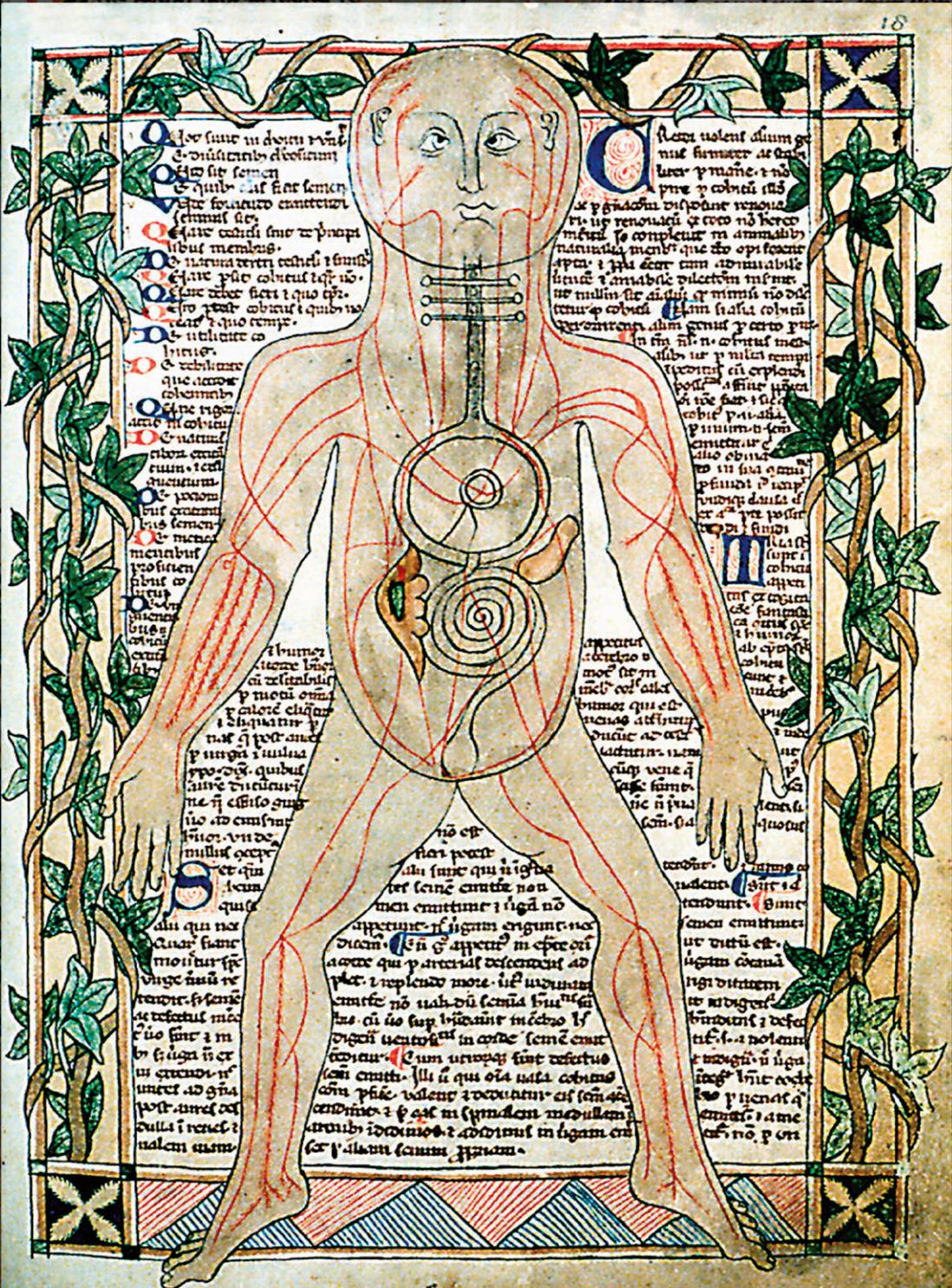


ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS



LA SALUD ES UN DERECHO SOCIAL

CONOCÉ AUTOGESTIÓN

EN AUTOGESTIÓN USTED PODRÁ

www.cmpc.org.ar

Una vez ingresado al sistema de AUTOGESTIÓN usted podrá realizar todos estos trámites, consultas y descargas que el CMPC ha puesto a su disposición.



Descargar los CERTIFICADOS de MATRÍCULA A LIBRE DEUDA y de ÉTICA



Imprimir RESOLUCIONES CON FIRMA DIGITAL



Consultar y descargar todos los tomos de GUÍAS CLÍNICAS en PDF



Realizar el pago de la MATRÍCULA PROFESIONAL



Realizar el pago de póliza e imprimir su CERTIFICADO DE COBERTURA DEL FISAP



Realizar otros PAGOS a través de *Pago Fácil*, *Rapipago*, *Tarjetas de crédito* o *débito* entre otros



Realizar el pago de la cuota de APROSS



Realizar pagos e inscripción a los CURSOS DE CAPACITACIÓN



Acceder e Imprimir sus RECIBOS YA ABONADOS

tus trámites
en dos clicks



Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

JUNTA DIRECTIVA**Dr. Héctor Rolando Oviedo**
PRESIDENTE**Dr. Diego Bernard**
VICEPRESIDENTE**Dr. Jorge Mainguyague**
SECRETARIO**Dra. María Cristina Ferrer**
TESORERA**Dr. Mario Vignolo**
PRIMER VOCAL**Dr. Adolfo Moyano Crespo**
SEGUNDO VOCAL**Dra. Carla Carta**
Dr. Diego Almada
Dra. Eugenia Peisino
VOCAL SUPLENTE**REVISORES DE CUENTAS****Dr. Eduardo Sacripanti**
Dra. Néilda Pussetto**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS****Dra. Nora Castro**
PRESIDENTE**Dra. Marcela Ogas**
SECRETARIA**COMITÉ EDITORIAL****Dr. Luis Otoniel Hormaeche**
Dr. Carlos Rosales
Dr. Leandro Molina
Dr. Martín Moya
Sr. Luis E. Rodeiro
Lic. Alejandra Beresovsky

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel HormaecheDIRECTOR PERIODÍSTICO
Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica TabordaARTE Y DIAGRAMACIÓN
Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción total o parcial, por cualquier medio, citando origen. Los artículos firmados, las notas con entrevistados y la publicidad inserta en la publicación no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores o responsables.



CONFEMECO JUNTO A TODOS LOS COLEGAS DEL PAÍS COMUNICADO

El Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas, CONFEMECO, reunido el día 22 de septiembre en la ciudad de Santa Fe, declara que en vista de la decisión impostergable de las médicas y médicos prestadores de Obras Sociales y Prepagas de percibir un bono adicional en sus consultas, que permitan brindar continuidad a las prestaciones a través de estos sistemas de atención de la salud.

Considerando además la pertinaz negativa de los financiadores de la salud de dar respuesta a los innumerables reclamos de los profesionales, pagando lo que quieren y cuando quieren, sin convenir y pactar los honorarios ni el tiempo de percepción de los mismos, con valores de 1.000 a 3.000 pesos, liquidados a 60 o 90 días de efectuada la atención, provocando un quebranto económico por los gastos operativos para el ejercicio de la profesión.

Por lo expuesto, este Consejo, resuelve respaldar esta determinación de nuestros colegas, como ya lo hemos manifestado, utilizando los valores mínimos éticos u honorarios orientativos vigentes en plena sinergia con las Instituciones Médicas, Asociaciones y Federaciones Médicas, Sociedades Científicas y Sindicatos Médicos.

Rechazamos de plano las amenazas de las Empresas Prepagas de tomar represalias con nuestros médicos.

Exigimos respuestas inmediatas tanto para sus afiliados como a sus prestadores.

Santa Fe, 22 de septiembre de 2023



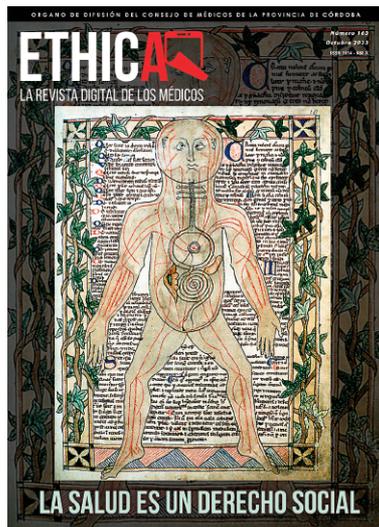
**SABÍAS QUE PODES
CONTAR CON LOS
DELEGADOS DE DISTRITOS
PARA PLANTEAR
TUS DUDAS O QUEJAS,
PARA HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS**

**ELLOS FORMAN PARTE ACTIVA
DE LA CONDUCCIÓN INSTITUCIONAL
ESTAN PARA VOS!**

**CM
PCI** Consejo de Médicos de
la Provincia de Córdoba

   www.cmpc.org.ar

**HECHO POR MÉDICOS
PENSADO PARA MÉDICOS**



EDITORIAL

■ Comunicado

CONFEMECO JUNTO A TODOS LOS COLEGAS DEL PAÍS3

INSTITUCIONALES

■ Crisis en la atención de la salud

UN BONO QUE PONE EL DEDO EN LA REALIDAD SANITARIA6

■ Según la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME)

ARGENTINA TIENE LOS ARANCELES MÁS BAJOS DE AMÉRICA LATINA10

■ La realidad en Inglaterra y Estados Unidos

CUANDO EL DERECHO A LA SALUD SE CONVIERTE EN UN MERO NEGOCIO11

INFORME ESPECIAL

■ Las propuestas

DEBATE DE REFERENTES DE SALUD DE CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA DE LA NACIÓN14

DE INTERÉS MÉDICO

■ Reconocimiento a los colegas del Hospital Córdoba

PRIMER TRASPLANTE MULTIORGÁNICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO28

■ LA UNC CREÓ UN NODO DE INNOVACIÓN EN SALUD30

■ NOVEDADES CIENTÍFICAS

El Poder de un Sistema Quimogenético Humanizado

ALIVIO REVOLUCIONARIO DEL DOLOR31

Avances en la tecnología ARN

LA NUEVA PROMESA EN LA TERAPIA GÉNICA Y LA MEDICINA32

CULTURA

■ El Nobel de Medicina 2023

PREMIO A LAS CONTRIBUCIONES A LA LUCHA CONTRA EL COVID-1934

■ TERCERA MUESTRA DE PLÁSTICA DEL AÑO

EN EL CONSEJO DE MÉDICOS39

NUESTRA PORTADA

Nuestra portada de hoy es una ilustración anatómica del siglo XIII que muestra la circulación sanguínea de un artista desconocido. Año 1292. Estudiar, Investigar, curar, solidarizarse con el que sufre, hace de la medicina una gran vocación, pero sobre todo un trabajador que merece, como cualquier trabajador, honorarios dignos.



UN BONO QUE PONE EL DEDO EN LA REALIDAD SANITARIA

EN MEDIO DE LA CRISIS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EL DIARIO PERFIL, EN SU EDICIÓN LOCAL DEL 4 DE OCTUBRE, SE PUBLICÓ UNA REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN, POR PARTE DEL VICEPRESIDENTE DEL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (CMPC), DR. DIEGO BERNARD, DONDE SUBRAYA QUE LA REALIDAD ACTUAL AGRAVADA TIENE DESDE HACE TIEMPO DOS REHENES: LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES. PARA LOS COLEGAS COBRAR RESULTA UNA VERDADERA ODISEA Y OBTENER HONORARIOS DIGNOS UNA UTOPIA. ETHICA DIGITAL REPRODUCE LA CARTA QUE EXPRESA LA POSICIÓN INSTITUCIONAL SOBRE EL CONFLICTO, RESPETANDO LA PRESENTACIÓN, CON SUS DESTACADOS DE PERFIL.



El pasado 22 de septiembre, asistí en representación del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, a la reunión nacional de la Confederación de Entidades Médicas Colegiadas (Confemeco), celebrada en Santa Fe, con la asistencia de las instituciones deontológicas de la mayoría de las provincias.

El objetivo fue analizar la **situación de crisis del sistema de salud que pone en serio riesgo**, como alertó nuestra organización, **la atención médica**. Así también, expresar nuestro apoyo a la decisión de los colegas que prestan sus servicios a Obras Sociales y Prepagas, a nivel nacional, de percibir un bono adicional en sus consultas, que permitan brindar continuidad a las prestaciones y a vivir decentemente.

Los honorarios médicos indignos son una realidad que arrastramos desde hace ya largo tiempo y es un reclamo permanente que cuenta con la pertinaz negativa de los financiadores de la salud, como decimos en la declaración, de dar respuesta a una situación injusta, que se agrava y se profundiza cuando un contexto de inflación la torna insostenible. **Hoy dichas financiadoras de la salud “pagan lo que quieren y cuando quieren, sin convenir ni pactar los honorarios ni el tiempo de percepción de**

los mismos, con valores de consulta de 1000 a 3000 pesos, liquidados entre 60 y 120 días de efectuada la atención”.

Esa es la cruda realidad. **Desde hace tiempo, la crisis ahora agravada tiene dos rehenes: los médicos y los pacientes.**

Para los colegas cobrar resulta una verdadera odisea y obtener honorarios dignos una utopía.

Nos han convertido, como decía René Favaloro (otra víctima de este sistema) en “mendigos” de un sistema en crisis, “que nos angustia, nos desvela y nos condena a llamar, llamar y golpear puertas, sin más respuesta que el silencio”. El Estado, en sus distintas jurisdicciones, declara que no puede intervenir porque la crisis tan evidente, que no quieren ver, es un problema entre “privados”, como si los Estados no tuvieran responsabilidad alguna en la dirección y el control de todos y cada uno de los sectores de la salud.

Los pacientes, a su vez, que tienen su atención en los hospitales públicos, muchos de ellos con niveles de excelencia reconocida, pero que, limitados presupuestariamente, deben afrontar la falta de recursos, las condiciones impropias para el trabajo médico y en la dificultad de acceder a turnos en tiempos razonables. De

lo contrario, pagar cuotas onerosas para la atención en obras sociales o centros de atención de la medicina prepaga, que aumentan constantemente y crecen cuando las personas tienen más años y más necesitan de la atención de la salud.

Los colegas afirman que **cuando las prepagas actualizan los valores de las consultas -que lo hacen con frecuencia- en la mayoría de los casos, no se extiende a nosotros.** Es decir, médicos con honorarios indignos, son pagados con considerables retrasos, trabajando en condiciones adversas, con la obligación de recurrir al pluriempleo y, además, dar la cara ante el paciente por la inequidades de **un sistema de atención impuesto por una medicina de mercado, cuyo objetivo central es el lucro,** que deja de lado los criterios profesionales, fruto de años y años de formación, para imponer criterios puramente economicistas que no se condicen con la medicina.

Los pacientes individuales, a su vez, limitados en su capacidad de resistir deben caer en la necesidad de adecuarse a una realidad de atención de primera, segunda o tercera categoría, según sus posibilidades, con la modalidad de una “medicina exprés” de consultas breves, porque de esa manera permiten mayores ganancias empresarias.

