asia. Pensemos en los medicamentos, el promedio de gastos en este sentido de los países de la región está casi cercano al 30% del gasto total en salud, y hay una gran fuente de inefficiencia en el uso de los recursos”.

Además, abordó el tema de la protección social en salud como marco conceptual de la cobertura universal, teniendo en cuenta que en todos los países de la re-

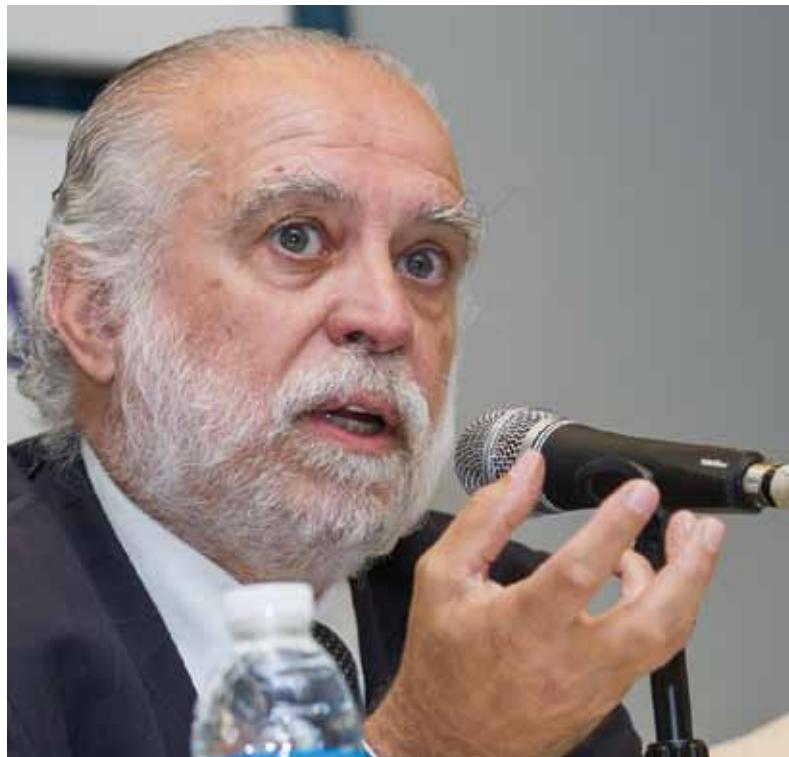
gión se da una gran división entre los sistemas de seguridad social contributivos y los sistemas públicos, más allá de la existencia de más de un sector privado. “La seguridad social –señaló el rector– como el eje que planteaba el sostenimiento de los servicios de salud es un tema que ha desaparecido del mundo porque hoy la idea de la seguridad social basada en el impuesto al trabajo es una idea inequitativa”.

Es necesario discutir un cambio de enfoque de la protección social. No se percibe que en el corto y mediano plazo el trabajo pueda ser el mecanismo exclusivo de acceso a la protección social. Se requiere de un mejor equilibrio entre incentivos y solidaridad, y además, aparecen nuevas presiones por cambios demográficos, epidemiológicos y en la estructura familiar. Al respecto, Torres destacó que la idea de los fondos mancomunados responde a la equidad y la solidaridad del financiamiento.

“El tema de la solidaridad –expresó– tiene que ver con que si bien se obtuvieron avances muy fuertes al respecto, en relación a los países que tuvieron a la seguridad social como eje central del financiamiento del sistema, en el caso de la Argentina representa un 60% de la población, pero no se da esta situación en el conjunto de la región donde el promedio de la cobertura en la seguridad social ronda el 27%. De lo que se está hablando hoy es de una solidaridad compartida, porque los sistemas de seguridad social tienen solidaridad hacia adentro, hacia aquellos que aportan, pero no tienen ningún lazo de solidaridad hacia afuera”.

Un tema preocupante en la región es el porcentaje de hogares que aún tienen riesgos de caer en gastos catastróficos en salud: “Cuando hablamos de gastos

**En América latina,
230 millones
de personas no
tienen seguro de
salud (46% de
la población)
y 125 millones
(27%) no tienen
acceso a servicios
básicos de salud.**





Somos

A large, white, three-dimensional-style word "SALUD" is superimposed over a close-up photograph of a young child with curly brown hair, smiling broadly. The word "SALUD" is partially cut off at the bottom by the child's chin and teeth. The child is wearing a light gray ribbed sweater over a white collared shirt.

SALUD

0810-444-SALUD (72583)

www.sancorsalud.com.ar





catastróficos está dicho en términos económicos como lo define la OMS -señaló Torres-. Es decir, cuando el gasto compromete más del 30% del ingreso de un hogar en salud, y no es menor la diferencia, porque en la mayoría de los países de la región donde el gasto en medicamentos representa el 30% del presupuesto, si eso lo trasladamos a los hogares de menores recursos, el gasto en medicamentos ambulatorios puede ser un gasto catastrófico. Un señor que un domingo tiene que salir a comprar antibióticos o un antialérgico para su hijo y debe pagar el 100% de su bolsillo, si eso representa más del 30% de su ingreso mensual, puede significarle para su economía un gasto catastrófico". Otro aspecto abordado por el rector de la Universidad ISALUD fue el de los recursos fiscales en un marco de condiciones macroeconómicas diferentes a las actuales, teniendo en cuenta que la presión fiscal e impositiva en los países desarrollados está por encima del 40% y en los países en vías de desarrollo o más pobres están por debajo del 20% (con dos excepciones en la región que son Argentina y Brasil, con cerca del 40% de presión impositiva el primero, y entre el 33 y 35% el segundo). La pregunta que Torres se hacía durante su presentación fue: "¿Con esa presión fiscal se puede sostener un sistema universal?" "El problema es qué y de dónde se recauda -advirtió-. En la región además de la poca presión fiscal salvo las excepciones de Argentina y Brasil, la mayoría de los impuestos que se recaudan no son impuestos directos; en cambio en las otras regiones el mayor impacto son de impuestos directos, que afectan tanto a los más ricos como a los pobres. La región tiene dos problemas, uno es la baja presión fiscal, y otro la matriz impositiva que es poco equitativa y en el camino se requieren condiciones institucionales, globales, en un marco norma-



tivo sólido hacia la cobertura universal". Torres se refirió también a la necesidad de alcanzar eficientes sistemas de gobernanza, al poder que esos ministerios obtengan para manejar una multitud de situaciones, que requiere de capacidad institucional para ejercer la rectoría: "Los países tienen que tener el marco institucional y respaldo legal (libro recomendado de la OPS sobre Las tendencias de los marcos reguladores en los sistemas de salud en América Latina), para el ejercicio de las función rectora, una discusión que se dio en la región sobre la presencia de la autoridad nacional y de las superintendencias de salud, porque no en todos los países esta situación está muy clara. Saber cuál es la fiscalización para hacer cumplir esas regulaciones y qué capacidad tiene el Estado para hacerlas cumplir".

Como señaló el rector de ISALUD al concluir su exposición y recordando una cita de Nicolás Machiavello, en *El Príncipe*: "*No hay nada más difícil de planificar, más dudoso de lograr, ni más peligroso de gerenciar que la creación de un nuevo orden de cosas...*". De eso se trata la Cobertura Universal de la Salud, un debate que está abierto desde más de cinco décadas: un *viejo vino en nuevas botellas*, según la definición de un economista experto del Banco Mundial. *ii*

En América latina tenemos dos problemas, uno es la baja presión fiscal, y otro una matriz impositiva poco equitativa. Además, se requieren condiciones institucionales y un marco normativo sólido para la cobertura universal



Hacer más,
sentirse mejor,
vivir más tiempo

@GSK_AR

www.glanosmithkline.com.ar



CAROLINE CHANG CAMPOS: “LA SALUD ES UN EJE ESTRATÉGICO DE LA INTEGRACIÓN DE LA REGIÓN”

Fue ministra de Salud de Ecuador entre 2007 y 2010 durante la primera presidencia de Rafael Correa, tras lo cual asumió como secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Tiene una amplia experiencia en procesos de integración, alianzas estratégicas entre países, y atención de las necesidades de salud de la región.

Caroline Judith Chang Campos nació en Quevedo, provincia ecuatoriana de Los Ríos y fue ministra de Salud de Ecuador entre 2007 y 2010, durante la primera etapa de la gestión presidencial de Rafael Correa. Se graduó en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y egresó con una especialización en Gerencia de Servicios de Salud y un Diplomado en Salud, Ambiente y Prevención de Desastres, que le fue clave para su trabajo posterior en la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su experiencia internacional en procesos de integración, alianzas estratégicas entre países, y conocimiento de las necesidades de salud de la región, le valieron méritos y desde 2010 ocupa la secretaría ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Para que la salud sea de todos, había que construirla allí donde la gente vive, trabaja,

ama y se divierte... como rezaba el lema de campaña sanitaria del presidente Correa, al comienzo de su mandato. Y ella lo interpretó así desde el primer día de su gestión y no se echó a menos, porque en definitiva, la convocaron por meritocracia y para llevar adelante un proyecto que venía alimentando desde los inicios de su formación académica y profesional. Sus rasgos orientales conviven a diario con una población de predominancia castiza y mestiza, y en un territorio donde sus abuelos chinos afincaron sus raíces.

-Se crió en una zona del Ecuador con fuertes corrientes migratorias...

—Sí, la sangre migrante talló mucho porque mi abuelo paterno llegó al Perú, la abuela materna al Ecuador, mi madre es ecuatoriana, mi padre chino-peruano, y nosotros nacimos en el Ecuador. Vivimos los primeros años en Lima y luego regresamos, me eduqué en Guayaquil y a la gestión ingresé cuando terminé mi grado de médica. Hice la medicatura en un pueblito pesquero, en el puerto El Morro, donde me tocó conocer la realidad de la población rural y allí aprendí lo que no te enseñan en los claustros académicos desde el punto de vista curativo. Viví esa otra realidad donde el centro de salud



es una casa comunal que tenía apenas una tablita con un jabón y una esponja, un banquito y un escritorio. Lugares así tuvimos que transformar luego durante la gestión.

-El trabajo en la comunidad que luego continuó en la OPS ¿no es así?

-Al terminar la medicatura rural tuve una oportunidad de trabajo como consultora de la OPS y ahí me tocó recorrer mucho más el país a través de los programas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles. En todo ese proceso de erradicación de la poliomielitis, me di cuenta cuánto más se podía trabajar, atender y ejercer, con una mayor externalidad de las acciones. Comencé a trabajar en la búsqueda activa de casos para erradicar la poliomielitis, hasta que me tocó hacer una residencia en salud internacional en la OPS, en Washington, y a mi regreso seguí trabajando en el área de emergencias y desastres, hasta que tuve la posibilidad de ser llamada por el presidente Correa, y ser elegida por meritocracia en 2007. Lo acompañé en la gestión hasta el 2010, y en ella

se duplicó el presupuesto de salud, pero también se celebraron algunos hitos importantes, como por ejemplo la reducción significativa en épocas invernales del dengue, cuando se alcanzó una reducción de la muerte materna del 49% entre 2007 y 2009. Siempre hay brechas que cubrir porque la demanda supera la capacidad de oferta de cualquier país, más aún cuando los procesos son tan rápidos, pero la nueva Constitución nos demandó una acción rápida y esto significó que lo que habíamos planificado en seis años debíamos hacerlo en los dos o tres primeros años.

-¿Cuál era el presupuesto promedio destinado a salud y a cuánto llega hoy?

-Cuando yo empecé mi gestión estaba en menos del 1.2%, y al terminar se alcanzó el 2.4%. En la actualidad ya está cerca del 4% del PBI. Además, la Constitución marca que no debe ser menos del 4.5%, así que todavía tenemos que seguir avanzando. Nuestra misión en el Ministerio fue romper las barreras de acceso a los servicios de la salud.

"Todavía persisten factores culturales y geográficos, que tal vez impidan el acceso universal en el momento oportuno porque quizás aún hay mucha gente que vive en lugares muy remotos y ni siquiera se puede movilizar en una canoa. Por eso digo que la cobertura universal es un proceso que siempre está en construcción."



Una de ellas era la económica, entonces se estableció la gratuidad; otra fue la cuestión geográfica, y comenzamos a movilizar a nuestros Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) hacia los lugares más alejados. Con ese modelo de trabajo hacíamos eje en la promoción, prevención y curación con un enfoque familiar, comunitario e intercultural. La tercer premisa fue la de romper las barreras de acceso cultural y se implementó la interculturalidad a nivel de redes de servicios integrados de salud, y establecer así que si la salud es un derecho ciudadano tú puedes elegir o recibir la medicina académica o la medicina tradicional, pero siempre bajo la vigilancia de nuestros servicios. Por eso se promovieron las casas de atención materna, intercultural, y se institucionalizó el parto vertical, que se empezó a practicar tanto en los servicios de salud rurales como en algunos centros urbanos, pero siempre dentro de la red de servicios de un hospital o de un centro de salud, todo ello para que ante cualquier situación de emergencia la paciente pueda ser atendida sin complicaciones.

"En Ecuador hay todo un proceso de transformación en marcha, que sin esa prioridad apuntalada por el propio Presidente, habría afectado los recursos y la sostenibilidad, por eso uno de los logros más importantes de este proceso es que quedó plasmada por ley en la Constitución."

-¿Por qué disminuye la pobreza y mejora el empleo en la región pero la desigualdad se mantiene?

-Yo creo que una de las condiciones fundamentales para lograr la equidad es que exista la voluntad política, y en el caso del Gobierno de Rafael Correa existe esa prioridad en la agenda pública. En Ecuador hay todo un proceso de transformación en marcha, que sin esa prioridad apuntalada por el propio Presidente, habría afectado los recursos y la sostenibilidad, por eso uno de los logros más importantes de este proceso es que quedó plasmada por ley en la Constitución Nacional, así que no podrá venir otro Gobierno a reemplazarla, a menos que cambie la Constitución, donde quedó establecido el acceso universal gratuito, el financiamiento por parte del Estado y sobre todo, las condiciones de los modelos de gestión y atención. Si la quieren cambiar, pues tendrán que cambiar la Constitución.

-¿Cuál sería, además, el mecanismo para garantizar la sostenibilidad?

-Tiene que haber un *empoderamiento* ciudadano, mientras no haya una participación social con *empoderamiento*, que alguien diga "*nosotros vamos a defender este derecho*", ni siquiera con prioridad política se puede lograr una mejor defensa porque vendrán otros gobiernos que tengan su propia prioridad política en salud pero con otros modelos. El *empoderamiento* tiene que ver con un proceso de educación, continuo y permanente al usuario, avanzar en una comunidad con enfoque de derechos, pero también haciendo hincapié en la participación y en la toma de decisiones. A veces, se inicia un proceso con una fuerte participación y luego se descontinúa, y se permite eso a veces para mantener el poder del Estado, y eso es un error que hay que corregir, en los casos que se da, porque *sin la participación social no podemos garantizar que haya continuidad en*



LA
CONFIANZA
SE TRANSMITE
de persona a persona



LA FOTO DE LA PECINA HUMANA HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE.

PARA OBTENER LOS OBLIGATORIOS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL, INFORMESE 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 HA HABILITADO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES DE LA OPERADORA DE TRASPASOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A VIERNES DE 8 A 17 HS. LLAMANDO AL 0-800-222-SALUD (02580) - WWW.SALUD.GOB.AR - RNCM: 4-0089-C RNCM: 4-0091-A08.



el futuro. Ningún Gobierno es permanente, siempre se van a producir cambios y habrá nuevas propuestas, pero solo la ciudadanía es la que podrá decir me quedo con el modelo que me ha dado estos beneficios, o no me sirve ya y lo cambio por otro.

-¿Cuál es el rol del sector privado en materia de salud?

–Se ha convertido en una red complementaria, porque ante la progresividad en la instalación de las capacidades públicas y la insuficiencia actual para atender a los pacientes que hoy tienen acceso con lo que se tenía, al hablar de acceso universal tenemos que ser suficiente para atender a toda la población. Pero como eso no se da en cuatro o cinco años, y los hospitales no se construyen en seis meses entonces tienes que hacer uso de la capacidad instalada y hacer lo que noso-

tros iniciamos en nuestra gestión y que ahora se continua y que es la articulación con la red complementaria, mediante tarifarios que sean justos y representativos pero que no afecten al presupuesto del Estado, donde la atención pueda ser controlada y regularizada por la autoridad sanitaria y se de atención sanitaria en la red privada con tarifarios y con cobros a los servicios públicos.

-¿Cómo es hoy la relación médico-paciente y hacia dónde va?

–Lo ideal es que la calidad no se mida solo por el acceso tecnológico sino también por la calidez en la atención y eso es un proceso que ya no solo depende de la autoridad de la rectoría, también debe incluir la formación académica. Por eso es muy importante la interrelación entre las universidades formadoras de recursos para *humanizar la atención de*

**La calidad
no debe
medirse sólo
por el acceso
tecnológico sino
también por la
calidez en la
atención y eso
es un proceso
que ya no sólo
depende de las
autoridades
sino también
de la formación
académica.**

La salud en Ecuador 2007-2010

El sector salud en Ecuador tenía en 2007 una alta fragmentación y segmentación que duplicaba esfuerzos y recursos. El 35% de la población no tenía acceso a los servicios de salud o era limitado. El acceso a los servicios tenía barreras geográficas, económicas, culturales y de infraestructura del sistema. El 80% del presupuesto en salud era destinado a gastos corrientes, y el recurso humano era contratado por autogestión de las unidades de salud. La gestión del presidente Rafael Correa y la ministra Caroline Chang Campos se propuso construir un Sistema Nacional de Salud sobre la base de los principios constitucionales de universalidad y gratuidad, y de concepción de la salud como un derecho público. La extensión de la cobertura de protección social se dio con los trabajos de los equipos

básicos de salud (EBAS), conformados por médicos, odontólogo, auxiliar de salud y, según el caso, con promotor de salud. Eran destinados a zonas rurales y barrio urbanos emergentes.

En 2008, 4000 profesionales de la salud fueron incorporados a los EBAS, con el objetivo de humanizar la atención primaria de la salud. La atención de salud se elevó en un 82% comparado a 2006 y el programa de inmunizaciones pasó de un presupuesto en 2007 de 9 millones a 40 millones en 2010, incrementando 8 nuevas vacunas al calendario.

En 2008, se redujo en el 70% la morbilidad del dengue clásico, y el 90% del dengue grave o con letalidad. La malaria se redujo en un 70% en dos años.

En 2006 la inversión en salud era del 1,2% del PIB. Hacia el 2010, llegó al 2.8% del PIB.

la salud. Aunque es un proceso más complejo porque depende mucho de la persona, del individuo, que de la formación misma o la rectoría. Pero es importante humanizar desde la formación la atención médica y poner a consideración que más allá de los procesos tecnológicos el que está delante de uno no es un simple caso sino un ser humano al que se debe respeto y que en un momento dado puedes llegar a ser tú o algún familiar. En ese sentido hay una lucha constante en todos los países de humanizar la atención médica.

-¿Están los profesionales suficientes para brindar la cobertura universal?

-El tema de los recursos humanos es un problema que es global. Lo que sucede es que se tiende más a la atención y a la curación, que a convertir a la salud en un proceso de prevención y promoción de la atención primaria. Se buscan cada vez más especialistas y, obvio, todos quieren llegar a los más altos niveles y pierden el horizonte de las áreas rurales y se van quedando en los centros de especialización, es más ni siquiera en los servicios públicos. Además, los servicios privados son mucho más rentados, entonces sigue habiendo esa carencia permanente de especialistas en los servicios públicos, y nosotros como organismo andino de salud hemos ya trabajado en una política de recursos humanos para que en los seis países que integran la región andina se tenga muy claro cuáles son las necesidades propias de cada país, en dar las garantías remunerativas y sobre todo de estabilidad. Porque a veces hay sobre ofertas de ciertas especialidades mientras en otras hay una escasez grave, como en el caso de los anestesiistas en el Ecuador, donde son los de mayor necesidad y no han podido ser cubiertos.

-¿Cuál es el desafío que aún está pendiente?

-Todavía persisten factores culturales y geográficos, que tal vez impidan el acceso



En América latina todavía persisten factores culturales y geográficos que impiden el acceso universal en el momento oportuno porque aún hay mucha gente que vive en lugares remotos e inaccesibles.

universal en el momento oportuno porque quizá aún hay mucha gente que vive en lugares muy remotos y ni siquiera se puede movilizar en una canoa. Por eso digo que la cobertura universal es un proceso que siempre está en construcción. Lo que todavía está en proceso y tiene que definirse más claramente es la articulación total integral de la República, la propuesta inicial fue la integración y aún se está en un proceso de articulación. Hay que redefinir ese concepto y tener una superintendencia o agencia controladora, sobre todo para asegurar que se cumpla la calidad de la atención, eso estaba cuando duró mi gestión pero no se avanzó y creo ya es tiempo de una agencia que regule y le quite el peso al Ministerio de ser rectoría y control regulador al mismo tiempo, porque muchas veces no se logra el objetivo al ser juez y parte. Por otro lado, el desafío regional es la construcción de los sistemas universales de salud, que la región apunte a tenerlos, con prestaciones de calidad y que no represente un gasto al usuario. *ii*



GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA: “TENEMOS QUE ENFOCARNOS EN UN MODELO CENTRADO EN LA ATENCIÓN DE LA PERSONA”

El ex ministro de Salud y Medio Ambiente, embajador argentino en Chile y rector honorario de ISALUD se refirió a la política puesta en marcha tras la crisis de 2001, con foco en la atención primaria y el lanzamiento de los planes Remediар, Nacer, Médicos Comunitarios, y la nueva política de medicamentos genéricos

“El que tiene el privilegio de ser funcionario tiene la obligación de ser optimista, muchas cosas se pueden hacer pero hay que pensar mucho más cómo está cambiando el mundo que nos rodea”, advirtió el ex ministro de salud y rector honorario de la Universidad, Ginés González García en su exposición durante la Escuela de Salud Pública que se realizó en febrero en ISALUD, donde se refirió a las transformaciones producidas en la primera mitad de los 2000, el impacto de los planes Remediар, Nacer, Médicos Comunitarios y la nueva política de medicamentos. González García también se refirió a la problemática de los recursos humanos y el crecimiento de los costos en salud. A continuación, algunos párrafos de su exposición: El caso argentino, es común al destino latinoamericano que en el último decenio ha tenido un desempeño bastante mejor en lo que ha sido su desarrollo en la región, siguiendo la performance económica y con una nueva posibilidad de inserción, dado que en la actual coyuntura tanto en el precio de los com-

modities como la presencia de China de una manera disruptiva en el escenario económico mundial le han generado una potencialidad para lo que puede proveer América latina, básicamente en materias primas y alimentos. En este tiempo, nuestra región incorporó 150 millones de personas en el consumo –la clase media baja–, con su complejidad, conflictividades y crisis de gobernabilidad mediante, que son producidas por este nuevo sector que se incorpora al consumo, de manera mucho más activa y desde la inclusión.

