

**Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica:
epidemiología y gobernanza**

Vicente Mazzáfero – Ignacio Katz

*Por una reconfiguración
sanitaria pos-pandémica:
epidemiología y gobernanza*



UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

Mazzafero, Vicente Enrique

Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica : epidemiología y gobernanza / Vicente Enrique Mazzafero; Ignacio Fabio Katz. - 1ª ed. - Mendoza: Universidad delAconcagua, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4971-19-7

1. Medicina. 2. Salud Pública. 3. Epidemiología. I. Katz, Ignacio Fabio. II. Título. CDD 614.40982

Diagramación y diseño de tapa: Arq. Gustavo Cadile.

La imagen que ilustra la portada pertenece a Leo2014 y ha sido descargada de Pixabay.

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.

Teléfono (0261) 5201681.

e-mail: editorial@uda.edu.ar.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Mendoza – Argentina.

Primera edición: octubre de 2020.

I.S.B.N.: 978-987-4971-18-0 (papel)

I.S.B.N.: 978-987-4971-19-7 (digital)



Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

*“La mejor manera de predecir el futuro
es creándolo”*

Peter Drucker

*A quienes piensan que las cosas no son así,
sino que están así,
y se atreven a pensar cómo podrían ser.*

*A la memoria de los seres anónimos
que consagran su vida al bien común.
Porque con sus acciones de hoy
están creando el futuro que nos debemos.*

Agradecimientos

Así como en el decurso de todo aprendizaje la interacción maestro-alumno es la que genera resultados, este trabajo plasma lo recolectado gracias a la interacción entre las enseñanzas de profundos maestros médicos y alumnos capaces y sedientos de conocimientos.

En este escrito no solamente se recogen experiencias de las cuales fuimos testigo, sino también aquellas en las que estuvimos y estamos comprometidos con nuestra participación activa. Creemos firmemente que se trata de un material útil para aproximarse a la gestión en salud con conocimiento y entendimiento del tema, y esperamos fervientemente que sea una herramienta útil para transformar la realidad.

Queremos expresar nuestro reconocimiento, por el compromiso asumido en la difusión de estas ideas, muy especialmente al Rector de la Universidad del Aconcagua e impulsor de este proyecto, Doctor Osvaldo Caballero. También al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de esta casa de estudios, Doctor Ángel Pellegrino, quien, consustanciado con la Maestría en “Salud Pública y Seguridad Social”, ha igualmente impulsado esta edición.

Finalmente, agradecemos a Gustavo Cadile, por su empeño y colaboración.

Dr. Vicente Mazzáfero - Dr. Ignacio Katz

Índice

Prólogo	17
----------------------	-----------

EPIDEMIOLOGIA Y LA PANDEMIA COVID-19

Pandemia COVID-19.	22
Modelos matemáticos.....	27
Introducción de una medida de control durante el curso de una epidemia con probabilidad de contacto elevada	31
Comienzo conocido de la pandemia Covid-19.....	35
La pandemia en Argentina	37
La epidemia en el AMBA.....	39
Porcentaje anual de egresos de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires según residencia.....	41
Asentamientos precarios en el área metropolitana de Buenos Aires	43
Medidas frente a la epidemia.....	47
Previendo el futuro al final de la pandemia.....	52
Vacuna Covid-19.....	54
Unas pocas ideas finales	58

GOBERNANZA SANITARIA Y LA PANDEMIA COVID-19

Presentación.....	59
I. Entre la necesidad y el deber: para una nueva salud pública (diagnóstico ético).....	61
La salud no espera	61
Primera Parte.....	61
Integración responsable y responsabilidad integral.....	64
Autocrítica, entre la anomia y el acuerdo	67
II. De la confusión a la complejidad (precisión conceptual)	69
Entre el punto de partida y el de llegada	72
Conceptos básicos.....	75
La “Cosmogonía Sanitaria”	77
Planificación, gestión pública y vicios	78
Costos y fracasos	80
La coordinación como elemento clave	82
Tejiendo redes.....	83
Regionalizar es unir	85
Hacia un pensamiento estratégico en salud	87
III. Un Acuerdo Sanitario para un Sistema Federal Integrado de Salud (prescripción política)	89
Un sendero sinuoso.....	89
La tarea que está por delante: las condiciones del Acuerdo	93
Sobre el Sistema Federal Integrado de Salud	96
Pilares de un Sistema Federal Integrado de Salud.....	98

IV. El desafío de la gestión: observatorio, territorio y tablero de comando (régimen profesional).....	101
Nueva Gestión y políticas públicas	101
Prevención e informatización: hacia un Observatorio Nacional de Salud.....	103
Ordenamiento territorial en la gestión de salud.....	106
Cinco ejes para la reconfiguración sanitaria.....	109
La formación y capacitación médica	113
V. El mundo nos ha fallado: pandemia y ceguera social	117
Crónica de una pandemia anunciada (pero desoída)	117
Segunda Parte	117
La reacción mundial	120
La culpa no es del chanco (ni del murciélago):producción de alimentos y cambio climático	121
VI. Pandemia en tiempos de posverdad:enfoque científico y otras deudas pendientes	125
Ciencia y posverdad.....	125
Falencias y desafíos	127
Los geriátricos frente a la pandemia.....	130
VII. La gobernanza sanitaria: el Gabinete Operacional Conjunto	135
La situación en Argentina	135
El Gabinete Operacional Conjunto.....	136
Aprender de los errores:sobre la detección de fallas sistémicas.....	140

VIII. La realidad desnuda: crisis y oportunidad	143
Lecciones de la historia	143
Viejos problemas, nueva oportunidad	144
Epílogo	147
Retornar al Pensamiento Crítico, a través del análisis de las siguientes tríadas	149
Glosario.....	151
Algunas consideraciones epidemiológicas desde el punto de vista de la evaluación en nuestro país.....	151
Glosario Alfabético	155
Medicina basada en la evidencia	162
La Medicina basada en la investigación científica	163
Doctor Vicente Mazzáfero.....	173
Doctor Ignacio Katz.....	175

Prólogo

Los argentinos tenemos muchas tareas pendientes. Una de ellas implica un desafío impostergable: la conformación de un sistema de salud.

El obligado punto de partida hoy es la configuración social pandémica existente, reconociendo el rol del Estado al asumir su responsabilidad intransferible como garante del derecho a la protección sanitaria. La “brecha” existente entre la actual condición sanitaria, el conocimiento científico y las políticas públicas nos lleva a la necesaria elaboración de una *organización instrumental* para cumplir con la finalidad de preservar la salud ciudadana.

La desigualdad social en el plano de la salud comienza ya con el escaso relevamiento de las necesidades de la población de menores recursos y de la evaluación de las demandas a los sistemas de producción de servicios. Las distorsiones continúan luego en cuanto a internaciones, tratamiento, rehabilitación y demás áreas. Por lo tanto, *la eficiencia en la gestión y en la reasignación de los recursos* son piezas decisivas para comenzar a revertir décadas de atraso.

El gran reto consiste entonces en definir y concretar una *nueva gestión pública*, acorde a nuestra nueva configuración social, para así dejar atrás un modelo que ha agotado los mecanismos de administración clásica. Debemos superar el desmembramiento del sistema, y abordar las tareas que conjuguen, en forma simultánea, las dimensiones de *estrategia, estructura y cultura*. De este modo, podremos introducir *técnicas de gestión* -en la línea de la Gestión de Gerencia Pública con control de resultados- al servicio de una adecuada provisión de servicios públicos, haciendo foco en la relación entre la situación socioeconómica y los factores de vulnerabilidad y riesgo.

Se requiere un nuevo diseño organizacional que ponga el centro en la *visión epidemiológica*, para evitar caer en la confusión e improvisación por falta de reconocimiento de la complejidad y actuar en consecuencia. De esta manera, se respondería a los requisitos de un “tablero de comando multidisciplinario” al servicio de la tríada planificación–gestión–evaluación, en situaciones dinámicas e inestables como la que enfrentamos.

La actual pandemia del Covid-19, en definitiva, no hizo sino patentar la trascendente necesidad de *reconfigurar la gobernanza sanitaria*. Para ello, precisamos un órgano a nivel nacional que por su fortaleza y control priorice las políticas públicas sobre pilares científicos y tecnológicos, y que alcance una coordinación inter-jurisdiccional articulando así un real federalismo que contenga la complejidad multifocal existente.

Dr. Vicente Mazzáfero–Dr. Ignacio Katz

EPIDEMIOLOGIA Y LA PANDEMIA COVID-19

Por el Dr. Vicente Mazzáfero

En todas las épocas la Medicina estuvo básicamente motivada por la preocupación del hombre por su propio cuerpo y su valoración de la enfermedad, la muerte y la salud. La búsqueda del conocimiento sobre el estado de salud de la población se presenta en la historia de la Salud Pública ligada a la frecuencia de la mortalidad en las pandemias de enfermedades infecciosas.

Desde que el hombre tuvo conciencia de sí mismo y de su relación con otros hombres apareció en él la inquietud por su propia existencia. El llamado hombre primitivo fue desarrollando la noción de su propio ser en razón de su posibilidad para sobrevivir, ya sea luchando contra las fieras para evitar ser devorado por ellas o para que le sirvieran de alimento, peleando contra otros hombres ajenos a su grupo, buscando refugio ante la lluvia, la tormenta y la noche, huyendo del peligro cuando lo advertía superior a sus fuerzas y buscando compañía para sentirse respaldado, para formar una familia, para integrarse a una actividad necesaria al grupo.

Cualquier limitación física a este diario quehacer significa una amenaza a su integridad, a su posibilidad de mantenerse vivo. De ahí que la enfermedad y la muerte, por las consecuencias que traían y cuyas causas no alcanzaba a precisar, le provocaban desconcierto, temor y dudas. En sus múltiples esfuerzos por escapar a estas fuerzas desconocidas cada cultura fue forjando respuestas adecuadas.

La búsqueda y el conocimiento sobre el estado de salud de la población se presentan en la historia de la Salud Pública ligada a la frecuencia de la mor-

talidad en las pandemias infecciosas. Desde entonces y en adelante, la tasa de letalidad con datos confiables es considerada una condición necesaria para la descripción, el análisis de la situación sanitaria y la política de Salud Pública.

Un antecedente conocido en la bibliografía se encuentra en la recolección de las causas de mortalidad comprendidas en el estudio llevado a cabo por el bibliotecario John Graunt en Londres en 1532 motivado por las epidemias de enfermedades transmisibles prevalecientes en aquellos tiempos. A partir de entonces, Graunt continuó analizando los informes de mortalidad recogidos en forma regular hasta culminar con la publicación denominada “Reflexiones naturales y políticas sobre la mortalidad en Londres”.

En el “Diario del año de la Peste”, publicado en 1722, el escritor Daniel Defoe describe la epidemia de peste bubónica que asoló a Londres en 1665 y causó más de cien mil muertes. En aquella época, anterior a la Bacteriología, Defoe dejó constancia en su obra sobre la importancia del análisis de la mortalidad en la población, como un anticipo a la interpretación de la modalidad epidémica de las enfermedades y a las medidas a tomar frente al brote. En la narración Defoe da cuenta que “...hacia finales de noviembre o principios de diciembre de 1664, dos hombres franceses murieron de la peste en Long Acre, o, mejor dicho, en la parte alta de Drury Lane”. Y más adelante... “Esto provocó una gran inquietud entre la gente, y la alarma empezó a cundir por toda la ciudad, sobre todo cuando en la última semana de diciembre de 1664 murió otro hombre en la misma casa y del mismo mal”. Continuando luego...” creo que fue hacia el 12 de febrero, hubo otra muerte en otra casa, pero en la misma parroquia y en las mismas circunstancias. Esto atrajo la atención de la gente hacia aquel extremo de la ciudad, y como las listas semanales demostraban que en la parroquia de St. Giles había habido más entierros de lo que era normal, empezó a sospecharse que en aquella zona había peste, y que ya habían muerto muchos a causa de ella...”

Y de esta manera el autor presentaba, con minucioso detalle, lo relativo a la Ordenanza concerniente a medidas de control frente a la epidemia de peste, redactada y promulgada por el Lord Alcalde y los Regidores de la ciudad de Londres en 1665. Se puede afirmar entonces que la frecuencia de la mortalidad en las epidemias constituye el primer antecedente que diera lugar a la aplicación de medidas para proteger la salud de la población contra las enfermedades infecciosas.

Nuevas epidemias continuarían provocando gran número de muertes en todo el mundo sin que se llegara a conocer la razón del fenómeno masivo hasta que, en 1866 en Londres, William Farr, oficial registrador general de datos, aplicó la información sobre las causas de muerte en el Reino Unido recogidas por el Sistema Oficial de registro de mortalidad. Con agudo criterio epidemiológico, este estadígrafo dedicó gran parte de su tiempo a la interpretación del crecimiento periódico semanal de las enfermedades transmisibles, sirviendo de orientación a numerosos investigadores que le siguieron, como Brownlee, Hamer, Soper, Ross, Hedrich, que trataron de develar la razón desconocida del estallido epidémico que llevaba a la mortalidad pandémica, hasta que los esfuerzos por formular una teoría epidémica culminaron con el enunciado final de la fórmula presentada por L. Reed y W. H. Frost en 1928. Se iniciaba de esta manera la era de la Medicina Preventiva de las enfermedades infecciosas, basada en la Teoría epidémica sobre la Teoría infecciosa de L. Pasteur y R. Koch.

A partir de la Teoría infecciosa, el estudio epidemiológico de la naturaleza de la enfermedad infecciosa nos ha hecho saber que la misma consiste en la resultante de agonismos y antagonismos entre organismos vivos que coexisten en la vida en busca del alimento, para reproducirse y posibilitar la subsistencia de la especie. En esta cadena de la supervivencia todos los seres vivos compiten por la vida, las aves de sangre caliente se alimentan de lagartijas y tarántulas, a veces de víboras, que su vez devoran insectos, águilas, palomas, tiburones y peces, zorros que buscan sus presas por la noche, murciélagos y supuestos pangolines, microorganismos y seres humanos, todos en una cadena interminable de lucha por la vida, y así, en algún punto de esta cadena se encuentra la enfermedad infecciosa en el hombre. En “Rats, Lice and History” Hans Zinsser en 1934 aporta una juiciosa interpretación del proceso cuando dice que si un misionero se interna en Africa y se encuentra con un león hambriento, el león se come al misionero en búsqueda de la albúmina, sin tener antipatía religiosa alguna contra el misionero; y continúa, si un gourmet en un restaurante se encuentra comiendo un pollo tampoco tiene mala disposición para con el pollo, ahora –dice luego– imaginemos al gourmet con un forúnculo en el cuello y sabemos que un estafilococo se encuentra comiendo albúmina, los tres fenómenos son similares y la enfermedad infecciosa en el hombre es un hecho que resulta de su relación compleja con innumerables

especies coexistentes en el curso de la vida, de cuya interpretación epidemiológica se desprende que estaremos expuestos a futuras y nuevas pandemias.