Así, médicos y pacientes, se convierten en financiadores compulsivos y anónimos del sistema de salud. Por políticas erróneas e interesadas, la salud dejó de ser un derecho para convertirse lamentablemente en un producto de mercado regido por sus propias leyes.

El médico con sus largos años de formación ha devenido en un insignificante eslabón de la cadena. Los que tienen la palabra son los grandes empresarios, los inversionistas y los intermediarios.

EL BONO Y LOS PACIENTES

El bono es una decisión extrema, que afecta al paciente que lo debe pagar. Es una medida que nos duele, pero es el único camino posible, con la esperanza de que se escuche el

reclamo y que la solución incluya tanto al médico como al paciente. Estamos convencidos de que no sólo defendemos la dignidad profesional avasallada, sino que también defendemos a la población que merece una mejor atención.

Somos plenamente conscientes de que la relación médico-paciente es el núcleo central del acto médico.

Durante mucho tiempo, ese vínculo estuvo regido por un fuerte autoritarismo, que reducía al paciente a un rol pasivo, tanto en lo que hacía al diagnóstico como al tratamiento de una enfermedad. El médico era quien tenía la palabra. No requería dar explicaciones ni buscar el consentimiento del paciente. Afortunadamente, esa manera de ejercer la medicina quedó atrás.

Fue un cambio cultural que concluyó con la idea de que la salud era un dominio exclusivo del médico. Actualmente, los derechos de los pacientes, el consentimiento informado, la muerte digna, la humanización del parto, entre otros avances, plantean a la salud como un espacio

compartido entre nosotros, los enfermos y la sociedad.

Pero, simultáneamente, se produjo lamentablemente un proceso de mercantilización de la medicina, en el que el médico y el paciente quedaban fuera de los criterios económicos prevalentes.

Esos criterios influyeron fuertemente en el deterioro de la relación médico-paciente, pero más allá de los intereses de los “dueños del negocio”, para los médicos en general prosiguió siendo el eje del acto médico. Esa empatía cultivada por los profesionales de la salud es lo que permite su comprensión de nuestra situación límite.

Como afirmó nuestro presidente, el Dr. Héctor Oviedo, hay una asimetría muy grande entre las posibilidades de negociación de médicos y financiadores. **“Los grandes tienen mucho más poder de negociación que los pequeños prestadores. Entonces, hay como una posición dominante excesiva y aparecen formas distintas de tratar de paliar estas diferencias”.** A veces no son las deseadas, sino que las impone la realidad.

Hay mucha hipocresía en los análisis de los que critican el bono. Los problemas económicos que encierra

**“Esa es la cruda realidad.
Desde hace tiempo,
la crisis ahora agravada
tiene dos rehenes:
los médicos y los pacientes.”**



Foto de archivo Diario La Voz

la crisis de la salud, derivados de la inflación o de prácticas indebidas y reiteradas deben ser pagadas, afirma Oviedo, por los que reciben, mes a mes –sin demoras– un ingreso por su cobertura, es decir los financiadores.

No deben hacerse cargo ni los establecimientos, ni los trabajadores de la salud, ni los pacientes. Esa es nuestra lucha.

Los análisis de la crisis para ser reales deben evitar la hipocresía de no abordar el tema de una manera integral y situacional. No se puede analizar sin tener en cuenta la dura realidad de los colegas. Menos juzgar.

Ya en 2002, cuando se intentaba introducir el modelo de las “gerenciadoras”, un ex presidente de nuestra institución ya fallecido, el Dr. Mario Daniel Fernández, afirmaba que la incapacidad para resolver los problemas del sistema sanitario o la falta de valor para afrontar los grandes intere-

ses que lucran con la salud, con mucha hipocresía, “suelen buscar en los médicos en particular y en los trabajadores de salud en general, a los chivos expiatorios de sus desatinos”.

Como lo analizábamos en nuestra revista institucional de septiembre, el Código de Ética Médica que nos rige prevé infracción para aquel colega que prestando servicios arancelados, cobra sumas adicionales que no corresponden. Pero, con la misma fuerza, **el Código obliga al médico a no percibir honorarios inferiores a los establecidos como éticos, facultad que tiene el Consejo de fijarlos y que en la actualidad asciende a \$6000 la consulta diurna**, que es precisamente el valor que se toma en cuenta por los médicos que plantean el bono, lo que es ignorado por los financiadores.

Cifra que no es magia, sino el resultado del análisis pormenorizado del costo de la vida.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque de **18.723** médicos **más de 12.000** colegas ya están **ADHERIDOS**



Según la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME)

ARGENTINA TIENE LOS ARANCELES MÁS BAJOS DE AMÉRICA LATINA

LOS DATOS SON MÁS QUE CONTUNDENTES. LOS ESTUDIOS COMPARATIVOS SON UNA INVESTIGACIÓN DE LA CADIME, E INDICAN QUE LOS ARANCELES DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD EN LA ARGENTINA SON LOS MÁS BAJOS DE AMÉRICA LATINA Y LA PRINCIPAL CAUSA DE LA CRISIS DEL SECTOR. POR EJEMPLO, LAS OBRAS SOCIALES Y LA MEDICINA PREPAGA PAGAN A LOS PRESTADORES POR UN HEMOGRAMA AQUÍ EN NUESTRO PAÍS 20 VECES MENOS QUE EN CHILE Y POR UNA CONSULTA MÉDICA, SIETE VECES MENOS. EN TANTO, ABONAN POR UNA TOMOGRAFÍA CUATRO VECES MENOS QUE EN PARAGUAY Y POR UNA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA, TRES VECES MENOS.. HE AQUÍ EL INFORME.

Los ejemplos son claros. El arancel por una consulta médica es de 4,16 dólares al valor oficial y de 2,06 dólares al valor del contado con liquidación, de acuerdo con el nomenclador de prestaciones de salud del Hospital Público de Gestión Descentralizada (que se debería tomar como referencia para la determinación de aranceles mínimos obligatorios, según el Decreto 1993/2011 reglamentario de la Ley 26.682). Mientras, en Chile alcanza los 15,58 dólares (+656% en la brecha con el valor a dólar financiero), y en Paraguay, los 10 dólares (+385%).

En los casos de análisis de glucosa en sangre o hemograma, el arancel de referencia es de 0,52 dólares oficiales y 0,26 dólares CCL. En tanto, en Chile se pagan 2,11 (+711% con relación al valor al dólar CCL) y 5,21 (+1.904%) dólares, respectiva-

mente, y en Paraguay 1,38 (+430%) y 2,07 (+696%) dólares, también respectivamente.

Más moderadas, pero aún importantes, son las diferencias entre los aranceles que se abonan por una radiografía de tórax, de 10,95 dólares oficiales y 5,42 dólares CCL en Argentina, respecto de las que se pagan en Chile, de 18,21 dólares (+236% en comparación con el valor al dólar CCL), y en Paraguay, de 13,77 dólares (+154%).

Asimismo, los prestadores de servicios de tomografía reciben, en promedio, 61,59 dólares oficiales y 30,46 dólares CCL por cada práctica. Mientras, el mismo estudio en Chile vale 100 dólares (+228%, respecto del valor al dólar financiero) y en Paraguay, 130 dólares (+326%).

Práctica de salud 2023	Fonasa-Chile	Valores-Paraguay	Nomenclador Gestión Descentralizada	
	US\$	US\$	US\$ oficial	US\$ CCL
Consulta médica	15,58	10,00	4,16	2,06
Hemograma	5,21	2,07	0,52	0,26
Glucosa en sangre	2,11	1,38	0,52	0,26
Proteína prostática	15,40	9,64	9,73	4,81
Radiografía de tórax	18,21	13,77	10,95	5,42
Ecografía obstétrica	16,62	27,54	18,38	9,09
Tomografía	100,00	130,00	61,59	30,46
Electrocardiograma	12,57	8,95	4,63	2,29

Fuente: CADIME. Dada la falta de regulación en materia arancelaria, los valores pagados por obras sociales y prepagas pueden variar de acuerdo con la ubicación geográfica y tamaño del prestador, entre otras condiciones particulares. No se incluyen Brasil y Uruguay, ya que sólo es posible comparar sistemas de salud con características similares. Chile: valores oficiales del FONASA. Paraguay: Servicios de salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La realidad en Inglaterra y Estados Unidos

CUANDO EL DERECHO A LA SALUD SE CONVIERTE EN UN MERO NEGOCIO

Es indudable que cuando la salud se maneja con criterios puramente economicistas, los sistemas se enferman de gravedad. En nuestra edición de agosto comentábamos lo que sucede en Gran Bretaña, donde el prestigio de su sistema sanitario, que era citado como un ejemplo a seguir a nivel internacional, ahora vive una crisis profunda, pasando de ser un modelo a una realidad caótica. Según Marcelo Justo, periodista especializado en temas de salud, escribe un informe desde Londres, donde a modo de ejemplo, revela que las listas de espera en Inglaterra superan los 7 millones de pacientes, muchos aguardan meses o años para recibir tratamiento y se suceden las huelgas del sector.

En una nota publicada por el diario Página 12, en el mes de julio, Justo parte de afirmar que “El Servicio Nacional de Salud (NHS), modelo global de la atención sanitaria estatal, es más popular que la propia corona entre los británicos, pero los 75 años de existencia que cumple este 5 de julio lo encuentran en un estado de virtual caos”.

Según el informe, hoy por hoy, El Reino Unido tiene uno de los peores índices de supervivencia de cáncer y accidentes cardio-vasculares entre 18 países del mundo desarrollado, la desigualdad entre regiones y estratos sociales es alarmante, la expectativa de vida no ha mejorado en los últimos 10 años.

La Dra. Rachel Clarke, en entrevista con el diario The Guardian, afirma que “Desde su origen, el NHS fue la institución nacional más amada por los británicos, la que nos consolaba de todos los otros problemas que teníamos como sociedad. El amor sigue, pero el NHS está agonizando”. Siete de cada 10 británicos dicen que el servicio está “broken” (roto).

¿Dónde radicaba su prestigio? “Es que se había propuesto, precisamente, **un servicio de salud que es uni-**

versal y gratis, apunta Justo. Pero 13 años de políticas erróneas en el sector, el sistema que era un orgullo, se ha convertido en un grave problema. La lógica de mercado se impuso.

En Estados Unidos, donde la lógica economicista acompañó siempre el modelo de atención de la salud, viven en estos últimos días de septiembre y los primeros de octubre, la mayor huelga de los trabajadores de la salud. Además de aumentos salariales en todos los niveles, los trabajadores piden protección contra la tercerización y la subcontratación de mano de obra.

La queja suena conocida: Los trabajadores de la salud demandan entornos de trabajo más seguros ya que, **después de la pandemia, la escasez de personal está comprometiendo la atención al paciente** y llevando a muchos trabajadores al límite. Los trabajadores en huelga forman parte de ocho sindicatos que suponen el 40 por ciento del personal total de Kaiser Permanente, empresa que opera 39 hospitales y más de 700 consultorios médicos.



DEBATE DE REFERENTES DE SALUD DE CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA DE LA NACIÓN



PATRICIA BULLRICH



SERGIO MASSA



JUAN SCHIARETTI

EL PASADO MIÉRCOLES 11 DE OCTUBRE, INVITADOS POR EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, LOS REFERENTES DE LOS CANDIDATOS PRESIDENCIALES EXPUSIERON SUS PLANES EN SALUD Y RESPONDIERON PREGUNTAS DE LOS DIRIGENTES MÉDICOS. EL ENCUENTRO SE REALIZÓ VÍA ZOOM Y CONCITÓ EXPECTATIVAS EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA CRISIS SANITARIA. FUERON INVITADOS TODAS LAS FUERZAS POLÍTICAS QUE COMPITEN EN LAS ELECCIONES PRESIDENCIALES DEL 22 DE OCTUBRE.

PARTICIPARON INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE SERGIO MASSA DE UNIÓN POR LA PATRIA, REPRESENTADO POR EL DR. ARNALDO MEDINA; ANDRÉS SCARSI, EN NOMBRE DE PATRICIA BULLRICH, DE JUNTOS POR EL CAMBIO Y LOS DOCTORES FRANCISCO FORTUNA Y GABRIELA BARBÁS, ACTUAL MINISTRA DE SALUD, REFERENTE DE JUAN SCHIARETTI, DE HACEMOS JUNTOS POR NUESTRO PAÍS. NO ASISTIERON REPRESENTANTES DE LA LIBERTAD AVANZA, QUE POSTULA A JAVIER MILEI, Y DEL FRENTE DE IZQUIERDA Y LOS TRABAJADORES, QUE LLEVA COMO SI CANDIDATA A MYRIAM BREGMAN.

LA BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN DEL ENCUENTRO ESTUVO A CARGO DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO MÉDICO, DR. HÉCTOR ROLANDO OVIEDO QUE AGRADECIÓ LA PRESENCIA DE TODOS Y LAMENTÓ LAS AUSENCIAS. DESTACÓ LA RESPUESTA POSITIVA DE LAS DISTINTAS FUERZAS POLÍTICAS, QUE ELOGIÓ EN VIRTUD DEL CONTEXTO DE CRISIS QUE VIVE EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD, QUE EXIGE HABLAR CLARO Y BUSCAR SOLUCIONES URGENTES. EXPLICÓ QUE LA CONVOCATORIA DEL CONSEJO TIENE SU FUNDAMENTO EN LA IMPORTANCIA DE LA SALUD, NO SÓLO PARA LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES, SINO PARA TODA LA SOCIEDAD: "SIN SALUD NO HAY DESARROLLO, NO HAY ESTUDIO, NO HAY POSIBILIDADES DE CONSTRUCCIÓN, NO HAY LIBERTAD". (LA RECOPIACIÓN DEL ENCUENTRO ESTUVO A CARGO DE ALEJANDRA BERESOVSKY)

ANDRÉS SCARSI

(JUNTOS POR EL CAMBIO)



MÉDICO PSIQUIATRA, DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA Y AUDITORÍA MÉDICA. FUE DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ENTRE 2011 Y 2015. POSTERIORMENTE, ASUME COMO SECRETARIO DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE LANÚS.

EN 2017 FUE NOMBRADO VICEMINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN Y, EN AGOSTO DEL MISMO AÑO, FUE DESIGNADO COMO MINISTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, HASTA EL FINAL DE LA GESTIÓN EN 2019. ACTUALMENTE, SE DESEMPEÑA COMO SECRETARIO DE SALUD DE VICENTE LÓPEZ.