Pero remontándonos años atrás, la crisis argentina de 2001-2002 presentaba una prolongada recesión de fines de los 90, con fuerte caída del PBI, altos índices de desocupación (por arriba del 20%), y una subocupación menor del 12%. Existía un elevado porcentaje de la población bajo la línea de la pobreza (mayor al 47%) e indigencia (mayor a 27%). Había dificultades para afrontar los compromisos externos; crisis de las cuentas fiscales; profundización de las asimetrías regionales; disminución de las inversiones,



de los ingresos fiscales y de la seguridad social; pérdida del empleo; inestabilidad política como en México, Tailandia, Europa del Este; fuerte incremento de las migraciones; e impacto en la gobernabilidad y en la cohesión social. ¿Qué respuestas se dieron ante la crisis? Consensos sectoriales y transversales; reactivación del Consejo Federal de Salud (Cofesa); y la estrategia puesta en la Atención Primaria de la Salud. Se pusieron en marcha el plan Remediар, el programa Médicos Comunitarios, el Plan Nacer, y la nueva política de medicamentos genéricos. Todas las asimetrías que tenía el país se profundizaron, había un escándalo macroeconómico y no había nada en el Ministerio de Salud, ninguna posibilidad de gastar nada, cayó el empleo, el ingreso, y además aparecieron las migraciones, un fenómeno moderno imparable que en un escenario futuro no se podrá dejar de lado, aunque muchas veces se responde a este tema de manera muy xenófoba. En el mundo se supone que hay 7000 millones de personas, y 1000 millones son mi-

En la Argentina se habla muy poco del Plan Remediаr porque es para los pobres y, en general, los planes que son para los sectores medios tienen mucha mayor repercusión mediática. Hoy cuenta con más de 6000 centros de salud, acceden 15 millones de personas y es el programa que facilitó el acceso a los medicamentos y que está en el centro de la organización de las redes.

grantes, no todos son de país a país, algunos son migrantes internos, y eso también caracteriza a una urbanización de manera brutal. No hay que olvidarse de que el continente que más rápido se está urbanizando es América del Sur. El tema, entonces, era cómo recomponíamos un Estado tan débil y tan poco creíble para la población, y decidimos que había que recomponer la situación sumando debilidades, a las sociedades intermedias, las que estaban dentro y fuera del sistema, y se trabajó mucho con las instituciones, con las provincias.

En las provincias me decían que habían perdido 7 años de esperanza de vida, y siempre existieron esos problemas de que Nación no cumplía, y en ese juego se diluían las responsabilidades y no se lograba concretar las acciones. Eso es lo que tratamos de hacer primero, juntarnos en la debilidad, transformar eso en algo positivo, y así lo fuimos recomponiendo. Alguna credibilidad hubo, porque se lograron financiar muchas cosas que se habían caído, en base a los consensos, al diálogo y por sobre todo, a la confianza. Una vez le pregunté a Juan Manuel Fangio cuál era su estrategia para ganar tantas carreras. Y en la época que el corría, me contó, se producían muchos accidentes de pista por año, entonces el riesgo era muy fuerte. Y siempre que un accidente se producía todos levantaban el pie, dos o tres segundos por vuelta, y era en esas circunstancias que él aceleraba más y sacaba una ventaja inalcanzable. En un contexto de crisis, la anécdota es muy válida y así sacamos adelante y con celeridad la ley de genéricos, el programa de control del tabaco, entre otras, y empezamos a ganar una batalla importante que es el de la opinión pública, recuperamos la confianza en un Gobierno y un Estado que estaban alejados de la gente.

Nueva matriz trazadora

Se estableció una nueva Matriz Trazadora: atención temprana del embarazo, seguimiento



miento del embarazo, efectividad del cuidado neonatal, seguimiento de salud del niño menor de un año, equidad intra-provincial en el seguimiento de salud de menores de un año, capacidad de detección de casos de cardiopatía congénita en el menor de un año, seguimiento de la salud del niño de 1 a 9 años, cobertura de las inmunizaciones a los 24 meses, cobertura de inmunizaciones a los 7 años, seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años, promoción del derecho sexual y reproductivo, preventión de cáncer cérvico uterino, cuidado del cáncer de mama, y evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas.

No era posible impulsar la Atención Primaria de la Salud sin poner en marcha el Plan Remediar. En la Argentina se habla muy poco del Plan Remediar porque es para los pobres y, en general, los planes que son para los sectores medios tienen mucha mayor repercusión mediática. El Remediar lleva muchos años y funciona como un reloj. Los organismos no querían financiarlo pero cuenta con más de 6000 centros de salud, acceden 15 millones de personas y hoy es un programa que facilitó el acceso a los medicamentos y que está en el centro de la organización de las redes.

No es poco lo que se hizo; hoy los medicamentos son muchísimos más y están cubiertos de una manera increíble, porque cuando me fui del ministerio el Plan Remediar costaba 2 dólares al año por persona cubierta, o sea un total de 30 millones de dólares por año, y estoy incluyendo la logística porque si uno no garantiza la distribución final, se pierden en el camino. ¿Saben cuánto se perdían de medicamentos en el sector público? Entre un 25 y un 30%, porque el medicamento no llegaba a destino.

El Plan Nacer fue como el Caballo de Troya de nuestra gestión, porque la preocupación era cómo hacíamos para cambiar algo tan

¿Cómo hacemos para enfrentar los nuevos desafíos si hace veinte años que se gestiona igual? Si uno mira el sector de la salud en el mundo no hay ninguna reforma sustancial sino pequeños ajustes a un sistema enorme.

rígido como el sector público, sacarlo de su cuestionamiento y de su baja confianza, y así se inició un programa con una financiación con incentivos al desempeño y al cumplimiento de los objetivos.

¿Cómo hacemos para enfrentar los nuevos desafíos si hace veinte años que se gestiona igual? Si uno mira el sector de la salud en el mundo no hay ninguna reforma sustancial sino pequeños ajustes a un sistema enorme.

Los recursos humanos

Somos un sistema de gente que atiende a la gente. En los últimos años, de casi todas las reformas en salud se dijo que estaban pensadas en la gente. Eso no está mal, pero el problema es que todos pensaron en los que están afuera y no en los que están adentro del sistema.

Hay una gran crisis de los recursos humanos. La feminización de la carrera hace que se tengan otras necesidades, que no se quieran las guardias largas, se cuestionen los procesos de tercerización y, consecuentemente, nos encontramos con sólo la mitad de las residencias disponibles sobre los que se reciben. Por eso, la mitad de los nuevos profesionales no tiene una formación sistemática en una residencia, hay una tasa de abandono muy alta y eso, obviamente, cambia el enfoque de programación y de adecuación. Si a eso uno le suma el cambio cultural derivado del avance de la tecnología, corremos el riesgo de ingresar a una inadecuación muy grande y es ahí donde se están produciendo los choques de sistemas, que no ocurren solo en la Argentina.

Hoy Brasil importa médicos de Cuba; Inglaterra luego de las reformas de Tony Blair hizo que muchas enfermeras se fueran a África y a España, comenzaron las migraciones internas. ¿Cómo hacemos para retener hoy una enfermera en Jujuy cuando aparece un aviso en Chubut, donde se paga mucho más? Por eso sigo sosteniendo que

hay que darle mucha importancia a la formación de los recursos humanos, no sólo en los contenidos sino también en los cambios evolutivos que se están produciendo en las personas y sociedades. Porque si un sistema que atiende a la gente no se adapta a lo que a le pasa a la gente, está equivocando el camino.

El costo de la salud

El gasto en medicamentos en los Estados Unidos alcanzó los U\$S 300 billones creciendo 80% en 10 años. En todo el mundo, se espera que alcance U\$S 1200 billones en 2017. El mercado mundial está manejado por los biológicos, seis de los primeros diez productores del mercado mundial son biológicos y para 2018 se espera que 50 de los primeros 100 productos sean biológicos. Argentina gasta anualmente más de U\$S 400 millones en los primeros cinco anticuerpos monoclonales.

Esta es una de las razones por las que crece tanto el gasto en salud. A eso hay que sumarle el crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población, los mayores ingresos derivados del crecimiento económico, más y mejores planes de salud, las nuevas tecnologías y los nuevos medicamentos. Se estima que las nuevas tecnologías explican entre un 27 a 48% del crecimiento del gasto en salud desde 1960. La carga de morbilidad y la hegemonía de las personas mayores en las internaciones, es una realidad que aún no cuenta con un modelo de adecuación a esa cronicidad que se viene manifestando, y que no es sólo un problema de salud sino también cultural. Tenemos que cambiar los enfoques del modelo y centrarlo mucho más en la persona. Si la mayoría de las enfermedades puede persistir entre 20 y 30 años en un paciente, alguien que va a tener una relación prolongada con un sistema, debe recibir una buena atención.



Si el mundo se va quedando sin privacidad, todo va a estar en un gran paraguas de contención y de hecho casi lo está, pero cuando venga toda esa tecnología, tenemos que enfocarnos en un modelo centrado en la atención de la persona. Si nosotros no mejoramos la eficiencia en los modelos de gestión y no hacemos mejor las cosas difícilmente logremos los cambios deseados.

Yo soy optimista por naturaleza porque el que tiene el privilegio de ser funcionario público tiene la obligación de serlo. Muchas cosas se pueden hacer pero hay que pensar mucho más cómo está cambiando todo, y no sólo como cambia la tecnología sino que también hay que estar atento a cómo cambia la sociedad, porque en definitiva somos y hacemos lo que hacemos para la gente, se nos pague del bolsillo del mercado o del Estado, y no se puede ignorar la insatisfacción y la falta de credibilidad. Es lo que está pasando con un sistema como el de Estados Unidos, que gasta mucho y no obtiene buenos resultados. No sé cuánto tiempo más se lo puede seguir sosteniendo, y si la gente está disconforme, o cambia o te cambia.*ii*

Hay que darle mucha importancia a la formación de los recursos humanos, no sólo en los contenidos sino también en los cambios evolutivos que se están produciendo en las personas y sociedades. Porque si un sistema que atiende a la gente no se adapta a lo que a le pasa a la gente, está equivocando el camino.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA TRANSFORMACIÓN PARADIGMÁTICA

**Por Dr. Carlos Alberto Díaz,
Ing. María Virginia Braem,
Dra. Amalia Giuliani Diez,
Ing. Emilio Fabian Restelli**

La seguridad del paciente en las instituciones de salud constituye una transformación elaborada de sus paradigmas de complejidad, una verdadera evolución cultural y organizativa, cuyo camino más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas: calidad y atención centrada en el paciente. Es un camino extenso, lento, trabajoso, que exige esfuerzo, persistencia y compromiso.

La seguridad del paciente es un componente sustancial de la calidad, de su visión cuatrilógica, constituida por el aspecto técnico, la satisfacción del usuario, la eficiencia y la seguridad. El objetivo es disminuir el error asistencial (evitable en la mitad de los acontecimientos), a través de limitar los factores predisponentes del evento no deseado y las cuestiones corregibles mediante el conocimiento del paciente y la continuidad de la atención médica.

La seguridad del paciente es humanización, calidad asistencial, procesos, gestión Lean, gestión clínica, integralidad e integración de la

atención y funcionamiento en red. Por eso lo más importante es la organización de los procesos y la disminución de la variabilidad de la prestación médica, con distribución de responsabilidades y roles, tanto de compradores (agentes médicos y vendedores) como de proveedores internos de productos intermedios de información (laboratorio, imágenes, hemoterapia, etc.). Se debe procurar que estas transacciones se realicen adecuadamente, y en función de la necesidad de los pacientes para mejorar la eficiencia social de la inversión en salud.

La organización de la gestión clínica es un pilar de la seguridad para emplazar la competencia instalada donde corresponda: guías clínicas, controles, alertas y barreras de seguridad, para disminuir los factores predisponentes a que ocurra el error. A esto además se le suma un componente soft, que es la verdadera ventaja competitiva: el trabajo en equipo. No cualquier equipo, sino uno de alto desempeño, multidisciplinario y transdisciplinario, compartiendo información, repartiendo esfuerzos, diferenciando aportes, pero con perseverancia y sentido de pertenencia. Se debe trabajar en un liderazgo ético

impulsado por los valores institucionales, integrando todas las disciplinas. Principalmente encabezada por la económica y financiera, ya que si estas se integran, se verá palpablemente que estas asignaciones son inversiones. Permitir además en todos los ámbitos donde se desarrolle el momento de verdad (la atención de los pacientes), el acceso a la información y la evidencia científica, aumentando las horas de permanencia de los decisores clínicos.

Para reducir la incidencia de los eventos adversos es necesario disminuir las causas del error y los factores predisponentes, e instalar barreras más sólidas, como acciones instructivas y de orden: creer, elaborar, implantar y adoptar los paquetes de seguridad.

Entender profundamente las causas permitirá diseñar métodos, tareas, actividades y procedimientos más seguros, que atraviesen todos los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado.

Las barreras son: capacitación, identificación del paciente, continuidad de atención, control de infecciones, lavado de manos, guías clínicas, acceso a la información y la evidencia científica, alertas, farmacia clínica,



controles cruzados, barreras físicas, datos oportunos, mejora en los medios de diagnóstico (especificidad y seguridad) y en la calidad de insu- mos y proveedores.

Otro elemento fundamental es la continuidad en los cuidados. Confor- mar redes internas en la organiza- ción adhocrática, con previsibilidad y coherencia de criterios. Una arista importante en esta continuidad, que la gestión debe instalar son los pases de niveles asistenciales, por ejemplo como los pases de guardia, para que evidencien la producción continua, para que no signifiquen una interrupción en el proceso de aceptación o de atención de los pacientes.

Luego, se debe tener personal sufi-iciente y capacitado para la demanda de trabajo. La estructura edilicia

es infraestructura de conocimiento; una cama de terapia intensiva lo será en tanto pueda tener una enfermera asignada y un médico compe- tente que interprete el caso, no es so- lamente un lecho con un respirador o una bomba de infusión. Al respec- to existen en las organizaciones de salud varios aspectos a tratar estra- tegicamente como: la falta de enfer- meras profesionales, intensivistas, neonatólogos anestesi- stas y gestores profesionales. Mejorar los regíme- nes de trabajo, la dedicación hora- ria, el descanso, los modos de ingre- so de paciente, que ponen a prueba los mecanismos de seguridad.

Los errores en la mayoría de los ca- sos son por causa sistemática, por lo tanto la notificación y el aprendizaje que esta genera debe ser no puni-

tivo, independiente, confidencial y analizado por expertos a tiempo.

Un gran avance para la seguridad de los pacientes es incorporar el con- cepto de que para que ocurra una falla humana, debe estar precedida por fracasos en las barreras de con- tención del error, esto se correspon- de a la hipótesis del error humano de Reason. Vulnerar en un mismo proceso las barreras organizativas, de procesos, de competencias y des- atender las alertas, facilitan el error. El reporte de un evento adverso no debe generar otro efecto más que permitir el análisis de la causa raíz y con eso el aprendizaje. Evitar que el reporte signifique "confesión de parte, relevo de prueba". Básicamente se necesita un ambiente organizacional de transparencia y corresponsabi- lidad para generar retroalimentación. Cierto es que tanto nuestras organiza- ciones, como el sistema jurídico no están preparados para este cambio, sería como incursionar en un "since- ricidio". Pero sí debe crecer el siste- ma de notificación interno.

La implantación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de há- bitos en todos los procesos y centros de responsabilidad, y se incorpo- ra como insumo de proceso: instrumen- tar chequeos, paquetes de seguridad, identificación de pacientes, mejora de la comunicación entre los integrantes del equipo asistencial, los enfermos y los familiares. La idea es transmitir los riesgos, no en forma genérica sino específica para cada paciente y en ese contexto, explicando por qué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido, y no solo informado.

Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operati- vos, en los usuarios, sus familias, los especialistas de *staff* y profesio- nales contratados.

Empresas tan complejas como las de salud tienen que tener certificados

validados a todos sus proveedores. Es una parte importante de la política de seguridad, porque de la calidad de los insumos, medicamentos y productos intermedios, se genera sinergia por la calidad, al flujo de proceso, y su orientación inequívoca hacia el paciente y al colectivo al cual pertenecen.

Los programas de seguridad son una buena inversión, pero cuesta demostrarlo porque en la actualidad muchos eventos adversos son atribuidos al paciente y su patología; y muchas de las mejoras no se visualizarán porque previamente estaba infravalorizado el error. La hipótesis sería reducir un porcentaje del costo de la inefficiencia que se calcula en un 25%. Se traduce en la reducción de las estancias innecesarias. Tratamientos antibióticos inadecuados, aumento de la infección por procedimientos médicos más de lo esperado, complicaciones de la cirugía que revelan empeoramiento en el desempeño, indicaciones médicas que no agregan valor.

Lo más importante será entonces: evitar errores en la medicación, alergia a medicamentos, extravasaciones, aumentar el uso de bombas de infusión para medicamentos de bajo margen terapéutico, no estibar medicamentos en lugares inadecuados, rotular correctamente las mezclas intravenosas, re-envasar con código de barras todos los medicamentos, farmacia clínica, paquetes de seguridad en el bloque quirúrgico, en las intervenciones quirúrgicas (error de paciente, de intervención y de lado), prevención de la neumonía asociada a respirador, bacteriemia cero, prevenir flebitis, ulceras por presión, caídas, quemaduras, actividades de mutuo control médico y de enfermería, controles por oposición.

Recordar siempre que las mejoras tendrán una expresión favorable du-

rante las intervenciones, pero estas deben incorporarse en la cultura, en los paradigmas de complejidad de la organización, sino los resultados se observarán únicamente durante el ciclo de la acción directa.

La seguridad se incorpora como un componente esencial de la gestión hospitalaria profesional, de la meso-gestión y de la gestión de la complejidad. Desde la ilusión del objetivo y estrechamiento de los pares duales, y de la gestión clínica, como parte de su *empowerment*, de los gerentes y los médicos asistenciales. Se observan resultados parciales en algunas patologías, como ejemplo disminución de eventos adversos en infarto agudo

de miocardio e insuficiencia cardíaca, pero en cambio nada se observa en patologías como neumonía y del ámbito quirúrgico. Por lo que sugiero que el esfuerzo se desarrolle en todos los ámbitos, y que sea un objetivo en el plan de salud de la Argentina. Recuerden que la prestación sanitaria entrega bienes de confianza, y ante todo no causar daño, lo que implica dar imagen de seguridad, responder al compromiso, y la continuidad de atención, colocar barreras que eviten los eventos adversos. Si ocurre un evento actuar para disminuir el daño, entendiendo que nuestro sujeto de interés es una persona, y la atención debe reflejarlo mejorando su calidad de vida. *■*

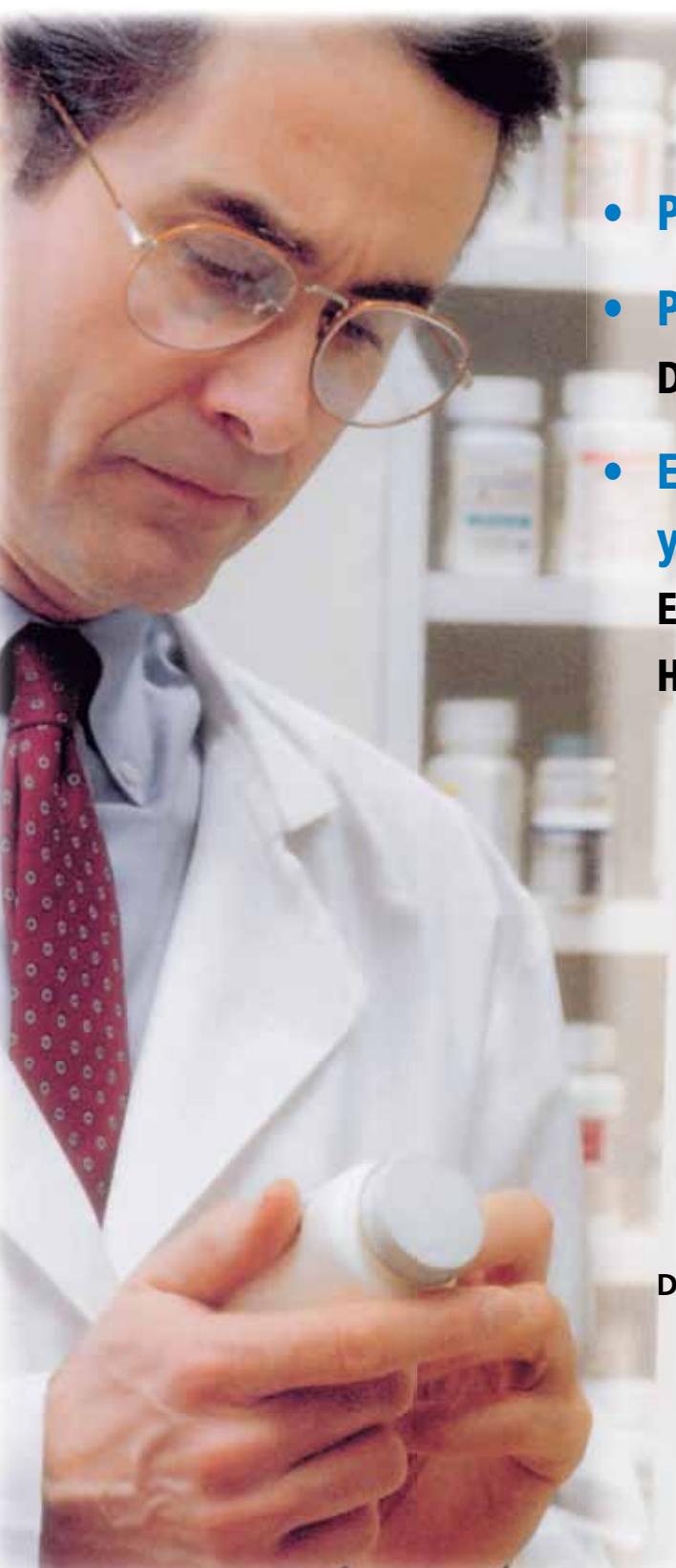
Bibliografía

1. Aibar C. Aranaz JM. No debería ocurrir y ¿por qué ocurrió? Estudio prospectivo del riesgo asistencial y valoración retrospectiva de los sucesos adversos. Unidad Didáctica 7. <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/pdfs/UNIDAD7.pdf>
2. Alonso Coello P. Jam Gatell R Gilsanz Rodríguez F. Martínez García L. Orrego C. Rigau Comas D Romero Simo M. Salvatierra Velázquez A. Sánchez Santos R. Sastre Pérez J. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del paciente quirúrgico. 2010
3. Aranaz JM Aibar C Vitalier J Mira JJ. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. 2008. Editorial Díaz de Santos.
4. Bañeres J Cavero E López L Orrego C y Colaboradores. Sistema de Registro y notificación de eventos adversos. Ministerio de Salud y Consumo España. 2010.
5. Clark SC Dunning J Alfieri OR Elia S. Hamilton LR Kappetein AP. Lockwandt U Sarris GE. Kohl PH. *EACTS guidelines for the use of patient safety checklists*. Clinical Guidelines Committee of the European Association for Cardio Thoracic Surgery. 2012 . 1-12
6. Cometto MC. Gómez PF. Marcon Dal Sasso GT. Bortoli Cassiani SH. Falconi Morales C. Enfermería y seguridad de pacientes. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
7. Goodman JC, Villarreal P, Jones B. *The social cost of adverse medical events, and what we can do about it*. Health Aff. 2011;30:590Y595.
8. Grau Cano J. Prat Marin A. Bertrán Luengo MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. www.jano.es. 2011.
9. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report. 2010
10. Institute for healthcare improvement Open school <http://www.ihi.org/offering/IHIOpenSchool/Pages/default.aspx> 2014,
11. Jha A K, *Patient safety research: an overview of the global evidence*. Qual Saf Health Care 2010 19: 42-47
12. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. *The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical practice Study II*. N Engl J Med 1991; 324:377-84.
13. National Quality Forum. *Standardizing a patient safety taxonomy: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum; 2006.
14. PAHO. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. 2013.
15. Pronovost PJ, Rosenstein BJ, Paine L, et al. *Paying the piper: investing in infrastructure for patient safety*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008; 34:342-8
16. Reason JT. *Understanding adverse events: human factors*. En: Vincent CA, editor. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London: BMJ; 2001. p. 9-30.
17. SEFH La seguridad del paciente en siete pasos. www.sefh.es 2010
18. Vitolo F. la seguridad del paciente desde la perspectiva económica. 2013. www.noble-arp.com
19. World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
20. World Health Organization. Violence and Injury Prevention: Falls. 2012. Accessed at www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en on 25 July 2012



EMPRESA LIDER

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

- 
- **Patología Oncológica**
 - **Patologías prevalentes:**
Diabetes, Hipertensión, Dislipemia
 - **Enfermedades de baja incidencia y alto costo:** **Artritis Reumatoidea, Esclerosis Múltiple, Hemofilia, Hepatitis Crónica**



Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



Droguería ABC: Av. Juan de Garay 4138 (1256)

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

SALUD Y ADOLESCENCIA: NUEVAS REALIDADES Y DILEMAS EN LA ATENCIÓN

El mundo enfrenta hoy la mayor generación de adolescentes registrada en la historia, más de 1200 millones de personas, con necesidades que no están siendo del todo atendidas.