Pandemia COVID-19.

Frente a la llegada de la pandemia Covid-19, una apreciación de lo que acontece en el mundo nos induce a afirmar que se repite en los países similares manifestaciones de sorpresa y desconcierto como las provocadas en el pasado por la aparición de gérmenes y variedades desconocidos hasta entonces, que alcanzaron el carácter de las pandemias padecidas por la humanidad, cuyo carácter aparentemente novedoso se repite en las actuales circunstancias.

Un ejemplo del impacto provocado por aquellas pandemias fue la aparición de la peste bubónica en Europa en el siglo XIV que, considerada una de las mayores calamidades de la Historia, produjo 25 millones de muertes y brotes sucesivos durante treinta y cuatro años, hasta la disminución progresiva de la cantidad de pacientes y de la gravedad de la enfermedad. La Epidemiología nos ha brindado básicas respuestas a algunos interrogantes que surgen frente a la emergencia actual.

Además de la cuantiosa morbilidad y letalidad, otras consecuencias de aquellas grandes pandemias del medioevo se observan también en esta pandemia; la más notable es la debilidad de los sistemas de atención de salud, desbordados frente a la emergencia, y también los impactos políticos, culturales, económicos y hasta las alteraciones de salud mental que sobrelleva la población.

Las pandemias se sucedieron en la humanidad con interpretaciones mágicas en un principio y durante mucho tiempo, sin el conocimiento sobre la naturaleza y el origen del fenómeno, hasta que la dedicación de esforzados investigadores puso al descubierto las razones que rigen el comienzo, el curso y la culminación de la forma epidémica de presentación de las enfermedades infecciosas.

El conocimiento epidemiológico disponible en el presente nos permite saber que en las circunstancias iniciales de la relación entre un nuevo agente infec-

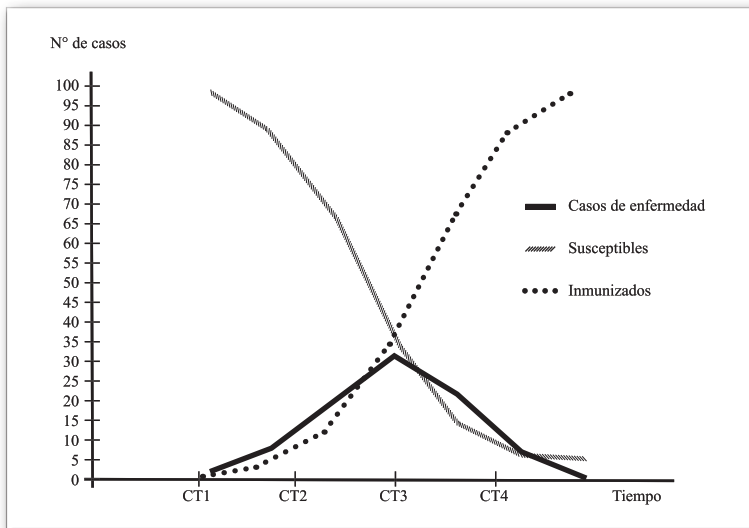
cioso y la población susceptible, la incidencia de casos se sucede de acuerdo con la “Teoría epidémica” enunciada por Lowel Reed y Wade Hampton Frost en 1928. De acuerdo con la teoría, el origen del estallido creciente reside en la razón matemática que subyace en el contacto adecuado (p) entre casos infectados y los huéspedes susceptibles. La fórmula conocida $CT + 1 = S(1 - q^{CT})$, en la que $CT + 1 =$ cantidad de casos en el periodo inicial; $S =$ cantidad de susceptibles; $q^{CT} =$ probabilidad de un susceptible de escapar al contacto con todos los casos y $1 - q^{CT} =$ probabilidad de un susceptible de tener contacto con todos los casos, cuyo resultado—de carácter exponencial—se debe a la naturaleza biológica de las relaciones, que como tales no son aritméticas, sino logarítmicas.

Con el fin de estudiar la evolución de epidemias sujetas a diferentes probabilidades de contacto se presentan potencias de (q) en el cuadro siguiente.

Potencias de q					
a:	(.94) ^a	(.95) ^a	(.96) ^a	(.97) ^a	(.98) ^a
1	.94	.95	.96	.97	.98
2	.8836	.9025	.9216	.9409	.9604
3	.830584	.857375	.884736	.912673	.941192
4	.780749	.814506	.849347	.885293	.922368
5	.733904	.773781	.815373	.858734	.903921
6	.689870	.735092	.782758	.832972	.885842
7	.648478	.698337	.751448	.807983	.868126
8	.609569	.663421	.721390	.783743	.850763
9	.572995	.630249	.692534	.760231	.833748
10	.538615	.598737	.664833	.737424	.817073
15	.395292	.463291	.542086	.633251	.738569
20	.290106	.358486	.442002	.543794	.667608
25	.212910	.277390	.360397	.466975	.603465
30	.156256	.214639	.293858	.401007	.545484
35	.114677	.166084	.239604	.344358	.493075
40	.084162	.128512	.195366	.295712	.445700
45	.061767	.099440	.159296	.253938	.402878
50	.045331	.076945	.129886	.218065	.364170

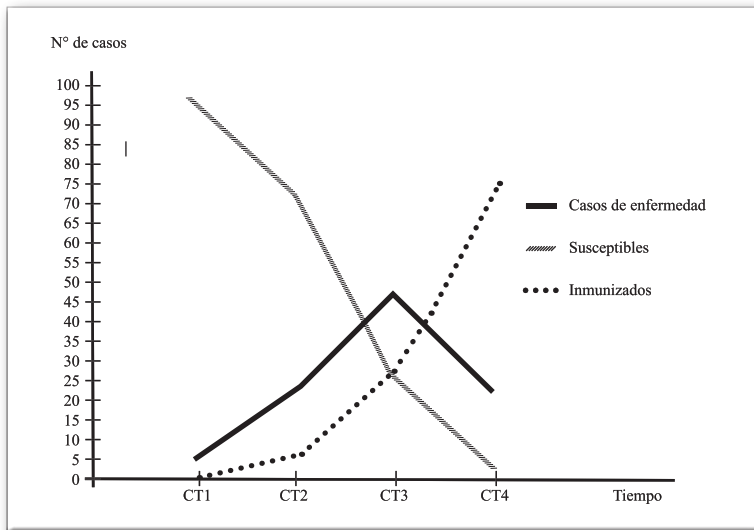
De acuerdo con la fórmula, partiendo del primer momento en que se inicia la epidemia se producen nuevos casos en sucesivos períodos que serían homologables a la duración del período de incubación de la enfermedad. A medida que aumenta el número de casos, los susceptibles tendrán menor probabilidad de escapar al contacto y por lo tanto irá creciendo la curva epidémica. La disminución de los susceptibles durante el transcurso de la misma traerá aparejado el descenso de la curva y por último su culminación, como se observa en el brote N° 1.

Brote N° 1				
Susceptibles: 100				
Casos:	1			
P :	0,03 =	0,97		
ct 1 =	100 (1-0,97 ¹) =	100	0,03 =	3 casos
ct 2 =	97 (1-0,97 ²) =	97	(1 - 9,12673) =	9 casos
ct 3 =	88 (1-0,97 ³) =	88	(1 - 0,760231) =	21 casos
ct 4 =	67 (1-0,97 ²¹) =	67	(1 - 0,543794) =	31 casos
ct 5 =	36 (1-0,97 ³¹) =	36	(1 - 0,401007) =	22 casos
ct 6 =	14 (1-0,97 ²²) =	14	(1 - 0,543794) =	8 casos
ct 7 =	6 (1-0,97 ⁸) =	6	(1 - 0,783743) =	1 caso



En el brote N° 2 la probabilidad de contacto es alta ($p= 0,05$) y el brote será explosivo, de corta duración, y arrojará finalmente un elevado número de inmunizados.

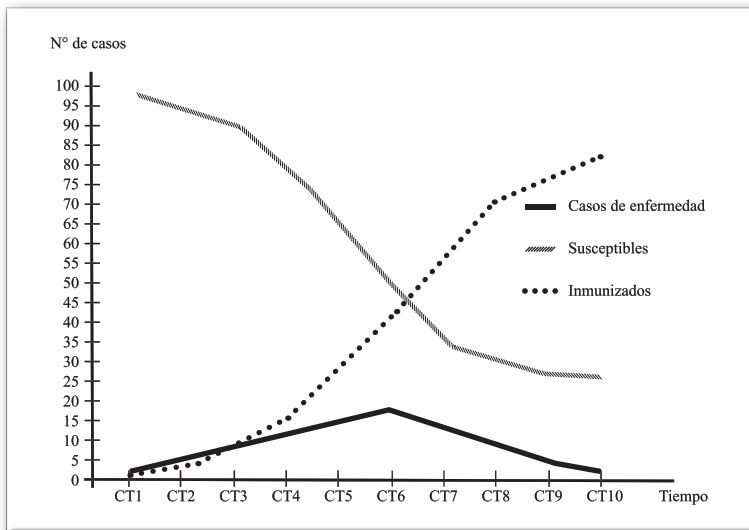
Brote N° 2				
Susceptibles: 100				
Casos:	1			
P :	0,05 =	0,95		
$ct_1 =$	$100 (1 - 0,95^1) =$	100	$0,05 =$	5 casos
$ct_2 =$	$95 (1 - 0,95^5) =$	95	$(1 - 0,773781) =$	22 casos
$ct_3 =$	$73 (1 - 0,95^{22}) =$	73	$(1 - 0,358486) =$	47 casos
$ct_4 =$	$26 (1 - 0,95^{47}) =$	26	$(1 - 0,099440) =$	23 casos



Población \ Tiempo	ct_1	ct_2	ct_3	ct_4
Susceptibles	95	73	26	3
Casos	5	22	47	23
Inmunes	1	6	28	75
Total	101	101	101	101

En el brote N ° 3, la probabilidad de contacto es baja ($p= 0,02$) y no habrá epidemia, solo se producirán casos aislados.

Brote N° 3		
Susceptibles: $0,02 = 0,98$		
Casos:	100	
P :	1	
ct 1 =	$100 (1 - 0,98^1) =$	2 casos
ct 2 =	$98 (1 - 0,98^2) =$	4 casos
ct 3 =	$94 (1 - 0,98^4) =$	7 casos
ct 4 =	$87 (1 - 0,98^7) =$	11 casos
ct 5 =	$76 (1 - 0,98^{11}) =$	14 casos
ct 6 =	$62 (1 - 0,98^{14}) =$	16 casos
ct 7 =	$46 (1 - 0,98^{16}) =$	12 casos
ct 8 =	$34 (1 - 0,98^{12}) =$	6 casos
ct 9 =	$28 (1 - 0,98^6) =$	3 casos
ct 10 =	$25 (1 - 0,98^3) =$	1 caso



<i>Tiempo</i> <i>Población</i>	ct_1	ct_2	ct_3	ct_4	ct_5	ct_6	ct_7	ct_8	ct_9	ct_{10}
Susceptibles	98	94	87	76	62	46	34	28	25	24
Casos	2	4	7	11	14	16	12	6	3	1
Inmunes	1	3	7	14	25	39	55	67	73	76
Total	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101

Modelos matemáticos

Con el objeto de observar las consecuencias de la modificación de la probabilidad de contacto adecuado sobre la aparición y el desarrollo de las epidemias, a partir de la teoría se utilizaron computadoras de elevada velocidad simulando epidemias para cada una de las probabilidades de contacto, obteniendo información sobre la probabilidad del volumen y de esa manera se logró precisar el conocimiento sobre gran número de situaciones posibles.

A partir de la disponibilidad cada vez mayor de computadoras electrónicas se han realizado estudios sobre diversos tipos de problemas relacionados, tales como la interferencia viral entre dos agentes de acción concomitante que permitan su aplicación, por ejemplo, a técnicas de control

Para producir experimentalmente algunos brotes en que la probabilidad de contacto varía, en 1985 en la Cátedra de Salud Pública en Medicina de la Universidad de Buenos Aires utilizamos una máquina de chance, similar a la empleada por Reed y Frost en 1928, que consiste en una canaleta alargada en la cual se vuelcan aleatoriamente bolitas de distintos colores que representan a enfermos, susceptibles y probabilidad de contacto. Mediante una fórmula matemática reemplazamos la probabilidad de contacto por determinado número de bolitas que aíslan al susceptible (bolitas barrera).

Cálculo de bolitas barrera (b) homologables a $p = 0,04$

$$K = \frac{2(n-1)}{b+2}$$

K = Número de contactos adecuados de un caso con la población.

2 = Consecuencia de la disposición lineal de la máquina de chance por la cual cada bolita puede tener contacto con otras dos.

n = Población.