G Héctor. Nuevamente, agradezco la invitación. Para nosotros, es muy importante poder vincularnos, más allá de la distancia. Hay mucha gente conocida que veo acá que se ha sumado al encuentro virtual, e insisto con la importancia de poder empezar a vincularnos desde otro espacio. Tiene que ver con la búsqueda de los consensos, porque estoy absolutamente de acuerdo con lo que decía Héctor antes, con que el sistema está en crisis, con que tenemos crisis de recurso humano, con que tenemos crisis en el sistema financiador, con que tenemos crisis en el sistema prestador, con que tenemos una crisis de distribución de ese recurso humano, con que tenemos temas como la salud mental que nos ponen desafíos en lo diario, desde el punto de vista de la internación, pero también el punto de vista de integrarnos a otros sectores de la gestión del Estado, como puede ser la parte social o la educativa, que se vincula de manera a veces pendular hacia ideas de un sector e ideas de otro, que van desde la tercera edad, hasta los chicos en el colegio, en ese paraguas grande que nosotros solemos llamar “salud mental”.

Hago un poco este racconto porque me parece que son los temas que siempre nos preocupan. A mí me ha tocado estar en las gestiones desde otros lugares, desde un municipio, desde la Provincia de Buenos Aires, hasta a nivel nacional. Y también en la parte académica. Y los temas, desafíos y problemas se repiten. Yo tengo 41 años y hace por lo menos

15 que escucho que los problemas son los mismos, reunión de Cofesa tras reunión de Cofesa, quienes participamos de esos encuentros llevamos los mismos temas.

Me gustaría hablar también de los vínculos con el tercer sector. Héctor hacía referencia a los problemas con los incendios en Córdoba y mencionaba también las capacitaciones conjuntas que organizaron con Defensa Civil. Esos son parte de los temas que me parece que tenemos que empezar a instalar en la agenda de toma de decisiones. Desde un organismo nacional bien podría decir que no sé si hay presencia de la Dinesa, por ejemplo. Para el que no sabe qué es la Dinesa es la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias. No sé si hay presencia de la Dinesa hoy en Córdoba.

No quiero entrar en cuestiones coyunturales cuando quizás la charla debería estar más orientada a los desafíos o a los problemas estructurales que tiene el sistema. Voy a repasar y a contarles cuáles son las prioridades que, si somos gobierno, tendremos que encarar desde el día 1.

Quiero decirles también que yo soy parte de un equipo, más allá de la referencia con Patricia Bullrich, que es nuestra candidata a presidenta. Y esto, por supuesto, tiene una cuestión de identidad. Formo parte de un equipo y ese equipo está representado también por otras personas que tienen una mirada federal, que también, entendemos, tiene que ser parte de la prioridad en el momento de tomar

decisiones. A esas decisiones habrá que ordenarlas y tendrán que estar acompañadas de financiamiento. Esas decisiones tendrán que estar acompañadas de gobernanza, otra de las palabras que me gustaría plantear en la reunión de hoy.

Tenemos muy claro que no hay política sanitaria, ni ningún otro tipo de política de Estado que llevar adelante, si no hay capacidad de gobernanza. Y nuestro equipo entiende que esa capacidad de gobernanza surge de un buen diagnóstico, que, entiendo, todos tenemos en esta mesa. Y también surge, posteriormente, de la búsqueda de consensos.

El sistema de salud está en crisis, como bien repetimos todos nosotros, y para hacer otro repaso es crisis en recurso humano, en falta de tecnología para poder integrarnos de manera moderna. Lo estamos haciendo hoy a través de un zoom, pero, al momento de hacer una interconsulta o al momento de empezar a vincular al paciente con su sistema, eso no sucede. ¿Cómo creo yo que podríamos hacerlo? Tenemos un gran déficit de distribución de ese recurso humano y falta de incentivos. Tenemos un déficit en la rectoría y en la presencia del Ministerio de Salud, y no quiero llevarlo a una cuestión coyuntural de la política actual, es algo estructural. Tenemos que ir construyendo una agenda distinta entre todos.

También tenemos un déficit, como les dije, con un título muy grande, en salud mental. A nosotros nos parece que esos son los ejes, hablando directamente del subsector público.

También están los problemas estructurales del sistema, que están basados en la fragmentación y la segmentación. También estoy hasta cansado de escucharme a mí mismo hablar de esto, pero creo que son los problemas que hacen o que generan estas ondas expansivas hacia cualquier punto que nosotros tomemos del ministerio.

Yo podría encarar la charla yendo a algo más aburrido que sería el modelo de gestión o el modelo de atención. Y podríamos hablar de la atención primaria o discutir si un Ministerio de salud de la Nación debe financiar la atención primaria o debe financiar todo, o si un ministerio sólo debe hacer regulación de la actividad profesional y trasladar presupuestos o descentralizar presupuestos en las jurisdicciones y que cada jurisdicción maneje la salud de su distrito. Me parece que son temas muy grandes, que no son para esta charla y quería centralizar en los puntos que les mencioné.

Entonces, voy al primer capítulo, que es el de recursos humano. El primer enfoque es el de financiamiento. Para decirlo en criollo: ¿Cuánto gana un médico o un bioquímico

o un farmacéutico o un psicólogo todos los meses en un país que está en una crisis económica como pocas veces vimos?

Si vamos a la dimensión del financiamiento, creo que tenemos un desafío muy grande, que es poner sobre la mesa –y en la discusión de los presupuestos que vienen– la cuestión salarial y, de manera coordinada también con las representaciones gremiales que cada provincia tiene junto a sus propias condiciones y situaciones, ponernos de acuerdo en ese punto.

Hoy estamos discutiendo lo que todos llamamos “pago indebido” o copagos y la idea de otras fuerzas políticas de tener otro mecanismo de compensación con los que nosotros no estamos de acuerdo. Nosotros queremos plantear hacer actualizaciones y poner sobre la mesa la discusión de lo salarial de manera formal, como primera instancia.

Esa es la dimensión salarial. En la dimensión de distribución y capacitación, creemos que tenemos que generar incentivos para los profesionales de las especialidades críticas y básicas: la pediatría, la ginecología, la clínica médica y la cirugía. Que estas cuatro tengan una distribución distinta en los cupos de residencia y en su financiamiento por parte de la Nación. En relación con los otros subsectores, como, por ejemplo, el de los prestadores privados, que sé que están en una situación muy crítica. Todos los que estamos hoy acá reunidos sabemos que estamos bajo una emergencia sanitaria, que hay algunas concesiones para con el sector prestador que, entendemos, vamos a tener que mantener.

Este es un equipo que no piensa en quitar lo que voy a llamar, muy entre comillas, “beneficios” o “concesiones” que tiene el sector, porque, entendemos, en esta situación económica, eso puede ser muy peligroso y puede generar un daño mayor al que ya tiene el sistema en materia de salud mental.

El cumplimiento de la ley es imperfecto, es una ley que, entendemos, hay que rediscutir. Vuelvo a la palabra “gobernanza” que les había planteado hace un ratito. Tenemos que utilizar un instrumento institucional como el Cofesa para ponernos de acuerdo en qué trayectoria y en qué rumbo queremos tomar para la salud mental de los argentinos. Ese es un capítulo bien complejo que, creo, tiene también una bisagra, que es, como les dije de manera lateral, pero en la que ahora me quiero enfocar, la parte infanto-juvenil. Y no solo en la parte teórica de lo que es la salud mental infanto-juvenil, sino directamente en la cuestión prestacional. Los

que estamos hoy acá seguramente tenemos muchísimos problemas cuando queremos dar una solución o accesibilidad al sistema a un paciente infantil o de un paciente pediátrico o adolescente. No tenemos dónde atenderlos y yo creo que ese punto es algo en lo que tenemos que ponernos de acuerdo primero: qué tipo de institución vamos a generar entre todos para poder dar respuesta. Y, después: ¿Qué tipo de normativa vamos a tener bajo el paraguas de la ley para poder dar una respuesta a la sociedad?

Por supuesto, esto se vincula con la cuestión de adicciones y demás. Y podría seguir, pero me parece que el de la salud mental es un foco que no podemos dejar fuera de la agenda.

Por otro lado, otro tema importante es el vínculo del Ministerio de Salud, como rector a nivel nacional, con el tercer sector. Hablo de la sociedad civil y el mundo del aseguramiento, de la seguridad social, y del subsector privado. Nosotros –y un poco por la experiencia ya recorrida– no podemos generar un ministerio que esté aislado. Y pongo la palabra “ministerio” para poder graficar, pero usen el nombre que quieran: puede ser desde una secretaria de salud en un municipio en el que están ustedes hoy, puede ser un Ministerio de Salud Provincial, o a nivel nacional. Pero no podemos dejar de integrar a la mesa de discusión –insisto, a través de Cofesa– a los otros subsectores. Seguramente, acá hay gente que representa a obras sociales provinciales, mutuales, dueños de sanatorios, está el Consejo de Médicos de la provincia. Me parece que, entre todos, en esos espacios y en esas oportunidades que se generan en el recorrido federal que uno va haciendo de todas las provincias de la Argentina, tenemos que invitarlos y convocarlos para buscar las soluciones en conjunto.

Aislar las decisiones en un ministerio es un error grave que, creo, tenemos que ir corrigiendo. Dicho esto, ustedes saben que hay muchos programas que tienen financiamiento internacional. Con una corrección progresiva de la economía, de la macroeconomía de nuestro país, tenemos posibilidades de vincularnos y de poder generar financiamiento en líneas de cuidado y ordenamiento para todo el sector. Para decirlo en criollo: programas que deben conocer, como el Plan Nacer o como fue en su momento el Remediar, que, más allá de los nombres, surgieron de una crisis económica muy grave que tuvo la Argentina. Nosotros creemos que esos son programas a los que hay que ordenar, hay que generarles un buen mecanismo de control y un buen mecanismo de contrato entre las provin-

cias para poder ordenarlos y que las provincias tengan financiamiento genuino a través del paraguas de un Ministerio de Salud nacional.

Diría que esos son los puntos que me interesaba tratar, intenté ordenarlos de la manera más gráfica posible.

Héctor Oviedo

Hemos desarrollado algunas preguntas. Primero, queremos conocer el modelo de gestión elegido para implementar las políticas públicas, si el Estado va a subsidiar demanda o va a subsidiar oferta.

Andrés Scarsi

Tenemos que discutir justamente el rol que va a tomar, desde el punto de vista del financiamiento, una entidad nacional. En ese sentido, en las prioridades que buscamos, entendemos que las responsabilidades de la atención directa la tienen las jurisdicciones, pero, sin ninguna duda, hay programas que hacen de rectoría, que ponen líneas de cuidado y que dan una identidad en materia sanitaria, en una gestión de gobierno. No hablo de Estado, sino en una gestión de gobierno, que tienen que estar muy claras.

Invierto un poco: la pregunta que yo hago a ustedes, porque también me quiero llevar algo de la reunión de hoy, es si estamos de acuerdo en qué líneas de cuidado y en qué líneas de financiamiento debe participar un organismo nacional, corriendo o dejando de lado el capítulo de la coparticipación y demás, que, me parece, es algo que también tenemos que revisar. Nuestra mirada es que hay programas que, por ley, los tenemos que mantener, que van atados al financiamiento. Pongo el que todos conocemos, por ejemplo, el de inmunizaciones. En ese sentido, y en el ordenamiento que nosotros entendemos que tenemos que ir haciendo de manera progresiva, tenemos que discutir la descentralización de algunas funciones de los programas que mantenemos, y que tengan financiamiento, y dejar la parte de rectoría y de líneas de cuidado para el Ministerio de Salud de Nación o el nombre que tenga el organismo que intervenga.

Nosotros creemos que los programas de cuidado de la salud que tiene Nación, como el de vacunación, o algunos especiales de medicamentos, son fundamentales. Y pensamos que debieran estar sostenidos por esos fondos nacionales, pero que la efectivización de esos programas debe ser realizada y controlada por los organismos locales, como pueden ser la Secretaría de Salud de cada uno de los

municipios, con la gobernanza provincial de cada uno de los ministerios. O sea, dar esos recursos para que se usen territorialmente, con conocimiento de causa, conocimiento de factores de riesgo, etcétera, de cada uno de los territorios. Y sumaría que hay buena experiencia desarrollada en ese sentido en programas de pago por resultados; o sea, financiamiento por cumplimiento de metas. Por lo general, tienen la matriz o el modelo de gestión que imponen los organismos internacionales, como puede ser el Banco Mundial. Son programas que, técnicamente, tienen una definición muy clara y el desafío que tenemos a nivel país es el de poder después traducir el tecnicismo que suelen tener este tipo de programas a la realidad local; o sea, hacer un traje a medida en cada jurisdicción. No es lo mismo, por ejemplo, el envío de datos de un centro de salud en el conurbano bonaerense que en la ciudad de Buenos Aires o en la provincia de Córdoba. Son situaciones absolutamente diferentes, heterogéneas, que hacen que el envío de datos y el cumplimiento de esos resultados sean muy distintos.

Yo creo que ese es el desafío que tenemos y ahí se abre otro gran capítulo que me olvidé de comentarles, que es el tema de la inversión en tecnología. Me parece que ese es otro de los puntos que hoy están instalados en la agenda y que, sin ninguna duda, tenemos que seguir desarrollando.

Héctor Oviedo

Sin duda, para nosotros, el apoyo de medios tecnológicos es fundamental. De hecho, hemos desarrollado hace un año y medio una receta electrónica en Córdoba que pusimos a disposición de todos los colegas en forma gratuita y que hoy la Municipalidad de Córdoba está usando en su Programa Mejorar.

Sobre lo que dijiste de dar lugar al tercer sector, nosotros creemos que las fuerzas vivas, nuestras organizaciones intermedias son fundamentales para colaborar. Tenemos que, entre todos, buscar una solución a estos problemas que no son menores.

Siguiendo con las preguntas, uno de los temas importantes es la segmentación y fragmentación del sistema de salud. ¿Ustedes tienen algunos ejes diseñados para evitar esta, digamos, debilidad de nuestro sistema?

Andrés Scarsi

Conecto otra vez con el tema de la tecnología y con las cuestiones de cumplimiento de la ley. O sea, todos saben

cómo está o cuáles son los desafíos del sistema en materia de segmentación y fragmentación. Todos lo sabemos, todos lo decimos, pero en el día a día se hace muy difícil llegar a resultados distintos. Entonces, la cantidad de obras sociales que tenemos, cada una con sus características; el PAMI, los ministerios provinciales, los organismos nacionales, las secretarías de cada lugar. Cada estructura genera su propia política sanitaria. Sé que Córdoba tiene más de 400 municipios. Yo fui ministro de la Salud de la provincia de Buenos Aires donde son 135 y me parecía mucho. Imagínense el desafío que es hablar de segmentación con 427 distritos en una provincia de la Argentina.

Si tenemos claro qué debe financiar cada segmento de gestión de Estado y nos vinculamos sanamente desde lo nacional con el resto de las jurisdicciones –hablo en términos de financiamiento, de coparticipación– me parece que los resultados van a ser mucho mejores.

El otro gran desafío es entender cómo hacemos para vincularnos con los otros subsectores del financiamiento, hablo principalmente de la seguridad social, para que el subsector público no sea el que subsidia, porque muchas veces es el punto más débil de la cadena en términos de financiamiento a los otros subsectores.