En América latina y el Caribe, los adolescentes conforman el 21% de la población total y representan un desafío para las autoridades sanitarias



De izq. a der.: Piernicola Garófalo, presidente de la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia; Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD; y Mónica Borile, presidenta del Confederación de Adolescentes y Juventud de Iberoamérica y el Caribe.

Las II Jornadas de Actualización en Salud Integral del Adolescente, organizadas por la Universidad ISALUD junto con la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (Sasia) y la Sociedad Italiana de Medicina de la Adolescencia (Sima), resultaron un invaluable aporte para los concurrentes a la Diplomatura en Adolescencia (educación a distancia), que tiene como objetivo dar una adecuada respuesta a la problemática de los adolescentes con un enfoque integral, holístico, interdisciplinario e intersectorial.

El mundo enfrenta hoy la mayor generación de adolescentes registrada

en la historia, más de 1200 millones de personas, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas. En América latina y el Caribe, los adolescentes conforman el 21% de la población total y representan un desafío para las autoridades sanitarias del sector fomentar la participación y prestar la debida atención a las nuevas realidades que se presentan en la región.

Las palabras de apertura a esta segunda edición de las jornadas estuvieron a cargo del rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres; del presidente de la Sima, Piernicola Garófalo; y de Mónica Borile, médica pediatra y

de adolescentes, y presidenta de la Confederación de Adolescente y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (Codajic), quien destacó la importancia de la Diplomatura que convoca a los 23 países que constituyen el comité de adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (Alape).

El diplomado tiene una alta la participación *online* y en los foros de debate, y el desafío por delante de los organizadores es discutir y fomentar una mirada latinoamericana sobre las problemática del adolescente. En la primera parte, representantes de Uruguay, Perú y Argentina expusieron sus experiencias sobre la Atención de Adolescentes y Jóvenes, logros y desafíos; en una segunda mesa especialistas de Italia disertaron en torno a los adolescentes y jóvenes en la consulta; y en una tercera participación especialistas de Brasil y Chile abordaron los Dilemas en la Atención de Adolescentes y Jóvenes.

Susana Grunbaum, responsable desde hace nueve años del Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y la Juventud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, aclaró que en su misión no se habla de fracasos porque aquello que “no cumple con sus objetivos se debe volver a tomar para repensar y rearmar”, e hizo hincapié en el principal desafío de su país: lograr que la atención que se brinda, se mantenga. “Lo primero –agregó– que se quita cuando faltan recursos humanos y materiales son los programas de adolescentes. Parecería ser que así como la adolescencia es una etapa en transición, todo lo que hacemos para ellos fuera de transición. Y ese es un problema que tenemos en todas partes”.

En Uruguay, tras la reforma de la salud de 2005, se plantearon tres cambios fundamentales: la manera de financiar el sistema; el modelo

ARGENTINA Atención oportuna

Por Mónica Borile

La adolescencia es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen y asumen funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Si entendemos que la salud integral comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual de adolescentes

y jóvenes, el desarrollo de su máxima potencialidad y el abordaje integral requiere acciones destinadas a estimular el desarrollo personal, prevenir conductas de riesgo y responder a las necesidades de este grupo etario. Las actividades de las jornadas están dirigidas a abordar las problemáticas de los adolescentes, quienes están expuestos a riesgos, viven en alta vulnerabilidad y nos muestran los resultados del abandono y la negligencia social a través de las estadísticas de suicidios, de violencia sexual, familiar y social, los problemas de salud mental, las adicciones, los embarazos no deseados, los abortos, la muerte materna de adolescentes, y constituyen un espacio para seguir consolidando las redes internacionales de sociedades que comparten iguales objetivos bajo el marco institucional de nuestra Universidad. Esta cooperación internacional ha establecido acciones conjuntas promoviendo la formación interdisciplinaria e intersectorial de aquellos que están comprometidos con este grupo etario, se proponen así espacios de discusión y de formación como el Curso de Posgrado *Nuevas herramientas para la atención oportuna de las adolescencias* que en forma semipresencial se desarrollará en nuestra Universidad.

La autora es médica pediatra y de adolescentes, y presidenta del Confederación de Adolescente y Juventud de Iberoamérica y El Caribe (Codajic).



de atención y un cambio en la gestión. Con respecto a lo primero, se reorientan los recursos y se instaló un impuesto nuevo destinado a un fondo nacional de salud, que les permitió a muchas más personas acceder a una cobertura de salud. Hoy un 60% de la población está cubierta por un sistema mutual y un 40% en el sistema público.

“Los cambios en los modelos de atención tienen que ver con lo que llamamos las metas asistenciales –señaló Grunbaum–. Con el fondo se le paga a los prestadores de salud pero siempre y cuando cumplan con lo que el ministerio les pide. Pero el gran logro de estos años ha sido la concreción de un programa nacional que antes no existía, ya que sólo había algunas acciones sobre los adolescentes y en temas vinculados a la preocupación

por la maternidad y el embarazo adolescente. Con la reforma se ha hecho más visible la problemática del adolescente”.

Al fijarse metas y objetivos, se lograron beneficios en el control gratuito de salud una vez por año; la promoción de la atención de la salud fuera del ámbito asistencial y la obligación de que los prestadores desarrollen obligatoriamente talleres de salud en otros ámbitos –si incumplían, no se les abonaba lo convenido–. La capacitación de recursos humanos también es uno de los objetivos logrado porque no existía la formación académica y se capacitó a 450 profesionales de la salud para la atención de adolescentes.

¿Cuáles son los principales problemas de la salud en esta etapa? Según la especialista el nutricional,

el sobrepeso, la obesidad y la salud mental con el intento de autoeliminación, y que viene acompañado de situaciones que no son menores como las autolesiones, los cortes y el consumo de alcohol. También la exclusión y la deserción educativa que no son abordadas desde la salud pero son un problema de salud porque los que más lo necesitan, por lo general, son los que menos reclaman

al desconocer sus derechos. A más trabas, menos oportunidades, y por eso con la creación de las consejerías lo que buscamos es que los adolescentes no se sigan yendo del sistema educativo".

En Perú, uno de cada tres peruanos son adolescentes o jóvenes y para María del Carmen Calle Dávila, ex presidenta de la Codajic e integrante del Programa Nacional de Salud de

la Adolescencia en Perú, "ya no se puede hablar de ellos como el futuro porque son el presente". Los lineamientos de la política en los últimos 10 años se apoyaron "en el acceso universal de los adolescentes a una atención integral y diferenciada; la promoción de un entorno saludable y con énfasis en las redes de oportunidades; la alianza con los diferentes sectores sociales e institucionales; y

BRASIL

Los dilemas en la adolescencia



Por Roberto Curi Hallal*

Hace 42 años que vengo abordando estas cuestiones de la adolescencia y después de muchos años de psicoanálisis aplicado me dediqué los últimos diez a hacer trabajo social con poblaciones excluidas, y eso me ha hecho repensar muchos conceptos académicos que me parecen de cierta forma

superados y equivocados. Si a los adolescentes en lugar de cuidarlos desde niños para que respeten sus cuerpos los abandonamos a su suerte, no hacemos más que propiciar un destino donde la vida sexual adulta sea pensada como un juego donde uno todo lo puede. Además, estamos viviendo un capitalismo de ficción porque ya no hay más un capitalismo de producción ni de consumo, sino que estamos siendo consumidos.

Europa es un continente viejo, no hay tantos jóvenes y en cambio América sí los tiene, seguimos vivos y avisando que tenemos futuro. Si la propia ciencia nos dice que las próximas generaciones van a vivir 120 años y estamos con expansión demográfica negativa en Europa esta pirámide invertida ya no sostiene país alguno y quiebra económicamente. Es como si te dijera que 10 adolescentes van a mantener 10.000 personas adultas, es una gran equivocación. Pero nos llenan la cabeza con esto de que la sexualidad es solo tener chicos como si el deseo fuera una Ferrari y desde hace varias décadas venimos discutiendo qué tipo de freno vamos a usar para detenerlo. Y el deseo no se frena así, el deseo se construye al darle una noción ética de la vida y valores para que desde niño uno pueda comprender que la multiplicidad de placeres no se agota en una cama ni en una noche, y esta construcción de valores es la que se debería tener como premisa en cualquier acción educativa que se tenga.

*Es médico-psicoanalista, asesor permanente en Salud Mental y Proyectos Sociales en la Asociación Latinoamericana de Pediatría

CHILE

Sujetos con derechos



Por Paz Robledo Hoecker*

Para empezar a cambiar los paradigmas tradicionales en Chile fue necesario actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es decir aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud

y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. A partir de la reforma hecha en 2007, se hizo foco en la atención primaria; en evitar la medicalización; y en no patologizar todas las enfermedades de los adolescentes sino a brindarles nuevas herramientas.

-Algunos cambios de paradigmas planteados fueron: en lugar de "objeto de riesgo", sujeto de derechos ciudadanos; en lugar de grupo vulnerable, actor de co-gestión; en lugar de población anómica, generación anémica o turba anímica, una juventud que está en la acción pública.

-Competencias: ésta deben medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones; el error clásico ha estado en considerar inmaduro o incapaz a todo el que tiene un sistema de valores distinto al nuestro. Ese es el gran error del paternalismo.

-¿Cuáles serán los dilemas éticos en esta etapa de la vida?: romper la confidencialidad cuando no hay riesgo vital, pero sí según el profesional si hay riesgos en su crecimiento y desarrollo (embarazo, interrupción de embarazo, consumo de sustancia, tendencia suicida, internación involuntaria).

-¿Qué conducta tomar? Nunca tomar una decisión solo; revisar el caso; evaluar con equipo multidisciplinario; desarrollar un plan de intervención; solicitar opinión de comité de ética donde se evaluará el hecho.

*Es médica-pediatra y presidenta del Comité Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría.

el desarrollo de las capacidades para el empoderamiento de los jóvenes. Esto último es clave para que sepan cómo defender sus derechos y cumplir con sus responsabilidades".

Se promovieron los servicios de atención que son espacios u horarios diferenciados donde se brinda atención a los jóvenes y adolescentes teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas en el marco de un desarrollo integral. Son tres los servicios: los intramurales (horarios diferenciados y servicios especializados de atención); los extramurales (servicios móviles de atención integral); y los centros de desarrollo juvenil (donde se potencia la conformación de redes intersectoriales y de oportunidades).

Carmen Dávila explicó la experiencia peruana de atención integral a los pueblos excluidos y dispersos, que significó un gran paso: "Los servicios móviles son grupos o brigadas



ITALIA

Especializar la atención

Por **Piernicola Garófalo***

La franja de edad del adolescente en Italia va de los 10 a los 24 años, que representa 12 millones de personas, un porcentaje del 20% de la población. No tenemos un centro específico de adolescentes como aquí y quien se ocupa de ellos en Italia (hasta los 14 años) es el pediatra y luego pasa al médico general. La problemática entonces está en que el adolescente no tiene su propio médico, la atención la continúa haciendo con el pediatra y hasta los 18 años el joven, según nuestro código civil, puede emitir su opinión pero no decidir por sí solo y esa responsabilidad la sigue teniendo el adulto mayor.

Sin embargo, existen leyes en Italia donde los menores pueden tomar sus propias decisiones excepto en cuestiones como la interrupción voluntaria del embarazo, y por el mismo derecho puede solicitar por sí solo la prescripción de anticonceptivos orales. En Italia el menor no tiene acceso a sus datos clínicos, sino el padre o adulto responsable. Cuando le preguntamos a los pediatras hasta qué edad están dispuestos a continuar con la atención del adolescente, la mayoría dice que hasta los 18 años, pero al preguntarles cuántos cursos han realizado de capacitación sobre adolescentes son muy pocos los que lo han hecho. Y esa es una debilidad del sistema.



*Es médico pediatra, endocrinólogo, presidente de la Sociedad Italiana de Medicina del Adolescente (Sima).



**ASE
NACIONAL**



ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS

34 años trabajando en el sector de la salud

- TRAYECTORIA
- EXPERIENCIA
- ORGANIZACIÓN
- RESPONSABILIDAD
- IDONEIDAD
- ESFUERZO

Al servicio del país y su gente

de profesionales que son enviados a lugares de difícil acceso, como la zona de la amazonía, a la que se llega en uno o dos días de travesía. No ha sido fácil iniciar un proceso de cambio con las instituciones educativas porque su élite consideraba su misión desde el aprendizaje, y nuestra postura era mucho más amplia, la de pensar una sociedad que debe ser educada pero que al mismo tiempo debe estar sana”.

Enrique Berner, de extensa labor en la problemática adolescente abordada en el Hospital Argerich y desde una mirada interdisciplinaria e intersectorial, que fuera iniciada hace más de 30 años por el doctor Mario Bianculli, destacó la importancia del servicio de atención integral para adolescentes “como una herramienta donde los jóvenes ingresan a una



Las conclusiones de las II Jornadas de Actualización en Salud Integral del Adolescente estuvieron a cargo de Mónica Borile, médica pediatra y de adolescentes, y presidenta de Codajic.

sala-taller de espera y comienzan a poner *en circulación* la palabra, esto es a debatir o plantear distintas circunstancias para que se discutan mientras esperan ser atendidos, en un lugar poco habitual”.

Una vez ingresados al sistema, los adolescentes son atendidos por un

equipo interdisciplinario que incorpora a la familia en el acompañamiento: “Creemos –agregó– que parte de los nuevos paradigmas que se están discutiendo en estos momentos tienen mucho que ver con visibilizar no solo los cambios en los adolescentes sino también con saber qué les está pasando a los papás en cuanto a la crianza de sus hijos. Contamos con algunas herramientas como la elaboración de una ficha de riesgo que nos permite levantar alertas o de rastrear al adolescente para que no abandone el tratamiento”.

El taller de sala de espera tiene como objetivo sensibilizar y dar apertura a la palabra, rompiendo esa barrera generacional o ese concepto de poder hegemónico del profesional que genera una barrera importante a la hora de interactuar con los adolescentes: “Apostamos a que haya una vida con proyectos, y también trabajamos con discapacitados que no eran incluidos al concepto de adolescencia. El espacio de capacidades diferentes integrado al servicio favoreció aún más la integración; permitió también que el adolescente en crecimiento se haga autónomo y empiece a transitar una vida de manera diferente”, concluyó el coordinador del programa de adolescencia del Ministerio de Salud porteño. *ii*

ITALIA

Motivos más frecuentes de consulta



Por Giuseppe Raiola*

La mayoría de los adolescentes no llevan una buena alimentación, comen mal, lo hacen en exceso o demasiado poco, y eso es un reflejo de la conducta social. El cuerpo es un espejo del proceso evolutivo y hoy encontramos a muchos jóvenes insatisfechos con su figura, con problemas de anorexia y bulimia, y la idealización de esos cuerpos que nos proponen los medios de comunicación puede desencadenar hasta un desorden de carácter psicótico, al crear una obsesión patológica de chicos que se pasan todo el día en el gimnasio para modificar su aspecto físico.

Entre un 15 y 20% de los que van a los gimnasios sufren de este nuevo síndrome, se someten a dietas muy reducidas en calorías, y si a esto le sumamos los nuevos hábitos que tienen los chicos que en lugar de regresar a sus casas y alimentarse bien, lo hacen en la escuela o en un local de comida ligera, eso va modificando sus formas calóricas que les producen hipertensión y nuevas problemáticas.

En Italia un 13% de los adolescentes son obesos y esto tiene un costo sanitario muy importante, y respecto al consumo de alcohol, bajó pero subió la edad inicial del consumo que ahora se observa a los 13 años. Se han visto casos en los hospitales de chicos que llegan con más de seis vasos de alcohol, practicando experiencias nocivas como el *eyeballyng*, que es el consumo de alcohol a través de los ojos, un fenómeno que provoca la pérdida visual o el mayor consumo de las bebidas energéticas que no les permite percibir el cansancio y hace correr riesgos de tipo cardíacos.

*Es médico pediatra y miembro de la Mediterranean Action Group on Medicine Adolescence (Magam)



Se siente bien

*Se siente bien llegar a Cabildo 457 y ver una
nueva sede de Diagnóstico Maipú.*

*Se siente bien encontrarse con un lugar confortable
y con la mejor tecnología disponible en el mundo.*

*Se siente bien entrar con la tranquilidad de ser
atendido por los mejores profesionales y salir con
el informe más preciso.*

*Porque si un paciente sabe que lo están cuidando,
ya se siente bien.*

NUEVA SEDE

CABILDO
457

Turnos: 4837-7777 Administración: 4837-7555 / www.diagnosticomaipu.com
Vicente López | Av. Maipú 1668 • Martínez | Av. Santa Fe 1459 • San Isidro | Alsina 30
Clínica Bazterrica | (Resonancia Magnética y Tomografía Computada) Juncal 3002. CABA.
Sede Cabildo | Cabildo 457. CABA.

**DIAGNÓSTICO
MAIPÚ**

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES-LABORATORIO

[RECONOCIMIENTO]

XXII PREMIOS ISALUD



La Fundación ISALUD entregó su tradicional reconocimiento a personalidades a personalidades del ámbito público y privado, y a programas oficiales que se destacan por su aporte a la salud, el medio ambiente, la economía y la sociedad en su conjunto



El ex rector de Universidad ISALUD, Carlos Garavelli, recibe un reconocimiento por su paso por la institución redondo, a la izquierda, por el rector de la Universidad, Rubén Torres, y el presidente de la Fundación ISALUD, Ginés González García; y a la derecha, por el vicerrector, Eugenio Zanarini.



Durante la entrega de los Premios ISALUD hizo su presentación en público el Ensamble Musical, un emprendimiento que busca crear un espacio de inclusión y acercamiento a la cultura para promover la salud, la diversidad cultural y la igualdad de oportunidades. En la foto de la izquierda Bélen Giménez recibe el premio interno de manos de Ginés González García.



**Educación
y salud
Individual**

Jorge Martínez, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata

El profesor doctor Jorge Martínez se ha destacado por la búsqueda de mejorar los indicadores educacionales y amalgamarlos con la problemática de la salud. Desde la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata impulsó para los jóvenes que terminan el secundario y emprenden una carrera universitaria nuevas formas de dar ese salto.

**Ambiente
y salud
Individual**



**Enrique Luque,
investigador
del Conicet y
la Universidad
Nacional del Litoral**

El Dr. Luque, que además integra hoy la Fundación ISALUD, descubrió que las mamaderas, aparentemente inofensivas, contienen una sustancia plástica denominada bisfenol que es perjudicial para la salud. Como resultado de ese trabajo, el Ministerio de Salud de la Nación prohibió su utilización.



**Economía
y salud
Individual**

**Tomás Bulat,
comunicador,
economista y
experto en salud**

Comunicador nato, Tomás Bulat explica los temas económicos con lenguaje accesible para todos los ciudadanos, a los que añade las cuestiones de salud, con palabras sencillas, entendidas por todos.

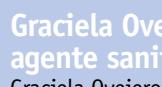
**Sociedad
y salud
Individual**



**Martiniano Molina,
cocinero
y comunicador**

Exitoso comunicador de su profesión de cocinero, vinculado por mucho tiempo a una marca de la cual fue el rostro visible durante seis años. Dejó su trabajo televisivo, sus notas en diario muy conocido, para colaborar en la campaña *Menos Sal, más Vida* del Ministerio de Salud de la Nación.

**Servicios de salud
Individual**



**Graciela Ovejero,
agente sanitaria**

Graciela Ovejero, una de las primeras agentes sanitarias del país, ha tenido una extensa y fecunda labor en la atención primaria de la salud. En plena Puna jujeña y a pie o a lomo de burro, recorrió casa por casa, familia por familia, sin esperar que las personas fuesen a pedir auxilio a los centros de atención.



**Comunicación
y salud
Individual**



**Verónica González,
comunicadora en
temas sanitarios**

papel relevante en la promoción y prevención de la salud. Desde la TV Pública, la periodista no vidente Verónica González viene haciendo un aporte extraordinario con información sobre discapacidades o capacidades diferentes.

**Economía
y salud
Institucional**

**Instituto de Obra
Médica Asistencial
(IOMA)**



Institución señera para la salud de los bonaerenses, el IOMA ha marcado el camino en la promoción de la libre elección de medicamentos con su buscador on line que facilita el acceso a los popularmente llamados remedios.

**Servicios
de salud
Institucional**

**Obra Social de
los Empleados
de Comercio y
Actividades Civiles
(Osecac)**

La sensible cuestión de la salud es pública, sea estatal o privada, tiene como eje central la atención primaria y así lo han entendido algunas organizaciones privadas que han desarrollado modernos sistemas de atención primaria de salud, como Osecac.

**Sociedad
y salud
Institucional**



**Alianza Libre de
Humo de Tabaco
Argentina (Aliar)**

Proteger el estado sanitario de la población, incentivar a que disminuya el consumo de tabaco promocionando y fortaleciendo las políticas públicas de salud, éstos fueron los ejes que generaron Aliar, una alianza solidaria de organizaciones unidas para trabajar en conjunto.

**Comunicación
y salud
Institucional**



RSalud

Un grupo de comunicadores creó RSalud, una plataforma que difunde lo que se está haciendo y lo que

es necesario hacer para mejorar la calidad de vida de los argentinos; un medio para que especialistas, investigadores, profesionales y todo aquel que tenga relación con la salud y el ambiente puedan expresar sus ideas.

**Premio a la
Investigación**



**Comisión Nacional
Salud Investiga**

Desde su convocatoria en 2011, la Comisión Nacional Salud Investiga Ramón Carrillo y Arturo Oñativia ha asumido un rol preponderante en la formulación de proyectos de investigación y el impulso de becas nacionales y provinciales para aquellos que se dedican a mejorar la calidad de vida de la población. La investigación sanitaria ha encontrado un espacio ideal para desarrollarse y crecer; un lugar en el que encuentran apoyo, asesoramiento, comprensión, colaboración.

**Premio a la
Trayectoria**



**Susana Alicia
Rodríguez, enfermera**

En un universo extraordinario de personas que aman a los niños, aman su vocación y esa amalgama

se trasunta en la atención sanitaria que reciben los pequeños pacientes se destacó durante años Susana Alicia Rodríguez, enfermera pediátrica y neonatal del Hospital Garrahan que acaba de acogerse a la jubilación.



EL DEBUT DEL ENSAMBLE MUSICAL

En la entrega de los premios ISALUD hizo su debut el Ensamble Musical, una orquesta de músicos con discapacidad que busca crear un espacio de inclusión y acercamiento a la cultura para promover la salud, la diversidad cultural y la igualdad de oportunidades.



En la entrega de los premios ISALUD hizo su debut Ensamble Musical, una orquesta de músicos con discapacidad que busca crear un espacio de inclusión y acercamiento a la cultura para promover la salud, la diversidad cultural y la igualdad de oportunidades. Los músicos habían audicionado el año pasado en la Casa de la Cultura del Fondo Nacional de las Artes, contó con el apoyo institucional de la Fundación ISALUD, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el Servicio Nacional de Rehabilitación y el Ministerio de Salud de la Nación.

Los músicos que conforman la orquesta actúan de forma profesional y remunerada, y la idea es que puedan hacerlo con frecuencia en recitales, festivales y teatros nacionales, provinciales e intendencias.

La próxima presentación del Ensamble Musical es el martes 20 de mayo en el Salón Auditorio de OISS. Sarmiento 1136, CABA.

Para contrataciones del Ensamble Musical: ensamble@isalud.edu.ar



LOS DESAFÍOS DEL HOSPITAL DEL FUTURO

Por Ariel M. Goldman*

La palabra hospital deriva de “hospicio” lugar destinado al albergue de pobres y menesterosos, y de “hospitales” cuyo significado es caridad, dando una definición precisa del sujeto y el objeto de la primera generación de hospitales.