Para conocer K

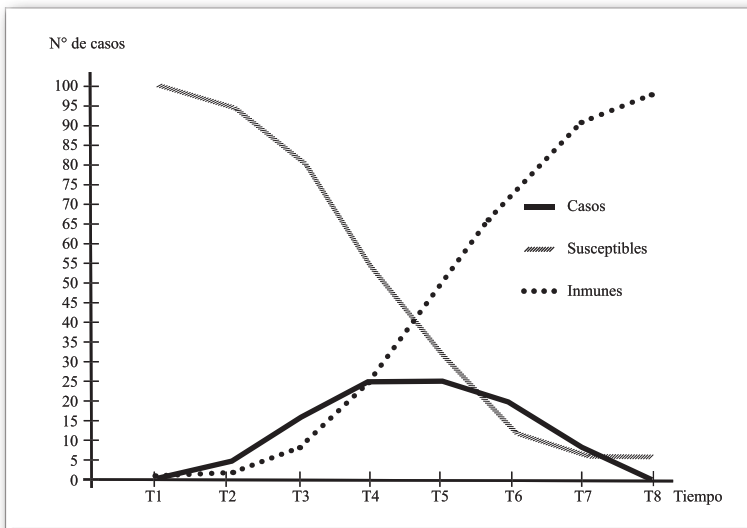
$$P = \frac{K}{N - 1} \quad 0,04 = \frac{K}{100} \quad K = 0,04 \times 100 = 4$$

Remplazando en la fórmula

$$4 = \frac{2 (100)}{b + 2} \quad b + 2 = \frac{200}{4}$$

$$b + 2 = 50 \quad b = 50 - 2 = 48 \text{ barreras}$$

<i>Tiempo</i> <i>Población</i>	T_1	T_2	T_3	T_4	T_5	T_6	T_7	T_8
Susceptibles	99	94	78	54	31	12	5	5
Casos	1	5	16	24	23	19	7	0
Inmunes	1	2	7	23	47	70	89	96
Total	101	101	101	101	101	101	101	101

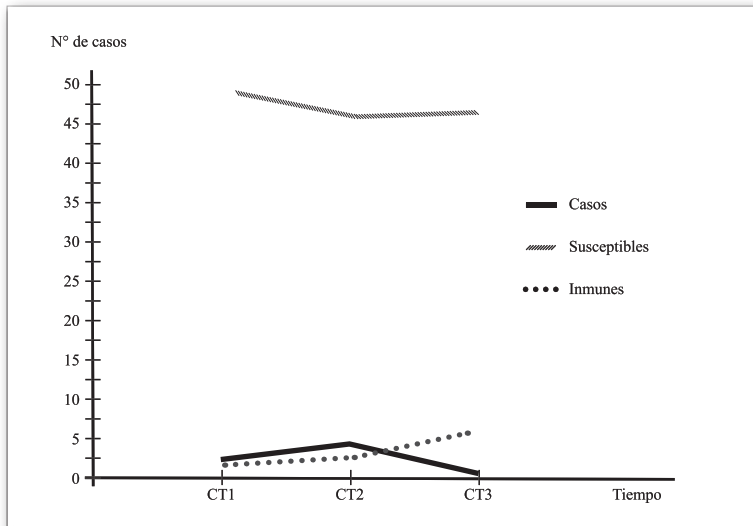


En el desarrollo de una epidemia mecánica con $p = 0,04$ se observa que el número de inmunes aumenta a la misma velocidad que decrece el número de susceptibles. La curva que representa los casos de enfermedad tiende a acercarse a la campana de Gauss.

En condiciones de baja probabilidad de contacto ($p = 0,02$) no se produce epidemia debido al bajo nivel de susceptibles; curva característica de afecciones endémicas.

Desarrollo de la epidemia mecánica con probabilidad de contacto baja (0,02)	
Población	51
Susceptibles	50 bolitas blancas
Casos	1 bolita violeta
$p = 0,02$	98 bolitas negras

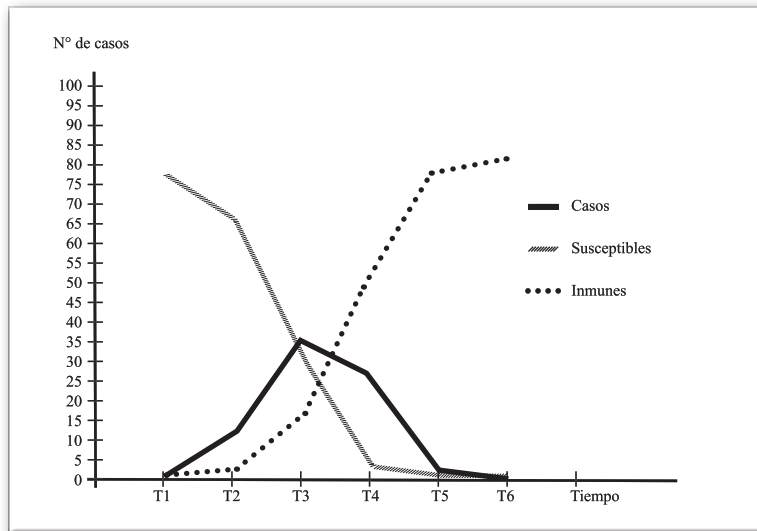
<i>Población</i> \ <i>Tiempo</i>	T_1	T_2	T_3
Susceptibles	49	46	46
Casos	1	3	0
Inmunes	1	2	5
Total	51	51	51



Si la probabilidad de contacto es elevada ($p = 0,06$), el número de casos es alto en un período corto, así como también el número de inmunes resultantes. El número de susceptibles es mínimo. En la figura siguiente se observa la distribución de casos, susceptibles e inmunes en la población de una epidemia mecánica con probabilidad de contacto elevada ($p = 0,06$).

Desarrollo de una epidemia mecánica con probabilidad de contacto elevada	
Población	81
Susceptibles	80 bolitas blancas
Casos	1 bolita violeta
$p = 0,06$	31 bolitas negras

Población \ Tiempo	T_1	T_2	T_3	T_4	T_5	T_6
Susceptibles	78	66	30	4	1	1
Casos	2	12	36	26	3	0
Inmunes	1	3	15	51	77	80
Total	81	81	81	81	81	81



Introducción de una medida de control durante el curso de una epidemia con probabilidad de contacto elevada

En caso de que la población sea de 81 individuos y la probabilidad de contacto efectivo = 0,06

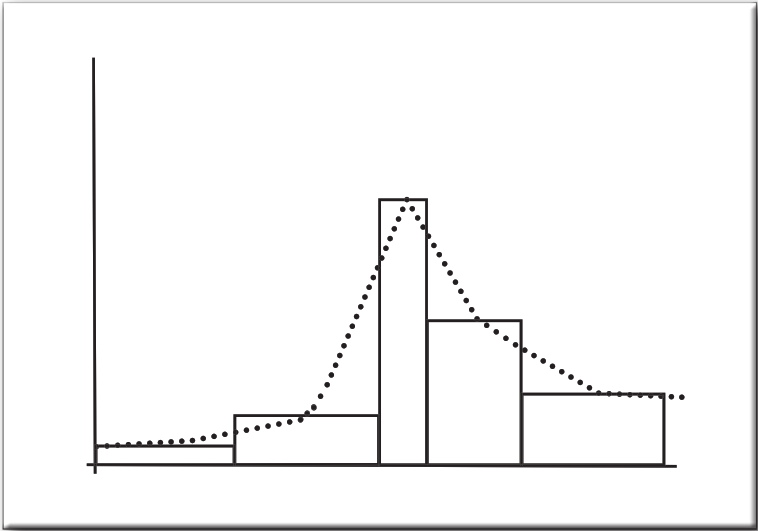
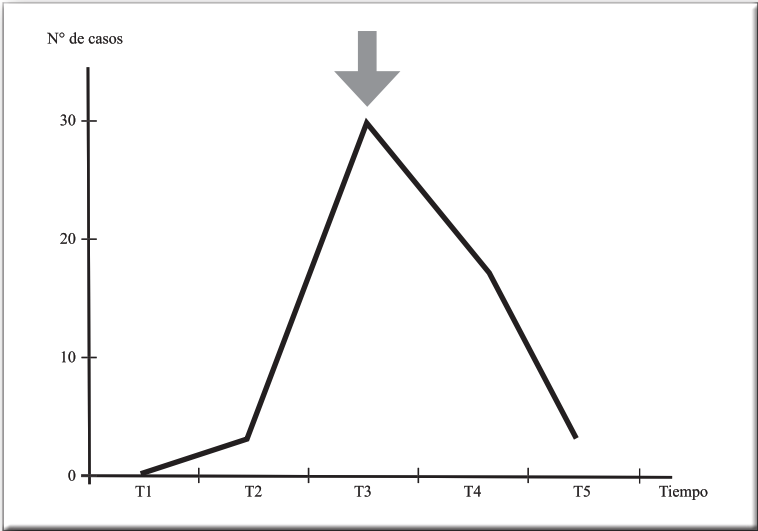
$$S = 80; C = 1; P = 0,06; K = 0,06 \times 80 = 4,8$$

$$K = \frac{2(n-1)}{b+2} = 4,8 = \frac{2 \times 80}{b+2} = \frac{160}{b+2}$$

$$b+2 = \frac{160}{4,8} = 33 \therefore b = 33 - 2 = 31$$

<i>Tiempo</i> <i>Población</i>	T_1	T_2	T_3		T_4	T_5	T_6	T_7
Susceptibles	80	76	47		27	8	2	2
Casos	1	4	29	se vacunan	29	19	6	2
Immunes	0	1	5	20 susceptibles	25	54	73	79
Total	81	81	81		81	81	81	81

La introducción de una medida de control durante la evolución de una epidemia no logra frenarla, sino que altera su desarrollo, achata la curva, se produce menor número de casos y suele quedar mayor número de individuos susceptibles al final de la epidemia. En la figura inferior izquierda, en T_3 se aislaron 20 contactos pero la epidemia siguió su curso hasta T_5 , a partir del cual ninguno de los susceptibles quedó en contacto con caso alguno. No se logró detener la epidemia, sino atenuarla.



En el esquema de la derecha se representa la modificación de la curva epidémica, con la disminución de un número de casos que, no obstante, persisten en el tiempo luego de la introducción de la medida de control, debido a la probabilidad de contacto adecuado.

Significado de la probabilidad de contacto

La iniciación y características de los brotes dependerán de factores pertenecientes al agente infeccioso, al huésped y al ambiente, que afectan el valor de la probabilidad de contacto adecuado entre agente y huésped. Esta probabilidad, si bien no deja de incluir una cuota de azar o relación fortuita, incluye relaciones conocidas, tales como magnitud del reservorio y virulencia del agente, la susceptibilidad de la población huésped y las condiciones del ambiente. Todos los factores interactúan y se encuentran comprendidos en un conjunto causal donde el *contacto adecuado* con el agente infeccioso es la *causa suficiente*, aunque asociada con los restantes factores en competencia; algunos son restrictivos, que pueden alcanzar a restar alguna potencia de transmisión al virus, tales como un aislamiento institucional de casos que puede resultar efectivo y cierta disminución del número de portadores inaparentes, evitando las concentraciones de población, los espectáculos públicos y el cierre de escuelas.

Otros factores expresados en la probabilidad de contacto suman fuerza al riesgo de contagio, tal las condiciones deficitarias de vivienda, con sus integrantes hacinados, la falta de agua potable e higiene, que acrecientan el número de enfermos en poblaciones vulnerables.

Ante el estallido del brote y conociendo lo acontecido en situaciones pandémicas pasadas y padecidas bajo similares condiciones, toda vez que una variedad infecciosa y contagiosa irrumpe por vez primera en la población las estrategias de control deberán remitirse a la experiencia histórica y al conocimiento de la teoría epidémica.

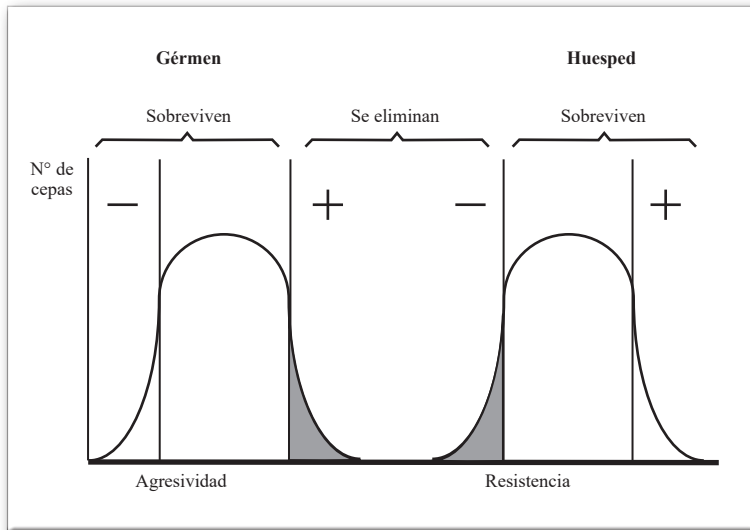
El conocimiento de la probabilidad de contacto adecuado entre enfermos y susceptibles enunciado en la teoría nos permite estimar el número de casos esperados, las camas y los recursos necesarios para hacer frente al brote. No obstante, su conclusión más trascendente consiste en explicar que el comienzo de la epidemia se produce cuando existe un 60 % de susceptibles en

la población, con cuyo conocimiento y vacunación mediante, es posible alcanzar un nivel útil de población inmunizada que evite la epidemia.

Relaciones entre agente y huésped y evolución natural de la epidemia

De acuerdo con una concepción biológica gaussiana, una evolución natural de las relaciones entre poblaciones de virus y huéspedes, culminaría con la sobrevida de la proporción de población humana más resistente que, habiendo tomado contacto con el virus ha enfermado y subsiste naturalmente inmunizada.

Como consecuencia de la evolución natural, la curva epidémica desciende debido a la reducción de susceptibles y el brote tiende a desaparecer, con mantenimiento de portadores sanos, recuperados inmunes, una fracción restante siempre menor de susceptibles y enfermos inaparentes.



Esquema de evolución natural de la relación agente – huésped en el tiempo.

Comienzo conocido de la pandemia Covid-19

El 31 de Diciembre del 2019 China advierte sobre la incidencia de dos mil casos de la variedad Covid-19 con ciento setenta fallecidos en la ciudad de Wuham. Con la difusión epidémica del virus en Italia y luego en otros países europeos, en China se llega a 28000 casos el día cinco de Enero, el día nueve es identificado el virus y el veintinueve el Instituto Pasteur de Paris logró su secuencia genómica completa.

En Enero del 2020 en los Estados Unidos de América se denuncia la enfermedad de un médico en contacto con su mujer que regresa de China, quedando evidenciada la capacidad de contagio de la cepa y su penetración en el Hemisferio Americano.

En los momentos iniciales del estallido y posteriores hasta la declaración de OMS, el conocimiento del proceso etiofisiopatogénico de la enfermedad por Covid 19 ha estado pleno de confusión, siendo éste un problema común en los países del mundo asolados por la pandemia. Con la presencia del virus en numerosos países, el día 30 de ese mes la Organización Mundial de la Salud (OMS) anuncia un alerta mundial. El día 7 de Febrero China informa sobre treinta mil fallecidos en el país y la Revista inglesa Lancet estima una letalidad de 11% para enfermos de Covid-19. Se inicia el mes Marzo y con más de cien países comprometidos, la OMS declara la Pandemia con letalidad 3.4 % y el Instituto de Higiene y Medicina Tropical de Londres entre 0.5 y 2 % .

Para el médico clínico, la causa de muerte se observa con mayor frecuencia en los pacientes de edad avanzada, siendo en este caso interpretada como resultado de procesos vinculados con el Covid-19, que actúa concomitantemente sobre patología pulmonar de etiología diversa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, patología cardiovascular, pacientes inmunodeprimidos y otras patologías crónicas.