La verdad es que, si uno toma una definición, y esa definición va acompañada de apoyo, creo que tenemos la posibilidad de empezar a ordenar esto, adaptado a cuestiones más técnicas, que son las aburridas. Pero definamos un nomenclador justo para todo el sector.

Héctor Oviedo

Tenemos preguntas de la audiencia. Diego Lahournere pregunta cuál es la propuesta en relación con el sistema prehospitalario. Hay otra pregunta de Florencia, sobre Epof y discapacidad.

Andrés Scarsi

Sobre el sistema prehospitalario, ¿estamos hablando de la emergencia, del cuidado en la vía pública del paciente?

Nosotros tenemos la experiencia de haber desarrollado sistemas de emergencia en algunos distritos complejos. La Ciudad de Buenos Aires, con su historia y con el desarrollo el Same, que, supongo, todos conocen. Y también alguna experiencia en la provincia de Buenos Aires.

El modelo de financiamiento para poder desarrollar sistemas locales prehospitalarios que, creo, ha sido exitoso,

no es repartir ambulancias. Tiene que ver con tener protocolos de atención, con tener en cada lugar de la Argentina formación continua para el equipo que trabaje en la vía pública y tiene que ver con la tecnología. Diría que esas son las tres patas fundamentales que debe tener un sistema prehospitalario. Y buscar la manera de distribuir de manera correcta al recurso humano y financiarlo. Por el otro lado, la tecnología, porque lo peor que le puede pasar a un sistema es perder la confianza en su comunidad. La confianza está relacionada con que, cuando alguien llama a una ambulancia, esa ambulancia llegue dentro de los parámetros que están por protocolo. Depende de las ciudades, pero nuestra experiencia habla de entre 10 y 12 minutos. Si nosotros logramos cumplir con ese protocolo y con esos indicadores de calidad, el sistema prehospitalario tomará un rol muy interesante en la sociedad, que vincula a la comunidad médica con la sociedad también de una manera muy interesante. En ese sentido, creo que tenemos que buscar líneas de financiamiento para que la Nación dé apoyo a las jurisdicciones para marcar esta política sanitaria. Ponernos de acuerdo y generar una política pública de largo plazo.

Respecto de discapacidad, podría tomar indicadores de salud puros y exclusivos o tomar indicadores más complejos, que tienen determinantes sociales. Desde esa mirada, la discapacidad excede a la cuestión sanitaria exclusiva. Si lo vemos desde el punto de vista del financiamiento, es un desafío gigantesco, porque –ustedes saben– el gasto y lo digo sin ponerme colorado por la discusión sobre si es gasto o inversión, el gasto en discapacidad es algo que tenemos que ordenar, que tenemos que poner sobre la mesa, sobre lo que tenemos que tomar una definición en relación con quién lo va a financiar y cómo. Así que es un tema que, creo, todavía merece alguna discusión previa con otros sectores del equipo.

Sobre enfermedades poco frecuente también, y disculpen si soy reiterativo, me parece que cada pregunta de estas se abre o tiene varias dimensiones que siempre caen en el tema del financiamiento en un país que está en una crisis económica muy fuerte. Hasta que no ordenemos la macroeconomía, la cuestión sectorial va a ser muy difícil de pensar. Digo esto porque cualquier incorporación de una molécula a financiar es un desafío nuevo, eso no quiere decir que no tengamos que ir vinculando a la comunidad y a las asociaciones que representan a esta comunidad de manera directa y dar respuesta directa del organismo

nacional. De hecho, lo estamos haciendo y lo hacemos de manera permanente.

Oscar Sagas (*Juntos Por el Cambio*)

Andrés ha explicado todo muy bien, yo he llegado muy tarde, lamentablemente. Me hubiera gustado tener un rol más activo.

Tenemos que ser sinceros respecto de las enfermedades raras o poco frecuentes. Acaba de salir una resolución del Ministerio de Salud, sobre el Programa para la Integración del Sistema de Salud Argentino, que incluye a las enfermedades poco frecuentes y que no deja en claro cómo van a estar financiadas, si van a estar financiadas por el Sumar, con todos los cambios del nuevo financiamiento que ha salido en este momento. Pero nos parece que la resolución es extemporánea, sacada fuera de tiempo; porque, en realidad, es sacada al final de un ciclo. Por lo que una resolución con estas características pierde un poco de valor.

Recién hoy han salido los anexos, respecto de esta resolución, en el que están incluidas las enfermedades poco frecuentes. En relación con lo que había hablado Andrés, que también lo hizo muy bien, el Ministerio de Salud tiene más de 30 programas estratégicos, que son programas que están creados por ley, que nosotros estamos en la postura de reagrupar según el ciclo de vida.

Vamos a poner –y ustedes están preocupados por este tema– metas sanitarias, trazadas para las provincias a través de convenios marco, para la transferencia de fondos. Y esto no solo para optimizar los recursos presupuestarios, sino también para poder garantizar la calidad de servicios. Hoy, por ejemplo, les doy el caso de Maternidad e Infancia, que es un programa que también se financia con fondos que vienen del Estado nacional. Nos encontramos frente a un programa que tiene una información de muy baja calidad, algo que pasa en la mayoría de este tipo de programas, que no cruzan bien la información. Hoy, podemos decir que, si hablamos de maternidad e infancia, tenemos controles insuficientes prenatales en gran parte de las provincias. Hay provincias que no tienen controles prenatales. La captación tardía del embarazo también es un problema, la mortalidad infantil tiene una brecha grande entre provincias que tienen un solo dígito y provincias que tienen dos dígitos. Y las maternidades que tienen que cumplir con las normas CONE (Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales) y de las más de 553 maternidades solo 231 hoy están cumpliendo esas normas.

ARNALDO MEDINA

(UNIÓN POR LA PATRIA)



HÉCTOR OVIEDO: RESUMO BREVEMENTE EL CV DE ARNALDO MEDINA. ES RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA (AASAP), MÉDICO (UNLP), MAGISTER EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD, DIPLOMADO EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD (UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE), ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA (UBA), ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN SUPERIOR (UNIVERSIDAD NACIONAL DE MENDOZA). FUE SECRETARIO DE CALIDAD (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN), DIRECTOR EJECUTIVO, HOSPITAL EL CRUCE, NÉSTOR KIRCHNER, SUBSECRETARIO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD (MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES), DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL MI PUEBLO. ADEMÁS, ES UN AMIGO, HA ESTADO MUCHAS VECES EN CÓRDOBA Y HEMOS PODIDO INTERCAMBIAR IDEAS EN VARIAS OPORTUNIDADES. BIENVENIDO, ARNALDO.

Gracias, Héctor. Saludos a todos los que están participando, fundamentalmente colegas, que están conectados hoy en esta actividad y a la Junta Directiva del Consejo del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Saludos a las colegas y los colegas.

Tengo entendido que, primero, había un tiempo para una exposición general y, después, para ir a las preguntas.

Felicito por las preguntas, creo que son muy pertinentes, y es muy difícil hacer una exposición general sin empezar a responder alguna de las de las preguntas que se están planteando. En principio, creo que tenemos que rescatar que tenemos un sistema de salud con tradición en nuestro país, con mucha tradición. Y es un sistema de salud que tiene logros importantes, desde el punto de vista de la cobertura y el acceso. El sistema de salud cubre desde las prestaciones más simples, como un control de salud; hasta las más complejas, como trasplantes o tratamientos oncológicos.

Hay problemas en el sistema de salud que hay que hay que resolver. Recién estaba escuchando la presentación de Andrés, él planteó el tema de la gobernanza. En principio, quiero decir que una política de desarrollo del país tiene que ser acompañada de una política de salud. En eso yo estoy seguro; aparte, los conozco y sé que ustedes piensan de la misma manera. Tiene que haber una política pública de salud, la política pública de salud puede cambiar la vida a la gente. Esto es importante: nosotros creemos en eso. Nos duele un poco cuando se plantea que en las encuestas no aparece entre los primeros lugares de la preferencia de la gente el tema de la salud. Yo tengo una idea particular en eso: yo creo que hay que demostrar el valor de la política de salud y cuánto le puede cambiar la vida a la gente.

Hay una visión, una experiencia, de la población de que el sistema de salud se puede cambiar poco y nada. Está lo que nos tocó, lo que tenemos, y qué se puede hacer por eso.

Hay que revalorizar la política pública y para esto tiene que haber un Ministerio de Salud de la Nación. O sea, primero, para hablar tiene que haber un Ministerio de Salud a nivel nacional. Nuestro espacio político lo ha manifestado claramente. ¿Qué pasó cuando dejó de ser ministerio? No sólo la pérdida de jerarquía institucional. Imaginemos la pandemia si no hubiéramos tenido Ministerio de Salud. Hablamos de la importancia que tiene la decisión política de que sea Ministerio y la capacidad de resolución. Detrás del hecho de que no sea Ministerio vienen recortes presupuestarios. Hoy, el Ministerio de salud tiene un presupuesto de 700.100 millones de pesos; si nosotros lo tomamos a moneda constante, es decir, corrigiendo por el factor de la inflación, el presupuesto que tenía en 2019 cuando no era Ministerio, el presupuesto hoy es casi un 30% más que en esa época. Hoy, si hubiéramos continuado como en 2019, el presupuesto sería inferior a 480.000 millones de pesos, si proyectamos en moneda constante. Esto significa menos cobertura, menos acceso de la población a la salud, menos medicamentos del Remediador, debilitamiento de los planes y los programas de salud.

Esto es para reafirmar la política pública. Respecto de la presencia del Estado, creo que hoy nadie puede discutir, yo no digo en Argentina, en el mundo, la importancia que tiene el Estado en la salud pública. La pandemia ha dejado, desde mi punto de vista, dos o tres enseñanzas. Una, y la principal, es que se salió de la pandemia por la fuerte presencia del Estado. Hay mucho escrito sobre esto, hay mucha evidencia. Lamentablemente, asistimos al debate presidencial el fin de semana en el que uno de los candidatos de La Libertad Avanza habló del "Estado genocida" y de que si el Estado no hubiera estado habría muerto menos gente en la Argentina. Yo creo que esa afirmación es incendiaria, temeraria. Desde mi punto de vista es ofensiva para todos nosotros, para todo el equipo de Salud. Si hay alguien que se puso al hombro la situación de la pandemia fue el equipo de salud, las trabajadoras y los trabajadores de la salud. No les voy a decir a ustedes lo que fue. Y con el Estado acompañando esa gran épica. Esa voluntad que tuvieron las trabajadoras y los trabajadores de la salud de resolver una situación, de afrontar esa situación, de ponerse al hombro un país que estaba en una situación de riesgo. Qué hubiera pasado si no hubiera estado el Estado, para, por ejemplo, la pro-

ducción de respiradores, que se fabrican ahí en Córdoba. Es uno de los pocos países en el mundo que produce respiradores. ¿Qué hubiera pasado si no hubiera intervenido el Estado? Lo hubieran comprado los más ricos, los que más pueden. De hecho, ya había algunas personas con dinero que habían reservado su respirador en las fábricas para el caso de que tuvieran un contagio. ¿Qué hubiera pasado? Implicó la producción de respiradores. Hoy, Argentina está exportando respiradores al mundo. Allí hubo alianzas estratégicas, sustitución de componentes, financiamiento. ¿Qué hubiera pasado si no hubiera estado el Estado? ¿Qué hubiera pasado si no hubiera estado el Estado en la provisión de oxígeno, por ejemplo, limitando que el oxígeno fuera a la producción industrial para que fuera al campo de la salud? Nos hubiéramos quedado sin oxígeno y habría muerto mucha gente. Y así puedo hablar de un sinnúmero de acciones que se llevaron adelante por la presencia del Estado.

También creo que tenemos que construir a partir de las instituciones que hoy tenemos en nuestro país y que funcionan. Se escuchó decir del mismo candidato de La Libertad Avanza que el Incucai era un ámbito corrupto y que la lista de espera del Incucai era corrupta. En principio, a mí me parece que también es ofensivo para el sistema de salud. En Córdoba, por ejemplo, con el peso que tiene en trasplantología a nivel nacional, tanto en la procuración como en el trasplante. Nosotros sabemos todas las personas que moviliza un trasplante en forma directa y también sabemos, y creo que vamos a estar de acuerdo en que es una de las instituciones más creíbles, de más tradición en nuestro país, es la lista de espera del Incucai. Desde mi punto de vista es incorruptible y cada profesional sabe cuáles son los criterios objetivos en esa lista que llevan a que una persona esté en el lugar que le corresponde estar. Entonces, ¿por qué estas palabras incendiarias que llevan incertidumbre y desazón a las familias de las personas que requieren un trasplante o aquellas personas que están en una lista de espera? ¿Por qué ser tan ofensivo con el propio equipo de salud que cree en este sistema, que, por otro lado, es de gran prestigio a nivel internacional? Igual que Anmat.

En definitiva, tenemos que construir a partir de las cosas que funcionan. No podemos, graciosamente, sin información, decir, por ejemplo, que hay 300.000 potenciales donantes de órganos cuando sabemos que

solamente el 4 por 1000 de los de los que fallecen pueden ser donantes de órganos, porque se requieren condiciones especiales, como una terapia intensiva o dar viabilidad a esos órganos. Entonces, esa es la base para avanzar.

Nuestro sistema de salud tiene problemas de accesibilidad, la madre de todos los problemas está en la fragmentación del sistema. Yo creo que es el problema principal y del que derivan muchos de los otros problemas que tenemos. Hay problemas en la accesibilidad y en la calidad. Hay problemas en la fuerza de trabajo, hay una crisis muy fuerte que nos está afectando y también hay dificultades en el financiamiento. Ahora, yo creo que ustedes orientaron muy bien la pregunta: hay que empezar a hablar sobre cuál es el modelo de atención que vamos a tener. Es decir, si vamos a seguir basados en un modelo prestacional donde podemos sacar costos de todo lo que se hace, podemos saberlo, pero no puede quedar esto librado a una transacción en prestaciones, sino que, como hoy apareció en la exposición anterior de Andrés, está el tema de las líneas de cuidado. O sea que tiene que ser un sistema orientado a la atención primaria y con líneas de cuidado y considerar, en el financiamiento, el desarrollo de un modelo basado en líneas de cuidado.

Eso lo podemos ampliar después un poco, no quiero agotar estos primeros minutos.

Respecto del problema de la fragmentación, y quizás ya me vaya adelantando a alguna de las preguntas, nuestro sistema salud ya está configurado. O sea, pensar que vamos a tener, no sé, un solo organismo que represente la seguridad social y eliminar las obras sociales o que desaparezca el sector privado, sería impensable en nuestro país. Nuestro país está configurado de esta manera, hubo intentos de integrar el sistema de salud, sí. El último fue el de Aldo Neri y quiero aprovechar, lo hice el otro día también en una exposición, para recordar a Aldo Neri como una figura nacional. Fue bajo su Ministerio de Bienestar Social en el gobierno de Raúl Alfonsín el último intento de integración del sistema de salud fragmentado, a través del Seguro Nacional de Salud.