Primera generación caracterizada por su poco desarrollo tecnológico, que surge con el fin de darle un “buen morir” a las personas que por su situación de salud y pobreza económica no tenían a dónde concurrir. En contraposición a aquellos que gozaban de una posición social acomodada, los cuales recibían al médico en su domicilio, los pobres ingresaban a estas instituciones para nunca más volver a la sociedad. Si sobrevivían a su enfermedad, se quedaban en el hospital colaborando a cambio de casa y comida, convirtiéndose en “crónicos”. De esta manera, se separaba y se aislaban al enfermo del resto de la sociedad.

La salud era entendida sólo como lo opuesto a la enfermedad y no era considerada como un derecho. Consecuentemente, el Estado no brindaba servicios de salud y su única ocupación era relacionada a la higiene pública.

Imagino los hospitales del futuro con camas de alta complejidad, maternidad, consultorios externos y equipos de internación domiciliaria. Es decir, el

paciente que no sea de alto riesgo y dependa del hospital para salvar su vida, va a encontrar la cama de internación en su propio domicilio. Los centros del futuro tendrán cada vez menos camas pero más especializadas. La explicación para este “fenómeno futurístico” está basada en dos grandes tendencias que se describen brevemente a continuación.

La primera es la gestión de la internación. Se ha implementado, con gran éxito, la internación progresiva e internación domiciliaria. Ambas han demostrado obtener mejores resultados sanitarios y a la vez ser más eficientes en términos de costos. En el primer caso, se destina mejor el recurso humano, se disminuye las infecciones intrahospitalarias y reduce drásticamente la subutilización de las camas. Como resultados destacables de la internación domiciliaria podemos describir la mejor y más rápida recuperación del paciente, principalmente por la contención familiar, como así también la disminución de infecciones. Con estas modalidades se está reemplazando la “cama aguda” tradicional.

La segunda tendencia se relaciona con el uso la tecnología integrada a los dispositivos de comunicación. Fundamentalmente, el avance de la tecnología móvil que facilita la realización de prácticas diagnósticas en el domicilio del paciente, enviarlas a través de esa red, compartirlas con el especialista y general el diagnóstico; todo en tiempo real. También permiten un monitoreo

* El autor es licenciado en Administración, especialista en Gestión de la Salud. Es subgerente Operativo de Gestión en el Hospital Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



permanente y la posibilidad de interactuar con el paciente, aun sin estar físicamente presente. Paralelamente las estancias en los nosocomios se acortan día a día por el avance de las nuevas terapéuticas, los métodos de diagnóstico y las técnicas quirúrgicas.

Para que este hospital del futuro funcione debe producirse un cambio importante en la estructura física de los centros y principalmente en la formación del recurso humano. Ambas situaciones se van a producir tarde o temprano, sin embargo existe una condición que no depende del centro asistencial y es insalvable: el paciente debe tener una vivienda apta para su internación.

El sector público enfrentará un gran desafío ya que una gran parte de su población no cuenta con una vivienda adecuada para su internación. Por lo tanto, a priori, en el futuro el hospital privado logrará mejores resultados a menores costos, aumentando las inequidades y ampliando la brecha entre clases económicas.

A pesar de la gravedad de lo expuesto, existe una situación aún más peligrosa que lleva al hospital público moderno a funcionar como un hospital de primera generación. El denominado paciente crónico

social. Actualmente existen internados pacientes que han sido atendidos en su condición aguda y se encontrarían en condiciones de ser externados, sin embargo no se van de alta por su condición bio-psicosocial, convirtiéndose en pacientes crónicos sociales. Son pacientes que, por carecer de una estructura económica y/o familiar, permanecen internados durante años, hasta que mueren o puedan ser trasladados a otros centros de tercer nivel, donde seguirán internados.

Como consecuencia, aquellas personas que tengan medios tendrán una atención de excelencia en su domicilio y aquellos que no tengan recursos económicos ingresaran a los hospitales, se resolverá su patología aguda pero se transformaran en crónicos, quedando atrapados prácticamente hasta el final de sus días.

El derecho a la salud hoy es una realidad y el rol del Estado debe ser activo en la búsqueda de soluciones, ya sea, creando instituciones de tercer nivel que contengan y rehabiliten a estos pacientes o mejorando las propias estructuras existentes. Otra solución más acorde al siglo XXI es que el Estado garantice la vivienda digna y los hospitales públicos avancen hacia el futuro a la par del hospital privado. **ii**

Las tecnologías móviles permiten un monitoreo permanente y la posibilidad de interactuar con el paciente, aun sin estar físicamente presente.

Paralelamente las estancias en los nosocomios se acortan día a día por el avance de las nuevas terapéuticas, los métodos de diagnóstico y las técnicas quirúrgicas.

[RECONOCIMIENTO]

PREMIO EN ITALIA PARA EL DR. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA

La Universidad de Pavía reconoció al fundador de ISALUD por su trayectoria en salud pública y sanitari smo



Ginés González García al recibir la medalla. Abajo: durante la conferencia Salud y Globalización en la Universidad de Pavia junto a Santiago Spadafora, Secretario de Extensión Universitaria de Universidad ISALUD.

El Dr. Ginés González García, rector honorario de la Universidad ISALUD y embajador argentino en Chile, obtuvo una mención de la Universidad de Pavía, Italia, por su trayectoria en salud pública y sanitari smo.

En este contexto, la casa de altos estudios le entregó la medalla Camillo Golgi que reviste la importancia del famoso médico y profesor, orgullo de la Universidad de Pavía, por haber obtenido en 1906 el primer Premio Nobel de Medicina en Italia por sus estudios sobre la estructura del

sistema nervioso, descubrimiento que permitió a la biología y la medicina avanzar en el conocimiento del funcionamiento del cerebro.

En el marco de la entrega y de varios agasajos, el ex ministro de Salud

ofreció la conferencia Salud y Globalización. Finalmente, también fue invitado por la Universidad La Sapienza de Roma, donde disertó acerca de la cooperación científica entre Italia y Argentina. *u*

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

T *www.bodegatierramayor.com.ar*
BEBER CON MODERACIÓN. PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.



SOLUCIONES LOGÍSTICAS QUE SE ADAPTAN A TUS NECESIDADES
SIN IMPORTAR QUE TAN COMPLEJAS SEAN.

Cross Docking / Almacenamiento / Depósitos con temperatura controlada / Cámaras de frío
Picking & Packing / Distribución en todo el país / Logística inversa / Tracking online
Operador Logístico de Medicamentos habilitado por ANMAT / Logística para e-Commerce



CONECTANDO EL PAÍS

0800-999-7700 - WWW.OCA.COM.AR

Ciudadanía digital en salud: enfrentemos el reto*



Por José Antonio Pagés

Médico. Salubrista.
Ex-funcionario de la OPS/OMS.
Fue Representante de OPS/OMS en Argentina 2004-2011.
Magister en “Sociedad de la Información y el Conocimiento”.
Diplomado Avanzado en Ciencias Políticas y Administración.
Director del Centro de Estudios sobre Diplomacia en la Salud Global de la Universidad ISALUD.
Coordinador en Argentina de “Global Health International Advisors” (GHIA).

Resumen

La ciudadanía digital en salud, vista en su espectro amplio, donde se integran los valores y principios fundamentales de ciudadanía social, con los avances crecientes en el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación (TIC) y su aplicación en los sistemas de salud, es algo que contribuye a un mayor bienestar y calidad de vida de las personas. Por eso, visto como parte de los procesos y estrategias de desarrollo del presente, y con una proyección para el post-2015, es algo que debe ser apoyado y fortalecido, desde el ámbito de las políticas públicas, con la voluntad y decisión que esto merece, y también desde todos los sectores de la sociedad civil.

Hoy en día los pacientes están asumiendo un rol activo de su propia salud, y los sistemas de salud continúan esfuerzos por acercarse más a la población. La sociedad de la información y el conocimiento, y las TIC, hacen un puente idóneo en esta dinámica de comportamientos, y esto debe ser promovido y utilizado de forma más efectiva e eficiente.

La velocidad de las innovaciones científicas y tecnológicas en el campo de las TIC están resultando mayor que la capacidad de asimilación e incorporación de las mismas por parte de la ciudadanía y de los sistemas de salud. Esto requiere un cambio que favorezca la mayor utilidad práctica de las TIC, sin que represente una carga económica por las personas, principalmente de los países más pobres, y al mismo tiempo, además de las políticas públicas, el financiamiento y la inversión necesaria, también se requiere un cambio actitudinal del personal de salud para lograrlo.

1. Introducción

Pretendo con este trabajo presentar algunas reflexiones y recopilaciones bibliográficas sobre el tema “ciudadanía digital en salud”¹. Se trata de

¹ Sugerimos los siguientes enlaces: <http://www.who.int/topics/ehealth>; <http://unbohemioburguesenmadrid.wordpress.com/2008/10/27/informe-sobre-salud-global-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>; http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/232/1/Seiter_Salud%20global.pdf; www.undp.org/content/undp/es/agenda_de_desarrollo_post-2015; www.un-gls.org (el grupo de alto nivel sobre agenda post-2015).

* Este trabajo fue presentado en el Seminario Nacional “Viralizando 2013”, en la República de Chile. 27 de noviembre 2013

un asunto que ha adquirido una colossal importancia en el Siglo XXI. Esta importancia viene dada por varias razones. Por un lado, la connotación del concepto y espacio de análisis y debate que desde la perspectiva de los derechos viene adquiriendo la ciudadanía en todos los países del mundo; por otra parte, los adelantos que en materia de la sociedad de la información y el conocimiento se están produciendo a escala global, y por último, la salud, elemento esencial de la vida, incluida en las propuestas de políticas y estrategias de desarrollo humano sustentable para el post-2015

Esta tríada de temas adquiere un importancia superior cuando la analizamos en su conjunto, de forma entrelazada, y la colocamos como uno de los desafíos más sustanciales que tienen los sistemas nacionales de salud, y todas las personas y las organizaciones que se desempeñan en estos tiempos en el campo sanitario. La llamada “ciudadanía digital en salud” está muy asociada al concepto y enfoques sobre salud global.

Se entiende como salud global “una manera de ver y abordar la salud como bien público mundial, como un tema de justicia social y como un derecho universal. Sus características son que gira en torno a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos; analiza temas y riesgos nuevos y re-emergentes; privilegia el trabajo con grupos poblacionales en desventaja social; responde a los retos comunes con profundidad local y alcance global; promueve la participación ciudadana; impulsa la interdisciplinariedad e intersectorialidad; vincula a agentes económicos, políticos y sociales; traduce hallazgos a acciones concretas y cuantificables, y enfatiza colaboraciones horizontales y procesos compartidos entre países” (INSP, 2011)

En este mundo globalizado, y donde la salud global va adquiriendo mayor espacio de consenso, los ciudadanos en sentido general, y los ciudadanos-pacientes en particular, están asumiendo nuevos roles como actores claves de su propia salud. Por otro lado, los sistemas nacionales de salud, y el personal que los integran (también ciudadanos) hacen un esfuerzo por ponerse a tono con esta realidad; no obstante, el camino parecería cuesta arriba y los logros hasta ahora son lentos en comparación con la velocidad de las innovaciones tecnológicas que se están produciendo y que eventualmente podrían introducirse de forma más eficiente y efectiva en la práctica sanitaria.

Todos los ciudadanos tienen derechos y deberes. El desarrollo de la humanidad se encuentra en un punto de inflexión, donde los ciudadanos deben tener la oportunidad de acceder, en igualdad de condiciones, a los beneficios actuales y potenciales de la sociedad de la información y el conocimiento, y a las tecnologías de información y comunicación (TIC) que la acompañan. Y esto es así, porque estamos tratando con aspectos del desarrollo científico que contribuyen al mejoramiento del bienestar y a la solución de un espectro amplio de problemas y necesidades humanas, y que se

convierte, per se, en una situación que desde el punto de vista ético y moral no puede ser soslayado.

Parecería que el desarrollo permanente de las TIC y su aplicación en salud y salud pública en particular no se detendrá jamás. En consecuencia tenemos por delante un mundo inimaginable. Son muchas las oportunidades, algunas al alcance de la mano, y hay que saber aprovecharlas. Es este el principal mensaje que queremos colocar en este artículo.

2. Apuntes sobre el estado del arte de las TIC

No pretendemos analizar en profundidad el estado del arte de las TIC. Además no es el eje central de las ideas que aquí queremos colocar. Tampoco sería factible en un trabajo de corta extensión como es este. A pesar de lo dicho, no podemos dejar de hacer algunos comentarios al respecto, pues son las TIC una de las bases fundamentales sobre la cual se erigen toda una serie de motivaciones y pensamientos en el campo de la ciudadanía digital en salud. En este aspecto, nos gustaría hacer una pequeña reflexión sobre el Curiosity. Hace pocos meses el Curiosity fue posado en la superficie de Marte (el 6 de agosto del 2012). Su construcción y traslado hasta allí pudo haber constituido un guión de ciencia ficción para muchos observadores. A escaso tiempo de haber llegado el Curiosity a Marte, y de haber penetrado con su taladro la superficie del planeta, ya se conoce mucho de la composición de las muestras obtenidas y se afirma que “debería haber agua abundante y fácilmente disponible en marte”².

Interiorizarse en lo que esto ha sido, y conocer apenas un poco de la información pública que se ha compartido por la NASA, nos deja inmensas expectativas sobre la potencialidad en la aplicación del conocimiento que se va generando en materia robótica, de la nanotecnología, la biotecnología, la inteligencia artificial, la física de los estados sólidos y otras ramas de la ciencia y la tecnología, tanto para la salud como en otros sectores relacionados con la vida y el bienestar de las personas.

Por qué coloco esta observación sobre el Curiosity, porque pienso, de forma reiterada, que la velocidad del desarrollo de las tecnologías de información y comunicación superan actualmente las capacidades de asimilación y de introducción de las mismas en la vida cotidiana, y en materia de “ciudadanía digital en salud” dar un vuelco a esta situación es uno de los principales desafíos que tenemos por delante los que trabajamos en salud.

Mucho se ha hablado años atrás del llamado **eslabón perdido**, haciendo referencia, no desde la acepción más científica del término, a las brechas que existen entre países y al interior de los mismos,

2 ABC.es –Ciencia. El Curiosity halla agua abundante en la superficie de Marte. Madrid. Agosto 2013.

para acceder a las modernas tecnologías de información y comunicación, donde internet es una de ellas, pero no la única.

Lo cierto es que en materia de brechas podríamos hablar de **una cadena de eslabones perdidos**. Siguiendo la lógica de la acumulación acelerada del conocimiento, es innegable que los ciclos de innovación en el campo de las TIC se hacen más cortos, y muchas veces, cuando estamos a punto de incorporar determinadas innovaciones tecnológicas, en salud u otras áreas, ya se están produciendo sobre lo mismo otras propuestas superadoras.

En este contexto de excelencia superior se hace bastante difícil cerrar las brechas existentes, aunque también conocemos que muchas de las brechas transcurren en un plano más básico del desarrollo y que forman parte de una agenda social inconclusa. En síntesis, la aplicación de algunas de las innovaciones de TIC en el campo sanitario nos entusiasman y llenan de expectativas, por menores que estas sean. Pero no debemos dejar de reconocer que nos separa un vacío tremendo entre el conocimiento que se ha generado y que está disponible, y su utilización en materia de salud. Por otra parte, en relación a las tecnologías que ya han sido adoptadas, en diversos ámbito de la práctica clínica y sanitaria, se notan grandes asimetrías entre países con diferentes niveles de desarrollo, entre salud pública y salud privada, entre establecimientos de salud de una misma complejidad, o entre regiones y territorios de un mismo país.

Más allá del paradigma digital, que probablemente es el que mejor conocemos a nivel sanitario-profesional, existen otros paradigmas, como la nanotecnología y la biotecnología que han incursionado con fuerza en las TIC y abren un camino amplio de aplicabilidad. Es sabido que varias soluciones tecnológicas en nuestros días están siendo desarrolladas con apoyo de la manipulación molecular.

Lo cierto es que en el centro de estos paradigmas, principalmente en el digital, se ubican nuevas formas de interoperación entre el usuario y los sistemas de computo que hacen de todo esto una originalidad constante.

Crece el concepto de diseño de sistemas centrados en el usuario. Tecnologías como los dispositivos de visualización, las interfaces hapticas (interoperación mediante el estímulo del sentido del tacto a través de la fuerza, vibraciones o movimientos, como ocurre con el modo vibrador de los teléfonos móviles) los sensores y sistemas capaces de reconocer gestos y hasta las emociones; el desarrollo de materiales inteligentes; el desarrollo de interfaces de alta generación para el despliegue de información en pantallas flexibles, con miniproyectores, en micropantallas, donde se agrega el surgimiento de la visualización en tres dimensiones, la miniaturización de los teclados y las pantallas táctiles, el desarrollo de los sintetizadores y reconocedores de voz, el incremento y complejidad de las redes digitales, sus coberturas geográficas y las tecnologías de acceso, de transportación, de procesamiento

y almacenamiento de información, la convergencia digital que ha cambiado la funcionalidad en el uso de las redes, son apenas algunas pinceladas de lo que está aconteciendo.

Por otro lado, es destacable las diferentes aplicaciones que se han desarrollado en el campo de la inteligencia artificial, por ejemplo, en los llamados “quioscos inteligentes” (smartKiosk); los detectores de identificación por radio frecuencia; los sistemas de posicionamiento global (GPS); los entornos integrales para entrelazar investigaciones; así como, la educación inteligente a distancia. Situados ante esta realidad, nos preguntamos cómo definir e implementar políticas públicas e iniciativas que permitan crear la infraestructura necesaria y llevar los beneficios de todo esto a la ciudadanía en su conjunto, incidiendo en los servicios comunitarios, en los sistemas de atención a la salud, la educación, y la cultura. ¿Será que tendremos por delante una sociedad más desigual en la medida que vayamos apropiándonos y utilizando estos importantes logros de la ciencia y la tecnología? Pienso que esta pregunta no tiene una respuesta acabada.

¿Cómo hacer para que las prótesis neuronales y los implantes cerebrales lleguen a todos los que la necesitan? Aspecto que, por otro lado, genera un fuerte debate social, filosófico y tecnológico. Estará más cerca que lejos la incorporación de implantes cibernéticos para aumentar la memoria, facilitar la comprensión de varios idiomas, lograr la visión nocturna, alcanzar una capacidad auditiva ultrasónica, o la comunicación cerebro a cerebro, entre muchos otros aspectos?

Será que tenemos que hacernos estas preguntas, cuándo ni siquiera actualmente todos los ciudadanos que lo necesitan tienen disponible un dispositivo telefónico, y no todos tienen garantizada una cobertura digna de salud? Pensamos que si, que todas estas preguntas son valederas, independientemente del nivel de desarrollo relativo del escenario en que nos desempeñemos.

Estamos frente a una encrucijada, en un mundo complejo. La atención primaria de la salud (APS) continúa siendo una prioridad, que va mucho más allá de lo discursivo para penetrar con fuerza en el campo de la justicia y los derechos. La APS forma parte medular de la deuda social latente, que en su propia acepción a veces conlleva una actitud de ocultamiento o menosprecio.

Como paradigma fundamental del desarrollo sanitario la APS puede de responder a una gran parte de las necesidades que tiene la población, y es responsabilidad de muchos, y de la ciudadanía en general, defender sus valores y sus principios.

Pero esto no debe hacernos mirar de reojo en relación a los adelantos en las TIC. Por el contrario, la APS se debe nutrir más y mejor de las TIC. El nuevo mundo de las tecnologías de información y comunicación inunda nuestros entornos y pasará por encima de nuestras cabezas sino somos capaces de interiorizarnos en su más plena dimensión. Estudiar este fenómeno, y conocer toda

su potencialidad para ayudar a resolver problemas cotidianos, incluso desde el paradigma de la APS, es una tarea inmensa pero necesaria.

Está muy bien sacar provecho a los twitter, los GPS, los blogs, la incorporación de la historia clínica digital en los sistemas de salud; pero todo esto es algo minúsculo al lado de los desarrollos alcanzados desde el punto de vista científico-tecnológico.

Antes les mencione la experiencia del Curiosity posándose en la superficie de Marte. Creo que no es secreto para nadie de los importantes avances que se están teniendo en centros de investigación privados, y en la industria militar ¿Cuánto conocimiento acumulado es aún restringido o secreto, pero que en poco tiempo podría estar incorporado en el mercado?

Quisiera, antes de entrar a otros aspectos del tema que estamos abordando sobre **ciudadanía digital en salud**, dejar posicionado otro conjunto de ideas que no deben quedar olvidadas desde una perspectiva holística del análisis.

3. Las TIC no son suficientes por si solas para mejorar la salud

El desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, por su rapidez e incursión en el ámbito sanitario, tal como señalamos antes, nos está dejando una cantidad enorme de oportunidades, pero no debemos olvidar el hecho de que “las tecnologías por si solas no serán suficientes para poder resolver los problemas relacionados con el acceso a la información fiable y de calidad, o con el correcto funcionamiento de los sistemas sanitarios”. (Deshpande A, Jadad AR, 2006)

Los profesionales de la salud tienen la obligación ética de apropiarse del conocimiento necesario para sacar el mejor provecho a esto que tenemos frente a nosotros en materia de TIC. Cuando mencionamos a los profesionales de la salud incluimos a los gestores desde el punto de vista administrativo, los responsables de los sistemas de información sanitaria, los investigadores y otras personas responsabilizadas con una mayor y mejor calidad de la atención a la salud de los ciudadanos. Pero en última instancia, también debemos estar conscientes de que, teniendo disponibles las TIC y al personal con el conocimiento óptimo para su utilización, no mejorará la salud de todos los ciudadanos sino cambian muchos aspectos que en materia de políticas públicas en salud deben dar garantía suficiente para la cobertura universal de salud de todas las personas.

El Estado tiene una enorme responsabilidad en esto, y no puede hacerse de la vista gorda. De una u otra forma se debe aumentar el financiamiento y la inversión en las TIC, para la mayor incorporación de las mismas en los sistemas de salud, y para mejorar y extender la expectativa de vida de todos los ciudadanos.

5. ¿A qué ciudadanos nos estamos refiriendo?

Cuando hablamos de ciudadanos y de ciudadanía nos estamos refiriendo a una ciudadanía como proceso histórico de construcción y, por ende, reconstrucción constante. Una ciudadanía que reivindica la aplicación de los principios de igualdad y justicia social, ligado al conjunto de derechos y deberes que tienen las personas como sujetos sociales.

Algunos autores han preferido destacar tres categorías temporales de ciudadanía, como parte de esta evolución histórica a que hemos hecho referencia. La **ciudadanía civil** del siglo XVIII, vinculada mayormente a la libertad y derechos de propiedad; una **ciudadanía política**, del siglo XIX, ligada al derecho a la votación de sus gobernantes y a la posibilidad de organizarse y asociarse desde el punto político; y una **ciudadanía social**, que es la que más fuerza está teniendo en el presente siglo, y que se corresponde principalmente con los Estados de Bienestar, una ciudadanía donde no exista discriminación, exclusiones, ni inequidades.

Como señala Alfred Marshall en sus obras, ser ciudadano/a de pleno derecho implica “desde el derecho a un mínimo de bienestar y seguridad económica hasta el compartir al máximo el patrimonio social y a vivir la vida de acuerdo con los estándares imperantes en la sociedad”. El concepto de ciudadanía debe necesariamente incorporar la dignidad de todas las personas comprometidas con un mundo más justo en lo local y en lo global, y las TIC, su accesibilidad, buen uso y aplicabilidad en el campo de la salud es un asunto de derecho humano y sanitario fundamental.