Desde el punto de vista epidemiológico, la difusibilidad observada obedece al carácter contagioso del Covid-19, y el grado del contacto interpersonal se encuentra expresado en la probabilidad de contacto adecuado que sostiene la fórmula de Reed y Frost ; en la teoría epidémica concurren factores de diversa naturaleza con un peso relativo diferente, tales como la virulencia del germen, la proporción de susceptibles en la población, el ambiente favo-

recedor del contagio, la vivienda pobre, el hacinamiento, la disponibilidad de agua potable, la higiene, la concentración y la circulación de personas, la migración humana, en definitiva factores biológicos, sociales, económicos y políticos.

Muy notable resulta también la existencia de portadores sanos del virus y de los enfermos inaparentes, ambos eslabones silenciosos presentes en la transmisión de la infección, que fueran descubiertos por R. Koch en Hamburgo durante una epidemia de cólera en 1892, cubriendo los vacíos presentes en la teoría infecciosa de Louis Pasteur. No obstante, el descubrimiento de mayor significación aportado por la teoría epidémica nos permite interpretar el comienzo del brote al encontrarse el germen frente a un 60 % de individuos susceptibles en la población y por lo tanto, la elaboración de una vacuna eficiente hará posible alcanzar un nivel útil de individuos inmunizados previo a la penetración del virus, evitando el estallido epidémico.

Al no disponer del tiempo necesario para la producción de vacuna contra la novedosa variedad del corona virus, su inexistencia circunstancial ha llevado a las autoridades políticas a disponer determinadas estrategias sobre medidas de control posibles de implementar de acuerdo a criterios que, como tales, son subjetivos, no resultando posible evaluar de manera rigurosa y comparativa el valor de los mismos.

En la actual circunstancia pandémica se ha hecho presente la escasa correspondencia entre los discursos teóricos y la puesta en práctica de las medidas decididas, impidiendo una precisa evaluación de los resultados. Una juiciosa manifestación de prudencia ha sido el documento enviado a BBC Mundo por el Instituto R.Koch de Virología, responsable de la estrategia alemana de control, relativamente satisfactoria frente al Covid – 19, que ha manifestado “*No podemos decir con exactitud que la tasa de mortalidad es tan baja en Alemania debido a que todavía estamos en una etapa temprana de la epidemia dentro del país*”.

No obstante, ante la creciente progresión del número de casos en todo el mundo se ha invocado como receta para resolver la pandemia disímiles propuestas desde distintas perspectivas e intereses, que concurren con implicancias humanas, económicas y sociales.

La pandemia en Argentina

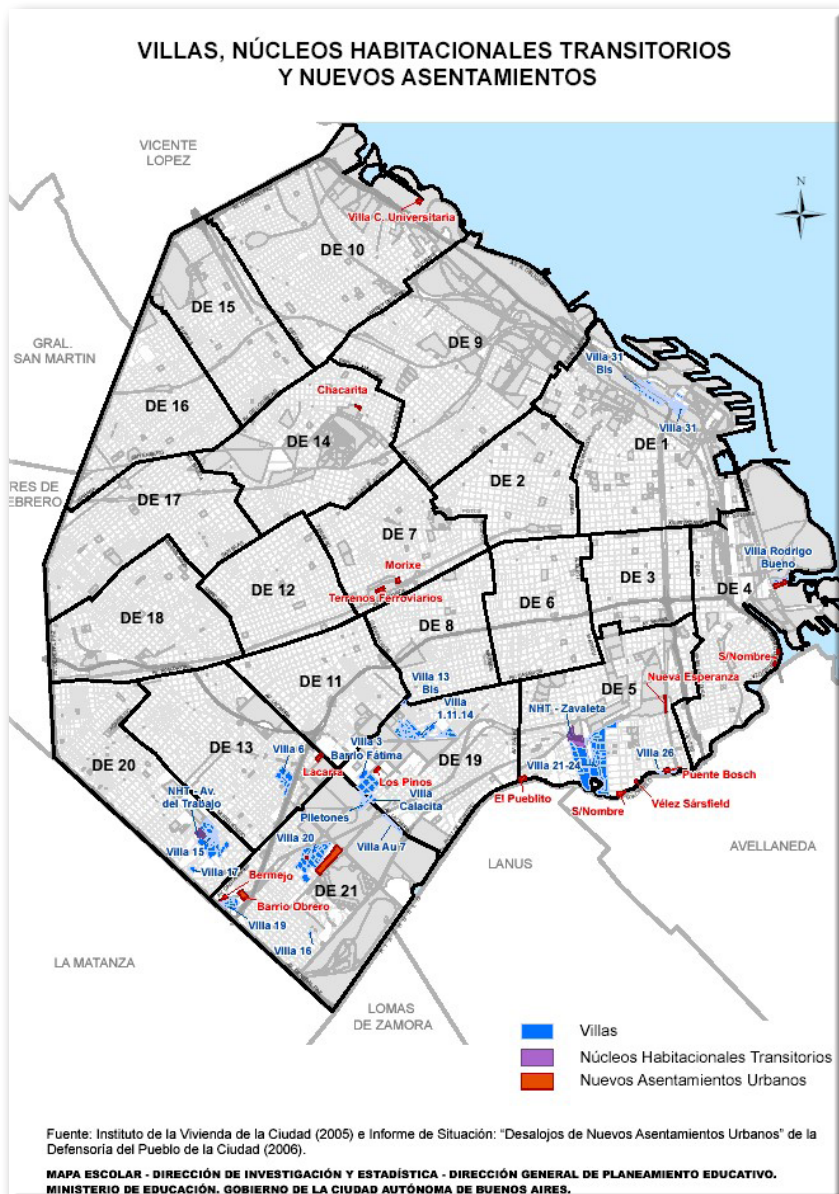
En fecha 3 de Marzo se produce el primer caso en el país y el primer fallecimiento el día 7. El 11 del mes, con epidemias en curso en 114 países la Organización Mundial de la Salud declara, tardíamente, la Pandemia. El día 14 de Marzo la Argentina decide el cierre de fronteras y el 15 el cierre de escuelas en todo el país, mientras algunas provincias habían tomado la decisión con antelación. El día 20 se decide la cuarentena total. El mes de Abril se inicia con 1628 casos totales y a mediados del mes, con la curva epidémica en fase ascendente y la tasa de letalidad en aumento, se producen 119 fallecidos sobre 2443 casos confirmados en el país.

El Área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), constituida por la ciudad y su ámbito poblacional circundante reúne alrededor del 40 % de la población total de la República, concentrada en el 0,099 % del territorio nacional. La ciudad de Buenos Aires con 2827536 residentes y la provincia de Buenos Aires con 9859658 representan un crecimiento urbano desmesurado que favorece la expansión de la pandemia. Estimamos la morbilidad esperada para el área que concentra la mayor cantidad de casos en el país utilizando la letalidad observada en los casos confirmados de Covid-19.

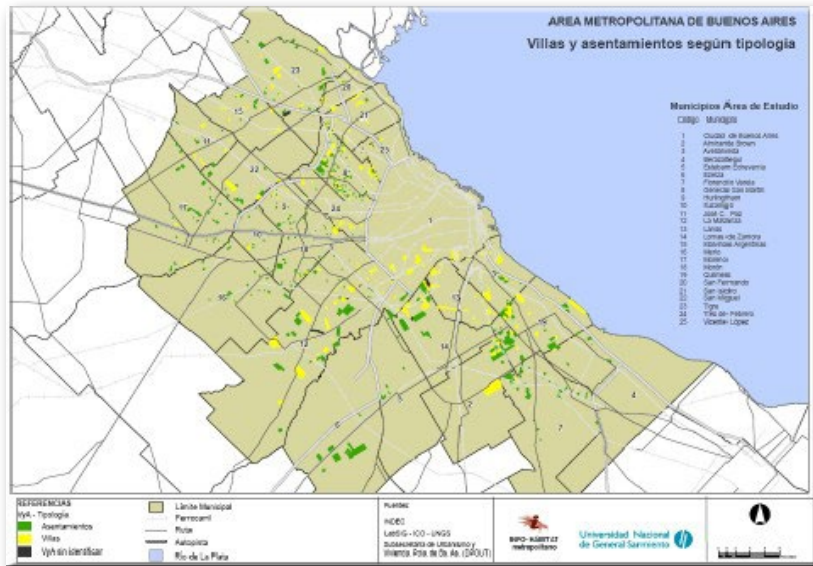
La población del AMBA no es homogénea y se distribuye espacialmente de acuerdo a sus diferentes condiciones ambientales y socio económicas, dando lugar a zonas menos riesgosas y a otras que se vinculan en general con la pobreza, el deterioro de las condiciones de vida y el hacinamiento, favoreciendo los contactos.

De esta forma, se presentan dos zonas netamente diferenciadas, *la ciudad y el conurbano circundante*. En la ciudad es posible aproximarnos a la morbilidad esperada estimando una probabilidad de contacto adecuado de nivel medio bajo (0.03), con función exponencial que crece en relación a un complejo de variables independientes de carácter espacial; de hecho las variables más importantes son, por un lado la población naturalmente susceptible reunida en un espacio urbano muy poblado, donde se concentra una numerosa cantidad de habitantes, susceptibles, enfermos y contactos, que difunden el virus en el escenario de mejores condiciones higiénicas y separación relativa entre portadores y susceptibles, aunque con existencia de villas y asentamientos caren-

ciados instalados en la ciudad como se observa en el mapa y también con la presencia de residencias para personas mayores.



Cabe esperar una probabilidad de contacto mayor para los habitantes de los distritos provinciales adyacentes a la ciudad que, en conjunto conforman el AMBA, cuya población—espacialmente distribuida—es heterogénea, ya que existen extensas áreas en el conurbano bonaerense donde habitan familias de pobre situación económica, hacinadas en viviendas con deficientes condiciones de higiene, sin agua potable en el interior de las casas, con imposibilidad de un frecuente lavado de manos e higiene, aislamiento domiciliario efectivo y mayor vulnerabilidad frente al virus, determinando una probabilidad de contacto mayor, que es posible estimar en alrededor de 0.05 % con el consecuente riesgo de crecimiento epidémico.



La epidemia en el AMBA

Ante las decisiones políticas sobre medidas de control en el Área Metropolitana, es preciso considerar que para el abordaje apropiado de ambos componentes poblacionales deberá asumirse que constituyen *las partes de un todo muy amplio y heterogéneo*, por cuya razón se requiere una cobertura pública de atención de salud únicamente posible de conseguir efectivamente mediante la *organización de responsabilidades locales descentralizadas*.

La responsabilidad será entonces necesariamente *local* y *efectiva* solo cuando exista el correspondiente nivel de *desarrollo epidemiológico en la estructura de servicios del área*, que permita organizar las acciones con preparación y conocimiento ineludible sobre la realidad local para hacer posible su correcta ejecución. Ello es, a todas luces, un abordaje de cobertura de población bien comprendido en la *Política de Salud Pública y la estrategia de Atención primaria de la salud*.

La reconocida ausencia de planificación ofrece derivaciones presentes y ulteriores que dificultan y postergan la cobertura integral de la atención de la salud pública de los residentes del AMBA. En estas condiciones existen diferentes posibilidades en el acceso a la atención pública de salud como resultado de los asentamientos de población con limitaciones en las necesidades básicas, con marginación social y mayores riesgos para la salud de la población *como derecho*, y también un deficiente grado de desarrollo de la atención pública hospitalaria *como deber* de la autoridad sanitaria.

Como consecuencia, mientras en la emergencia inmediata la incidencia de casos continúa, las medidas decididas para la atenuación de la curva epidémica ha querido evitar en cierta medida el desborde de la capacidad instalada apropiada que posee la estructura sanitaria en la ciudad y en la provincia para atender la demanda de los enfermos del corona virus y también, al mismo tiempo, a la demanda habitual de atención. Lo inmediato ha obligado a improvisar, lo mediato espera solución.

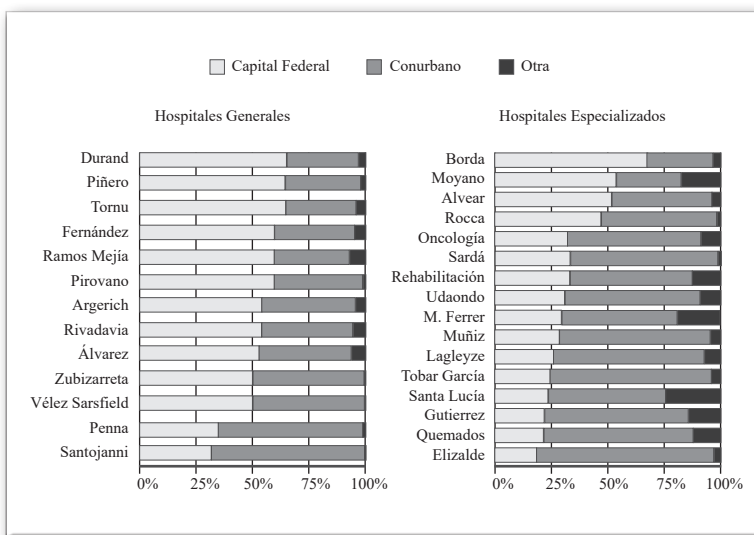
Esta situación discrepante en las condiciones de la atención pública organizada en el AMBA, *similar en todos los grandes conglomerados urbanos*, se puede visualizar en el porcentaje de egresos de los hospitales públicos de la Ciudad según residencia habitual comparada con la demanda que proviene de la población del conurbano bonaerense, como se observa en el siguiente gráfico.

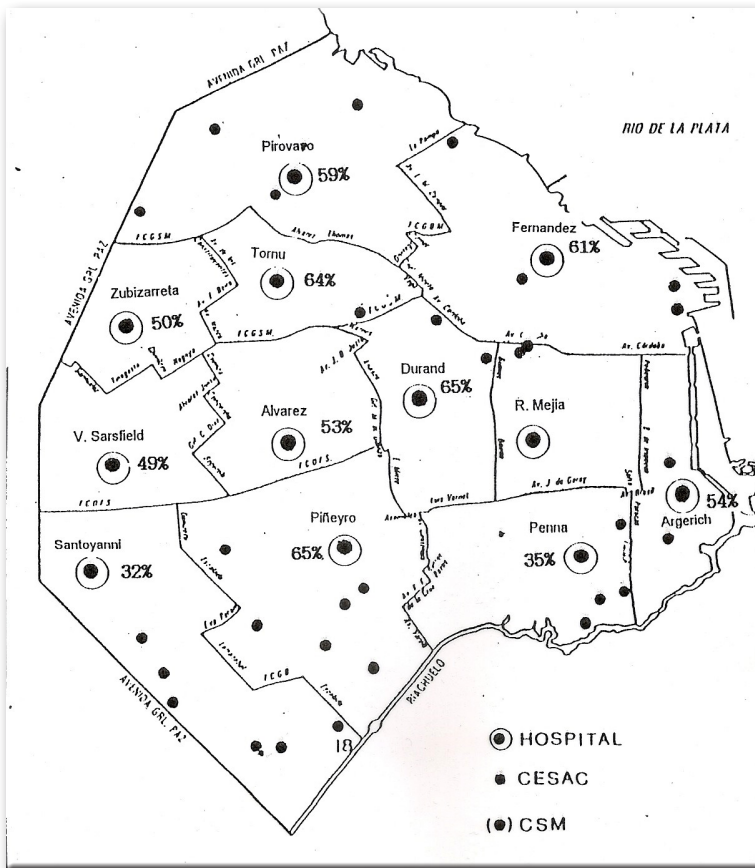
Porcentaje anual de egresos de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires según residencia.