Aldo Neri también fue el redactor del Sistema Nacional Integrado de Salud, junto con Adolfo Canitrot y otros radicales. El doctor Domingo Liotta, que era el ministro de Salud de Perón, fruto del abrazo entre Perón y Balbín.

Sergio Massa está proponiendo un gobierno de unidad nacional y me parece pertinente, cuando se habla del gobierno, del sistema de salud –a mí me gusta hablar más de gobierno que de gobernanza–, pensar también la importancia de la salud como política de Estado y de la salud como un acuerdo político. Y recordar ese abrazo histórico. Después, hubo un plan que la Dictadura derogó y que no se pudo aplicar en nuestro. Había dificultades para aplicarlo, pero se estaban haciendo experiencias piloto en algunas provincias.

Tiene que haber una política que permita la integración. La integración es que todas las argentinas y los argentinos puedan tener el mismo acceso al sistema de salud, con una calidad estándar, a la cual puedan acceder todos y en eso hay que trabajar, vía normativas.

Tiene que haber un Plan Nacional de Acceso y Calidad de Salud que puede ayudar a garantizar esto a través de las líneas de cuidado y que, por otro lado, lo que hoy digamos aparece como un problema serio, es el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud. Más allá de que la cobertura existe; por lo menos, formalmente. Está el Programa Médico Obligatorio, pero hay dificultades de acceso. Entonces, hay que avanzar en lo que me gusta llamar “la revolución del acceso a la salud”, fundamentalmente a través de la tecnología. Hoy, no estamos utilizando la tecnología como corresponde y la tecnología es una oportunidad magnífica para solucionar este problema. Dejo para después el tema del financiamiento.

Sobre el tema del talento humano –no nos gusta llamar “recurso humano” porque no es un recurso, no es un capital– las personas, en este caso los trabajadores de la salud, no tenemos techo y el talento lo que expresa es todo lo que podemos ser. Hay un tema que son las especialidades críticas y un tema que se trató anteriormente, que es el de los ingresos de los profesionales que les permita desarrollarse. Obviamente, hay un tema que es el económico, que es fundamentalmente para desarrollarnos, pero no es el único. Poder trabajar como política de Estado en un plan coherente que permita salir de esta crisis que hoy estamos viviendo y espero después poder desarrollar el tema de las especialidades, dejo acá la introducción general, planteo muy general el tema y estamos dispuestos a abordar cada una de las preguntas.

Héctor Oviedo

Gracias Arnaldo. Creo que has avanzado sobre varias de nuestras preguntas, como el tema de la fragmentación del sistema de salud, por lo cual voy a pasar directamente a la pregunta sobre plan de gestión para el capital humano y recursos humanos y su distribución. También si quieres a continuación hablar ya del sistema de financiamiento, la estrategia de rescate para sacar de la situación actual a las instituciones, sobre todo privadas, de salud. Y, en cuanto a qué parte del presupuesto van a destinar a recurso humano, cuánto sería lo que de este enorme presupuesto de salud que tiene Argentina se volcaría a la salud.

Arnaldo Medina

Bueno, el tema de la crisis en el talento humano tiene que ver con la fragmentación. Acá hay algo que me parece importante hablar antes de pasar al otro tema, que es que la política pública. No se puede segmentar. Es decir, no puede haber un Ministerio de Salud que se ocupe solamente de lo público. No. Acá la seguridad social tiene más del 60 por ciento de la población; entonces, hay que trabajar fuertemente con la seguridad social y el modelo de atención tiene que estar fundamentalmente enraizado en la seguridad social. Un modelo orientado a la atención primaria de la salud. Hay evidencia científica en todo el mundo de que son los modelos que mejor existen. Acá la población va directamente a consultar a especialistas, sin tener clínico de cabecera, sin tener pediatra.

Estamos en un riesgo serio respecto del recurso humano. Tenemos cada vez menos pediatras, ni hablar de médicos generalistas. No tenemos clínicos. Este es un tema que tenemos que resolver. Financiamos prestaciones o tenemos en cuenta también las líneas de cuidado en el financiamiento, las guías clínicas son fundamentales como política, como cambio de cultura dentro de los servicios de salud. Bien, no me extendiendo más en esto, pero es muy importante. La fragmentación también.

Hay una integración que se puede dar ya no en la base, que es el modelo orientado a la atención primaria de la salud, sino un poco en el alto precio –no alto costo, alto precio–. Cuando hable de financiamiento me voy a referir a dónde hay que pensar en una estrategia que integre el sistema de salud a ese nivel. O sea, no podemos negociar por las partes chiquititas. Si, por ejemplo, una obra social

pequeña tiene que negociar los precios con poderosos laboratorios, estamos mal.

Se puede avanzar vía evaluación de la tecnología. Ya nuestro país está avanzando en eso y puede hacerlo mucho más: decir qué entra y qué no entra al sistema de salud argentino, qué es efectivo y qué no es efectivo. Después, tener un poder concentrado para negociar fuerte con el poder económico de los laboratorios en algo que sea conveniente para el país. Ya hubo algunas experiencias en este periodo, por ejemplo, la evaluación del Spinraza. Creo que se puede financiar de forma unificada. Obviamente, acá también hay un problema que tiene la seguridad social respecto del financiamiento, que después voy a plantear. Entonces, ya está planteado el tema de la fragmentación.

Respecto del talento humano, las especialidades críticas, hay que empezar a trabajar primero en el Consejo Federal de Salud. Omití decirlo en la introducción, pero es parte del gobierno de la salud, es una institución importante, pero cuya ley de creación data de la época de Onganía. En este Consejo Federal están los ministros de las provincias; nosotros creemos, nuestro equipo tiene la convicción de que tiene que estar el sector privado, tienen que estar representantes de sociedades científicas gremiales y de las universidades, no académicos. Es decir, el Consejo Federal de Salud tiene que incorporar otras miradas. Hay un proyecto del senador Pablo Raúl Yedlin, quien está en el equipo para cambiar esa conformación del Consejo Federal de Salud.

El Consejo Federal de Salud tiene que definir las especialidades críticas. Hay antecedentes ya, hay actas de este Consejo de reuniones anteriores en las que se ha establecido un listado de enfermedades. Pero tiene que estar claramente establecido, el país tiene que definir cuáles son las especialidades críticas. En esto creo que hay alguna coincidencia con lo que planteó Andrés respecto del incentivo económico para estas especialidades. Pero a eso hay que agregar algo sobre lo que ustedes en Córdoba tienen experiencia con algunas especialidades que es el título de especialista universitario. Es decir, dar la posibilidad de que el Estado garantice el título de especialista universitario a quienes hacen las especialidades críticas, como parte del incentivo. Por otro lado, un proyecto en el que venimos avanzando y sobre el que hay consenso en ámbitos académicos, por ejemplo, en Fafemp, que es el Foro

Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas, de integrar el último año. O sea, hay que trabajar en acortar las carreras de Medicina. Ese es otro tema: la UBA acaba de hacer una reforma de su carrera, la redujo de ocho años a seis años. Acortar las carreras de medicina. Y la práctica final obligatoria, para el caso de las especiales críticas, se puede unir al primer año de la residencia. Esto sería un incentivo adicional para quienes elijan especialidades críticas. Esto es factible y permitiría que el ciclo de formación de los médicos pueda acortarse bastante. Después, esto tiene que ir acompañado de distintos incentivos para estas especialidades.

Obviamente, hay que trabajar en el marco del Cofesa, pero tiene que ser una línea de trabajo de identificar estos problemas. El problema no está en la cantidad de médicos y médicas; nosotros tenemos 40 cada 10.000 habitantes, o sea, tenemos un número que es apropiado en términos internacionales. No es así en el caso de Enfermería: tenemos aproximadamente 48 cada 10.000 habitantes y en los países centrales tienen el doble o más. Pero en el caso de los médicos, el problema está en la distribución a nivel nacional. Por eso, también, la importancia de la creación de las nuevas carreras de Medicina. Yo soy rector de una universidad que tiene una de esas carreras. Tenemos dos cohortes de médicos y nos ha apoyado mucho la Universidad de Córdoba para desarrollar la carrera. Es decir, las universidades tradicionales están apoyando la descentralización de las carreras de Medicina.

También está la importancia de generar incentivos, como planteaba recién, a estas especialidades ya en el mercado laboral. Que estén claramente incentivadas estas especialidades respecto del financiamiento en el sector público, en la seguridad social.

Hay un riesgo que tiene todos los sistemas de salud del mundo y por supuesto el sistema de salud argentino, que son los medicamentos biotecnológicos. Cuando hablamos de alto precio ingresamos en ese segmento a los biotecnológicos, que hoy representan el 30% del gasto en medicamentos, pero cuya participación viene creciendo año a año al 3%.

Si se mantiene esta curva de crecimiento, dentro de 10 años podríamos tener entre un 50% y un 60% del gasto en estos medicamentos de alto precio. Es decir, generan el 30% del gasto, pero representan el 5% de los volúmenes de medicamentos.

Acá hay varias cuestiones para hablar, más allá de la industria farmacéutica, que es un tema que hoy no vamos a tener tiempo para desarrollar. Nuestro país tiene una industria nacional que aproximadamente abastece el 50% de medicamentos. También exporta y es importante en el sector productivo, en la balanza de pagos en nuestro país. De todos modos, tenemos una balanza de pagos en medicamento que es negativa en 1 millón de dólares, aproximadamente. No obstante, es importante que el país pueda negociar fuerte, repito lo que dije: lo que se gasta a este nivel se deja de invertir en otras áreas de la salud, por ejemplo, en la fuerza de trabajo.

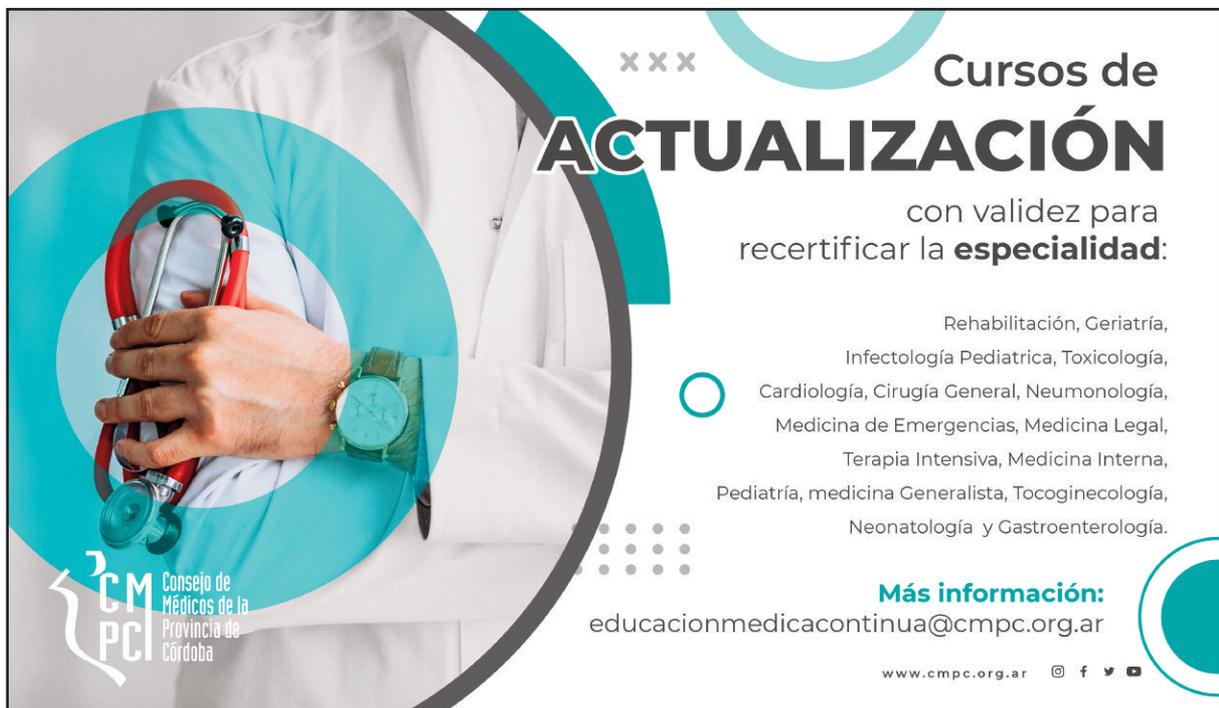
Hay un tema en la seguridad social que también hay que abordar. Es un problema del financiamiento. Ustedes saben que el sistema único de redistribución, el SUR, hoy está afectado en un 80% a gastos por discapacidad, queda muy poco para poder afrontar el alto precio por ejemplo o la alta complejidad, que es lo que generalmente se redistribuye entre las obras sociales de acuerdo con los gastos que tiene. De ese gasto de discapacidad, el 50% es en Educación y Transporte. Habría que ver cómo ese gasto viene de otro lado que no sea de este fondo de la seguridad social, hay un problema de financiamiento serio que hay que resolver. Obviamente, este fondo, el alto precio, tiene que ir acompañado de una evaluación de tecnología. Muchos de estos medicamentos se están investigando. Entonces, estamos pagando nosotros la investigación cuando pagamos estos medicamentos. Muchos medicamentos no son efectivos o son efectivos bajo ciertas condiciones y esto también hay que tenerlo muy claro. O sea, tiene que haber controles muy exhaustivos de que este no funciona. De acuerdo con el protocolo que tenga cada medicamento, a los seis meses tiene que acompañar muchas veces otras terapéuticas asociadas y, si esto no se da, el medicamento no es efectivo y hay que retirar el financiamiento. O sea, no se puede financiar de todas maneras y el país tiene que cubrir estos costos. Es decir, esto es una situación que hoy existe, pero también debemos prepararnos para un futuro donde –y me detengo en esto– ustedes dirán “bueno, pero nos interesa saber cuánto van a ganar los médicos”. Pero hay una puja distributiva en el sector y lo que va a un lugar no va a otro. Entonces, esto hay que hablarlo y hay que encararlo.

Nosotros no tenemos estudios serios que digan qué porcentaje del presupuesto debe ir a recurso humano. No

tenemos un sistema de cuentas nacionales de salud que nos permita definir, por ejemplo, cuánto se gasta en medicamentos. Hay algunas estimaciones, pero las estimaciones varían mucho porque hay algunos estudios que plantean un 16% de gasto en medicamentos y otro que plantea más del 40%. Es decir, hay mucha dispersión y yo estoy más de acuerdo con el que dice que es de un 40%. Sobre cuánto es el gasto privado en salud, son estimaciones. Es decir, tampoco lo tenemos muy claro. Argentina sería uno de los países de América latina que tiene más bajo gasto privado. Se habla de un 12 por ciento, pero tenemos otros estudios que hablan de un 30% de gasto privado. Depende de cómo se estime eso. ¿Cuál es el gasto público? Bueno, técnicamente, el gasto público suma lo que gasta el Estado nacional, provincial, municipal que cada vez crece más, sobre todo en provincias como Córdoba, donde tienen componente de la atención primaria a cargo del Estado. Pero, técnicamente, el gasto público incluye el gasto en el sector público y en la seguridad social y así

están las estadísticas internacionales. La Seguridad Social técnicamente es pública, porque lo recauda el Estado y lo regula el Estado.