Existe una cita atribuida al filósofo griego Aristóteles donde este se refería al término ciudadano de la siguientes manera: “a menudo se discute sobre el ciudadano y en efecto no todos están de acuerdo en quién es ciudadano. El que es ciudadano en una democracia con frecuencia no es ciudadano en una oligarquía”. En el Consejo Europeo se es cada vez más consciente de que términos como ciudadano y ciudadanía no son estables ni admiten una definición única. El término ciudadano puede definirse como **una persona que coexiste en una sociedad**. Esto no significa que la idea de ciudadano en relación con el Estado Nación ya no es pertinente ni aplicable, sino que, como Estado Nación ha dejado de ser el único centro de autoridad. (Zárate, 2007)

Lo que queremos destacar con estas referencias es la complejidad y la diversidad histórica con que, desde el punto de vista político e ideológico, desde la teoría y la práctica política, se está abordando el concepto de ciudadanía. Y esto debe ser recreado de forma permanente, para que nunca vaya a perder su esencia, ligado a la democracia y a los derechos civiles, políticos y sociales de todos los ciudadanos.

Lamentablemente aún en algunos lugares de este mundo existen limitaciones para el ejercicio pleno de la ciudadanía, ya sea por

su condición migratoria, género, etnia, edad, lugar de nacimiento, orientación sexual o religión, entre otras. La eliminación de estas barreras debe constituirse en premisa básica para el pleno desarrollo de la llamada **ciudadanía digital en salud**.

5. Ciudadanía digital: su concepto y enfoques aplicativos

Este concepto de ciudadanía digital (también conocido como ciberciudadanía o e-ciudadanía), como parte de la evolución histórica de la ciudadanía, y también como parte del desarrollo en las últimas décadas de la sociedad de la información y conocimiento, es relativamente nuevo. En línea con lo expresado hasta aquí, sobre el concepto y los enfoques de abordaje del término ciudadanía, interpretamos la ciudadanía digital como un conjunto de derechos y deberes que tienen los ciudadanos para su participación en la sociedad de la información y el conocimiento.

Sabemos que todo esto está muy vinculado con el surgimiento y desarrollo de nuevas tecnologías informáticas, pero no debe verse limitado a esto último. La ciudadanía digital aparece también estrechamente relacionada con la educación de las personas, y en especial de los niños y jóvenes en formación. Se trata de un asunto que debe ser incorporado con mayor plenitud en los programas educativos, teniendo en cuenta su alcance actual, pero principalmente sus potencialidades.

No tenemos ninguna duda de que la sociedad digital representa un hito en la historia de la humanidad, que continuará consolidándose con el pasar del tiempo. Es probable que no seamos capaces, en la actualidad, de vislumbrar todo el alcance que las TIC van a tener en cuanto a la vida cotidiana de los ciudadanos, en su utilización para responder a la mayor parte de las necesidades que tienen y que tendrán las personas para vivir plenamente y con dignidad.

Estamos atravesando un momento histórico del desarrollo donde aún la brecha digital es inmensa. Se debe trabajar por un mayor acceso y participación de los ciudadanos en relación a las TIC. Son muchas las comunidades, en varios países del mundo, que no tienen acceso a internet, y que no tienen posibilidades de disponer de un computador, de un teléfono móvil, o posibilidades de disponer de banda ancha para las comunicaciones.

La diferencia entre conectados y no conectados pasa necesariamente por las diferencias más abarcadoras desde las determinantes sociales. Trabajar por un mundo más interconectado, con mayor accesibilidad ciudadana a la sociedad de la información y el conocimiento, está ligado a una visión de desarrollo más integral. El llamado eslabón perdido, no debe continuar apuntado hacia los grupos sociales más excluidos y los países más pobres.

Extraído de los trabajos publicados por la Fundación Comunica, con apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarro-

llo (Sabanes Plus, 2013 reproducimos la siguiente cita: "A medida que aumenta el desarrollo de las TIC y el número de dispositivos que las personas usan para conectarse a Internet, también aumenta la demanda de ancho de banda. La necesidad de una mayor disponibilidad de infraestructura, equipamiento y conocimientos crecen paralelamente a los avances tecnológicos, desafiando a los países latinoamericanos y caribeños a zanjar una brecha digital cuya movilidad pareciera tornarla cada vez más difícil de cerrar". Todo esto se convierte en un desafío para los profesionales y decisores claves de los sectores vinculados a las políticas de desarrollo. Estamos ante la urgencia de encontrar soluciones a estos problemas, caso contrario podríamos continuar viendo afectadas las oportunidades de desarrollo y de seguridad humana en nuestros países latinoamericanos y caribeños.

6. Ciudadanía digital en salud: algunas de sus aplicaciones

A partir de este conjunto de comentarios, caemos en algo más específico que tiene que ver con la **ciudadanía digital en salud**, lo cual se ha convertido en el presente Siglo en un aspecto crucial para el desarrollo sanitario. Insistimos en que no debe descuidarse que el personal de salud forma parte de los ciudadanos con derechos y también con deberes. Y en este sentido corresponde también al personal de salud alfabetizarse lo antes posible y actualizarse de manera constante, respecto a los adelantos de las TIC, su aplicación y alcances en el campo de la salud. De no hacerlo así, otros ciudadanos, que acceden a internet y disponen de otras variadas formas de acceso a una información fiable y de calidad, podrían estar modificando la relación médico-paciente y muchas veces poniendo en tela de juicio al personal médico que los atiende. La OMS define e-health como "el empleo de información y tecnologías de comunicación para un mejor control de la salud". Por ejemplo para el tratamiento de determinados pacientes, fomentar la investigación, crear herramientas para la educación de estudiantes, hacer screening en diversas enfermedades, y en fin, para la supervisión de la salud pública.

No podemos hablar de acceso universal a la salud, en nuestros días, como lo promueve la OMS, sin incorporar, como componente crítico de acceso, la disponibilidad y uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación en apoyo a una mejor atención de salud a las personas. El desarrollo de las tecnologías de información y comunicación nos van dejando evidencias y experiencias muy útiles para conocer el marco de aplicabilidad de las mismas en relación a la **ciudadanía digital en salud**.

El Departamento de Salud Pública británico publicó las primeras conclusiones de un programa específico de evaluación, realizado en el año 2011, que involucró a 6.191 pacientes y 238 médicos de

familia. Según este estudio, un buen aprovechamiento de las TIC, en esta dinámica de relación entre ciudadanos y servicios asistenciales de salud, podría reducir en un 20% el número de admisiones hospitalarias derivadas de emergencias médicas; una reducción del 14% de ingresos electivos (no críticos) así como otra reducción del 14% en días de hospitalización. Asimismo, se demostró una reducción del 45% en los índices de mortalidad en pacientes diabéticos complicados y en aquellos que habían sufrido un paro cardiocirculatorio.

A continuación presentamos algunos ejemplos, agrupados en diversas categorías, que constituyen parte del amplio espectro de aplicabilidad de las TIC, ligado al concepto y enfoque de ciudadanía

c. Asistencia médica y relación médico-paciente

Al ciudadano en general se le están facilitando mucho las vías para acercarse más a los profesionales médicos que los atienden, a los farmacéuticos o los enfermeros/ras, y a los servicios de salud en general, pero tanto como eso, se les está facilitando buscar información sobre diversos temas antes de acudir a un servicio de salud. Los resultados de un estudio, presentado recientemente en Madrid (Marco de Comunicación, MSL Publics Group, 2013) dan cuenta de que “el 20% de los pacientes prefieren realizar una consulta en la red antes que visitar a un especialista cuando cree que padece una enfermedad”. Incluso estudios en otros países dan cuenta de cifras superiores.

No queremos decir que esto sea absolutamente positivo, pues, entre otras cosas, podría incrementar la automedicación, pero sin lugar a ninguna duda, los ciudadanos-pacientes que acuden a un servicio de salud, con cierta noción de sus padecimientos, post-revisión de la literatura disponible, dan muestras de cómo las herramientas a las cuales muchos hoy tienen acceso marcan una diferencia con el pasado en la dinámica de relación médico-paciente.

Existe, por otro lado, un nuevo punto de encuentro entre ambos, la teleconsulta. Ahora la posibilidad de efectuar consultas telefónicas está más a la mano de la gente que en décadas pasadas. Las consultas médicas virtuales están aumentando y también el seguimiento y rehabilitación de pacientes en su propio domicilio. A todo esto se suma los dispensadores electrónicos de medicamentos que es un avance destacado desde la función farmacéutica.

En el mundo de hoy, mayormente en los países desarrollados de Europa, se expanden los centros e-health que contribuyen al monitoreo a distancia de pacientes a través de dispositivos para controlar la tensión arterial, el funcionamiento cardíaco (electrocardiografía), los niveles de glucosa en sangre, o a través de los pulsioxímetros para controlar la concentración arterial de oxígeno y la frecuencia cardíaca.

Todo esto va dejando como evidencia, la excelencia de estos sistemas para la atención de pacientes crónicos con patologías car-

diopulmonar. Esta práctica de los centros e-health, por otro lado, contribuye a disminuir la demanda de visitas médicas domiciliarias, y baja la asistencia a los servicios de urgencia en hospitales y centros de salud.

b. Sistemas de información y registros de datos sanitarios

Otra categoría de ejemplos en salud, relacionados con la utilidad práctica de las TIC, destaca el desarrollo de los sistemas de información y registros de datos clínicos y sanitarios. Tal vez ha sido en esta rama de la gestión sanitaria donde más avances se han tenido en los últimos años. Una experiencia muy especial se viene dando en algunas comunidades españolas, y en otros países, principalmente países desarrollados, respecto a la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, lo cual permite, a cualquier persona, la consulta, impresión o descarga de sus informes clínicos, así como gestionar la seguridad de su información. No caben dudas de que esto facilita el trabajo de los profesionales médicos y brinda confianza a los ciudadanos. Para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información, el acceso a tal HC puede realizarse mediante certificado digital, con su DNI electrónico u otras formas oficiales. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Además de esto, se registran logros interesantes en la implementación de sistemas de información de pacientes y de hospitales. O sea, una combinación de la información de pacientes con otras informaciones de tipo administrativo de los establecimientos de servicios de salud (costos, procedimientos, listado de profesionales y su historial profesional, avances tecnológicos de los centros correspondientes, orientaciones de diagnóstico y tratamiento, entre otros). También se tienen experiencias exitosas en el área de los registros electrónicos nacionales, tanto en el campo de las estadísticas vitales, información epidemiológica, estadísticas de morbi-mortalidad; así como respecto a los registros de medicamentos por parte de las autoridades regulatorias; los directorios de instituciones y profesionales, y los sistemas de información geográfica para el análisis de la situación de salud y sus determinantes.

c. Programas de actualización, formación y capacitación de personal de salud y para el desarrollo de investigaciones científicas

Otra de las áreas donde se ha avanzado bastante en esta primera década de Siglo, tiene relación con los programas de capacitación y formación de personal y en apoyo a las investigaciones científicas en salud. Podríamos mencionar la utilización de las TIC para cursos a distancia, bibliotecas virtuales, bases de datos para evaluaciones basadas en evidencia sobre varia-

dos problemas de salud (tales como Scielo, PubMed, y otras), además de las páginas web (como las de OPS, OMS, el CDC, el Banco Mundial), los wikis, Google y Medpedia, entre otros. Cabe destacar que en esta área existe la posibilidad de acceder a amplias bases de información pública, que están disponibles para cualquier ciudadano que se interese por conocer temáticas vinculadas a la salud. Todo esto, como ya dijimos antes, hace más compleja la dinámica médico-paciente. El personal de salud tiene ineludiblemente que enfrentarse a una población más y mejor informada y eso representa un reto importante para la calidad de la atención que se debe brindar a las personas y el prestigio de los médicos y enfermeras.

d. Comunicación y colaboración entre varias personas y trabajo en red

El desarrollo de las TIC está posibilitando crecientemente que las personas interactúen de mayor manera y puedan trabajar en equipo de forma más efectiva y eficiente. Cada persona por sí misma tiene la potencialidad de convertirse en un modo y nodo de comunicación. Ahora el trabajo que cada quien hace desde su lugar de trabajo, con acceso a internet, podría ser de todos los que uno quiera que sea. Está demostrado que esta modalidad baja costos y aumenta productividad. Queremos destacar la importancia de los campos virtuales, por ejemplo el Campus Virtual de la OPS, y las plataformas virtuales de casi todas las instituciones académicas, desde donde se facilita la comunicación y la enseñanza de personal de salud.

e. Promoción y comunicación de ideas y mensajes sobre salud

Se trata de una de las áreas de participación de transcendental auge en los últimos años. Para comunicar ideas las redes de Twitter, Facebook o Myspace³, u otras como Youtube, Vimeo, Flickr, son efectivas y se vienen utilizando bastante. Son redes que se aprovechan también para el marketing empresarial y mejorar la visibilidad de algunos productos y servicios que se ofrecen en el Mercado, pero también muy valiosas para interactuar con los ciudadanos y promover mensajes de salud pública, conocer sus estados de opinión sobre diversos asuntos, educar a la ciudadanía y orientarlos en emergencias sanitarias. En este sentido, también son de mucho valor los servicios de publicación en blog, como Blogger o Tumblr, que son accesibles de forma gratuita.

7. Los retos que nos toca afrontar.

Quisiéramos colocar algunas ideas respecto a lo que consideramos algunos retos en el campo de la ciudadanía digital en salud, sin la pretensión de que estemos cubriendo todo lo amplio y valioso de estos aspectos. Por ejemplo:

Lograr mayor apoyo para que las TIC sean fuente de bienestar y salud

No debemos dejar de reconocer que la salud es un elemento clave para salvaguardar la vida. Cuando hablamos del componente digital en salud, de nada serviría esto, sino contribuye justamente a garantizar más y mejor bienestar y salud a los ciudadanos. Y esto es así tanto en lo que concierne a las personas individualmente como uno de sus objetivos fundamentales de existencia, pero también objetivo fundamental del Estado y de toda la sociedad en su conjunto. Las TIC, deben ser un medio para el logro de una vida más sana y feliz, en lugar de convertirse en un fin en si mismo, sin una visión y misión humana fundamental

Las TIC deben incorporarse con mayor prioridad en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud

La introducción y utilización efectiva de las TIC en los sistemas de salud representa un reto en la actualidad y a futuro. La utilidad de las TIC en los tiempos que vivimos es destacada, aunque creemos que podría ser aún mejor aprovechada e incorporada en la práctica sanitaria, tanto desde el punto de vista asistencial como administrativo y en apoyo a la investigación, la capacitación y formación de personal.

Todos debemos hacer mayor esfuerzo por acortar la brecha digital existente

Uno de los problemas principales que seguimos identificando es la brecha digital existente en todo el mundo y al interior de los países. Esta brecha se ha ido acortando en los últimos años, pero prevalece de manera importante afectando a muchos grupos sociales. El acceso a un equipo de cómputo, la disponibilidad de un artefacto telefónico móvil, para muchos ciudadanos todavía es un sueño. No dejan de aparecer opiniones de quienes afirman que el acceso a internet para todos nunca se va a lograr. Es probable que así sea, pero ojalá estas asimetrías y las barreras implícitas, no estén vinculadas con desigualdades inaceptables desde el punto de vista de la justicia y de la ética. En los países más pobres, además de la brecha digital, se presenta una gran disparidad de acceso a los sistemas de atención a la salud de las personas, cuestión que agrava aún más el problema. Lograr la cobertura universal de salud y disminuir la brecha digital es un tema clave para el desarrollo de la llamada “ciudadanía digital en salud”, desde la perspectiva de los derechos humanos y sanitarios.

³ Myspace es un servicio de red social propiedad de Specific Media LLC y la estrella de pop Justin Timberlake. Myspace fue lanzado en agosto del 2003 y su base se encuentra en Beverly Hill, California.

Se debe concientizar más al personal de salud de la importancia de las TIC para mejorar el acceso y calidad de atención a los servicios de salud

Lamentablemente para muchas personas las TIC siguen pareciendo un tema de ciencia ficción. Derrumbar esta subjetividad prevalente va a requerir que se priorice la alfabetización digital a toda la ciudadanía, desde edades tempranas, y también en los programas de formación universitaria. Igualmente es necesario, que se sensibilice y alfabetice a las personas que tienen la responsabilidad de la atención a la salud y de la administración de los sistemas sanitarios. Desde nuestra experiencia laboral y profesional consideramos que los sistemas de salud, y el personal que lo integran, no están suficientemente preparados, en la actualidad, para asimilar tanta información y conocimiento científico disponible. Además, en internet faltan filtros de calidad, la información de buena calidad aparece a veces mezclada con mala información, y eso contribuye a las resistencias y a la falta de confianza en su utilización. Se tiene que avanzar con más decisión e interés para lograr la legitimidad ciudadana de estos productos.

Todos conocemos que se hace difícil para muchos usuarios arriesgar nuevas actitudes y comportamientos respecto al uso de las TIC. Este es un asunto crítico que debe ser cambiado y se debe trabajar para lograrlo.

La incorporación de las TIC en salud deben garantizar los derechos de las personas, incluida el derecho a la privacidad de sus datos.

Bastante se viene hablando en los últimos tiempos de lo perjudicial que resulta la centralización de la información y los servicios y los monopolios que han aparecido a nivel internacional

suponen nuevos y mayores riesgos. Esto está muy ligado a la privacidad. El tema de la privacidad de los usuarios y los datos personales despierta una interrogante a diario, más a raíz de los recientes acontecimientos internacionales sobre violación de la comunicación personal. Desde el punto de vista de las normas legales relacionadas con la privacidad de los datos hay un camino importante por recorrer.

La introducción de las TIC no debe ser motivo de encarecimiento de la atención que se brinda

Un reciente estudio de colegas de la Universidad del Desarrollo de Chile (Adauy MH et al, 2013), identificaron como principal barrera de acceso a la atención de salud, el alto costo de los medicamentos, consultas médicas y exámenes. Pienso que se trata de un asunto que merecería mayor estudio y profundización, en particular todo lo que está relacionado con el costo que está representando para los pacientes la incorporación de los novedosos avances que día a día se están incorporando a la práctica médica desde el campo de las tecnologías de información y comunicación.

Las redes de apoyo social, a través de la llamada ciudadanía digital en salud deberá ser fortalecida

El mismo estudio de la Universidad del Desarrollo de Chile, al cual hicimos mención anteriormente, nos dice que el principal facilitador para la atención de salud, lo constituye poder **contar con redes de apoyo social**. También habría que estudiar en mayor profundidad todo esto. Parecería, a todas luces, que las redes sociales y la utilización de las TIC por las redes, facilitan el acceso a los pacientes a la atención de salud con calidad y eficiencia, pero esto debe ser documentado, promovido y mejor apoyado.

Referencias bibliográficas

- Adauy MH, Angulo LP, Jasmen AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra I y Vega Morales J: Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev. Panam Pública 33 (3), 2013
- Deshpande A, Jadad AR: Web 2.0: Could it help move the health system into the 21st century? The journal of men's health & gender, 2006, v3, n4, pp 332-336
- Instituto Nacional de Salud Pública: Programa de Salud Global del Instituto Nacional de Salud Pública de México. México, 2011
- Marco de Comunicación y MSL Publics Group. Puede el entorno 2.0 ayudar al médico a mejorar la relación con el paciente? España, agosto 2013. www.puromarketing.com
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Manual de usuario HCDSNS. España. 2011.
- Sabanes Plus D: 25 Años de la Sociedad de la Información en ALC 2000-2025. Brecha digital en movimiento: desafío de América Latina y el Caribe. 2013.
- Zárate JC: Ciudadanía, participemos activamente. SEP, INEA, México, 2007

Estudio del efecto de las patologías crónicas en el gasto para el fortalecimiento del modelo de gestión: el caso de OSSIMRA



Por Diego Cingolani

Lic. Ciencias Políticas (UBA)
Mag. Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD)
Consultor OPS
Docente e Investigador
Universidad ISALUD

Director de Tesis: Mag. Arturo Schweiger

Comité evaluador:

Dr. Rubén Torres (Universidad ISALUD)
Lic. Cristina Casassa (Universidad ISALUD)
Dr. Oscar Cochlar (ex gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud)

La versión completa de este trabajo se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

1. Introducción

En la actualidad se modificaron las condiciones epidemiológicas poblacionales con respecto a las últimas décadas. Los cambios epidemiológicos demarcados por el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, los cambios de conductas y de alimentación de los individuos y de sus familias y de los avances en la lucha contra enfermedades determinadas (p.ej.= VIH-SIDA), traen aparejados el aumento de la “cronicidad” de las principales patologías de la carga de enfermedad a nivel mundial (Bengoa, R. y Nuño Solís, R. 2008).

La transformación de las condiciones epidemiológicas generan variaciones en las necesidades de salud de la población y producen una asimetría entre estas y los mecanismos organizacionales de prestación de salud existentes, estando estos últimos actualmente orientados a necesidades de atención de salud de carácter episódico y no de atención continua requerida por los pacientes con patologías crónicas.

Este estudio se enmarcará dentro del enfoque de economía de la salud aplicado a la gestión sanitaria, con la finalidad de medir los efectos del auge de patologías crónicas sobre los gastos de una Obra Social Sindical. Para ello, se realizará un estudio de los consumos de los beneficiarios intentando conocer cuál es el porcentaje de gasto relacionado con las patologías crónicas y en qué afiliados se produce. Se analizarán las variables de consumo y se observará si existe una tendencia creciente a concentrar el gasto en un porcentaje limitado de la población de beneficiarios. Posteriormente, se dividirán las categorías por las cuales el gasto se produce, para analizar si existe un cambio de composición del mismo orientado a beneficiarios que presentan patologías crónicas.

Para poder tener una línea guía de interpretación de la problemática se ha orientado el estudio desarrollado por Eugenio Vilaca Mendes en su libro sobre “Cuidados de las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud” (Mendes, 2012), y se ha realizado una ampliación del diseño del **Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (MACC)** mediante un análisis sistematizado de la información de consumos de pacientes con patologías crónicas de la Obra Social seleccionada, que permite lograr la segmentación y estratificación de la población en distintos niveles de atención, apoyando el mismo en otros modelos de análisis comple-

mentarios. Esta estratificación tiene por finalidad lograr establecer los parámetros necesarios orientados a la construcción de un modelo de atención específico para fortalecer la gestión de la Obra Social Sindical de los Supervisores de la Industria Metalmecánica de la República Argentina (OSSIMRA).

A los fines de la evaluación del gasto mediante la selección de beneficiarios de la misma, se utilizará el modelo teórico-conceptual del **Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (MACC)**, que se integran mediante cuatro tipos de segmentaciones poblacionales: Modelo de Atención de Crónicos, Modelo de Pirámide de Riesgo, Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y Modelo de Capacidad de Auto-cuidado. Según recientes análisis internacionales de las gasto del tratamiento de las patologías crónicas su efecto en el gasto sanitario total de los sistemas de salud es de aproximadamente un 75 % del gasto en salud, a su vez el 50 % de los cuidados de pacientes con patologías crónicas es inadecuado, y el 60 % de los ingresos hospitalarios está relacionado con pacientes con patologías crónicas. (Bengoa, R. y Nuño Solís, R. 2008).

La existencia de esta significatividad presupuestaria del gasto de los tratamientos de las patologías crónicas implica una evolución creciente en la demanda de servicios sociales y sanitarios en las próximas décadas. Este análisis específico se posiciona en las implicancias de esta problemática en las obras sociales sindicales nacionales como uno de los principales subsectores del Sistema de Salud de Argentina. Y es por ello necesario realizar un análisis continuo y sistemático sobre la concentración del componente de gasto en prestaciones sanitarias de la obra social sindical seleccionada, para poder medir los efectos en los consumos de prestaciones y por ende en el gasto de este cambio en la carga de enfermedad hacia las patologías crónicas en su sustentabilidad futura. Los porcentajes mencionados indican la necesidad de definir y enumerar cuales son los efectos socio económico de la atención de afiliados con las patologías crónicas, como se desarrolla su actual modelo de atención de salud y que características podría presentar la aplicación del MACC.