El 45,5 % de los egresos de hospitales públicos generales corresponde a residentes habituales en la Ciudad de Buenos Aires y el 50 % a residentes del conurbano bonaerense. En los hospitales especializados hay mayores egresos de residentes del conurbano y de otras áreas.

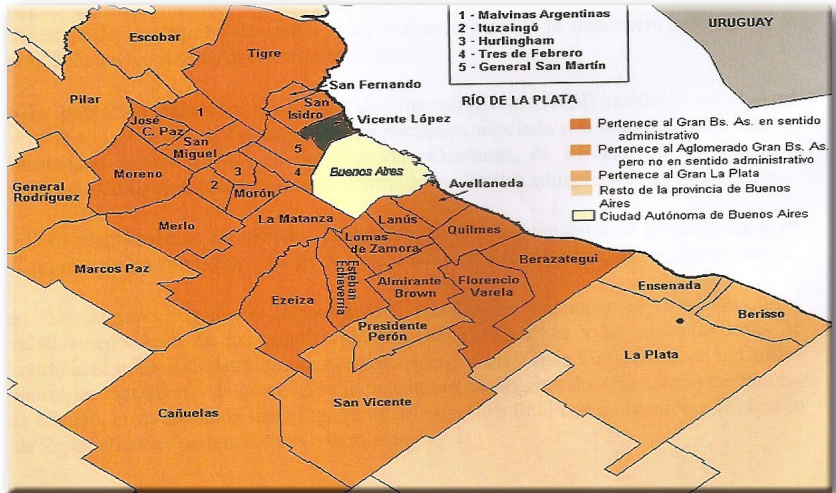
En el siguiente mapa de la Ciudad de Buenos Aires se presenta el porcentaje de egresos de residentes en la Ciudad correspondiente a los hospitales públicos en su área de cobertura, de donde se desprende una gran demanda espontánea de atención médica proveniente de habitantes del conurbano bonaerense cercanos a la ciudad que recae particularmente en establecimientos asistenciales de las zonas sur y oeste de la ciudad.

Egresos (%) de residentes en la Ciudad de Buenos Aires en áreas programáticas de los hospitales públicos





A continuación, en el mapa del Conurbano Bonaerense se puede observar a los partidos de la Provincia de Buenos Aires en su ubicación espacial cercana a los límites territoriales correspondientes a las zonas Sur y Oeste de la Ciudad de la Ciudad de Buenos Aires.



Asentamientos precarios en el área metropolitana de Buenos Aires

De acuerdo con la información sobre asentamientos poblacionales brindada por las Naciones Unidas, se utilizaba primeramente el término “slum” para identificar las características de barrios pobres con poblaciones de muy baja condición social. En la actualidad se reconocen en nuestro país bajo diversas denominaciones los *asentamientos*, las *villas* o *ciertos barrios*, en los que existen viviendas en las cuales habita grupos de individuos bajo el mismo techo en un área urbana y peri urbana, adoleciendo de una o más de algunas de las características que fueron establecidas para categorizar un *hogar con necesidades básicas o condiciones básicas imprescindibles*, tales como *espacio suficiente, acceso al agua potable, al ambiente higiénico, a la accesibilidad sanitaria y a la posesión segura de la vivienda*. Cuando dichas *necesidades no son satisfechas se consideran asociadas a la dificultad de obtener ingresos suficientes para una subsistencia apropiada*.

La existencia de hogares en asentamientos precarios tiene su origen en la búsqueda de vivienda por parte de población en pobre situación económica, mediante la ocupación de un terreno estatal o privado no destinado a uso resi-

dencial, con construcciones precarias sin servicios urbanos, en principio con carácter supuestamente transitorio. A partir de allí, los *asentamientos* poblacionales crecen y consolidan en agrupaciones ilegales estables de vivienda sin planificación previa, denominadas *villa*.

Según los datos del último Censo Nacional del 2010, habitaban en el Área Metropolitana de Buenos Aires 12.806.866 personas, de las cuales 9.916.715 eran pobladores del Conurbano y 2.890.151 residían en la Ciudad de Buenos Aires, lo que representa una concentración en el Área de alrededor del 32% de la población total del país.

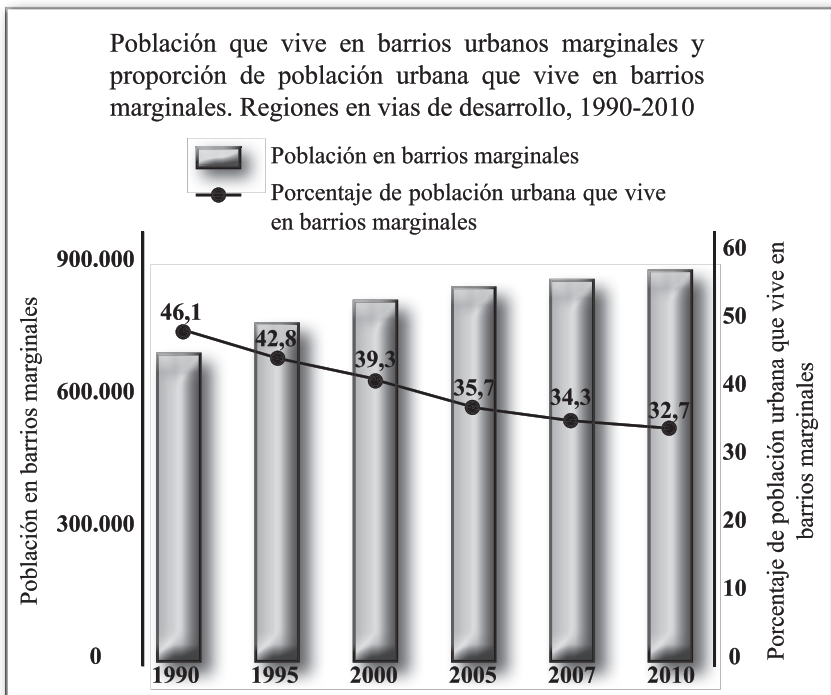
El 65% de los hogares que habitan en villas o asentamientos precarios residen en el Conurbano Bonaerense y en ellos el 38% de los pobladores proviene del interior del país. En la ciudad de Buenos Aires tiene su asiento el 35% de los hogares que habitan en los asentamientos precarios y villas. En el 2015 la Organización no Gubernamental TECHO denuncia la existencia de 819 villas y asentamientos en el Área Metropolitana Bonaerense, en los cuales viven entre 1,2 y 4 millones de personas. En el 2018 se presentaba en el Senado de la Nación un número notablemente mayor de villas existentes en el conurbano de la ciudad. De acuerdo con datos oficiales del Registro Nacional de Barrios populares (RENABAP), existen en el país 4228 asentamientos informales, de los cuales 1600 en el Conurbano Bonaerense, donde viven alrededor de 3 millones de personas. Otras investigaciones aportan cifras parecidas, aunque existen dificultades en precisar el número de asentamientos informales que se encuentran en la ciudad y en el conurbano bonaerense. No obstante lo cual, todas las estimaciones coinciden en afirmar que el número de villas y asentamientos precarios se encuentran creciendo en número y cantidad de habitantes. Se estima que entre el año 2001 y el 2010 se incrementó en 35 % la población de asentamientos informales en la ciudad, aunque se considera que el número se encuentra subestimado al no contabilizarse el número de personas que viven en la calle, como así tampoco los que habitan en hoteles pensión y en casas tomadas.

La distribución de los *hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI)* constituye un indicador epidemiológico que sintetiza la situación más estable de pobreza de sus habitantes, permitiendo identificar objetivamente a la población que vive en las peores condiciones económicas. Teniendo en cuenta que estos grupos están expuestos a riesgos mayores de enfermar o morir, es

tarea epidemiológica identificar en el conjunto poblacional a los *hogares carentes y vulnerables*, como prioridad para accionar con medidas efectivas y una cobertura equitativa en Salud Pública.

Tendencia al crecimiento

La temática del crecimiento de los asentamientos precarios de poblaciones en los ambientes urbanos de los países en desarrollo ha sido investigada por las Naciones Unidas. El estudio de una tendencia anual indica que si bien el porcentaje de población urbana en situación de precariedad se encuentra en descenso, ocurre lo contrario en la población que habita en las ciudades en asentamientos precarios, como puede observarse en la siguiente figura. La situación es demostrativa de la dinámica demográfica de poblaciones bajo condiciones de pobreza en la periferia de las grandes ciudades principalmente.



En la figura se advierte la discrepancia entre el % de población urbana que vive en barrios marginales en los países en desarrollo y el crecimiento de la población urbana que vive en los barrios marginales.

Asentamientos y Villas

Cuando las necesidades básicas indispensables no son satisfechas se consideran asociadas a la dificultad de obtener ingresos suficientes para una subsistencia apropiada, que se relacionan estrechamente con asentamientos precarios y villas en situación de privación, con peores oportunidades educativas, trabajo, vulnerabilidad, protección de la salud y acceso a la atención médica.





Medidas frente a la epidemia.

La inexistencia de una vacuna para covid-19 que posibilite alcanzar un nivel útil de personas inmunizadas ha forzado a las autoridades políticas en nuestro país y en el mundo, a decidir estrategias sobre medidas de control a poner en marcha de acuerdo a determinados criterios de prioridades. Sobre los resultados observados resulta imposible evaluar de manera rigurosa y comparativa el valor de los mismos. La decisión del aislamiento masivo de enfermos, confirmados o potenciales, en su domicilio, exige para ser exitoso condiciones de control difíciles de efectivizar, por lo cual la medida no brinda garantías. El aislamiento de casos, confirmados o potenciales bajo condiciones seguras, debe ser institucional, aunque en la práctica esas condiciones para un aislamiento efectivo en establecimientos públicos no abundan y por lo tanto se presentan como una materia pendiente de realización, en previsión de las futuras epidemias.

Asumiendo un nivel de *tasas de letalidad* de máxima, ha sido posible obtener en el mes inicial una morbilidad estimada en 7880 casos por elaboración estadística mediante letalidad 4.8 % sobre los casos confirmados emanados

del registro oficial de fallecidos, resultando $394 (100) / 4.8 = 7880$ casos de Covid-19. Con la epidemia en progreso, en fecha 21 de Mayo se informa sobre la existencia de 9284 en el país, el 90 % de los cuales tiene lugar en el AMBA, donde se registra 1011 fallecidos el 21° de Junio. Comenzando el Invierno y asumiendo una *tasa de letalidad* de mínima fue posible obtener una morbilidad esperada $1011 (100) / 2.0 = 50550$ casos.

En fase ascendente de la curva epidémica se producen múltiples focos de propagación que representan ondas de casos que son denominados rebrotes de la epidemia, siendo más precisamente manifestaciones focales de la misma, como una expresión de grupos en riesgo no controlados.

En Salud Pública como en otros aspectos de las relaciones humanas existe la dificultad de contar con soluciones unívocas, ya que una medida conveniente en determinadas circunstancias puede asumir connotaciones inconvenientes en otras. De esta forma, una decisión – achatar la curva – que ha perseguido reducir la cantidad de casos durante el curso de la epidemia, previene cierto desborde de la capacidad adecuada de atención médica, pero la menor incidencia relativa de casos deja mayor número de susceptibles a través del curso del brote, coincidiendo con casos inaparentes y portadores sanos que pueden persistir contagiando y dando lugar a la forma de epidemia prolongada.

Caso contrario, privilegiar recursos y esfuerzos dirigidos a reducir la letalidad evitable de los enfermos, hasta llegar al final de la epidemia con un equilibrio biológico de la relación entre el virus y la población, permite dejar en un segundo lugar las medidas impositivas sobre la libertad de movimiento de las personas evitando sus consecuencias negativas, pero el proceso de evolución natural puede conllevar también una cuota de crueldad cuando priorizando el tratamiento de los enfermos no se logre reducir la letalidad evitable.

Consideraciones

Mientras la Teoría infecciosa nos hizo saber sobre la existencia del portador sano y del enfermo inaparente, su integración con la Teoría epidemiológica y las condiciones de vida de la población nos ofrece la posibilidad de decidir-medidas capaces de ser logradas mediante un abordaje consensuado por parte de quienes desde su ámbito habitual de trabajo concurren con el más aproximado y abarcativo conocimiento integral del problema.

Las *medidas integrales* deben surgir de una necesaria reunión *interdisciplinaria* de conocimientos frente a la emergencia pandémica, y debe orientar a las autoridades políticas, aunque no dejando de considerar el carácter rector en *Salud Pública* frente a la emergencia. La experiencia indica que con ausencia de consenso interdisciplinario surge la incertidumbre, el desconcierto, las opiniones infundadas además de temor perjudicial en la población. Con frecuencia, dicho temor conduce a situaciones caóticas que afectan la salud de las personas.

Una vez decididas, las medidas políticas a poner en práctica deben ser comunicadas a través de los medios, aunque ha sido posible observar que la población padece con la cuantiosa, permanente y controvertida cantidad de opiniones difundidas en especial por televisión. Un ejemplo tiene lugar cuando la difusión hace de dominio público las supuestas ventajas de ciertas medidas antes de ser evaluados convenientemente sus alcances e implicancias. Frente al desorden informático resulta conveniente recordar una máxima que sugiere que para comprender y explicar mejor los problemas, las suposiciones no deben multiplicarse más de lo necesario.