Seguramente hay muchos temas para seguir tratando. Cuando hablamos del acceso y la calidad para igualar a todos los argentinos. El nivel del acceso sería la real integración del sistema de salud. Hay que invertir en tecnologías como las que permiten la teleconsulta. Hay que tomar una decisión política de invertir ahora. Hay experiencias, sobre todo en el sector privado, muy pocas en el público en nuestro país, que indican que se pueden reducir las consultas espontáneas en áreas de emergencia hasta en un 50%. Imaginemos las emergencias vía teleconsulta, imaginemos las emergencias con la mitad de la gente que tiene hoy, imaginemos colegas que puedan trabajar desde su casa, en la teleconsulta, generando ámbitos distintos de trabajo y distintas posibilidades, también acordados también a los nuevos tiempos, y a las distintas necesidades que tiene la fuerza de trabajo.



xxx

Cursos de ACTUALIZACIÓN

con validez para recertificar la **especialidad**:

Rehabilitación, Geriátrica,
 Infectología Pediátrica, Toxicología,
 Cardiología, Cirugía General, Neumonología,
 Medicina de Emergencias, Medicina Legal,
 Terapia Intensiva, Medicina Interna,
 Pediatría, medicina Generalista, Tocoginecología,
 Neonatología y Gastroenterología.

Más información:
educacionmedicacontinua@cmpc.org.ar

www.cmpc.org.ar @ f t y

CM
 PC
 Consejo de Médicos de la
 Provincia de Córdoba

FRANCISCO FORTUNA Y GABRIELA BARBÁS

(HACEMOS POR NUESTRO PAÍS)



HÉCTOR OVIEDO: FRANCISCO FORTUNA ES MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL. FUE INTENDENTE DE LA CIUDAD DE ONCATIVO EN LOS PERIODOS 1991/95 Y 1995/99. FUE DIPUTADO NACIONAL ENTRE 2009 Y 2013, Y MINISTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ENTRE 2013 Y 2019. ES LEGISLADOR PROVINCIAL Y EXPRESIDENTE DEL BLOQUE HACEMOS POR CÓRDOBA. ACTUALMENTE, ES PRESIDENTE PROVISORIO DE LA LEGISLATURA DE CÓRDOBA.



MARÍA GABRIELA BARBÁS ES LICENCIADA EN BIOQUÍMICA CLÍNICA (FCQ - UNC, 1999) Y ESPECIALISTA EN VIROLOGÍA. ACTUALMENTE, ES MINISTRA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. PREVIO A ELLO, SE DESEMPEÑÓ COMO SECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CARTERA SANITARIA PROVINCIAL (2019-2022) Y COMO DIRECTORA DEL LABORATORIO CENTRAL DE LA PROVINCIA (2017-2019). ADEMÁS, ES DOCENTE DE LAS CÁTEDRAS DE MICROBIOLOGÍA Y DE VIROLOGÍA DE LA UCC. TAMBIÉN HA SIDO CONSULTORA Y ASESORA PARA EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN Y PARA OPS EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y FORMA PARTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE INMUNIZACIONES (CONAIN).

Francisco Fortuna
Buenas tardes y gracias a todos y a la Junta Directiva del Consejo de Médicos por la invitación. Respecto de las preguntas, sobre todo en relación con la primera, para nosotros la salud es un derecho fundamental de las personas, que debe ser garantizado por el Estado, con ejes claros en los que se definan estratégicamente un modelo de gestión, un modelo de atención y un modelo de financiamiento.

El primero debe contar con redes integradas e integrales de servicios de salud, sistemas de información interoperables y participación de los subsectores de las políticas territoriales.

El modelo de atención debe estar basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, con población nominada a cargo y proactividad de la atención, definiendo líneas de cuidado priorizadas por ciclos de vida y con información para la acción.

El modelo de financiamiento contempla al Ministerio como comprador estratégico de servicios, con mayor eficiencia en la inversión en salud y calidad de atención y llevando a cabo la Integración de Fondos para la gestión estratégica en salud de las provincias.

Gabriela Barbás

Muchas gracias Francisco y gracias también al Consejo de Médicos por la invitación. La fragmentación es uno de los grandes problemas del sistema de salud argentino. Venimos diciendo que es clave evitar la superposición de funciones entre los estados nacional, provincial y municipal. Por eso, impulsaremos una reforma que establezca una autoridad única del Sistema Nacional de Salud, con representación de los distintos niveles jurisdiccionales (nacional, provinciales y municipales) con competencias comunes y específicas, reorganizando el Consejo Federal de Salud y promoviendo la integración de las regiones.

Se implementará un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, fomentando la participación de las personas y apostando por la humanización de los cuidados, en un sistema siempre centrado en las personas, con perspectiva de derechos y de género.

Es indispensable crear y fortalecer redes integradas de servicios de salud con eje en el primer nivel de atención, con cuidados progresivos y coordinados, en base a una regionalización.

En esto también será clave la digitalización, que permitan mejorar los sistemas de información para la toma de decisión.

Resulta evidente la necesidad de instaurar procesos de integración sanitaria. Dichos procesos requieren ser diseñados y ejecutados de manera articulada e integrada, entendiendo la complejidad del escenario a revertir y asumiendo el esfuerzo que implica descomponer la situación original en ejes estratégicos de acción. Es por ello que resulta necesario no apelar a la instauración de dispositivos aislados o políticas inconexas, sino que, por el contrario, apuntar a la consolidación de una agenda estratégica de integración sanitaria.

Francisco Fortuna

La noción de APS, desde la declaración de Alma Ata en 1978, ha sido concebida como una reconfiguración del sistema de salud, haciendo foco en la participación comuni-

taria; la intersectorialidad; el uso de tecnología apropiada y accesible para la comunidad; y apelando a una organización de sus recursos físicos, materiales y humanos de manera que la atención se concentre en niveles ascendentes de complejidad.

De esta manera, es posible pensar un sistema de salud conformado por distintos niveles de atención delimitados, a su vez, por los problemas de salud que cada uno enfrenta, por la consideración de los recursos tecnológicos y por la relación entre la complejidad de los problemas y su frecuencia.

Tomando como referencia un documento elaborado por OPS/OMS, en el cual se propone – atendiendo a las continuas transformaciones sociales, económicas, culturales, políticas y epidemiológicas en el mundo desde la declaración de Alma Ata– renovar la APS para corregir sus incoherencias y debilidades y poder así reafirmar el compromiso de transformación de los sistemas. La estrategia reivindica la reorientación de los sistemas de salud vigentes hacia uno sustentado en los siguientes valores: equidad, solidaridad y derecho al mayor nivel de salud posible.

En ese marco, el concepto de línea de cuidado es importante como una categoría teórico/operativas que permite, por un lado, identificar las responsabilidades de cada nivel de atención en el cuidado progresivo y continuo de las personas y, por el otro, monitorear con indicadores concretos los resultados alcanzados por el conjunto de efectores del sistema.

Las líneas de cuidado priorizadas son dinámicas, complementarias y no excluyentes. El objetivo de pensar la gestión en salud desde la noción de Líneas de cuidado permite: identificar factores de riesgo y promover conductas protectoras de la persona; intervenir en forma precoz, integrada e integral, con enfoque preventivo; realizar oportunamente la derivación al centro de salud correspondiente, según la complejidad requerida; mantener la continuidad de la atención, desarrollando la coordinación necesaria para la gestión de casos.

Gabriela Barbás

En referencia a la formación de los recursos humanos en Salud, se requieren profundas revisiones y transformaciones. Hay nuevos valores, hay nuevas miradas, que no son mejores ni peores, son distintas, y requieren un cambio de perspectiva. Por otra parte, sabemos que la forma-

ción de grado debe ser necesariamente complementada con el posgrado para una atención médica eficiente y eficaz. Por eso, es el momento de pensar y repensar los planes de estudio, la organización y la duración de las carreras. Se evaluarán otras estrategias de forma intersectorial y federal, convocando a las universidades, asociaciones profesionales, efectores de salud y carteras sanitarias provinciales.

Una posibilidad concreta es enriquecer el último año de la carrera de medicina, con su Práctica Final Obligatoria, para que pueda equivaler al año previo de clínica médica que muchas residencias exigen.

También creemos necesario generar cursos breves e intensivos de posgrado para fortalecer la formación de quienes no elijan una residencia médica como posgrado.

Es imperativo además mejorar las becas de residencia y promover iniciativas para la prevención y abordaje de situaciones de violencia o maltrato; en esto es clave tener reglamentos claros y espacios de escucha para los residentes.

Para fomentar una distribución más equitativa del recurso humano es necesario mejorar las condiciones de formación continua de los profesionales que residan en las localidades más alejadas, aprovechando las redes de centros de salud y la tecnología para experiencias de capacitación remota y/o apoyadas en unidades de simulación.

También, conformar programas específicos para incentivar la formación en residencias básicas y críticas y su localización en los pueblos o lugares con menor concentración de recursos.

En Córdoba, generamos un Plan de radicación de médicos en el interior, que lleva ya cuatro cohortes. Se trata de una residencia en medicina familiar y general que se cursa en los municipios del interior, en coordinación con los hospitales regionales; que perciben una beca superior al resto de las residencias y otros beneficios que se brindan junto con los municipios, y que incluyen una cláusula de compromiso de permanecer al menos 3 años en la localidad que se formaron.

Sabemos que, debido a una crisis social, económica y vocacional, estamos atravesando momentos sumamente complejos, con una disminución marcada de la cobertura de las becas de residentes, como así también, la distribución inadecuada del recurso humano formado en salud. Por distintas circunstancias, los egresados de las carreras de medicina no eligen realizar una residencia. Ante esta

realidad, no podemos enojarnos: necesitamos escuchar a las nuevas generaciones. En nombre de la vocación, el compromiso, o la responsabilidad, no podemos exigir abnegación o sacrificio.

Como se mencionó anteriormente, es momento de repensar los planes de estudio, la organización y la duración de las carreras.

En este esquema, es necesario prestar especial atención a las particularidades de las especialidades básicas como pediatría, ginecología, medicina familiar y general.

Francisco Fortuna

El contexto macroeconómico presenta una alta inflación y la devaluación permanente de la moneda, lo cual es un círculo vicioso. En consecuencia, la crisis se profundiza y la pobreza crece.

A la pérdida del poder adquisitivo del salario, se le suman situaciones de pérdida de empleo (y, por ende, la pérdida de cobertura de salud) y aumenta la demanda al sector público. Las 296 obras sociales han sufrido un desfinanciamiento por la pérdida de fuentes de trabajo y las empresas de medicina prepaga también están atravesadas por la inflación y la devaluación de la moneda.

Es por ello que el diseño de una política de rescate excede al Ministerio de Salud, como organización del Estado que tiene una finalidad de rectoría. La cartera sanitaria sí, en cambio, debe articular con el Poder Ejecutivo nacional un orden de prioridades, que contemple el auxilio en forma especial a la salud pública como un todo.

Es clave mejorar la situación macroeconómica. Luego, hay que establecer un plan de prioridades en una mesa de diálogo en el que participen todos los actores y subsectores, incluyendo la academia, donde el Ministerio de Salud de la Nación y Cofesa tengan un papel de rectoría.

En esta mesa es muy importante el rol de la Superintendencia de Servicios de Salud, que regula a todo el sistema, y también el de las obras sociales, sobre todo de las grandes como PAMI.

También es fundamental diagramar un sistema eficiente de gestión del recupero del gasto en los pacientes que tienen cobertura de salud y, sin embargo, se atienden en el Estado. Hoy, ese sistema no es eficiente, por lo cual hay un doble impacto: se invierte y no se recupera.

Enfermedades crónicas y catastróficas, y la atención de la discapacidad conllevan tratamientos costosos, que son

un desafío para el sistema, es preciso que intervenga la Nación para aliviar los costos de las provincias. Además, hay que crear una agencia de tecnologías asociadas a la salud que decida qué nuevos tratamientos e innovaciones serán incluidas en la cobertura, para evitar el quiebre del sistema por tratamientos que no garantizan una buena relación de costo-efectividad.

Como vemos, hay medidas prioritarias generales para todo el sistema sanitario. Ahora, con la crisis y los niveles de pobreza, los estados provinciales deben ser especialmente atendidos también, federalizando de la mejor manera compras de insumos, sin descuidar las vacunas y los medicamentos oncológicos y de alto costo para las enfermedades catastróficas.

Gabriela Barbás

En Córdoba, el presupuesto en salud representa históricamente casi un 10% de la inversión total del funcionamiento de todo el Estado y de todas las erogaciones.

Aproximadamente, el 65% del presupuesto en salud en el sector público se invierte en el capital humano.

Para nosotros, es la principal inversión en el sistema; incluso, teniendo en cuenta las fuertes inversiones que se

hicieron en infraestructura y nuevos equipos y tecnologías en la provincia.

Después de la experiencia de la pandemia, una de las enseñanzas más importantes es que hay que revalorizar el capital humano, el talento humano, y cuidarlo para que pueda desenvolverse mejor y cumplir adecuadamente su misión de servicio, cualquiera sea el lugar en donde se desempeña.

Para eso, hay que impulsar verdaderamente una profunda reforma innovadora en la forma de percibir los ingresos y en la capacitación y dotación de medios tecnológicos e infraestructuras que le generen un ámbito de trabajo más amigable, y que sirvan de estímulo para recuperar el capital humano en salud.

La distribución del personal en los lugares más alejados del interior y las prestaciones en las especialidades más críticas no se van a recuperar si no se desarrolla una política acorde a estas demandas de un mejor vivir.

La conclusión es que hay que disponer de más recursos económicos, mejores remuneraciones y pagos en tiempo y forma. También habilitar otros estímulos, como acceso a la vivienda, capacitación a distancia, formación intermedia, etcétera.



xxx

Cursos de FORMACIÓN

válidos para rendir la **especialidad** junto a los demás requisitos exigidos:

Farmacología Clínica, Medicina Generalista, Psiquiatría, Nutrición Médica, Medicina de Emergencias Pediátricas, Geriátrica, Terapia Intensiva, Auditoría Médica, Medicina Prehospitalaria y Rescate, Medicina del Deporte y Toxicología.

Más información:

educacionmedicacontinua@cmpc.org.ar

www.cmpc.org.ar @ f t y

CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

PRIMER TRASPLANTE MULTIORGÁNICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO



EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA SALUDA Y FELICITA AL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE REALIZÓ EL TRASPLANTE SIMULTÁNEO DE CORAZÓN, RIÑÓN Y PÁNCREAS A DOS PACIENTES, A PARTIR DE UN DONANTE ÚNICO. EL PROCEDIMIENTO DEMANDÓ TRES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN PARALELO Y EN DIFERENTES QUIRÓFANOS¹.