Este análisis se realizó durante el periodo de un año, tomando como inicio el mes de enero de 2011 y finalizando en diciembre del mismo año. Se analizaron los consumos de un grupo de 34.539 beneficiarios de la obra social OSSIMRA, los cuales se encontraban distribuidos en 27 seccionales de la obra social.

El análisis de MACC permitirá conocer desde un enfoque distinto la distribución de los consumos de los servicios asistenciales y del gasto sanitario, así como también evaluar estrategias de implementación de soluciones alternativas, que están siendo desarrolladas en otros sistemas de salud a nivel regional y que pueden ser provechosas para enfrentar el desafío de las poblaciones de beneficiarios con niveles crecientes de patologías crónicas.

Una vez analizado los beneficiarios seleccionados con la identificación del modelo de gestión de consumos y de gastos actuales y las ventajas y desventajas de la aplicación del MACC, se podrán evaluar la conveniencia de implementar estrategias similares, que sean adaptables a otras regiones de OSSIMRA y que sirvan de marco de referencia para los modelos de gestión de otras Obras Sociales Sindicales Nacionales.

2. Planteamiento del problema

Incidencia del gasto en patologías crónicas.

Fragmentación del modelo de atención.

En la medida en que el patrón epidemiológico evidencia un aumento de la cronicidad de las enfermedades es necesario replantearse el modelo de atención vigente, que está orientado hacia otro tipo de patologías con manifestación episódica y aguda.

Ante la situación de que los cambios epidemiológicos no son aún vislumbrados en Argentina por la mayoría de los distintos actores del Sistema de Obras Sociales y que en este país uno de los subsectores con mayores niveles de coberturas está formado por dicho sector, el presente estudio contribuye como “caso testigo” para el dimensionamiento de esta problemática y de sus posibles soluciones. El problema que este trabajo enfrenta es analizar los efectos que produce el cambio epidemiológico de la población beneficiaria de la obra social hacia la cronicidad de sus enfermedades, cómo esto influye en el gasto de la obra social, y cuales serían las alternativas posibles para enfrentar dicho cambio.

Se establecerá como necesario diferenciar cuales son las causas que producen dichos gastos, y en qué medida es posible que se esté produciendo un cambio en las necesidades sanitarias de la población usuaria, mediante el incremento de casos de pacientes con patologías crónicas, las cuales no solo se reproducen cuantitativamente sino que a su vez desafían los modelos vigentes, ya que estarían generando un elevado porcentaje del gasto de la obra social y además con una fuerte concentración en pocos beneficiarios. Por ello, será necesario en primera instancia confirmar dicha transformación para luego buscar alternativas de solución viables, que permitan lograr un manejo adecuado de estas condiciones crónicas y establecer a su vez una eficiente utilización de recursos.

El problema específico al cual este trabajo intenta aportar respuestas puede enunciarse mediante el interrogante siguiente:

¿Cuál es el modelo de atención necesario para afrontar el efecto económico de la cronicidad en una de las principales obras sociales de la Republica Argentina?

3. Marco teórico

Este análisis presupone que para poder enfrentar el reto de la cronicidad se necesita un modelo de atención diferente. Es aquí donde el enfoque poblacional utilizado por la estrategia de salud familiar llevada adelante en Brasil nos permitirá tener un marco teórico específico para poder realizar la investigación aplicada a este universo de análisis. Y será Eugenio Vilaca Mendes (Mendes, 2012) en su libro sobre Cuidados de las Condiciones Crónicas en la Atención Primaria de la Salud, quien orientará este estudio para poder definir el modelo de atención de condiciones crónicas, sistematizando en un solo diagrama tres teorías o modelos de atención que se encuentran interrelacionados, y que han tenido distintas experiencias en diferentes sistemas de salud a nivel

mundial. La integración de estas tres perspectivas de entendimiento de la salud pública contemporánea permite vislumbrar claramente una nueva forma de modelo de atención de cuidados crónicos.

Se utilizará una primera perspectiva (Cronic Care Model) asociada a la integración de un enfoque sistémico que busca comunicar horizontalmente las organizaciones del sector salud. Una segunda (Pirámide de Káiser) que permite ver acciones específicas sobre las condiciones singulares de salud de la población a través de la intervención de programas verticales y la tercera perspectiva (Determinantes Sociales de Salud) que considera que la mejor manera de obtener resultados positivos en la salud es por medio de transformaciones a largo plazo entre las estructuras de relaciones de la sociedad.

El primer modelo de atención al cual se refiere es el Modelo de Atención Crónica, basado en el Cronic Care Model, realizado por el MacColl Institute for Healthcare Innovation de los Estados Unidos. Dicho modelo plantea la necesidad de resolver el problema complejo de la atención de patologías crónicas por medio de una solución multidimensional. Fue diseñado para dar respuesta a situaciones de salud con alta prevalencia de condiciones crónicas y para modificar las falencias de un sistema de salud fragmentado.

La aplicación de dicho modelo tiene como premisa básica que se puede mejorar en la calidad de atención de las personas y consecuentemente lograr un beneficio en las condiciones de salud de las mismas, logrando paralelamente bajar los costos de atención en salud. Para poder desarrollar este modelo debemos fijar nuestra atención a seis elementos divididos en dos grandes campos (tabla 1).

Estos seis elementos se interrelacionan buscando desarrollar interacciones productivas entre:

- personas usuarias informadas y activas,
- equipo de salud preparado y proactivo

Fin: lograr mejores resultados sanitarios. (figura 1).

El segundo modelo presente en la construcción de la MACC es el Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente. Según ese modelo para poder definir las necesidades de las personas portadoras de alguna condición crónica se necesita analizar las siguientes variables:

- Duración de la condición.
- Urgencia de la intervención.
- Servicios requeridos o capacidad de auto cuidado.

Utilizando estos criterios se permite identificar a las personas en tres grupos:

Un primer grupo que aglutina a portadores de condición leve, con fuerte capacidad de auto cuidado o con una sólida red social de apoyo, un

segundo grupo que son portadores de condición moderada y un tercer grupo que son aquellos portadores de condición severa, inestable y con baja capacidad de auto cuidado

Básicamente el Modelo de Pirámide de Riesgo establece la estratificación de la población en función de los riesgos que la misma tiene, constituyendo distintos niveles de intervención a saber:

- El primer nivel de estratificación estará dado por las personas con condiciones crónicas simples, bien controladas y que presentan un bajo perfil de riesgo general, estas personas tienen una alta capacidad de auto cuidado y constituyen la gran mayoría de la población total con condiciones crónicas de salud, que representan entre un 70% a un 80 % de la misma, y serán enfrentadas mediante técnicas de gestión de auto cuidado apoyado.
- En el segundo nivel de estratificación se encuentran las personas con condiciones de salud que presentan un riesgo mayor porque tienen un factor de riesgo biopsicológico o una condición crónica, o más de una con cierto grado de inestabilidad o un potencial deterioro de la salud, a menos que tenga la adecuada atención de un equipo profesional. Representan entre un 20 a un 30 por ciento de la población, y serán tratadas mediante técnicas de gestión de condiciones de salud.

La mayor parte de los cuidados de este nivel será provista por un equipo de APS con apoyo de especialistas. El auto cuidado apoyado sigue siendo importante para esa población pero es más concentrada la necesidad de atención por parte del equipo profesional de salud. Es característico de este nivel la concentración y utilización exponencial de los recursos de salud.

- En el tercer nivel de estratificación se encuentran las personas con condiciones de salud con necesidades altamente complejas y por personas usuarias que frecuentemente utilizan la atención de emergencia en ambulatorio o internación no programadas y que necesitan un gerenciamiento activo por parte de metodología de gestión de casos. Representan entre un 1% y 5% de la población, y deberán ser resueltas mediante técnicas de gestión de caso con un uso muy intensivo de los recursos de salud

Para poder desarrollar este modelo se establecen como necesidades y estrategia primaria la utilización de técnicas de estratificar la población según riesgos. A su vez será necesario lograr la integración de sistema

Figura 1. Modelo de Atención Crónica



Tabla 1. Elementos de Modelo de Atención Crónica

Campo	Elemento
Sistema de atención de salud	Organizaciones de salud Diseño de sistemas de prestación de servicios Soporte de las decisiones Sistemas de información clínica Auto cuidado apoyado
Comunidad	Recursos de la comunidad

Fuente: Mendez 2012

Fuente: Cronic Care Model, MacColl Institute for Healthcare Innovation

de atención de salud mediante la utilización del apoyo en tecnología de gestión clínica. Este tipo de intervención se fundamentara en un fuerte desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud teniendo un énfasis en técnicas y capacitación de auto cuidado apoyado. Este desarrollo del modelo de intervención es pensado siempre teniendo en cuenta la forma en la cual lograr el alineamiento de la atención con las necesidades de salud de la población. Para ello se establece como necesidad primaria la estrategia de fortalecimiento de Atención Primaria de la Salud (APS)

Tiene como base los siguientes principios generales:

- Alineamiento de atención con las necesidades de salud de la población situada en los diferentes estratos de riesgo
- Las personas usuarias son socios en la atención de salud, son consideradas auto prestadoras de cuidado.
- La información de salud es esencial
- La mejoría de la salud se da por la colaboración conjunta entre los equipos de salud, y las personas usuarias. Por ello las personas usuarias son consideradas miembros de los equipos de salud.
- La APS es fundamental pero debe integrarse con los distintos niveles de atención
- El uso no programado de los cuidados especializados y de las internaciones hospitalarias es considerado una falla sistémica, por ello un evento centinela.

Las estrategias claves para lograr este cambio son:

- Educación de las personas usuarias
- Foco en las personas según riesgo
- Sistema proactivo y con atención integral
- El plan de cuidado se debe hacer según directrices clínicas basadas en evidencia que normatize el flujo de las personas dentro del sistema y la cooperación entre los equipos y las personas usuarias.
- La atención debe ser soportada por tecnología de información potente, con historia clínica integrada.

La importancia de llevar adelante la estratificación de una población determinada está dada en la necesidad de poder dotar de un manejo diferenciado de personas o grupos que presentan riesgos similares. Por ello el proceso de estratificación poblacional es clave para poder diseñar un correcto modelo de intervención, logrando identificar personas

o grupos con necesidades específicas que deben ser atendidos según dichas necesidades.

La estratificación según estratos de riesgo es necesaria para poder identificar y registrar a las personas usuarias portadoras de necesidades similares para poder colocarlas juntas y poder establecer criterios y normatización de la atención según directrices clínicas basadas en la evidencia, y así poder conformar la consecuente planificación de la atención.

Dicha planificación será realizada siguiendo la historia natural de la enfermedad, y posibilitará realizar análisis sistemáticos prospectivos. Permitiendo así poder adelantarnos a las necesidades sanitarias de la población planificando y utilizando los recursos con mayor inteligencia. (figura 2).

El tercer modelo que permite completar la caracterización del MACC es el Modelo Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren e Whitehead. Este modelo presupone que las necesidades de salud de un individuo no solo está vinculadas a los determinantes individuales como edad, sexo, factores hereditarios, sino que presupone que las variantes en el estado de salud del individuo está afectado por cuatro niveles denominados capas concéntricas, que son más próximos o más distantes según su nivel de influencia en el individuo. Esta parametrización en capas concéntricas permite intervenir diferencialmente sobre cada una mediante distintas opciones políticas. (figura 3).

Capas:

Capa 1: El individuo como centro del modelo, con sus determinantes individuales, con sus características de edad, sexo o herencia genética, que ejercen influencia sobre su potencial y sus condiciones de salud. Son enfrentados por la acción de los servicios de salud sobre los factores de riesgo bio psicológico o sobre las condiciones de salud establecidas y estatificadas por riesgo.

Capa 2: Comportamientos y estilos de vida individuales denominados determinantes próximos, capa inmediatamente externa, la cual de caracteriza por indicadores de Dieta inadecuada, sobrepeso, obesidad, inactividad física, tabaquismo, uso excesivo de alcohol u otras drogas, estrés. Este nivel se debe enfrentar mediante la creación de estrategias de cambios de comportamiento.

Capa 3: Redes sociales y comunitarias. Destaca la influencia de redes

Figura 2. Modelo de Pirámide de Riesgo o Kaiser Permanente

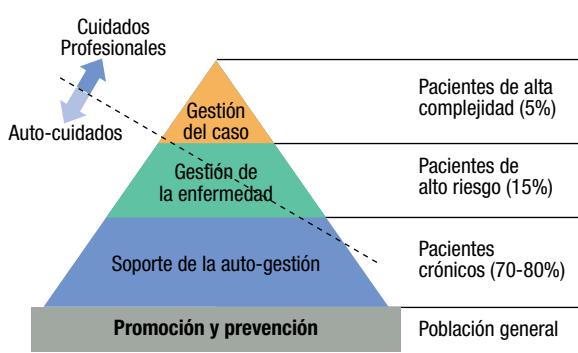
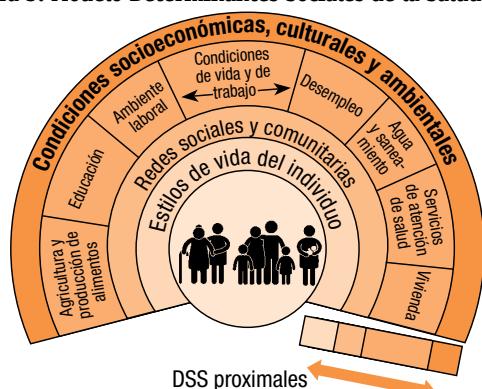


Figura 3. Modelo Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead.

sociales cuya mayor o menor riqueza expresa el nivel de cohesión social y de capital social que es de vital atención para la salud de la población como un todo. Necesitan políticas de construcción de consenso social y de redes de soporte social que permitan lograr la acumulación de capital social

Capa 4: Condiciones de vida y de trabajo, afectado por determinantes intermedios como la disponibilidad de alimento, ambiente de trabajo, educación, empleo, saneamiento, servicios sociales de salud, hogar. Se necesita la elaboración de proyectos intersectoriales y de políticas públicas que permitan la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo de la población

Capa 5: Condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad. Son macro determinantes, que poseen gran influencia sobre las demás camadas deben ser combatidos por medio de macro políticas que busque reducir la pobreza y la desigualdad.

3.1 Modelo de Atención de Condiciones Crónicas

Una vez enumerados estos tres modelos de intervención se debe sistematizar los mismos para poder lograr un acabado entendimiento de la complejidad del problema. Para ello siguiendo a Mendes (Mendes, 2012) se plantea la descripción del modelo denominado Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas. En el mismo se integra, una mirada Estructuralista, sistemática y organizacional, e individualista para poder afrontar la complejidad del problema de las epidemias de las patologías crónicas. Esas tres visiones estarán determinadas por el Modelo de Determinantes Sociales de Salud, el Modelo de Atención de Crónicos, y el Modelo de Pirámide de Riesgos que hemos explicado anteriormente.

En dicha integración se logra tres objetivos complementarios alineados con la gestión de salud en base a la población, a saber, en primera instancia con el modelo de pirámide de riesgo se encuentra las herramientas para poder estratificar en grupos diferenciales a la población según la complejidad de su condición de salud, en segunda instancia el modelo de determinantes sociales de la salud permite conocer en qué nivel específico de determinantes de salud debemos trabajar, y por último el modelo de atención de condiciones crónicas nos posibilita conocer qué tipo de intervención sanitarias debemos efectuar. Dicho en otros términos, el modelo nos da una guía en la cual uno puede saber qué intervención realizar que impacte en qué determinantes de salud y sobre qué población para poder lograr una gestión orientada al mejoramiento de la salud, al aumento de la calidad asistencial, y a la efectividad del uso de los recursos utilizados.

El resultado de dicha integración produce la segmentación de la población en 5 niveles. A cada nivel le corresponderá una población nominalizada, registrada y georreferenciada, un modelo de intervención según los determinantes sociales y una forma de gestión del sistema de prestaciones.

Al nivel 1 le corresponderá tener adscrita la población en su totalidad, sobre la misma se tendrá que trabajar sobre los determinantes interme-

dios mediante la gestión de programas de promoción de la salud.

Al nivel 2 le corresponderá Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida, en los cuales se tendrá que trabajar sobre los determinantes de salud próximos, y mediante técnicas de intervención de prevención de condiciones de salud.

En el nivel 3 nos encontraremos con Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico establecido, en la cual se debe encausar el trabajo sobre determinantes sociales individuales, la cual se debe trabajar mediante gestión de condiciones de salud y mayormente potenciando la alta capacidad de auto cuidado. El nivel 4 está determinado por Sub población con condiciones crónicas compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido: trabajar sobre el individuo, gestión de condiciones de salud con baja capacidad de auto cuidado.

El nivel 5 tendrá sub población con condición crónica muy compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio -psicológico establecido: trabajar sobre el individuo, con técnica de gestión de casos. Estas poblaciones concentran un altísimo nivel de gasto de salud en relación a la proporción de la población que la padece. Por ello la aplicación práctica de la gestión de caso debe ser hecha por un equipo multidisciplinario que coordine la atención en todos los puntos de atención de salud y proveer un sistema de apoyo a largo plazo durante todo el desarrollo de la enfermedad.

Es necesario aclarar que la estratificación del riesgo en los niveles 3, 4 y 5 en los cuales se presentan patologías crónicas, debe ser subdividida por cada condición crónica, para poder luego aplicar las líneas guías de atención según esa cronicidad. (Ejemplo de lo mismo puede ser diabéticos de alto, bajo y medio riesgo).

Un componente adicional y de suma importancia del modelo esta manifestado en poder segmentar a cada uno de estos grupos en grupos que tenga mayor o menor posibilidad de auto cuidado frente a la necesidad de cuidado profesional. Dicha división debe ser hecha mediante la implementación de tecnologías de registro, como encuestas realizadas por el equipo que está a cargo de dicha población y entrevistas personalizadas para poder tener un conocimiento profundo de la situación familiar. Este tipo de enfoque poblacional de la salud toma como premisa fundamental que la unidad e análisis es la Familia. La importancia de la familia como red de soporte y la situación contextual en la que la misma se encuentra, nos demarcara cual es la posibilidad o no de auto cuidado de dicha enfermedad. Para lo cual se debe generar un mix de nominalización de la población con sus parámetros de riesgos asociados, conjuntamente con la creación de un registro por grupo familiar. Ejemplo de esto son técnicas de genograma que muestran gráficamente la estructura y el patrón de repeticiones de relaciones familiares, identificando a la familia mostrando dolencias comunes y patrones de enfermedad y conflicto para comprender las repeticiones de los procesos que van sucediendo (figura 4).

Se utilizará la aplicación práctica de este modelo teórico en OSSIMRA para estudiar cuáles son las transformaciones necesarias en el modelo

de gestión asistencial, y mediante que mecanismos y prácticas para poder gestionar cada nivel de atención.

Dentro del nivel 1 se ha establecido y demarcado como objetivo a la población en su totalidad, la misma será operada mediante mecanismos de gestión de la promoción de la salud apuntando a los determinantes sociales intermedios. La meta es modificar las condiciones de vida de la población mediante el mejoramiento de las condiciones laborales, en la accesibilidad a los servicios sanitarios, en la educación y en el acceso a el hogar propio respaldando las interrelaciones de las redes sociales y comunitarias.

Es para ello objetivo de esta intervención construir redes sociales y comunitarias que permitan incrementar el capital social en pos de lograr la cohesión social entendida como ausencia de conflictos que generen fuertes lazos de confianza y solidaridad social.

Dicha promoción debe ser lograda mediante la realización de acuerdos intersectoriales con otros sectores más allá del sector salud. Para desenvolver proyectos que logren mayores resultados sanitarios, que sean sustentables.

Dichos arreglos deben ser generado en niveles disímiles de intermediación a saber local regional o global. Para lo cual es necesaria la intermediación de gobernante, asociaciones civiles, ONG. Clubes, sociedad civil. En cuanto al nivel 2 debemos recordar que son aquellas intervenciones de prevención de condiciones de salud orientadas a una Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida, en los cuales se tendrá que trabajar sobre los determinantes de salud próximos. Siendo estos ligados a comportamientos y a estilos de vida individuales. Los factores de riesgo que se enfrentaran en este nivel son tabaquismo, alimentación inadecuada, sobrepeso, inactividad física, uso excesivo de alcohol entre otros. Para poder gestionar correctamente la salud de esta sub población es necesario generar un sistema de vigilancia de factores de riesgo, que permita monitorear el estado de los

mismos en la población seleccionada.

El ámbito de aplicación se enmarcara en programas de prevención de riesgos asociados a estilo de vida, evitando que los mismos generen o desencadenen procesos crónicos. A su vez dichos programas deben estar agrupados según una división poblacional por edad, renta, etnicidad y género para poder abarcar toda las distintas situaciones.

Para encausar los programas de prevención será fundamental utilizar la innovación y la profundización en el conocimiento aplicado de técnicas de cambios de comportamientos.

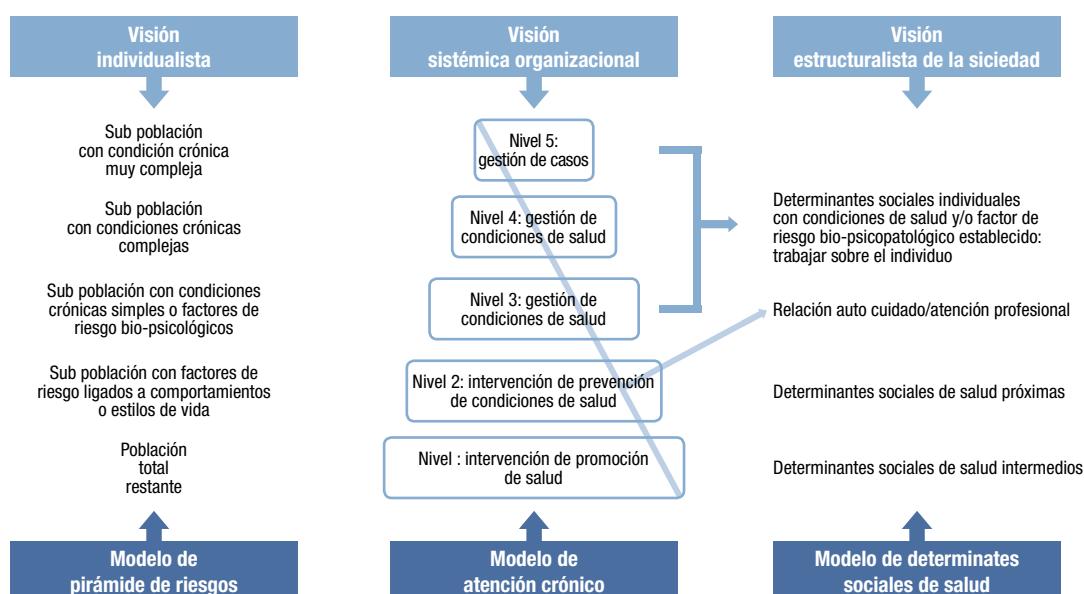
Debido a que en este nivel de intervención los factores de riesgos están asociados a comportamientos o estilo de vida, solo trabajando sobre los cambios de esos comportamientos será posible transformar y disminuir la posibilidad de ocurrencias de patologías crónicas. Por ello se tendrá especial interés en trabajar sobre los factores de riesgo que más influyen en la cronicidad, a saber:

- Dieta inadecuada.
- Exceso de peso.
- Inactividad física.
- Tabaquismo.
- Uso excesivo de alcohol.

Es necesario destacar que la complejidad de la intervención es muy alta, debido a que es vital entender que las intervenciones sanitarias no deben estar atadas a la cantidad de prestaciones que se realizan o a la concentración necesaria de especialistas médicos, sino a intentar cambiar la conducta de las personas. Por ello utilizar técnicas de cambio de comportamiento mediante modelos trans teóricos de cambios comportamentales, entrevistas motivacionales, grupos operativos o procesos de solución de problema serán algunas de las herramientas primarias para lograr la transformación que se necesita.