Con respecto a la persistencia de la pandemia, el concepto de probabilidad de contacto adecuado comprendido en la fórmula de Reed y Frost, ofrece respuesta y se relaciona con el valor de la probabilidad (p), que depende de las variables pertenecientes a cada comunidad en particular. De acuerdo con la observación de Rolando Armijo Rojas, en la práctica resulta muy difícil establecer el valor de (p) en la comunidad para una enfermedad determinada, ya que se trata de un valor que resume variables complejas, conocimiento y medición de cantidad de factores imponderables. No obstante lo cual, afirma Armijo, la fórmula resume los aspectos más comunes de las complejidades particulares, al mismo tiempo que ofrece respuestas válidas para situaciones propias de comunidades diversas, tales como las tasas de incidencia y su variación de acuerdo con la introducción de medidas durante el curso de la epidemia; en cuyo caso – ha sido posible apreciar– se produce la prolongación endémica de la epidemia y la reaparición de casos, que son llamados rebrotes y que representan focos de epidemia prolongada. A medida que se prolonga la epidemia en el tiempo aparecen múltiples consecuencias sociales negativas, surgiendo numerosas dudas sobre la persistencia de la inmovilidad social, con continua aparición de nuevos casos. Así mismo y consecuentemente, cobra importancia la opinión de numerosos asesores en salud sobre la nece-

sidad de cubrir a la población con la utilización de test para el diagnóstico de covid -19 en las personas en aparente estado de salud. Con el propósito de responder a esta inquietud es conveniente recordar que Roberto Koch aportó una evidencia definitiva a la teoría infecciosa de Luis Pasteur mediante el descubrimiento de la existencia del portador sano y del enfermo inaparente en toda la población de Hamburgo durante una gran epidemia de cólera en 1892. Desde entonces, dicho conocimiento nos hace saber que, frente a una situación epidémica muy difundida en la población, el procedimiento epidemiológico para la pesquisa, diagnóstico y control se basa en la detección con posibilidad de una concreta identificación de los contactos del caso índice, con el propósito de su correspondiente aislamiento. Sin embargo, esta posibilidad, difícil de lograr en epidemias con gran número de casos, aún más, con la utilización complementaria de un test, requiere en primer lugar la imprescindible existencia y el funcionamiento de una estructura epidemiológica disciplinariamente entrenada, sin la cual el test, como procedimiento de pesquisa masiva para aislamiento y control, carece de un resultado efectivo frente a la epidemia en curso.

Ante la inevitable ocurrencia de nuevas pandemias en el futuro, resulta imprescindible que los países se encuentren permanentemente preparados para cumplir con las funciones de control epidemiológico frente a la emergencia. Cuando el próximo agente infeccioso o su variación genómica sean novedosos para el huésped, la tarea de investigación y *elaboración de vacuna será prioridad del Sistema de Vigilancia epidemiológica.*

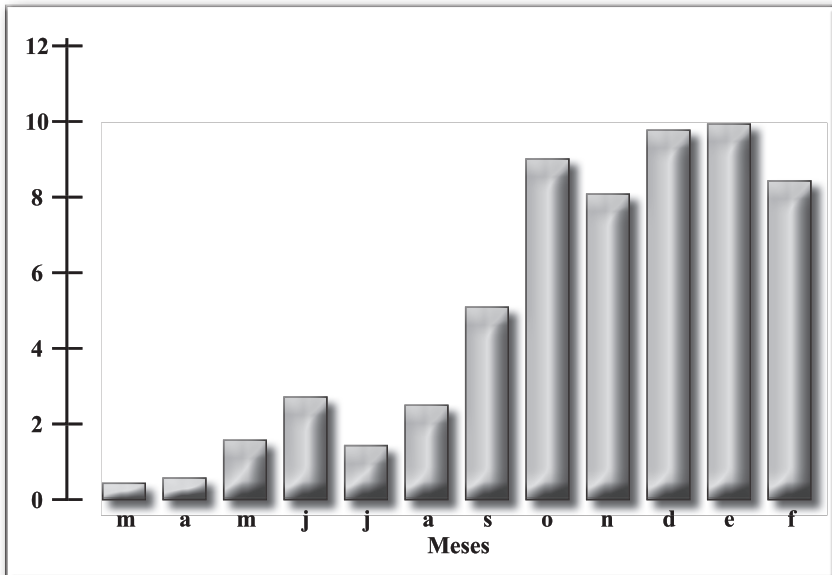
Mientras esa tarea de laboratorio se encuentre en marcha, la función de detección de casos, identificación de contactos y aislamiento efectivo, reclama la existencia de una estructura compleja, compuesta por un conjunto diversificado de recursos humanos altamente calificado y numeroso, articulado en medios y fines. Será éste un proceso relacionado íntimamente con la generación y capacitación adecuada del recurso, cuya construcción no es independiente del apoyo que necesita para generarse o sustentarse, es decir, del papel relevante del *Estado* y la *formación universitaria*. El producto será el desarrollo de un aparato epidemiológico permanente, organizado, cohesivo y efectivo.

Hiperendemia

La introducción del aislamiento masivo obligatorio no logró el control del brote pero modificó el curso de la curva epidémica; su mantenimiento, a expensas de la transmisión por contacto origina una endemia con incidencia elevada de casos.

Esquema de una hiperendemia por evolución de epidemia no resuelta

Se entiende de esa manera por hiperendemia la incidencia elevada de la enfermedad cuando se encuentra constantemente presente en la población, afectando a todos los grupos de edad y cuya presencia habitual se debe al carácter constante del crecimiento demográfico, con el aporte de nuevos susceptibles y la presencia de portadores sanos y enfermos subclínicos.



Evolución de la epidemia ante la llegada de la época invernal

Ante la persistencia de la epidemia por Covid-19, ya sea por la curva epidémica no resuelta o por la forma de epidemia propagada prevista, resulta lógico considerar el riesgo de infección viral interactiva frente a la llegada de la influenza o gripe estacionaria anual, de manera que es posible esperar que la población que enferme por Covid-19 se encuentre expuesta a ambas virosis.

De acuerdo con Mc Mahon se espera interacción cuando la tasa de incidencia de la enfermedad en presencia de dos o más factores de riesgo difieren de la tasa de incidencia esperada como resultado de sus efectos individuales. En ese caso, el efecto resultante puede ser mayor por interacción positiva – sinergismo – o menor por interacción negativa o antagonismo.

La llegada del invierno impone prever la posible interacción del virus de la epidemia en curso con el virus influenza, siendo necesario considerar la tasa de incidencia de la enfermedad que pueda surgir de ambos efectos sumados, como así también la tasa de letalidad y la evolución del proceso. Ante una posible asociación causal, B. Hill ha planteado que la magnitud de la tasa de incidencia resultante refleja la fuerza de la asociación, ya sea mayor o menor. A despecho de las posibilidades de riesgo ya sea sinérgico o antagónico de la interacción, cabe avanzar sobre la prevención del riesgo mayor, e intentar proteger a la población mayormente vulnerable mediante la vacuna antigripal.

Previendo el futuro al final de la pandemia

Esta pandemia llegará a su fin y es necesario considerar lo que se debe hacer para minimizar improvisaciones y preparar recursos y capacidades ante futuros e inevitables riesgos. Es necesario entonces pensar en utilizar los conocimientos adquiridos y las ideas de unos y otros en todo el mundo, para encontrar el camino dialogando sobre la experiencia actual con el propósito de que las futuras generaciones estén preparadas para hacer uso de las capacidades antes de adquirirlas frente a la emergencia. Como un ejemplo demos-

trativo de actitud preventiva, en Alemania, antes que el virus llegara al país el 27 de Enero y teniendo en cuenta la expansión de la pandemia, se creó un Comité permanente de vigilancia. En nuestro país Ignacio Katz ha insistido reiteradamente en la creación de un gabinete interdisciplinario.

Estas decisiones deberán ser acompañadas con el impedimento de concentraciones de población, las reuniones de diferentes tipo, el cierre oportuno de colegios y la disminución de circulación en transportes públicos. En lugares donde sea superada la capacidad instalada adecuada para aislar a los contactos potencialmente infectados, se deberá apelar a espacios improvisados, pero únicamente cuando puedan ser mantenidos efectivamente separados del resto de la población.

Una interpretación aceptable en la actualidad del concepto de cuarentena consistiría en circunscribir determinada área con elevada incidencia de casos mediante un *cordón sanitario*, que además permita segregar a la población supuestamente no enferma.

El *test* utilizado en función diagnóstica para identificación de casos y contactos consiste en un procedimiento cuyo valor depende de la existencia del sistema epidemiológico que lo pueda utilizar convenientemente junto con los restantes componentes del mismo,—recuso humano capacitado y aislamiento efectivo de casos y contactos—*sin los cuales pierde significado útil*.

Mientras no se disponga de vacuna, la prioridad ante el estallido de futuros brotes deben contemplar la disponibilidad y *capacitación de recursos para el tratamiento intensivo* institucional de los enfermos con el fin de evitar la letalidad reducible, previendo en primer lugar la *protección del personal de atención de pacientes*.

Así mismo, la formación epidemiológica para el diagnóstico cierto, la detección de los contactos del caso y su identificación y aislamiento efectivo, solo será posible realizar por medio de una política de *descentralización, sectorización geográfica y desarrollo de recursos a nivel local*.

Algunas medidas de control, tales como el uso indiscriminado de barbijo, guantes, aislamiento domiciliario masivo obligatorio y punible, o la obliga-

ción de solicitar permiso para circular, pueden haber conseguido cierta protección frente al virus, pero la experiencia indica que su utilización, de un valor relativo siempre dudoso, solo sería viable a condición de que tales medidas resulten aceptadas socialmente y siempre en el marco de la realización de una política de desarrollo humano y social, ampliando las bases de desarrollo comunitario para lograr un equilibrio estable y equitativo en Salud Pública.

Vacuna Covid-19

En el año 2013 la Organización Mundial de la Salud produjo directrices sobre la evaluación de la experiencia de la pandemia de influenza A (H1N1) del año 2009, cobrando importancia para la elaboración del documento *la posible existencia de un vacío operativo en los países para enfrentar el riesgo de un estallido pandémico cuando ningún país puede producir o comprar suficientes vacunas en forma simultánea*. Frente a futuras pandemias se planteó la priorización y secuenciación de *grupos objetivo*, que ha de ser una decisión de cada país.

Consideremos que en materia de vacunación se han puesto comúnmente en práctica dos líneas de operación que se enfrentan en el abordaje del problema. Por un lado, la estrategia común y facilista expresada por medio de *Campañas* que ofrecen e invitan a vacunarse, basada en la responsabilidad de las personas, acompañadas por mensajes educativos difundidos por los medios.

Por otro lado, el *Programa de vacunación* apoyado en el método de *Planificación*, que se basa en principios generales de procedimientos que corresponden a tareas de *diseño, ejecución y evaluación*. En la etapa inicial de *diseño* se determinan los *objetivos numéricos*, que deberán ser acompañados por los recursos humanos y correspondientes responsabilidades, equipos necesarios y adquisición de vacuna. Las vacunaciones serán registradas en un cronograma de cumplimiento de las tareas programadas.

La *ejecución* del programa requiere el conocimiento previsto de *los porcentajes* de población a vacunar, mediante los cuales se podrá obtener el *nivel útil de población inmunizada* que impida el estallido del brote. Para cumplir las correspondientes acciones de vacunación a las personas se deberá abordar a *las familias*, en conocimiento de su residencia urbana y rural, con el fin de brindar *cobertura activa y acceso real equitativo* bajo condiciones técnicas pertinentes.

Para vacunar a toda la *población objetivo* es necesaria la utilización de una estructura responsable de la cobertura de la misma que posibilite el cumplimiento del programa. Dicha estructura y la concreción de sus funciones se encuentran comprendidas en las *Áreas programáticas* para realización efectiva de acciones de *Atención Primaria de la Salud*.

Será necesario tener en cuenta que la ausencia o debilidad de la estructura impide el cumplimiento de objetivos programados. Esta ausencia implica la inexistencia del valor conceptual y práctico de Planificación y Programa en Salud Pública. En su desmedro y frente a emergencias se apela a las habituales campañas de vacunación cuyo valor resulta mayormente inefectivo.

La etapa de *evaluación* del *Programa de vacunación* en función del nivel útil epidemiológico se efectúa sobre la base del *porcentaje del rendimiento* alcanzado para cada *objetivo numérico* a vacunar, de acuerdo al *rendimiento mínimo esperado en el 80 % estimado* para la *población residente en cada área* o zona de salud perteneciente a *cada comuna de la ciudad* y en cada *partido provincial*. De esta manera, el resultado de la evaluación también dará lugar al *conocimiento de los rendimientos insatisfechos* y *posibilitará su correspondiente reparación*.

Programa de vacunación de la población residente en hogares de las comunas de la Ciudad de Buenos Aires (CABA)
Población total–NBI rendimiento esperado (80%)

Departamento	Población en hogares	Población residente en hogares con NBI
Total CABA	2.827.535	198.114
Comuna 01	189.339	34.311
Comuna 02	152.256	3.693
Comuna 03	181.871	22.897
Cornuna 04	215.629	32.157
Comuna 05	175.338	11.079
Comuna 06	172.815	4.219
Comuna 07	216.955	21.350
Comuna 06	186.877	25.844
Comuna 09	159.892	8.504
Comuna 10	163.685	6.248
Comuna 11	185.832	4.475
Comuna 12	198.15/	3.853
Comuna 13	227.864	4.426
Comuna 14	221.250	5.873
Comuna 15	179.775	9.185

CABA	NBI
2262028	158401,0
121804,8	27448,8
145496,8	2954,4
172503,2	18317,6
140270,4	25725,6
138252,0	8863,2
138252,0	3375,2
173564,0	17080,0
149501,6	20675,2
127913,6	6803,2
130948,0	4998,4
148665,6	3580,0
158525,6	3082,4
182291,2	3540,8
177000,0	4698,4
143820,0	7348,0

Procedimientos

En posesión de vacuna para covid-19, *eficiente y disponible*, el Programa de vacunación contemplado en la etapa de diseño pasará a la ejecución de las acciones en atención a los objetivos numéricos calculados para cada comuna bajo la responsabilidad del *Programa de área que corresponde al Hospital público de referencia, cabeza del Sistema de Atención primaria de la salud en cada comuna*.

De acuerdo a la situación epidemiológica circunstancial, el Programa puede contemplar un criterio prioritario de atención para los *hogares con NBI* existentes en las comunas. El porcentaje de la variable independiente NBI correspondiente a hogares en cada comuna determina el valor prioritario en función de la mayor vulnerabilidad de los integrantes de población NBI y ocasionalmente del recurso disponible.