Es la primera vez que se hace en la salud pública de Córdoba y nos llena de orgullo. El trasplante se realizó en agosto y se hace público cuando las dos personas trasplantadas ya recibieron su alta médica. Fue sin duda un gran desafío, ya que se trata de un procedimiento complejo que implica la procuración, la ablación y el trasplante propiamente dicho. Realizarlo demandó 36 horas y participaron, con distintas responsabilidades, más de 100 miembros de los equipos de salud del Hospital.

Según el detallado informe del La Voz, a partir de entrevista con los protagonistas, la cirugía comenzó en el primer quirófano, con el procedimiento de ablación de órganos y tejidos del donante. En paralelo se prepararon otros dos quirófanos, en los cuales equipos diferentes realizaron los implantes. En uno de ellos, se realizó un trasplante de corazón, a una persona de 38 años; mientras que en el otro se realizó el trasplante de páncreas y riñón a un paciente de 28 años.

El subdirector del Hospital, Dr. José D'Angelo, explicó que "Se trabajó con isquemia cero prácticamente, ya que apenas se hizo la ablación se pudo realizar la implantación. El poder realizarlo de esta manera mejora el pronóstico de los receptores, ya que los órganos trasplantados no tienen daños".

El éxito es fruto de un largo trabajo es materia de trasplante. El D'Angelo informó que el Hospital cuenta con cinco programas de trasplantes individuales: corazón, pulmón, riñón, hígado y páncreas, pudiendo realizar implantes multiorgánicos en el mismo receptor (renopáncreas y hepato-renal). En lo que va del año, se realizaron 61 trasplantes de órganos, de los cuales 46 fueron trasplantes renales, 8 hepáticos, 3 cardíacos, 2 renopancreáticos, 1 hepatorenal y 1 de páncreas aislado.



1. Fotos y Fuente: La Voz del Interior

LA UNC CREÓ UN NODO DE INNOVACIÓN EN SALUD

ESTÁ INTEGRADO POR DIVERSAS ENTIDADES, DESDE EL CONICET A LA RED CENTROAMERICANA DE INFORMÁTICA EN SALUD, PERO TAMBIÉN CONTINÚA ABIERTO A NUEVOS PARTICIPANTES. LA DIGITALIZACIÓN, ENTRE LOS TEMAS QUE YA ESTÁ DESARROLLANDO.



La Universidad Nacional de Córdoba, a través de Campus Norte, presentó en septiembre el Nodo Innovación en Salud. El objetivo de la iniciativa es fomentar la articulación de los sectores académicos, cámaras empresarias y el Estado para, de manera inter y multidisciplinaria, responder a las necesidades del sector sanitario y promover su desarrollo sostenido.

El el prorector de Desarrollo Territorial de la UNC, Marcelo Conrero, explicó que el objetivo es “recolectar, organizar, sistematizar datos e información relacionados con la producción científico-tecnológica; en particular, con la innovación en salud”.

“Cuando decimos ‘salud’ estamos hablando de muchas áreas, se necesita de la interdisciplina para las soluciones innovadoras”, añadió. Destacó, por caso, el aporte del desarrollo de software y de equipamiento, así

como de los expertos en aspectos económicos, legislativos y educativos.

El prorector de Desarrollo Territorial adelantó que uno de los temas acordados que generó más coincidencias entre los miembros es el de la digitalización de la salud. “Los participantes afirman que, en comparación con el resto del mundo, estamos un paso atrás. Como hay programas internacionales que colaboran y subvencionan su desarrollo, la idea es generar proyectos y formas de capacitación para aprovecharlos”, anticipó.

Conrero informó que “El nodo está abierto a personas interesadas en cualquiera de las temáticas relacionadas con la innovación en salud. De hecho, las organizaciones que lo integran lo iniciaron, pero es abierto. Es decir, otras organizaciones e instituciones relacionadas a estas temáticas pueden adherir y también formar parte”.

EL PODER DE UN SISTEMA QUIMOGENÉTICO HUMANIZADO ALIVIO REVOLUCIONARIO DEL DOLOR²



La actual crisis de los opioides resalta la necesidad de tratamientos para el dolor que no sean adictivos. En este estudio, los autores evaluaron si la inhibición directa de la hiperactividad relacionada con el dolor en las neuronas sensoriales podría ser una estrategia de tratamiento dirigida al dolor. Para hacerlo, expresaron PSAM4-GlyR, un sistema quimogenético basado en los receptores humanos de nicotina y glicina, en neuronas sensoriales de ratones.

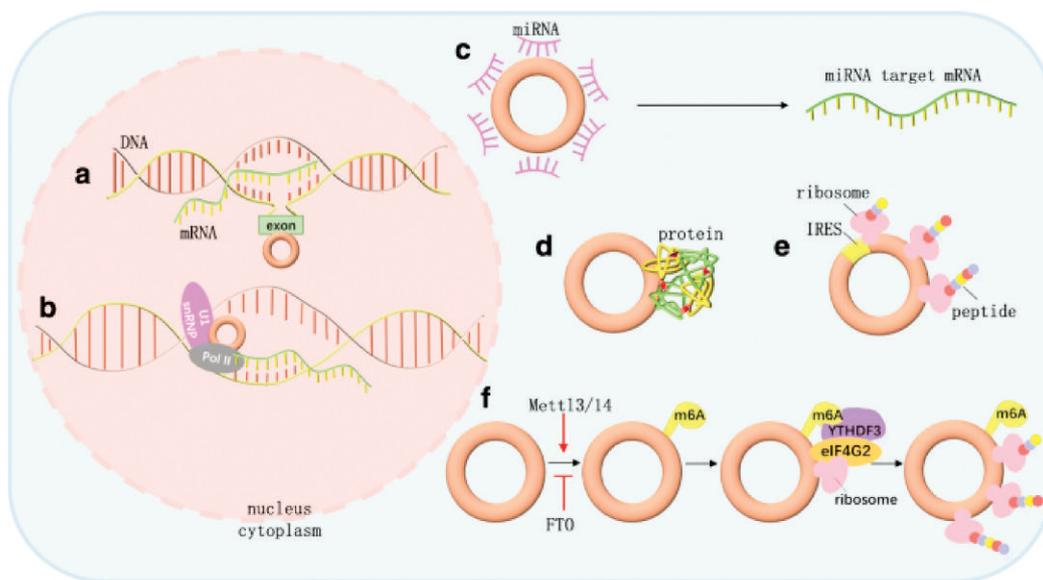
La activación de PSAM4-GlyR con el medicamento aprobado por la FDA, vareniclina, inhibió las neuronas sensoriales y mejoró los comportamientos relacionados con el dolor agudo, inflamatorio y neuropático en ratones. Además, la activación de PSAM4-GlyR también inhibió las neuronas sensoriales derivadas de humanos y normalizó la hiperactividad en neuronas sensoriales de un paciente con eritromelalgia, una afección caracterizada por dolor

ardiente. Aunque se necesita una validación adicional en modelos de dolor humano, estos resultados sugieren el potencial de PSAM4-GlyR en la terapia génica para el tratamiento del dolor. Este estudio demuestra la contribución de la hiperexcitabilidad de las neuronas sensoriales al dolor neuropático y el potencial translacional de un sistema quimogenético humanizado efectivo, estable y reversible para el tratamiento del dolor. Un sistema quimogenético humanizado es una tecnología que combina elementos genéticos y químicos para controlar de manera específica la actividad de las células en el cuerpo, en este caso, las neuronas sensoriales. La “humanización”; se refiere a la adaptación de esta tecnología para que sea compatible y efectiva en humanos.

2. Fuente: *Science Translational Medicine*,
4 de octubre de 2023

AVANCES EN LA TECNOLOGÍA ARN

LA NUEVA PROMESA EN LA TERAPIA GÉNICA Y LA MEDICINA³



Los avances en la tecnología de ARN circular (circRNA) están generando expectativas en el campo de la terapia génica y la medicina. Aunque los ARN lineales fueron fundamentales para el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19, los circRNA ofrecen una nueva perspectiva para tratamientos terapéuticos más duraderos y eficaces.

Los circRNA son moléculas de ARN que se presentan en forma de anillo, lo que les otorga estabilidad y longevidad en comparación con los ARN lineales. A diferencia de estos últimos, que son degradados rápidamente por enzimas celulares, los circRNA pueden persistir en las células durante más tiempo, lo que los hace ideales para aplicaciones terapéuticas.

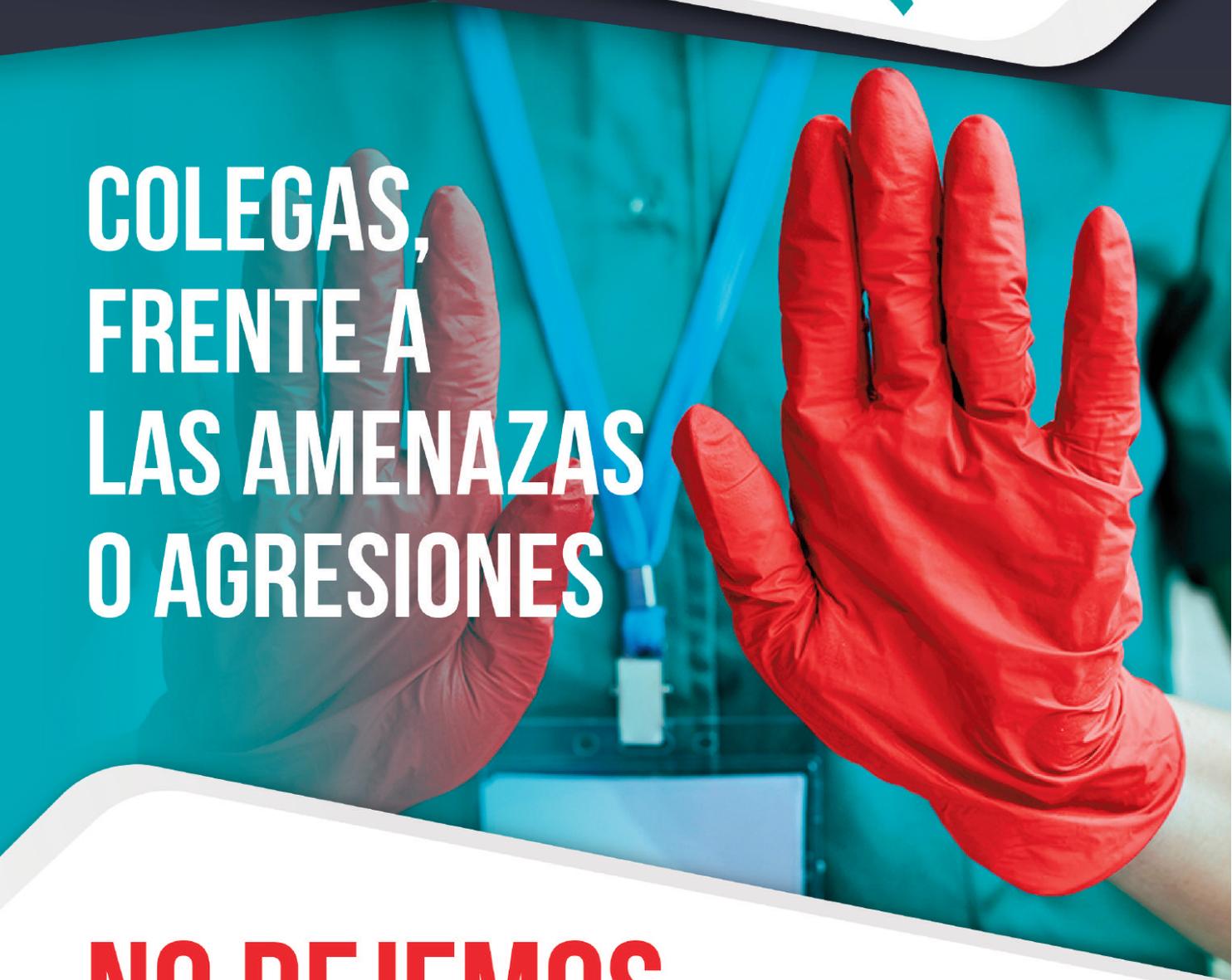
La tecnología circRNA ha atraído inversiones significativas en los últimos años, y numerosas empresas de biotecnología están explorando su potencial en áreas que van

desde las vacunas de próxima generación hasta tratamientos para enfermedades raras y el cáncer. Se espera que los circRNA se conviertan en la plataforma preferida para la industria farmacéutica.

Sin embargo, existen desafíos por superar, como la posible respuesta inmune a los circRNA y la competencia con otras tecnologías terapéuticas, como las terapias génicas convencionales y las técnicas de edición génica emergentes. A pesar de los desafíos, los investigadores ven un gran potencial en los circRNA y anticipan que revolucionarán el campo de la medicina y la terapia génica en el futuro.

En resumen, los circRNA ofrecen una nueva esperanza en la búsqueda de tratamientos terapéuticos más duraderos y efectivos, y aunque enfrentan desafíos, su potencial en la medicina y la terapia génica es prometedor.

3. Fuente: Revista Nature, octubre 2023



**COLEGAS,
FRENTA A
LAS AMENAZAS
O AGRESIONES**

**NO DEJEMOS
DE REPORTARLO
a www.cmpc.org.ar**



PREMIO A LAS CONTRIBUCIONES A LA LUCHA CONTRA EL COVID-19

LO OBTUVIERON LA BIOQUÍMICA HÚNGARA **KATALIN KARIKÓ** Y EL INMUNÓLOGO NORTEAMERICANO **DREW WEISSMAN**, QUIENES POR MÁS DE 20 AÑOS INVESTIGARON SOBRE EL USO DE ARN MENSAJERO CON FINES BIOMÉDICOS, LO CUAL FUE FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA VACUNA CONTRA LA ENFERMEDAD QUE PROVOCÓ UNA PANDEMIA EN 2020.

Después de una vida investigando ARN mensajero (ARNm), y de ser tardíamente reconocida por ello en los ámbitos científicos, la investigadora Katalin Karikó, recibió, junto con el inmunólogo Drew Weissman, el Premio Nobel de Medicina por sus contribuciones fundamentales al desarrollo de las vacunas de ARN mensajero (ARNm), especialmente las utilizadas contra el COVID-19.

La identificación de la molécula de ARNm había sido realizada por el investigador en biología molecular y genética Sydney Brenner, quien había hecho el hallazgo en la década de 1960 junto con sus colegas Francois Jacob y Matthew Meselson. La novedad fue publicada en 1961 en la revista Nature.

Karikó experimentó con ARNm desde la década de 1980 en la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos), pero debió enfrentar la indiferencia de la comunidad científica (ver perfil).

Según el Instituto Karolinska de Estocolmo, que entrega el Nobel cada año, Karikó y Weissman realizaron un importante aporte a la comprensión de cómo interactúa el ARNm con nuestro sistema inmunológico, lo que permitió "el desarrollo de vacunas durante una de las mayores amenazas a la salud humana en los tiempos modernos".

El ARN mensajero es una molécula que surge cuando se copia un tramo de ADN y transporta esta información a la parte de las células donde se fabrican las proteínas pro-

pias de nuestro cuerpo.