Al avanzar en los siguientes niveles debemos remarcar que las intervenciones en los niveles 3, 4 y 5 serán necesarios de ser gestionados

Figura 4 Cuadro de integración de los tres modelos. MACC.



Fuente: Elaboración propia en base a Mendes 2012.

mediante cambios en las técnicas de gestión clínicas.

Como hemos ya establecido en el nivel 3 nos encontraremos con Sub población con condiciones crónicas simples y/o con factor de riesgo bio psicológico, en la cual se debe encausar el trabajo sobre determinantes sociales individuales trabajando principalmente con gestión de condiciones de salud. Los factores de riesgo a tener en cuenta en este nivel están relacionados con:

- Edad.
- Sexo.
- Factores hereditarios.
- Factores bios psicológicos:
- Hipertensión arterial, dilipidemias, alteraciones glicémicas pre diabéticas, trastornos mentales, etc.

En este nivel comienzan a ser necesarias las intervenciones de gestión de la enfermedad por medio de tecnología clínica, pero a su vez es posible lograr un mejor resultado mediante mecanismos de auto cuidado, serán las herramientas de capacitación y aprendizaje las piezas fundamentales para poder lograr la transformación necesaria. Nuevamente el modelo planteado por Mendes alerta que es necesario lograr la transformación en varias esferas en simultáneo. Se debe transformar tendiendo a:

- Atención colaborativa centrada en la persona.
- Atención centrada en la familia.
- Fortalecimiento del auto cuidado apoyado
- Equilibrio entre demanda espontánea y demanda programada, dominando esta última
- Atención multi profesional
- Nuevas formas de Atención (Ej. Atención no presencial, Atención continuada)
- Atención primaria de la salud

El objetivo de esta transformación será lograr personas usuarias activas e informadas y equipos de salud proactivos y preparados, entre los cuales se generen interacciones productivas en donde el modelo es realizado de forma colaborativa basado en evidencia y atendiendo las necesidades de salud de las personas para lograr mejores resultados clínicos y funcionales. El mecanismo a utilizar debe estar suscripto con el monitoreo del paciente en la cual se produzca y se evaluaran:

- El estado de salud del paciente
- Las habilidades o grado de confianza para generar auto cuidado.
- Formalización de atención personalizada.
- Utilización de directrices clínicas
- Elaboración del plano de cuidado en conjunto entre el equipo de salud y las personas usuarias.
- Metas para la solución del problema y para el Monitoreo activo del plan del cuidados

Si bien el nivel 4 está determinado por Sub población con condiciones crónicas compleja, determinantes sociales individuales con condiciones de salud y/o factor de riesgo bio -psicológico establecido, (gestión de condiciones de salud similar al nivel 3) la diferencia radica en el hecho que en el nivel 4 las personas cuentan con baja capacidad de auto

cuidado. Por lo cual el mecanismo de gestión de las condiciones de salud va a privilegiar la atención profesional por sobre el auto cuidado, siempre sin dejarlo de lado, mediante el trabajo articulado entre médicos generalistas y especialistas. Por lo cual el trabajo en este nivel es principalmente orientado a establecer mejores mecanismos de interrelación en la organización sanitaria formal, mediante la imposición de redes integradas de servicios de salud, bajo el liderazgo indiscutido de la Atención Primaria de la Salud como componente de integración de todo el sistema. Hay cuatro componentes que marcan la atención la gestión de las condiciones de salud, ellos son:

- Plan de cuidados.
- Gestión de riesgos.
- Cambio de comportamiento de los profesionales.
- Programación de la atención.

El nivel 5 de este modelo esta dado por una sub población con condición crónica muy compleja, se deberá trabajar sobre los determinantes sociales individuales con condición de salud y/o factor de riesgo bio -psicológico establecido mediante técnica de gestión de casos. Esta técnica está fundamentada en un proceso de cooperación entre un profesional gestor de casos, una persona portadora de una condición crónica muy compleja y la red de soporte social y familiar que pueda colaborar con la persona afectada. Mediante un trabajo conjunto y colaborativo se debería lograr un planeamiento de la atención, un proceso de monitorización y una validación de las mejores condiciones de cuidado y coordinación de la atención.

El proceso de gestión de caso contiene las siguientes etapas operativas:

- Selección de casos.
- Identificación del problema.
- Elaboración del plan de cuidados.
- Monitoreo del plan de cuidados.

Esta agenda planificada (de prestaciones necesarias, prestadores efectores, necesidades y tiempos) parametriza el control y monitoreo de las acciones lo que permite fácilmente medir los desvíos de la planificación para poder corregirlo en el momento mismo que está sucediendo. Para la planificación se deben instrumentar objetivos de corto, mediano y largo plazo, para los cuales se deberán consensuar las actividades necesarias para que los mismos sean llevados a cabo. Para poder tener una noción clara de las interrelaciones del modelo se ha desarrollado tabla 2.

4. Variables relacionadas con el efecto económico de patologías crónicas

Para realizar este nivel de análisis se ha integrado y segmentado el consumo prestacional de la obra social en dos tipos específicos de consumos, consumos de patologías episódicas y consumos de pacientes con patologías crónicas. Dentro de esta segmentación se observa que un 62.96 % de la población no realiza consumos de ningún tipo, frente a un 35.59 % de beneficiarios que tienen un consumo de tipo episódico, que gastan un 60.06 % sobre el gasto total y por otro lado una población de afiliados con patologías crónicas

nicas del orden del 1,44% de la población con gasto de 39,94 % sobre el total facturado.

Esta relación población-tipo de gasto manifiesta una concentración específica del gasto en un porcentaje pequeño de la población y nos dice que la acumulación del gasto se profundiza en pacientes con patologías crónicas (tabla 3).

Al analizar en profundidad la relación de concentración del gasto en patologías crónicas se ha segmentado el consumo de los beneficiarios con dichas patologías categorizándolas por patología crónica de base. En este análisis se ha utilizado para la segmentación del gasto la selección de la patología crónica primaria que contiene el mayor porcentaje del gasto, dejando para otro análisis la interacción pluri-patológicas. En los datos encontrados se observa, en

concordancia con estudios internacionales, una alta incidencia de patologías crónicas, siendo prioritarias el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, dominando entre ellas el 46,35 % del gasto en patologías crónicas y 18,57 % sobre gasto total de prestaciones, y con un efecto sobre la población con patologías crónicas del 32,87 % y sobre un 0,47 % de la población total analizada. Es destacable que la novedad encontrada es la alta incidencia de enfermedades neurológicas, revistiendo de total importancia en el gasto y metodología de gestión de la obra social debido a que supone una alta incidencia de afiliados con discapacidad permanente. Distribución del gasto por patología crónica (tabla 4).

Para poder demostrar esta vinculación se ha trabajado el gasto de prestaciones médicas cruzándolo con la información suministrada en

Tabla 2. Integración del modelo MACC

Intervención modelo de pirámide de riesgos (Visión de gestión)	Intervención sanitarias según modelo de atención crónico (Visión sistemática de la organización de los servicios)	Modelo de determinantes sociales de salud (Visión estructuralista de la sociedad)	Capacidad de auto cuidado
Sub población con condición crónica muy compleja	Nivel 5: gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido	Menor nivel de auto cuidado
Sub población con condiciones crónicas compleja	Nivel 4: gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido	Auto cuidado intermedio
Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico	Nivel 3: gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condiciones de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido	Auto cuidado alto
Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	Nivel 2: intervención de prevención de condiciones de salud	Determinantes sociales de salud próximas	Auto cuidado muy alto
Población total restante	Nivel 1: intervención de promoción de la salud	Determinantes sociales de salud intermedios	Auto cuidado óptimo

Fuente: Elaboración propia en base a Mendes 2012.

Tabla 3.Distribución del gasto según tipo de prestación crónica-episódica-sin consumo

Tipo de gasto	Crónica	Episódica	Sin consumo	Total general
Gasto total	\$ 20.844.436,76	\$ 31.339.934,40	\$ 0,00	\$ 52.184.371,16
Cantidad de afiliados	499	12293	21747	34539
Porcentaje del gasto	39,94	60,06	0,00	100,00
Porcentaje de afiliados	1,44	35,59	62,96	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 4. Distribución del gasto por patología crónica

Enfermedad	Cantidad de afiliados	Importe facturado	Porcentaje de afiliados sobre crónicos	Porcentaje de afiliados sobre aotal de afiliados	Porcentaje de importe facturado sobre crónicos	Porcentaje de importe facturado sobre total facturado
Enfermedad neurológica	73	\$ 4.844.672,00	14,63	0,21	23,24	9,31
Cáncer (neoplasia maligna)	91	\$ 4.816.624,00	18,24	0,26	23,11	9,26
Enfermedades cardiovasculares	72	\$ 2.156.636,00	14,43	0,21	10,35	4,15
Enfermedad genética	27	\$ 1.505.628,00	5,41	0,08	7,22	2,89
Diabetes mellitus	85	\$ 956.395,00	17,03	0,25	4,59	1,84
Patología renal	13	\$ 947.296,00	2,61	0,04	4,54	1,82
Órgano sensorial	18	\$ 939.896,00	3,61	0,05	4,51	1,81
Hemofilia	1	\$ 848.146,00	0,2	0	4,07	1,63
Enfermedades respiratorias	22	\$ 832.113,00	4,41	0,06	3,99	1,6
Trastornos neuropsiquiátricos	18	\$ 778.659,00	3,61	0,05	3,74	1,5
Enfermedades musculoesquelética	19	\$ 721.404,00	3,81	0,06	3,46	1,39
Otras	29	\$ 570.946,00	5,81	0,08	2,74	1,1
Hiv	17	\$ 482.664,00	3,41	0,05	2,32	0,93
Enfermedades digestivas	13	\$ 353.916,00	2,61	0,04	1,7	0,68
Total general	499	\$ 20.844.437,00		1,44		40,06

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

los distintos certificados de discapacidad. Se debe aclarar que la obtención o no de certificado de discapacidad no implica que comprenda todo el espectro del concepto de dependencia, pero permite asumir ciertas tendencias que relacionan a dependencia y patológicas crónicas. Dentro de las enfermedades neurológicas es más notable la incidencia de discapacidad con un 62,75% del gasto con certificado de discapacidad vigente, cuestión no replicable en otro tipo de enfermedades crónicas como el cáncer y la enfermedades cardiovasculares en las cuales las mismas encuentran solo un porcentaje de 2.54 y 0.59 %sobre el gasto total relacionado a la dependencia formal. Esta importancia está relacionada con la obligación que tienen las obras sociales enmarcadas en la ley de discapacidad que obligan a brindar el 100 % de las prestaciones relacionadas con la discapacidad, lo cual presupone una asunción del riesgo y responsabilidad por parte de la obra social muy alta. Otra de las enfermedades que replica la situación alta de dependencia son las enfermedades de trastorno neuro psiquiatrico donde el 68.83 % del gasto está condicionado por afiliados con certificado de discapacidad (tabla 5).

4.1 Variables de resultados necesidades de salud de la población según la interpretación del modelo de MACC y el análisis de patologías crónicas específicas

Luego de realizar el análisis e integrando los distintos modelos de intervención queda demostrado cuales con los niveles de gasto y porcentaje de población sobre los cuales actualmente se gestiona según demanda espontanea validando contra el PMO, y cuales sería la intervención correcta, arrojando como resultado los datos en la tabla 6:

Al analizar estos porcentajes y realizando un cruce entre niveles de intervención y tipo de prestación se manifiesta que a mayor complejidad de la atención se genera un aumento del gasto de prestaciones crónicas y una disminución de prestaciones episódicas. Para ellos se ha subdividido por niveles de intervención y tipo de gasto lo cual arroja los datos de las tabla 7 y 8.

Debido a que toda las intervenciones deberán ser realizadas en relación a la patologías crónicas que los beneficiarios padecen, se ha

Tabla 5. Patología crónica por dependencia

Patología crónica	Sin certificado de discapacidad	Con certificado de discapacidad	Total general
Enfermedad neurológica	\$ 1.804.777,46	\$ 3.039.894,46	\$ 4.844.671,92
Cáncer (neoplasia maligna)	\$ 4.675.080,61	\$ 141.543,83	\$ 4.816.624,44
Enfermedades cardiovasculares	\$ 2.143.991,02	\$ 12.644,50	\$ 2.156.635,52
Enfermedad genética		\$ 1.505.628,00	\$ 1.505.628,00
Diabetes mellitus	\$ 925.105,19	\$ 31.289,88	\$ 956.395,07
Patología renal	\$ 426.147,56	\$ 521.148,39	\$ 947.295,95
Órgano sensorial	\$ 407.426,49	\$ 532.469,22	\$ 939.895,71
Hemofilia	\$ 848.145,83		\$ 848.145,83
Enfermedades respiratorias	\$ 832.113,41		\$ 832.113,41
Trastornos neuropsiquiátricos	\$ 242.682,10	\$ 535.977,08	\$ 778.659,18
Enfermedades musculoesquelética	\$ 505.767,47	\$ 215.636,53	\$ 721.404,00
Otras	\$ 389.087,45	\$ 181.858,82	\$ 570.946,27
Hiv	\$ 421.814,64	\$ 60.849,53	\$ 482.664,17
Enfermedades digestivas	\$ 353.915,58		\$ 353.915,58
Total general	\$ 13.976.054,81	\$ 6.868.381,95	\$ 20.844.436,76

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 6. Diferencias intervención actual y deseada

Niveles	% Población	%Gasto	Intervención actual	Intervención correcta
Nivel 5 B	0,08	16,92	Atención a demanda según PMO	Gestión de casos
Nivel 5 A	0,16	10,85	Atención a demanda según PMO	Gestión de casos
Nivel 4	0,83	17,68	Atención a demanda según PMO	Gestión clínica
Nivel 3	6,08	18,66	Atención a demanda según PMO	Autocuidado
Nivel 2	29,89	35,88	Atención a demanda según PMO	Prevención
Nivel 1	62,96	0	Ninguna	Promoción

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA.

Tabla 7. Gasto por tipo de prestación y niveles de gestión

Niveles	Gasto crónica	Gasto episódica	Total general	% Crónica	% Episódica
Nivel 5 B	\$ 7.937.139,28	\$ 894.222,11	\$ 8.831.361,39	89,87	10,13
Nivel 5 A	\$ 4.920.349,16	\$ 743.751,83	\$ 5.664.100,99	86,87	13,13
Nivel 4	\$ 6.653.589,56	\$ 2.574.215,66	\$ 9.227.805,22	72,10	27,90
Nivel 3	\$ 1.333.358,76	\$ 8.402.186,76	\$ 9.735.545,52	13,70	86,30
Nivel 2	\$ 0,00	\$ 18.725.558,04	\$ 18.725.558,04	0,00	100,00
Nivel 1	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0,00	0,00
Total	\$ 20.844.436,76	\$ 31.339.934,40	\$ 52.184.371,16	39,94	60,06

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA.

realizado un cuadro explicativo que detalla cada nivel de intervención para cada una de las patologías crónicas, pudiendo así analizar cuál será la intervención más importante según el tipo de patología crónica (tablas 9 y 10).

5. Conclusiones

Luego de realizar un exhaustivo análisis del componente del gasto de 34.539 beneficiarios de OSSIMRA y transfiriendo dichos resultados a las necesidades de la población que demanda servicios sanitarios, se manifiesta que en este universo de análisis, se replica la situación de cambio epidemiológico poblacional, posicionando a las patologías crónicas como unos de los nuevos desafíos produciendo ellas solamente el 40% del gasto de la obra social para los beneficiarios analizados. Con respecto a las patologías, tres de ellas, la Enfermedad Neurológica, el Cáncer (neoplasia maligna) y las Enfermedades Cardiovasculares agrupan del 56,7% de consumo de las patologías crónicas y un 22,64 % del total de consumo de la obra social.

nicas como unos de los nuevos desafíos produciendo ellas solamente el 40% del gasto de la obra social para los beneficiarios analizados. Con respecto a las patologías, tres de ellas, la Enfermedad Neurológica, el Cáncer (neoplasia maligna) y las Enfermedades Cardiovasculares agrupan del 56,7% de consumo de las patologías crónicas y un 22,64 % del total de consumo de la obra social.

La integración de este análisis mediante los cuatro tipos de segmentaciones poblacionales: Modelo de Atención de Crónicos, Modelo de Pirámide de Riesgo, Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y Modelo de Capacidad de Auto-cuidado ha permitido describir las principales ventajas de la aplicación del modelo de MACC, las cuales consisten en demostrar que este aumento de gasto en el consumo sanitario

Tabla 8. Cantidad de afiliados por tipo de prestación y niveles de gestión

Niveles	Afiliados crónicos	Afiliados episódica	Sin consumo	Total afiliados	% Crónica	% Episódica	Sin consumo
Nivel 5 B	23	3	0	26	0,07	0,01	0,00
Nivel 5 a	48	7	0	55	0,14	0,02	0,00
Nivel 4	191	95	0	286	0,55	0,28	0,00
Nivel 3	237	1863	0	2100	0,69	5,39	0,00
Nivel 2	0	10325	0	10325	0,00	29,89	0,00
Nivel 1	0	0	21747	21747	0,00	0,00	62,96
Total	499	12293	21747	34539	1,44	35,59	62,96

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 9. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión en %

Patología crónica	% Nivel 3	% Nivel 4	% Nivel 5 A	% Nivel 5 B	Total
Enfermedad neurológica	0,73	6,41	5,53	10,57	23,24
Cáncer (neoplasia maligna)	1,11	5,78	5,42	10,80	23,11
Enfermedades cardiovasculares	0,81	4,60	2,04	2,90	10,35
Enfermedad genética	0,19	3,22	2,14	1,67	7,22
Diabetes mellitus	1,75	2,03	0,80	0,00	4,59
Patología renal	0,13	0,61	3,07	0,74	4,54
Órgano sensorial	0,28	0,57	0,85	2,81	4,51
Hemofilia	0,00	0,00	0,00	4,07	4,07
Enfermedades respiratorias	0,30	0,98	0,37	2,33	3,99
Trastornos neuropsiquiátricos	0,03	1,41	0,94	1,36	3,74
Enfermedades musculoesqueléticas	0,23	1,61	1,62	0,00	3,46
Otras	0,54	0,99	0,38	0,83	2,74
HIV	0,28	2,03	0,00	0,00	2,32
Enfermedades digestivas	0,02	1,68	0,00	0,00	1,70
Total general	6,40	31,92	23,61	38,08	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

Tabla 10. Distribución del gasto por patología crónica y niveles de gestión en %

Patología crónica	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 a	Nivel 5 b	Total general
Enfermedad neurológica	\$ 151.519,08	\$ 1.336.190,67	\$ 1.152.955,31	\$ 2.204.006,86	\$ 4.844.671,92
Cáncer (neoplasia maligna)	\$ 230.702,44	\$ 1.204.270,07	\$ 1.130.519,99	\$ 2.251.131,94	\$ 4.816.624,44
Enfermedades cardiovasculares	\$ 169.348,67	\$ 958.016,44	\$ 425.337,59	\$ 603.932,82	\$ 2.156.635,52
Enfermedad genética	\$ 38.992,93	\$ 671.438,23	\$ 446.685,18	\$ 348.511,66	\$ 1.505.628,00
Diabetes mellitus	\$ 365.498,99	\$ 424.060,71	\$ 166.835,37		\$ 956.395,07
Patología renal	\$ 26.692,99	\$ 126.915,85	\$ 639.378,06	\$ 154.309,05	\$ 947.295,95
Órgano sensorial	\$ 57.692,28	\$ 118.841,07	\$ 178.144,66	\$ 585.217,70	\$ 939.895,71
Hemofilia				\$ 848.145,83	\$ 848.145,83
Enfermedades respiratorias	\$ 63.045,44	\$ 205.070,64	\$ 77.350,52	\$ 486.646,81	\$ 832.113,41
Trastornos neuro psiquiátricos	\$ 6.138,94	\$ 293.039,90	\$ 196.890,71	\$ 282.589,63	\$ 778.659,18
Enfermedades musculo esquelética	\$ 48.387,14	\$ 334.963,15	\$ 338.053,71		\$ 721.404,00
Otras	\$ 112.823,02	\$ 206.719,92	\$ 78.756,35	\$ 172.646,98	\$ 570.946,27
Hiv	\$ 59.182,50	\$ 423.481,67			\$ 482.664,17
Enfermedades digestivas	\$ 3.334,34	\$ 350.581,24			\$ 353.915,58
Total general	\$ 1.333.358,76	\$ 6.653.589,56	\$ 4.920.349,16	\$ 7.937.139,28	\$ 20.844.436,76

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por OSSIMRA

de los beneficiarios con patologías crónicas establece una relación de concentración del consumo a medida que la estratificación de riesgo es mayor, generando un fuerte impacto sobre un pequeño número de beneficiarios. Según los datos recabados por la aplicación del modelo de MACC se encontró que el 62,96 % de la población no consume servicios sanitarios, ni son alcanzados por programas preventivos y de promoción de la salud. Un segundo grupo de beneficiarios (35,59%) utiliza servicios pero en forma esporádica y a demanda espontánea de los mismos, consumiendo un 60,06% de los recursos destinados a salud. Por último, se identificó que un tercer grupo de beneficiarios (1,44 % restante) consume los 39,94 % de servicios sanitarias y esto lo hace en relación al padecimiento de una Patología Crónica.

Es por ello que, considerando los objetivos iniciales de esta investigación, la ventaja de la utilización del Modelo MACC permite obtener un completo entendimiento del problema, identificando los beneficiarios que padecen las distintas patologías y con qué niveles de riesgo. También permite seleccionar los mecanismos organizacionales adecuados para dar un tratamiento continuo de atención sanitaria, tanto a patologías agudas como a las patologías crónicas. Siguiendo la integración del modelo MACC con el detalle de consumos de los beneficiarios de esta selección, se puede observar que para cada grupo poblacional existen los mecanismos de organización críticos que trabajan sobre los distintos determinantes sanitarios. Otra de las ventajas de la aplicación del análisis y recomendaciones del mo-

Tabla 11: Resultados resumidos del modelo de análisis MACC

Nivel	Intervención modelo de pirámide de riesgos	Intervención según modelo de atención crónico	Modelo de determinantes sociales de salud	Capacidad de auto cuidado	Cantidad de afiliados	Importe facturado	% De la población	% Del gasto	Valor capita mensual
Nivel 5 b	Nivel sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condición de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido : trabajar sobre el individuo	Menor nivel de auto cuidado	26	\$ 8.831.361,39	0,08	16,92	\$ 28.305,65
Nivel 5 a	Sub población con condición crónica muy compleja	Gestión de casos	Determinantes sociales individuales con condición de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido : trabajar sobre el individuo	Menor nivel de auto cuidado	55	\$ 5.664.100,99	0,16	10,85	\$ 8.581,97
Nivel 4	Sub población con condiciones crónicas compleja	Gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condición de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido : trabajar sobre el individuo	Auto cuidado intermedio	286	\$ 9.227.805,22	0,83	17,68	\$ 2.688,75
Nivel 3	Sub población con condiciones crónicas simples y o con factor de riesgo bio psicológico	Gestión de condiciones de salud	Determinantes sociales individuales con condición de salud y o factor de riesgo bio psicológico establecido : trabajar sobre el individuo	Auto cuidado alto	2100	\$ 9.735.545,52	6,08	18,66	\$ 386,33
Nivel 2	Sub población con factores de riesgo ligados a comportamientos y estilo de vida	Intervención de prevención de condiciones de salud	Determinantes sociales de salud próximas	Auto cuidado muy alto	10325	\$ 18.725.558,04	29,89	35,88	\$ 151,13
Nivel 1	Población total restante	Intervención de promoción de la salud	Determinantes sociales de salud intermedios	Auto cuidado óptimo	21747	\$ 0,00	62,96	0,00	\$ 0,00
Total					34539	\$ 52.184.371,16	100	100	\$ 125,91

Fuente: Elaboración Propia en base a datos suministrados por la OSSIMRA.

delo MACC, es que permite lograr dos de los objetivos de esta investigación. En primera instancia conocer cuáles son las necesidades sanitarias de los beneficiarios.