En el marco del abordaje de las familias del área programática comunal a cargo de la *Unidad periférica* del Sistema APS, la composición interdisciplinaria del equipo de abordaje hará posible un segundo criterio prioritario en manos del médico generalista, quien ha de identificar a las *personas mayores integrantes de las familias portadoras de patologías crónicas* con un mayor riesgo de gravedad ante la infección viral. En este caso, el criterio de prioridad mejora los abordajes globales y fortalece la prevención frente a procesos mórbidos concomitantes, aportando al Programa un menor riesgo de aceptar como protegido a todo vacunado.

El abordaje de la familia en Atención primaria de la salud posibilita que no se pierda la comprensión de los datos más abarcativos de la totalidad estadística. Esta visión más real de las condiciones de vida en el hogar permite identificar gran parte de las variables existentes que intervienen como variables independientes sumando vulnerabilidad y riesgos. Su conocimiento y eventual tratamiento interactúa positivamente con el Programa de vacunación produciendo un efecto conjunto preventivamente mayor a los efectos por separado de la vacunación.

En la etapa de *evaluación* del Programa el conocimiento del *cumplimiento de los objetivos numéricos estimados* permitirá conocer el *nivel útil alcanzado* o, en su defecto la correspondiente *corrección*.

Unas pocas ideas finales

Los conocimientos epidemiológicos resultan ineludibles en el abordaje de la pandemia con su aporte sobre las medidas de control frente a la emergencia, contribuyendo a la concreción de una política coherente de gobierno en el amplio escenario de la Salud Pública. En este marco se integran conocimientos con las áreas de educación, trabajo y vivienda, con el fin de lograr un abordaje político sistémico coherente con el mayor grado de eficiencia en el desarrollo humano y social de la población.

De acuerdo con el conocimiento adquirido a través de la experiencia se puede afirmar que el proceso pandémico afecta a la población con manifestaciones de naturaleza biológica y socio económica cultural. Por esta razón, en un inmediato quehacer post pandémico es necesario contemplar una reforma curricular educativa en Ciencias de la salud en grado y postgrado, con la valorización de la enseñanza de Salud Pública y el fortalecimiento de las Escuelas de Salud Pública, con promoción en postgrado de cursos intensivos con énfasis en Epidemiología, dirigidos especialmente para recursos humanos en funciones públicas de salud.

GOBERNANZA SANITARIA Y LA PANDEMIA COVID-19

por el Dr. Ignacio Katz

Presentación

La pandemia actual ha sacudido al mundo entero, y ha corrido el velo a ciertas realidades que no queríamos ver. Depende de nosotros que esas realidades no se oculten nuevamente y que sean afrontadas y transformadas. Lo cierto es que esto vale para muchos ámbitos sociales, aunque aquí nos centraremos en la salud pública, que no es poco decir y tampoco se puede escindir de aspectos diversos (desde la economía y política, pasando por la ecología, ciencia y tecnología, entre otros).

Más que generar problemas nuevos, la pandemia ha magnificado problemas ya existentes. Las fallas de la sanidad en nuestro país son históricas y estructurales. Más allá de los imponderables de una situación pandémica, existen pilares que no deberían depender de la habilidad o impericia de un político, funcionario o experto asesor.

En la primera parte de este escrito, repasamos la necesidad y el deber de superar nuestro presente y construir un futuro, sobre la base de un Acuerdo Sanitario que genere un nuevo Sistema Federal Integrado de Salud. El texto se nutre de artículos, columnas de opinión y libros producidos a lo largo de años de trabajo.

La segunda parte aborda específicamente la actual pandemia producida por la enfermedad COVID-19 del virus SARS-CoV-2. Apunta algunas cuestiones globales y también algunas indicaciones sobre nuestro abordaje local, con el énfasis en la necesidad de un gabinete operacional multidisciplinario y federal que asuma la responsabilidad técnica y de gestión.

Primera Parte

I. Entre la necesidad y el deber: para una nueva salud pública (diagnóstico ético)

La salud no espera

*“Me hierva la sangre al observar tanto obstáculo,
tantas dificultades que se vencerían rápidamente
si hubiera un poco de interés por la Patria”*

Manuel Belgrano

*(en el bicentenario de su muerte
1820-2020)*

Vivimos hace décadas en una inercia sanitaria, con movimientos que modifican algo para no modificar nada. Como dijera Edgar Faure, ministro francés, “la inmovilidad se ha puesto en marcha, y no sé cómo detenerla”. Necesitamos que la salud llegue al debate democrático para que la democracia llegue a la salud. Ello implica una reforma integral que conlleva necesariamente un gran acuerdo sanitario, y no meras reformas aisladas.

Debemos afrontar la complejidad de una dimensión como la salud que atraviesa todo el cuerpo social. Desde la infraestructura, a la matriz productiva, los flujos migratorios, la biodiversidad y la heterogeneidad cultural, por no hablar de la profunda desigualdad económica, la dimensión territorial, y un largo etcétera.

No podemos limitarnos a los deseos, o al inconsistente lema que concatena necesidades con derechos, sin advertir que faltan recursos, obligaciones y controles. En otras palabras, debemos atender a la cascada conceptual que nos recuerda que *no hay deseos sin estructura; estructura sin sistema; sistema sin función; función sin órgano; órgano sin finalidad*.

Existen avances en algunos ejes de debate, que debemos rescatar para que no se pierdan en la maroma discursiva. Pero deben ser acompañadas por la audacia política de tocar puntos sensibles e intereses fuertes. Se requiere de articular y negociar, teniendo en cuenta los distintos poderes, tanto los estatales, como el Ejecutivo, Judicial y Legislativo, así como los de la llamada sociedad civil, como el poder Sindical, la Prensa, la Burocracia, las corporaciones, entre otros.

El Estado Nacional debe apoyarse en la opinión pública para que acompañe en la conquista de sus necesidades y no limitarse a consentirla en el reconocimiento de sus deseos superficiales, lo que implica confundir necesidades objetivas de las personas con la demanda de consumidores. Además, la oferta crea su propia demanda, lo cual constituye un peligro en salud. Sería más adecuado, entonces, reemplazar el planteo de *oferta y demanda* en salud, por la dupla de *producción* de servicios sanitarios y *consumo* de atención médica oportuna, adecuada y equitativa.

Debemos pasar de la discusión político-técnica a la reflexión y el pensamiento crítico. Abandonar el compromiso de palabra y las propuestas de ajuste y perfilamiento, y afrontar el efecto ocaso que requiere un cambio de paradigma y un nuevo diseño organizacional. Debemos plantear la necesidad de enfrentar el término “fragmentación” que oculta dilución de responsabilidad, complicidad, inconsciencia y, en definitiva, injusticia. Restablecer, por el contrario, valores elementales como la fraternidad, además de la libertad y la igualdad.

La realidad no espera. Estamos en una crisis humanitaria. Es tiempo de decisión política, responsabilidad profesional y participación ciudadana. El Pacto Social, que recurrentemente se pregona, debe incluir un acuerdo para una gestión adecuada en salud a fin de alcanzar un nivel de equidad social. Para ello se requiere de:

- Diseño de una política
- Planificación estratégica
- Capacidad de gestión
- Transparencia moral

Para lo cual se necesita de flexibilidad táctica, consistencia estratégica y agilidad logística.

Para terminar, me permito apuntar en forma de pregunta algunos de los desafíos que debe afrontar esta verdadera gesta democrática.

- ¿Cómo superar la fragmentación actual que alcanza un grado de anomia e injusticia?
- ¿Cómo aprovechar los recursos dispersos, sino con una integración de los subsectores?
- ¿Qué implica producir salud para las necesidades de la población, en vez de ofertar salud para las demandas de consumidores?
- ¿Cómo fortalecer el rol del Estado Nacional como rector y regulador, y cómo articularlo con el federalismo sin caer en la autonomización que deja a su suerte a cada jurisdicción?
- ¿Cómo alcanzar una planificación estratégica si no contamos con un Observatorio Nacional de Salud, un mapa sanitario y un ordenamiento territorial?
- ¿Cómo involucrar a la población para que participe de la reforma?
- ¿Cómo articular intereses y hasta valores diversos, manteniendo las responsabilidades asimétricas?
- ¿Cómo involucrar a las Universidades, en su insustituible rol de formadores profesionales? ¿Cómo a los colegios médicos?
- En síntesis, cómo coordinar los componentes de financiador, prestador, proveedor y usuario.

En definitiva, cómo salir de la lógica del reclamo, de la crónica y del parche, para ingresar en el camino de la propuesta y de la transformación superadora. Espero que este libro ayude a responder estas preguntas.

Integración responsable y responsabilidad integral

“Dueños de sus destinos son los hombres.

*La culpa no está en las estrellas,
sino en nuestros vicios”*

William Shakespeare

Si prácticamente todos los actores y analistas de la salud coincidimos en la necesidad de superar la profunda fragmentación e inequidad de nuestro sistema sanitario, ¿cuáles son los obstáculos que nos impiden lograrlo? Mencionaré algunos que operan en el sentido de *“desviar la mirada” respecto de los nodos esenciales* y eluden centrar la atención en las cuestiones que constituyen la diferencia entre someterse al destino o construirlo.

Por otro lado, compartir ciertos objetivos no significa que se compartan las direcciones matrices –y los pasos concretos correspondientes– sobre las cuales avanzar para alcanzarlos. El destino en sí no traza el mejor camino y, a veces, ni siquiera uno que nos aproxime al mismo. Se trata de la *falsa conciencia*: pretender un cambio operando sobre un aspecto parcial del problema y no sobre la totalidad que lo conforma.

Se requiere para ello combinar transformaciones en la cultura laboral, incorporar una mayor y mejor información e informatización sobre la población, un sistema de monitoreo y control con modificaciones en la estructura institucional, logística y operacional, enmarcada en una estrategia de gestión. En definitiva, una planificación racional (fines) con un criterio instrumental (medios).

La fragmentación actual no se resuelve con una mera coordinación entre espacios de decisión cuasi autónomos, recursos asimétricos y poco transparentes. Resulta indispensable una nueva arquitectura organizacional global, abierta, permeable, flexible, con unidades empresariales de gestión que acompañen a los fenómenos de transferencia técnica y que mantengan siempre presente la finalidad: la salud como bien privado de provisión pública y responsabilidad intransferible del Estado, y como derecho individual y social.

Hoy tenemos grandes organismos como la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.SALUD), y las dos mayores Obras Sociales como son el PAMI y el IOMA, que dejan en un segundo plano al mismo Ministerio de Salud de la Nación. El PAMI y la S.S.SALUD tienen en su jurisdicción la salud del 60% de los argentinos, y gastan más del doble que el Ministerio Nacional, y sobre los cuales este tiene poca o nula incidencia. Para no hablar de las denuncias de corrupción que los rodean históricamente.

Además, la fragmentación y cuasi autarquía que reina en el área sanitaria, no sólo implica una ineficiente asignación de recursos, sino que en buena medida constituye la base del problema al diluir las responsabilidades, al punto de acercarnos a una situación de *anomia*: se pierde el sentido de las leyes y sus fines, en un estado de disociación entre los objetivos de la población y su acceso efectivo a ellos.

Estamos acostumbrados a centrar la atención en la responsabilidad *ex post*, es decir, ante las consecuencias de la producción de algún estado de cosas (en términos de sanción o de reparación); pero debiéramos también reparar en la responsabilidad *ex ante*, es decir, en quién tiene el poder y el deber de dar lugar a un determinado estado de cosas (o de evitar su producción). Es precisamente en este nivel donde se destaca la ausencia de una planificación estratégica de salud y de una agenda bien pautada.

Esta atribución de responsabilidades prospectivas no se regula con una simple predeterminación de acciones a realizar o evitar, sino en atribuir al sujeto responsable la capacidad y la obligación de determinar la concreta acción a realizar para la persecución del fin establecido. Se trata de una regulación a través de “normas de fin” y no sólo de “normas de acción”. Mientras que estas últimas califican deónticamente una acción (es decir, una lógica más bien binaria de lo correcto e incorrecto éticamente), las normas de fin obligan a perseguir un determinado objetivo, delegando en el destinatario el poder discrecional o la responsabilidad de seleccionar el medio óptimo para ello (aquella medida que, a la luz de las circunstancias del caso concreto y atendiendo a las posibilidades fácticas y deónticas, maximiza el fin con el menor coste posible).

Por último, la responsabilidad del Estado Nacional en su triple función de garante, normatizador y regulador, tanto del acceso equitativo a los servicios de salud como de la correcta asignación de los recursos, no es transferible por la propia Constitución, aunque sí delegable bajo efectivas normas de control. El *federalismo* significa que representantes locales diseñen y administren políticas de acuerdo con las necesidades locales y regionales; de ninguna manera implica la autarquía, el aislamiento y la indefensión de cada provincia. Este es el peligro de la *autonomización*, que es la característica de sectores que actúan como si estuvieran emancipados de cualquier responsabilidad y compromiso con el Estado, dada la debilidad de la capacidad de control del mismo (producto, en no pocas circunstancias, de delegaciones inducidas por el mismo Estado).

Por el contrario, en virtud del *principio de subsidiariedad*, el Estado Nacional debe garantizar los recursos y asistencia necesarios a las jurisdicciones que lo necesiten. Y, bajo el principio de la *regionalización*, debe crearse un instrumento único de información georreferencial que permita la gestión eficiente de recursos para la satisfacción de las necesidades propias de cada espacio socio-territorial (bajo claros criterios de economía de escala), mediante la organización en red de los componentes y la fusión de fines a cumplimentar para concretar el derecho a la salud.

Autocrítica, entre la anomia y el acuerdo

“Sólo la autocrítica perfecciona al ser humano, y cuando se amplía a la comunidad desbroza los caminos que conducen a la plena realización nacional y social”.

Ramón Prieto

Para pasar de la anomia al acuerdo, una estación indispensable “y diría, incluso, un estado permanente” debe ser la autocrítica. No ya la impugnación, lamento o reproche; ni tampoco la observación crítica de aspectos generales desde el exterior, sino la crítica que se involucra desde la primera persona, que advierte el estado de cosas de la que uno mismo forma parte, aunque no lo desee, y que incluso ha coadyuvado a generar o mantener.

En otras palabras, me refiero a la *falsa petición humanística*, es decir, “peticiones que permiten hacer un reclamo retrospectivamente (en forma ilusoria) sobre lo que no se hizo cuando se debiera haber hecho”¹. Si la petición fuera sincera, debería incluir la autocrítica por su ausencia cuando el momento era el más oportuno. ¿Qué intentos de transformación verdadera realizaron en el pasado, cuando ocupaban puestos que lo permitían, quienes hoy proponen reformas? ¿Y en qué medida las reformas propuestas verdaderamente transformarían la propia realidad que certeramente se critica, o se trata de meros “parches”?