Los virus de ARN (como el Sars-Cov-2 que provoca la covid-19) utilizan el mismo mecanismo para infectar una célula humana y producir copias de su código genético.

La mayoría de las vacunas se hacen con un virus debilitado o un fragmento del mismo para que nuestro sistema inmune produzca anticuerpos. Pero en el caso de las vacunas génicas, como las que se desarrollaron a partir de las técnicas exploradas por Karikó y Weissman, lo que se pretende es que sea el organismo humano el que produzca la proteína del virus, sin que sea preciso inyectarlo.

Al comienzo de sus investigaciones, ambos científicos descubrieron que el ARNm causaba un severo efecto inflamatorio intolerable en el cuerpo, lo cual restringía las posibilidades de uso biomédico. Otro problema era la fragilidad de conservación, pero en sus dos décadas de trabajo conjunto pudieron resolver esos impedimentos.

En 2005, publicaron que el ARN permitía la producción temporal de glóbulos rojos en ratones y, cinco años después, el ámbito científico comenzó a prestarles más atención a sus hallazgos.

En 2020, en el contexto de pandemia, las farmacéuticas Pfizer/BionTech y Moderna emplearon la tecnología de ambos científicos para sus vacunas contra el Sars-Cov-2. Esas vacunas fueron utilizadas en 164 países y, sólo en Estados Unidos, se aplicaron más de 655 millones de dosis desde que estuvieron disponibles.

PERFIL DE KATALIN KARIKÓ

DE LOS EMBUTIDOS, AL NOBEL

La historia de Katalin Karikó es inspiradora en múltiples aspectos: atravesó una infancia sin acceso a servicios básicos, debió emigrar de su Hungría natal, y exhibió perseverancia en la investigación de la tecnología de ARNm como un nuevo método de tratamiento, pese a los obstáculos y la falta de reconocimiento con los que se encontró.

Karikó, hija de un carnicero y una contadora, creció en Kisújszállás, un pueblo de 10 mil habitantes, y durante su infancia tuvo una vida austera, en una vivienda que, según sus palabras, no contaba con agua corriente, ni electricidad. Sin embargo, esa era una situación común en su comunidad, por lo que –contó– no echó en falta esas comodidades.

Aunque ayudaba a su padre a hacer embutidos, desde temprana edad tuvo afición por la ciencia y la naturaleza, en particular, por las plantas. Esa inclinación fue el germen de una vocación que la impulsó luego a formarse como bióloga y bioquímica.

Se graduó en la Universidad de Szeged – la tercera ciudad más grande de Hungría, ubicada al sureste del país y capital del condado de Csongrád– y completó su doctorado en el Centro de Investigación Biológica de Szeged, donde se dedicó a investigar los lípidos y donde encontró dos mentores: Ernő Duda y Éva Kondorosi. Estos último la orientaron en la tecnología de introducir diferentes sustancias en liposomas en células de mamíferos.

Para profundizar su formación como bioquímica, trabajó en el laboratorio del químico Jenő Tomasz, que tenía un laboratorio de ARN, donde se concentró en investigar las propiedades antivirales de este ácido ribonucleico, algo que continuaría haciendo por años, pero para lo que no encontró en Hungría financiamiento, ya que quienes podían apoyar su trabajo no podían apreciar su posible uso médico. En una conversación publicada por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos y citada por BBC Mundo, informó lo que procuró hacer en ese momento. “Intenté solicitar empleo en Londres, Madrid y Montpellier. Pero no pude”, declaró.



En 1985 partió a Estados Unidos con su marido y su hija, que en ese momento tenía dos años, para lo cual había vendido su auto y escondido el dinero en un oso de peluche de su hija, debido a que Hungría no permitía salir del país con divisas.

En el país norteamericano, se incorporó como investigadora posdoctoral en la Universidad de Temple, en Filadelfia, donde participó en un ensayo clínico en el que se trató a pacientes con VIH.

En 1989, comenzó a trabajar como bióloga molecular en la Universidad de Pensilvania –donde se jubiló–. Allí, junto con el cardiólogo norteamericano Elliot Barnathan, pudo probar que el ARNm podía usarse para dirigir la producción de nuevas proteínas, cuando ya estaba insertado en las células y experimentó con la técnica durante muchos años.

En diciembre de 2022, luego de recibir el Premio Semmelweis Budapest, de la Universidad de Semmelweis, la Dra. Katalin Karikó, recordó: “Junto con algunos de mis colegas altamente capacitados y dedicados, trabajamos en un nuevo enfoque para tratar a los pacientes con accidente cerebrovascular. A veces basta con unas pocas personas entusiastas para tener éxito”.

A finales de la década de 1980, Karikó trabajaba en el laboratorio junto al cardiólogo estadounidense Elliot Barnathan, pero no obtenía reconocimiento de la comunidad científica y, por otra parte, el ARN era criticado pues podría provocar reacciones inflamatorias.

En declaraciones a The New York Times, Barnathan afirmó: "La mayoría de la gente se rió de nosotros". El cardiólogo dejó la Universidad de Pensilvania a mediados de la década de 1990, momento en el que Karikó se quedó sin laboratorio. El centro académico la degradó a un nivel inferior: "Era candidata a un ascenso y luego simplemente me degradaron y esperaron que saliera por la puerta", afirmó en 2020 en una entrevista con la agencia de noticias AFP. La bioquímica permaneció en la Universidad porque el contrato de trabajo le permitía continuar viviendo en Estados Unidos y porque así pagaba los estudios a su hija.

En 1997, se encontró con el inmunólogo Drew Weissman –quien ganó el Nobel junto con ella– en una fotocopiadora y ese encuentro fortuito cambió el rumbo que había tomado su carrera.

Weissman había investigado durante gran parte de su carrera sobre el comportamiento de las células dendríticas, las cuales capturan moléculas de microbios y se las presentan a otras células del sistema inmunitario para fortalecer su defensa. Cuando se conocieron, trabajaba en una vacuna contra el VIH.

Ambos científicos estaban interesados en demostrar la posibilidad de modificar ARNm para generar en el organismo inmunidad contra patógenos virales. Entonces, Karikó, le ofreció crear ARNm para sus experimentos.

"Esto no era sorprendente. Le ofrecí lo mismo a muchos científicos en el campus y probablemente haya congeladores en todo Penn (Universidad de Pensilvania) con mi ARNm. Pero Drew probó mi ARNm y quedó muy feliz", declaró la bioquímica en una conversación publicada por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

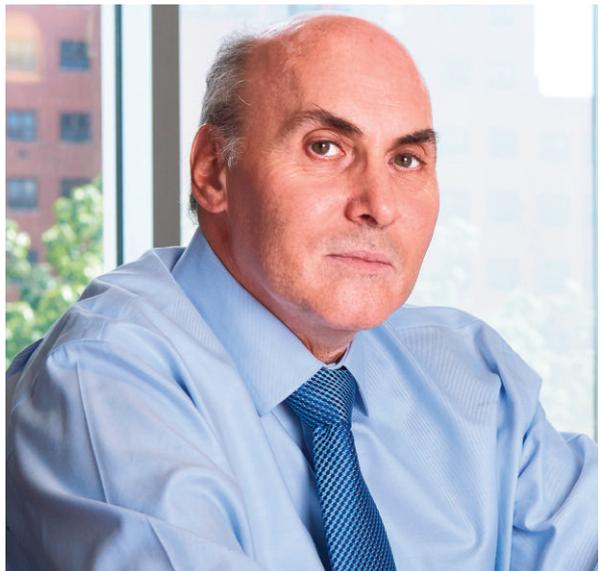
PERFIL DE DREW WEISSMAN

LA LLAMADA

La Universidad de Pensilvania, donde alguna vez trabajaron juntos Katalin Karikó y Drew Weissman antes de la jubilación de ella, filmó el momento en que el inmunólogo y catedrático llamó a sus padres para informarles que había obtenido el Premio Nobel de Medicina 2023.

"Tengo algo que contarles" –comenzó–, a lo que su madre respondió: "Dispara". Weissman continuó: "Gané el Premio Nobel". "Oh ¡Dios mío, Drew! Estás bromeando. Felicidades. ¡Qué fabuloso! No sé qué decir. Estoy a punto de caerme al suelo", exclamó su madre, quien le recordó que él siempre había dicho que eso "nunca iba a pasar". "¡Y lo has hecho! y siendo tan joven! Felicidades, corazón. Eres el producto de nuestros corazones, Drew. Felicidades, te lo mereces", afirmó.

Los caminos de Karikó y Weissman –quienes terminaron trabajando juntos por dos décadas– se unieron por un encuentro fortuito en la Universidad de Pensilvania, cuando ambos fotocopiaban trabajos de investigación.



El inmunólogo nació en Lexington (Massachusetts, Estados Unidos), en 1959. Aseguró que el Nobel era un "sueño de toda la vida" y destacó que sus trabajos con Karikó incluyó correos electrónicos a medianoche, ya que ambos sufrían insomnio. "Durante los 20 años que trabajamos juntos, antes de que nadie supiera lo que es o le importaba el ARN, éramos nosotros dos, literalmente, uno

CULTURA

al lado del otro trabajando juntos, hablando y discutiendo nuevos datos”, informó Reuters.

Pero los caminos que se habían juntado en una fotocopiadora en 1997 habían sido muy diferentes. Weissman obtuvo su licenciatura y máster en Bioquímica y Enzimología en la Universidad Brandeis (1981) y se doctoró en Inmunología y Microbiología en la Universidad de Boston (1987).

Luego de realizar la residencia en el Hospital Beth Israel de Boston, en 1990 se sumó a los Institutos Nacionales de la Salud y trabajó por cuatro años en el Laboratorio de Inmunorregulación del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas, bajo las órdenes de Anthony Fauci, quien ganó gran notoriedad en la pandemia.

En 1997 pasó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, donde hoy, más de 25 años

después es catedrático y director del Núcleo Inmunología-Centro Penn para la Investigación del Sida y de Investigación en Vacunas en la División de Enfermedades Infecciosas.

Weissman es autor de más de 160 artículos en revistas científicas y titular de casi 30 patentes y es revisor de una decena de publicaciones de referencia, entre ellas Science, Proceedings of the National Academy of Sciences, Nature Medicine y el Journal of Infectious Diseases.

Entre 2007 y 2016 ejerció en simultáneo su actividad investigadora y académica con la práctica de la medicina clínica y la formación de residentes en el Centro Médico de la Administración de Veteranos en Filadelfia.

Es, también, un reconocido conferenciante: solo entre junio de 2016 y marzo de 2021 impartió 54 ponencias en foros especializados de diez países de América, Europa y Asia.



TERCERA MUESTRA DE PLÁSTICA DEL AÑO EN EL CONSEJO DE MÉDICOS

SE INAUGURÓ EL JUEVES 12 DE OCTUBRE Y LA PRESENTACIÓN FUE ACOMPAÑADA POR LA ACTUACIÓN DE LOS TALLERES DE CANTO, FOLKLORE Y TANGO.

El jueves 12 de octubre, organizada por la Comisión de Cultura, se inauguró en la sede del CMPC (Mendoza 251) una muestra pictórica en la que se expusieron las obras de los doctores Adriana Bianchi, Graciela Giachero, Víctor Hugo Longo, Zully Manilla y Alba Vaschetto, en cuyas piezas se observan diversas técnicas pictóricas. Además, actuaron los integrantes de los talleres que se realizan en el Consejo (canto, folklore y tango).

La Dra. Giachero, una de las expositoras, contó a Ethica que comenzó a pintar años atrás a instancias de su hija, Valentina, quien le dijo que “debía encontrar el tiempo” para hacer aquello que había postergado por su intensa actividad en la medicina. En uno de sus cumpleaños, Valentina le regaló pinceles, un lienzo, un atril y una inscripción para un taller. Y ese fue el comienzo de su camino en la plástica, en el que combinó el aprendizaje con profesor, con la formación autodidacta.

Actualmente, se inclina por los formatos grandes y trabaja con papel misionero de alto gramaje, pero revela que el arte no es ajeno a la crisis económica del país. “A ese papel luego hay que tensarlo y protegerlo con vidrio, pero este último se ha encarecido mucho y, además, el peso hace que sean cuadros difíciles de transportar”, cuenta. Añade que el material más accesible es el celuloide.

Sobre lo que la inspira, revela que ha dejado un poco de lado los paisajes y la naturaleza muerta para abocarse más a la figura humana, que –cree– es lo que más le gusta.



“También estoy tratando de renovar el estilo porque ahora ya no me propongo la definición exacta, el hiperrealismo va quedando un poco atrás para dar lugar a otras formas, no tan perfectas, pero no por ello menos bellas”, describe. Y concluye: “He cambiado y he mutado; por eso, mis figuras y mis cuadros son diferentes a lo que presentaba antes. Me siento más cómoda en ese espacio, veremos cómo puedo ir resolviendo el tema de los materiales”.

Es la tercera muestra que se organiza en el año, luego de las de los doctores Marcelo Lázaro, en mayo, y Rogelio Ramallo, en julio. La segunda también estuvo acompañada de la actuación de los asistentes a los talleres culturales, con gran convocatoria de público.



CUOTA DE
**MATRICULACIÓN
CERO**
DURANTE LOS DOS
PRIMEROS AÑOS.



**BECAS DEL 50%
PARA CURSOS
DE CAPACITACIÓN**
A todos los matriculados
recién egresados y hasta
los 3 años de recibidos.



COBERTURA R
con descuentos adicionales
a los nuevos matriculados
y colegas residentes,
por 3 años mediante débito.

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

El **CMPC** cumple la función de **CONTROL** de la profesión con el fin de proteger a los ciudadanos en materia de salud. A la par que tiene como objetivo **DEFENDER** la dignidad profesional y **ASEGURAR** el ejercicio pleno de la medicina.

www.cmpc.org.ar

Mendoza 251, B° Alberdi, Córdoba / Tel: +54 351 4225004
consejomedico@cmpc.org.ar



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

- Porque de 18.723 médicos **más de 12.000** colegas ya están **ADHERIDOS**
- Porque acompañamos hace **25 AÑOS** a todos los colegas
- Porque te defendemos **PENAL y CIVILMENTE**
- Porque tenemos profesionales **EXPERTOS EN MALA PRAXIS**
- Porque no excluimos a colegas **COMO EN OTROS SEGUROS**
- Porque cubrimos a quienes trabajan en **PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**
- Porque tenemos la cuota **MÁS BAJA** y las coberturas **MÁS ALTAS**
- Porque acompañamos a los colegas **QUE RECIÉN COMIENZAN**
- Porque hemos atendido **MÁS DE 1.200 JUICIOS**
- Porque tenemos **SUBSIDIOS QUE NINGÚN SEGURO OTORGA**

Somos mucho más que un seguro

☎ (+54) 351 4262550

✉ contacto@fisap.com.ar

📍 Santa Rosa 922 4° Piso • B° Alberdi • Córdoba

🌐 fisap.cordoba

📍 FISAP

www.fisap.com.ar