En segunda instancia, si se aplicara los criterios de organización propuestos por dicho modelo, la OSSIMRA podrá readecuar los recursos utilizados hacia mecanismos de prevención y promoción, auto cuidado, gestión clínica y gestión de casos. Este ajuste del modelo prestacional generara mayor nivel de eficiencia, evitando el gasto innecesario producido por no tratar en forma oportuna y adecuada los problemas que la cronicidad genera que según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005).

Por otra parte, si se eliminan los factores de riesgo mediante programas de prevención ampliamente conocidos se evitarían por lo menos el 80 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes y el 40 % de los cánceres. Estos ahorros de gastos, representan en esta muestra un ahorro de 8,46 % del consumo total de la obra social por un importe de \$ 4.417.074,07. La aplicación del modelo MACC también colabora en seleccionar aquellos casos de altísima concentración del consumo, los cuales en un 89,85% de beneficiarios que los padecen están asociados a patologías crónicas, para las cuales el mecanismo de gestión actual se sitúa en tratamientos para la resolución de la problemática puntual y discontinuada. Según los resultados alcanzados, la utilización del MACC permitiría generar mejores resultados, tanto en la calidad de

la atención como en evitar todas las re-internaciones innecesarias y posibilitar la gestión planificada de todo el tratamiento de la enfermedad crónicas, adecuando prestadores y prestaciones optimas para estos casos, en particular.

Otra de las ventajas de la MACC se encuentra en el poder trabajar sobre el empoderamiento de los beneficiarios mediante la difusión del “auto cuidado” apoyado, si se tiene en cuenta que el mismo se puede aplicar en este análisis al gasto del 80 % de la atención del nivel 3 de beneficiarios, lo cual representaría trabajar sobre el 4,86% de la población y (de ser efectivo) lograr una disminución (parcial o completa) del 14,92% del gasto utilizado por la obra social representado por \$ 7.785.908,18.

Sin embargo, si bien las ventajas de utilizar la MACC para esta Obra Social son muchas, la principal desventaja radica en que la aplicación de la misma contiene varios mecanismos organizacionales pensados para un sistema sanitario único e integrado con fuerte predominio de las patologías crónicas y para un universo de beneficiarios de todas las edades .Aun se conserva predominio del gasto en patologías episódicas, y una de las posibles explicaciones radica en el hecho de que los afiliados a la Obra Social, al cumplir la edad jubilatoria trasladan su cobertura a otro Asegurador, lo cual permite generar una transferencia de riesgo unida a una discontinuidad en el modelo asistencial que de no estar unidos y bajo la misma lógica de actuación, carece de sentido su aplicación.

Referencias bibliográficas

- Barbieri, N. "Estado y Mercado. Una Aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad. Vol. 22 Enero -Marzo 1999.
- Barbieri, Nelly, De la Puente, Catalina y Tarragona, Sonia. "La equidad del gasto público en salud". Ediciones ISALUD. 2005.
- Bengoa, R., & Nuño Solinis, R. (2008). Curar y cuidar. Barcelona: Elsevier.
- Bernanke B. y Frank, R. "Principios de Economía" McGraw Hill, 3ra. Edición. 2007.
- Bodenheimer T, Wargner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;288:1775-9.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 1992. p. 67.
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. En <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Fisher, S. y Dornbusch R. "Economía". McGraw Hill, 1985; Capítulos 1-8
- González García, G y Tobar, F. "Salud para los argentinos". Ediciones ISALUD 2004.
- González López Valcárcel, B: "Salud, Equidad y Desarrollo Económico desde la perspectiva Europea" en "Salud, Equidad y Desarrollo Económico" Ediciones ISALUD Buenos Aires Noviembre 2000.
- Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. A working document. 1981.
- Mendes, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organización Pan Americana de Saude.Brasilia -2012
- Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atención de saude Organización Pan Americana de Saude.Brasilia -2012
- Musgrove, P. "Health Economics in Development"- Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series. The World Bank. Washington DC. 2004.
- Organización Mundial De La Salud. (2005). Preventing Cronic Disease: A Vital Investment.
- Organización Mundial De La Salud. (2010). Informe sobre la Salud del Mundo : La Financiacion de los sistema de Salud :Hacia la Cobertura Universal. ginebra: OMS.
- Ortun Rubio, V. y Meneu de Guillerna, R. "Efecto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria". Revista Española de Salud Pública N° 5 Septiembre-Octubre 2006.
- Ortun Rubio, V., Pinto Prades, J.L. y Puig Junoy, J "La economía de la salud y su aplicación a la evaluación". Atención Primaria. Volumen 27. Núm 1. Enero 2001.
- Ortun Rubio, Vicente "Análisis de los Mercados y del Marco Regulatorio del Sector Salud". IV Jornadas Economía de la Salud, 1995, Ed. ISALUD.
- Ortun Rubio, Vicente "La Economía en la SANIDAD Y MEDICINA" Editorial EUG; 1990, Barcelona.
- Orueta JF, et al. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.01.001
- Pan American Health Organization. (2013). Innovative Care For Cronic Conditions. Washington,DC: PAHO.
- Rovira, J. "Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones" Revista Española de Salud Pública N.º 3 - Mayo-Junio 2004.
- Schweiger y Alvarez 2007. Brechas Sanitarias. Cuadernos de Saude. ENSP. Fiocruz.-adjunto
- Schweiger, A. et al., Sistemas de Información y Control de Gestión en A. Latina y Caribe. AES-España. Cadiz 2003.
- Schweiger, A. et al., La Salud en las Américas. Cap. 14.-Financiamiento de las FESP- OPS/OMS-WDC-2003.
- Stiglitz, J. "Microeconomía" 2da Edición. Ariel SA. Barcelona. 1998..
- Suarez, R. "Módulo de análisis de costo efectividad aplicado a los servicios de salud: análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud". Washington, D.C., OPS, 1990
- Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y politicas de salud. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. 2001.
- Torres, R. "Mitos y Realidades de las obras sociales en Argentina." Ediciones ISALUD, 2005

Alumnos estadounidenses



En febrero de 2014 dio comienzo la cuarta cohorte del Programa SIT Study Abroad en la Universidad. Bajo la consigna *Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos*, estudiantes de diversas casas de estudio de los Estados Unidos participan de un cuatrimestre que les permite conocer el sistema de salud argentino desde la perspectiva de diversos actores, sectores y ciudades del país. Tras realizar los seminarios en ISALUD, los participantes comenzaron el trabajo en terreno en Florencio Varela (Buenos Aires) para abordar las redes de atención de salud en el Hospital El Cruce, el Hospital Mi Pueblo, políclínicos privados, centros de salud y organizaciones no gubernamentales de la zona. El programa continuó en la provincia de Tucumán con un bloque concentrado en la salud materno-infantil, con visitas a hospitales y dependencias de Cruz Roja. Los estudiantes profundizaron en salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza, con atención en el trabajo que realiza el sector privado y las obras sociales en la materia. Actualmente, los alumnos están desarrollando el diseño de sus proyectos de investigación aplicada. Podrán consultar los trabajos de ediciones anteriores en la biblioteca de la Universidad. biblioteca@isalud.edu.ar, 54 11 5239-4040.

Acuerdo con la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

El 14 de abril el rector de la Universidad, Dr. Rubén Torres, y el rector de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Cdr. Alberto Ayape, celebraron un acuerdo de cooperación para fomentar el intercambio de experiencias en el campo académico, de la investigación, la formación de recursos humanos y la cooperación técnica.

[Comunidad ISALUD]

Primera jornada de actualización 2014

En el marco de las jornadas de actualización de la Comunidad ISALUD, la Universidad convocó para el encuentro de marzo a uno de los mayores expertos en negociación en salud de la Argentina, el MBA Med. Peregrino Selser, quien, mediante una metodología de casos, expuso acerca del arte de negociar. En esta oportunidad se abordaron dos temas cruciales para la negociación: los actores del sector salud y las herramientas de programación neurolingüística y coaching. A continuación, se mencionan algunas de las conclusiones surgidas del encuentro:

Las interdependencias

En el sector de la salud participan cuatro actores principales: el pagador, el prestador, la regulación y el usuario. Cada uno posee un rol fundamental en este escenario y genera respuestas diferentes ante un mismo entorno que se mantiene en constante cambio. A esto se debe que se generen zonas de tensiones entre estos actores ya que poseen desiguales necesidades y accesos a la información. A su vez, este sector presenta una asimetría normativa, con foco en el financiador y escasa planificación.

Neurolingüística

La Programación Neurolingüística (PNL) es una escuela de pensamiento pragmática que estudia la estructura subjetiva del comportamiento humano. Se originó en la década de los setenta en la Universidad de Santa Cruz, California, Estados Unidos. Desde

entonces, este programa provee herramientas y habilidades para el desarrollo de estados de excelencia en comunicación y cambio.

Mapas mentales

De acuerdo con Selser, las personas tienen diferentes modelos acerca del mundo. De los infinitos estímulos internos y externos a los que se encuentran sometidas, solamente pueden captar entre siete y dos elementos en un momento determinado. A su vez, colocan filtros que determinan percepciones acerca de aquello que rodea al ser humano. Estos filtros obedecen a limitantes biológicos, convenciones socioculturales y biografías.

El coaching transformacional

Es un nuevo modelo que nace ante la necesidad de obtener mejores resultados. Propone una dinámica de transformación personal que permite a individuos y equipos potenciar al máximo su desempeño. En la actualidad, el coach emerge como agente de transformación. Su objetivo es detectar y disolver los obstáculos (emociones, estados de ánimo, juicios, corporalidad) que limitan la acción e impiden la concreción de proyectos.



[Gerontología]

Premian a docente de la Universidad



La doctora en Ciencias Sociales Nélida Redondo, profesora de posgrados ISALUD, recibió el primer premio en la Décima Edición del Concurso de Artículos Científicos sobre *Cambios Demográficos en la Ciudad de Buenos Aires* que organizó la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El trabajo premiado se centró en el análisis comparado de la esperanza de vida saludable en la Ciudad y fue desarrollado junto con la Mg. en Demografía Social Cristina Massa y el especialista en Demografía Social Matías Belliard, ambos de la Universidad Nacional de Luján. El escrito podrá consultarse en la Biblioteca de ISALUD, Venezuela 847.

Gerontología en Londres

En marzo, la Mg. Silvia Gascón, directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad, participó de la reunión de cuidados en el hogar organizada por Help Age International en Londres. El encuentro se centró en el intercambio de experiencias con colegas de Asia y América latina, en la fijación de prioridades, y en la identificación de áreas críticas a abordar.



Compromiso con la gestión de los residuos urbanos

La Universidad se sumó a la mesa debate bonaerense que propuso el Organismo Provincial para el Desarrollo Sostenible (OPDS), con el con apoyo del Consejo Federal de Inversiones (CFI) y el objetivo de elaborar el Plan de Gestión Integral de Residuos (Girsu) para los 33 distritos que realizan la disposición final en la Coordinadora Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (Ceamse). Durante el encuentro se presentaron los lineamientos del Plan Estratégico 2020 que la Ceamse proyecta en materia de gestión de residuos con eje en su tratamiento y disposición final.

Universidad ISALUD en la Feria del Libro

Del 24 de abril al 12 de mayo, la Universidad y Ediciones ISALUD participarán de la 40º Feria Internacional del Libro de Buenos Aires que se desarrollará en el predio La Rural, en la ciudad de Buenos Aires. Encontrarán todas las publicaciones, las series de estudio, los números de la Revista y los últimos lanzamientos en el stand 1502 de la Red de Editoriales de Universidades Privadas. Recordamos que las producciones de Ediciones ISALUD pueden también consultarse y adquirirse en la Biblioteca de Venezuela 847, y en la Librería Universitaria Argentina de Lavalle 1601, CABA.

Miércoles 30 - 18 hs
El Dr. Rubén Torres dará la charla **Innovación y evaluación de tecnología en salud: el desafío**

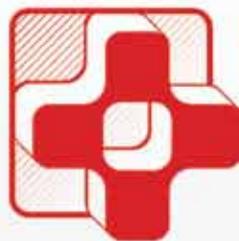


40º Feria Internacional del Libro de Buenos Aires

[Artículo recomendado]

Venta de cigarrillos a menores: está prohibida pero logran comprar igual

La Universidad ISALUD llevó a cabo una encuesta de salud escolar de la que participaron chicos de 13 a 15 años. Allí se detectó, entre otras cuestiones, que el consumo de cigarrillos en adolescentes bajó del 24,5% al 19,6% entre 2007 y 2012 aunque persiste la facilidad en el acceso y las creencias erróneas, tales como "fumar para sentirse más cómodos en encuentros sociales". El resumen ejecutivo de la encuesta está disponible en www.isalud.edu.ar



ExpoMedical²⁰¹⁴

12da. feria INTERNACIONAL DE PRODUCTOS,
EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

13^{tas} JORNADAS DE
CAPACITACIÓN
HOSPITALARIA



Nuevos pabellones
200 empresas expositoras
15.000 visitantes profesionales
10.000 m² de superficie

1 al 3 de octubre 2014

CENTRO COSTA SALGUERO BUENOS AIRES

Media Partner:

TEMAS HOSPITALARIOS
Guía Anuario ExpoMedical

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11) 4791-8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar

ISALUD en Santa Fe

Por un acuerdo con la Federación Argentina de Mutuales de Salud, en abril se iniciará en la ciudad de Rosario el Diplomado de Economía y Gestión de la Salud aplicada a la Actividad Sanitaria Pública, Privada y de la Economía Social. El programa profundizará en sistemas de salud, economía social, modelos de atención, financiamiento y gestión, además de abordar cuestiones ligadas con el derecho a la salud, el uso racional de recursos y la mejora de responsabilidades institucionales y profesionales.

Más información en <http://www.famsa.org.ar/>

Acuerdo Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue y Universidad ISALUD

Con el objetivo de desarrollar programas de formación profesional y de intercambio, el rector de la Universidad ISALUD, Dr Rubén Torres, y la Dra. Caroline Chang, Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS–CONHU) firmaron un acuerdo de cooperación para fortalecer los recursos humanos del sector salud en los países andinos. Además del desarrollo de propuestas educativas, se facilitará el acceso de docentes, graduados, estudiantes y personal técnico/administrativo a servicios de consultorías académicas, científicas, tecnológicas y culturales.



Curso de hipoacusia

El Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén cambió la gestión de los programas para el diagnóstico temprano de la hipoacusia luego de la capacitación que hicieron dos fonoaudiólogas del Hospital de Centenario y del Hospital de Zapala. Los interesados en el ciclo 2014 de la Diplomatura en Detección Precoz, Aplicación de Procedimientos Diagnósticos y Atención de la Hipoacusia pueden escribir a infocursos@isalud.edu.ar o llamar al +54 11 5239-4045

Acuerdo institucional con Acceso

En diciembre de 2013 el rector de la Universidad, Dr. Rubén Torres, firmó un acuerdo de cooperación conjunta con la Asociación Civil

Consulmed de Estudios Superiores en Odontología (Acceso) para desarrollar un programa de posgrado orientado a profesionales odontólogos interesados en el tratamiento de pacientes con discapacidad.



[Ciencia y Técnica]

Novedades bibliográficas

- **Concepción Bañes, Isabel; [et al.]** (2013). Guía para el aprendizaje de habilidades y destrezas clínicas. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana
- **Montero, julio César** (2011). Alimentación paleolítica en el siglo XXI. Buenos Aires: Akadia
- **Carrete, Paula; Rubinstein, Esteban; Zárate, Miguel** (2013). El libro azulado: problemas de salud de instalación reciente. Buenos Aires: Del hospital ediciones
- **Arasa Gil, Manuel** (2005). Manual de nutrición deportiva. Buenos Aires: Akadia
- **Previgliano, Ignacio** (2007). Neurointensivismo: medicina basada en evidencia. Rosario: Corpus
- **Rubio Romero, Juan Carlos** (2004). Métodos de evaluación de riesgos laborales. Madrid: Díaz de Santos
- **Herzer, Hilda** (comp.) (2012). Barrios al sur: renovación y pobreza en la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Café de las ciudades
- **Barcia, Patricia** (2011). Violencia laboral: gotas de lo posible. Buenos Aires: Akadia
- **Figar, Silvina; Gómez Saldaño, Ana maría** (2008). Cómo escribir un artículo científico en medicina: un paso a paso para no abandonar en el intento. Buenos Aires: Del hospital ediciones
- **Aguilar Cordero, José** (2012). Tratado de enfermería del niño y del adolescente: cuidados pediátricos. 2a ed. Barcelona: Elsevier

Estas obras pueden consultarse en la Biblioteca de la Universidad, Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires, de lunes a viernes de 9 a 20 horas.

Consultas: biblioteca@isalud.edu.ar o +54 11 5239-4040.

Inicio de posgrados

Más de 250 profesionales ingresaron al ciclo 2014 de Maestrías, Especializaciones y Profesorado Universitario ISALUD. Como señala el rector honorario de la Universidad, Dr. Ginés González García, en su libro *Médicos: la salud de una profesión*, es necesario continuar fortaleciendo la formación educativa y sanitaria para entender los desafíos pendientes de quienes tienen mayores responsabilidades en la rectoría de los proyectos de salud y sociedad. En los últimos años se presentaron modificaciones en el perfil epidemiológico de la población argentina; también se dieron a nivel cultural, en las relaciones laborales y en el conocimiento médico. Cambiaron las enfermedades prevalentes, la estructura socioeconómica del país, los conocimientos disponibles y la forma de trabajar". Por eso, nos sentimos orgullosos de que este nuevo grupo de ingresantes considere a la educación como factor clave de cambio socio-sanitario.

Alfa Funda Enfermería

En marzo la Universidad ISALUD, representante argentina del Proyecto ALFA FUNDA ENFERMERÍA, puso en marcha el nuevo currículum de profesionalización de auxiliares de enfermería, desarrollado por la iniciativa tras el arduo trabajo regional latinoamericano y la transferencia de buenas prácticas de las universidades europeas que integran el Proyecto. La modernización de la carrera se orienta a mejorar las condiciones de las Universidades para fortalecer el acceso y la permanencia de auxiliares y técnicos de enfermería en la educación superior. Los enfoques sobre los que se funda la propuesta curricular para la Profesionalización de Auxiliares de Enfermería y la Formación de Técnicos de Enfermería, y que son distintivos, son la lectura y escritura académica, la formación para la práctica reflexiva y las estrategias de enseñanza, y la evaluación de los aprendizajes basados en el estudiante.

Más información en www.alfafundaenfermeria.org



Cuerpo docente de la Profesionalización de Auxiliares en Enfermería.

Nuevo director de Seguridad Alimentaria

A partir del ciclo 2014 la Maestría en Gestión de Seguridad Alimentaria de la Universidad será dirigida por el Mg. Walter García, Ingeniero en Alimentos y Magíster en Agronegocios. García tiene una vasta experiencia en consultoría y proyectos de intervención dentro del sector, así como en educación superior en la temática.



[Diplomados y cursos a distancia]

2º trimestre 2014

Gestión de salud optimizada

- ✓ Administración de Hospitales y Centros de Salud
- ✓ Economía de la salud aplicada a la gestión sanitaria
- ✓ Auditoría Integral y Gestión en Instituciones de Salud
- ✓ Herramientas Administrativas de la Atención en Instituciones de Salud
- ✓ Salud Ocupacional
- ✓ Planificación en Salud, Estrategias y Proyectos
- ✓ Gestión contractual y médico legal en Instituciones de Salud
- ✓ Higiene y Seguridad

Bioética

- ✓ Actualización en Bioética
- ✓ Diplomaturas en Bioética

Discapacidad

- ✓ Diseño de proyectos orientados a personas con discapacidad, con enfoque en Derechos Humanos

Psicooncología

- ✓ Diplomatura en Diplomatura en Psicooncología Pediátrica

Más información en distancia@isalud.edu.ar o en el +54 11 5239-4030/33



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

CENTRO INFANTO-JUVENIL

Sede: Av. Rivadavia 4684
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4901-7800 / 4042 / 9081

Web: www.cermisaludsa.com.ar
Mail: info@cermisaludsa.com.ar

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

Galardón a la Universidad ISALUD



El pasado 28 de noviembre, la Universidad ISALUD fue reconocida con el premio Trayectoria en Salud durante la Segunda Jornada sobre *Responsabilidad Social en Salud y Medio Ambiente: Nuevos Desafíos*, que organizó la Revista RSALUD.

En la ceremonia se destacó la intensa e ininterrumpida labor de formación y capacitación de recursos humanos en las áreas de política social, salud, economía y medio ambiente. También se hizo especial hincapié en la visión de progreso social con equidad que propone ISALUD y la formación de actores destacados del sector, responsables de las principales políticas sanitarias a nivel provincial y nacional.

Foto: Archivo ISALUD

Comunidad ISALUD de luto

Con dolor anunciamos el fallecimiento de Andrea Chejter, Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología de ISALUD y activa colaboradora para la mejora de vida de los adultos mayores.

También despedimos con pesar a Pablo Rosales, Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad y constante productor de contribuciones para los derechos de las personas con discapacidad.

A ambos les agradecemos los valiosos aportes para pensar y hacer una mejor salud.

Publicaciones de profesores

Con el sello de la Universidad de Quilmes, el Mg. Ramiro Ruiz del Castillo, docente de posgrados ISALUD, publicó el libro *Introducción a la Economía*. Propone abordar la significación social de cuestiones como el rol del Estado, la inflación, el desempeño del mercado laboral y la distribución del ingreso.

Por su parte, desde el fondo editorial La Ley, el Dr. Oscar Garay dirigió una nueva edición del trabajo colectivo sobre *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal*. Allí se incluyen aportes de otros profesores de la Casa, como la Dra. Carola Musetti y de la directora del Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho (Cedesabio) de la Universidad, la Dra. Claudia Madies.



[Diplomados y cursos presenciales]

2º trimestre 2014

Medicamentos

- ✓ Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte de Medicamentos en el MERCOSUR
- ✓ Curso de Biodisponibilidad, Bioequivalencia y Farmacocinetica Clínica
- ✓ Medicamentos en Argentina: Regulación y Fiscalización

Gestión de Salud optimizada

- ✓ Diplomado en análisis y gestión de obras sociales y medicina prepaga
- ✓ Facturación y Asistente Técnico Auditoría Médica
- ✓ Cuadro de Mando Integral en Salud.
- ✓ Gestión estratégica de costos en salud
- ✓ Comunicación y marketing en salud. Gestión de redes sociales y optimización de comunidades virtuales
- ✓ Diplomatura en Gestión de Tecnologías Biomédicas
- ✓ Posgrado en Herramientas para la Toma de Decisiones (HTD) e Introducción a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- ✓ Diplomatura en Diseño y Gestión de la Infraestructura Física y Tecnología en Salud
- ✓ Uso y Codificación con CIE-10
- ✓ Mediación en Salud

Discapacidad

- ✓ Diplomatura en Orientación, Evaluación y Auditoría de las Prestaciones de Discapacidad
- ✓ Diplomado en Educación Especial e Inclusión Educativa

Enfermería

- ✓ Diplomatura en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto

Más información en infocursos@isalud.edu.ar
o en el +54 11 5239-4045/33

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



EL VALOR DE LA INNOVACIÓN

Desde hace 87 años, las empresas farmacéuticas y biotecnológicas que integran la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales, CAEMe, ofrecen al mercado argentino soluciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

Trabajan para sostener la innovación constante en medicamentos y vacunas.

Son líderes en la promoción y desarrollo de la investigación, el descubrimiento y el acceso a productos seguros, eficaces y de calidad.

Exportaron 400 millones de dólares en productos de alto valor agregado en 2012, y llevan invertidos más de 1.000 millones de dólares en estudios clínicos realizados en la Argentina en la última década.

Son las únicas compañías en su tipo en el país, que han suscripto un Código de Ética que fija pautas para la interacción con los profesionales de la salud.