Los médicos, y en general los involucrados en la gestión sanitaria de una u otra manera, debemos comenzar por blanquear la puja de intereses que ocurre no lejos y en rincones oscuros, sino cotidianamente, a los ojos de todos los que estén dispuestos a ver la realidad de frente, sin desviar la mirada. Todos seguimos una inercia institucional y rutinaria que bajo el manto del entramado sanitario encubren múltiples y repetidas acciones y omisiones que escapan del control individual, y que de una u otra manera perjudican a pacientes, ciudadanos en general y a la sociedad en su conjunto, sea en su salud

1 El concepto lo crea Jacques Bouveresse a partir de una iniciativa del ensayista austriaco Karl Kraus. También lo retoma el sociólogo Pierre Bourdieu (Cfr. Katz, Ignacio *La salud que no tenemos*, ed. Katz, 2019, Buenos Aires).

directamente, sea en el lucro cesante, sea en el principio de equidad propio de una república moderna.

Una suerte de Don Pirulero cotidiano, donde la desidia y el desencanto se vuelven rutina (por no hablar de la negligencia y la corrupción). Debemos asumir que la mentada fragmentación del campo sanitario oculta un verdadero estado de anomia que resulta así banalizado. La falta de unidad integral en la coordinación de un verdadero sistema sanitario permite la dilución de responsabilidades.

Revertir esta obediencia debida sanitaria es posible y, desde luego, un deber moral de todos los argentinos, pero con mayor responsabilidad del Estado, los cargos políticos, funcionarios y el cuerpo médico con sus instituciones colegiadas. Así como otras instituciones como fundaciones, sindicatos y demás miembros de la sociedad civil y empresaria. Para ello debemos superar el estancamiento moral e institucional estructural, del cual poco sentido tiene ya rastrear sus inicios. En lugar de estancarnos en reproches, debemos avanzar con transformaciones. Como decía Sartre: “Somos lo que hacemos con lo que hicieron de nosotros”.

II. De la confusión a la complejidad (precisión conceptual)

*“Negar la necesidad de comprender
es expulsar la comprensión misma”*

Theodor Adorno

Un tema tan candente como el de la atención de la salud de nuestra población en los tiempos que nos toca vivir requiere, antes de cualquier otra consideración, un primer discernimiento conceptual. Se haría imprescindible, entonces, distinguir claramente entre: a) las opiniones (*dóxa*), que se emiten con frecuencia a partir de informaciones parciales, provenientes de métodos anacrónicos, o sesgadas por enfoques reduccionistas, y que además suelen petrificarse en cierto “sentido común”; y b) los conocimientos (*epistème*), que son elaborados a partir de un sólido y fundamentado estudio de la realidad sanitaria, y que son sometidos dinámicamente a una continua revisión que asegura su certeza.

Muchas veces, se cae en la confusión y se toma por verdadero conocimiento lo que no deja de ser una opinión. Así, se impide la comprensión de un problema en toda su complejidad, y la falta de comprensión deviene en ceguera, es decir, en la incapacidad de reconocer el derrotero a seguir. Clarifiquemos entonces otro punto: lo complejo no es sinónimo de lo complicado, sino que es lo imposible de simplificar. Lo complejo surge donde se pierden las distinciones y claridades en las identidades y causalidades, donde los desórdenes y las incertidumbres perturban los fenómenos. Puede intentarse explicar la realidad a partir de modelos lineales, pero estos son modelos simplistas que adolecen de información suficiente.

Para recorrer, en el área sanitaria, el áspero camino que va de la confusión a la complejidad, se requiere de la concurrencia articulada y armónica de *tres pilares básicos*, que son los que deben sostener la construcción de una estructura que abarque un sistema de salud eficiente, equitativo y plural, que sea acorde con las necesidades de la Argentina. Dichos pilares son el científico, el político y el ente articulador.

El *pilar científico* abarca todos los aspectos del campo médico, desde la biología humana hasta la epidemiología, desde la prevención hasta la práctica médica, desde la organización sanitaria hasta la rehabilitación del paciente.

El *pilar político* no debe limitarse a expresiones de deseo sino a tomar como base la *realidad sanitaria y la viabilidad financiera* (las dos cuerdas entrelazadas que posibilitan el desarrollo sanitario) y desechar las falacias y desviaciones que con frecuencia invaden el área de la salud e impiden comprender sus problemas, primer paso indispensable para poder plantearlos correctamente y emprender el camino de su solución.

Por último, el *ente articulador* es el recurso instrumental, entendido en todo su sentido dinámico, que facilitará la acción intencional de los componentes científico y político a partir de un reconocimiento de las disimilitudes que contiene el territorio nacional, tanto en los recursos como en los distintos perfiles epidemiológicos. Disimilitud, no está de más recordar, que se ha amplificado hasta la enormidad con la fragmentación del sistema. Únicamente la interacción de estos tres pilares básicos puede configurar una estrategia común.

Las concepciones sanitarias recurrentes que llevaron a confundir las partes por el todo (sólo para mencionar algunas, recordemos el “hospital de auto-gestión”, el “médico de cabecera”, el Programa Médico Obligatorio, la “atención primaria”, el “nuevo modelo prestacional”, la Cobertura Universal de Salud) son ejemplos patentes de enunciados aislados que, siendo conceptos valiosos en sí mismos, terminan vaciados de contenido cuando se los erige como totalidad.

La gravedad de lo que está en juego obliga a la formulación de una estrategia sanitaria acorde con los recursos y las capacidades que nuestro país aún posee. Así como no es posible mentirse a sí mismo indefinidamente, tampoco es posible continuar en esta confusión, producto de la ausencia de una planifi-

cación renovadora. No es necesario excavar en busca de males subterráneos: todo lo que ocurre sucede a la luz del día; y esta visibilidad nos obliga a no dejar las cosas como están. Nuestra realidad es lo suficientemente cruel como para conmover la conciencia y desplazar la lógica de las falacias.

El método médico trabaja con la auscultación y la palpación: en este momento, la auscultación y la palpación del quiebre social ofrecen resultados más que evidentes, que no pueden seguir siendo ignorados. La indiferencia frente a los que sufren “que muchas veces llega al grado del cinismo” no es cuestión de filosofía o de teología, sino de ética y de moral.

Esta actitud de falta de renovación actúa como un *demorador*. Y esta demora se paga con dolor. Mientras se retarda la instrumentación del cambio, se acrecientan la autodisolución del sistema y la atomización del tejido social, con lo que se cercenan las posibilidades de reconstrucción. Desterremos de nuestro diccionario la expresión “enfrentar la crisis”, reemplacémosla por “afrontar la transformación” y tengamos el coraje y la fuerza de llevarla adelante.

El desequilibrio es tal que no hay espacio para justificaciones. Los problemas tienen clara identidad y no se solucionan por medio de la resignación, menos aún con respuestas ineficientes que terminan acrecentando el derroche. Si el objetivo es ir hasta el hueso, debemos poner al descubierto la génesis medular del proceso y su dinámica inercial. Así, veremos que el resultado no es el producto de un maleficio, como tampoco será necesario un milagro para revertirlo.

Debemos encontrar la posibilidad real de *transformar un derrumbe en un renacer*; y como no se trata de administrar un problema sino de solucionarlo, es imperioso que los participantes se involucren en un proceso de construcción resolutivo. Ello no implica desconocer los elementos turbadores que nos ofrecen ciertos actores de la realidad en la que vivimos. “Nos gustaría ser buenos y no tan groseros si tan sólo las circunstancias fueran diferentes”, escribió Bertolt Brecht. Culpar a las circunstancias es el recurso de sujetos cuyo accionar niega su propia responsabilidad y elude todo compromiso con la transformación de la configuración social. Es muy fácil mentir con el ropaje de la verdad, y una forma notable de hacerlo es mediante el cinismo. Los

pícaros de siempre parecen ejemplificar la frase de Teun van Dijk cuando explica que la actual fórmula del cinismo es: “Ellos saben muy bien lo que están haciendo y lo hacen de todos modos”. Una verdad a medias puede resultar más nociva que una mentira.

A las imprecisiones del lenguaje que se emplea en el sector de la salud se agrega la desarmonía entre los componentes que lo constituyen. Salir de la confusión requiere coraje intelectual, pero también cívico y político. La realidad sanitaria de Argentina es compleja y no puede ser reducida a fórmulas lineales, que sólo consiguen ahondar la confusión. No es cuestión de dar con una supuesta verdad revelada sino de construir de manera inteligente, lógica y racional un *sistema integrado de salud*. Este no brotará espontáneamente sino, como diría Edmund Husserl, de una acción intencional de la conciencia.

Entre el punto de partida y el de llegada

*“Lo importante no es que las instituciones
sean transformadas,
sino que los hombres transformen las instituciones”.*

Siegfried Kracauer

¿Con qué nos encontramos si *auscultamos* el modelo de atención en salud del país? Por un lado, tenemos un aspecto recaudatorio, conformado por rentas generales, contribuciones laborales y patronales, pago de cuotas y otros mecanismos de financiamiento, alejados de toda equidad. Encontramos también una apuesta a la *alta tecnología*, sin que exista correlación evidente con el beneficio de sus resultados, ya que de éstos no hay registro sistemático.

Esa obsesión por el último avance tecnológico, además, encarece las prestaciones. El uso acrítico de la tecnología devalúa cada vez más la observación detallada y la reflexión clínica, actitud básica en la búsqueda de la evidencia científica, desvirtuando la esencia de la tarea médica. No debemos confundir racionalidad y reflexión con aplicación de tecnología.

Tenemos, así, un aspecto trascendente detectado: prácticas de alto costo humano y monetario, cuestionables desde un respaldo científico. ¿Ejemplos? Cesáreas, histerectomías, apendicectomías y otros tipos de prácticas que se fomentan permanentemente.

Tenemos, además, ausencia de *prácticas preventivas*, lo que genera un posterior aumento de los costos. Un caso paradigmático es la falta de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

Otro tema no menor a tener en cuenta es el de los subsidios encubiertos, como la cobertura de descuentos en medicamentos, en la que no existe intervención sobre las líneas de investigación y producción de la industria farmacéutica para dirigirla hacia necesidades emergentes (por ejemplo, la enfermedad de Chagas). Al mismo tiempo, cabe señalar la falta de cobertura, en una proporción adecuada, sobre las patologías odontológicas. Encontramos, además, falta de continuidad y monitoreo en los programas de atención. Y, finalmente, registramos dificultades en transformar las acciones llevadas a cabo durante la coyuntura, sin su correcto seguimiento dentro de un Plan Maestro de transformación de la condición sanitaria.

Un problema nodal, repetimos, es la falta de correlación entre la asignación de recursos y la eficiencia derivada de la gestión. Esta última obligaría a elaborar pautas de competencia y complementariedad como las que promueven los presupuestos por resultados. Tenemos ese nudo, y, además, un drama que ya mencionamos: el del creciente gasto en tecnología no necesaria, una particularidad más del consumismo, producto del “mercadeo médico”.

Si ese desafío puede desarrollarse con éxito, podremos aspirar a tener como meta un acceso a un sistema sanitario oportuno, adecuado, equitativo y sostenible, bajo el concepto de justicia y dignidad humana.

Pero mal podemos pensar en volver más eficiente el uso de los recursos existentes sin una *planificación estratégica* que los oriente, sin una *estructura* armónica que vertebré las distintas partes del sistema y sin un *cambio cultural*. Si analizamos los porcentajes presupuestarios dedicados a la prevención, la educación sanitaria, la curación y la rehabilitación, comprenderemos por qué nos encontramos ante una ausencia de estrategia que lleva a destinar más dinero a curar enfermos que a prevenir los males y a educar a la población.

En cuanto a la falta de una estructura armónica, se evidencia en la falta de correspondencia entre la atención primaria, las distintas instituciones de internación según niveles de complejidad, la ausencia de centros socio-sanitarios para asistencia prolongada y la inexistencia de centros de emergencia de acuerdo a la distribución territorial y de biodiversidad de la población, con los grados de vulnerabilidad que dicha caracterización representa. Del mismo modo, observamos una carencia en la regulación del flujo de pacientes en los distintos niveles y fallas logísticas entre los diversos componentes de la configuración sanitaria nacional. Donde debería imperar el conocimiento, se deja la interacción librada a la espontaneidad.

Culturalmente, tienden a detectarse comportamientos que siguen una lógica de renta, más que de producción de servicios. En esta dimensión cultural encontramos también a usuarios con demandas aguijoneadas por medios de comunicación y a médicos con prácticas que van desde lo estéril hasta lo perjudicial, como ordenar estudios complementarios superfluos o indicar medicamentos innecesarios.

A estas pautas sobre la planificación estratégica, al requerimiento de una estructura y de un nuevo marco cultural, debemos agregar la imperiosa necesidad de desarrollar una *red tecnológico-informática*, clave para el control de un sistema complejo como el sanitario. Para conocer la atención médica, comprender y justificar los recursos científicos, técnicos y económicos que se necesitan en un nuevo marco, es imprescindible contar con una herramienta informática que integre todos los datos que produce el campo sanitario.

Claro que, para controlar la información, también debe el paciente asumir un rol activo. En ese sentido, es importante establecer la entrega de la llamada “factura sombra”, en la que se detalle toda la información del servicio médico que se brinde. Esos datos permiten focalizar los gastos, transparentar los costos y comprometer al prestador con la puesta en marcha de un mecanismo informativo idóneo, así como también evaluar el grado de satisfacción de los usuarios.

Conceptos básicos

“Los valores no se pueden demostrar sino mostrar”

Max Weber

“Salud” y “gestión”, lejos de ser términos contrapuestos, son conceptos que necesariamente tienen que ir articulados el uno con el otro. En los tiempos que corren, ante escenarios dinámicos que exigen respuestas del mismo nivel de intensidad, se hace imprescindible poner en marcha mecanismos que impliquen nuevos modelos de gestión en salud. Y, para no limitarnos a la idea de “modelo”, en rigor de verdad habría que decir que lo que hay que hacer es construir un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud, para que los habitantes de este país tengan acceso a una atención médica de calidad y eficiente. En las siguientes páginas abordaremos algunas cuestiones centrales para entender qué tipo de reformas se necesitan, y cómo la gestión en salud tiene que adoptar nuevos criterios, cultura y conceptos, para una administración eficiente, equitativa y solidaria de los recursos.

La salud es un bien que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos, pero quedarse en el enunciado “el derecho a la salud” es quedarse en un nivel declarativo. Simplificando, una cosa es tener *derecho a la salud* y otra cosa es tener *salud*. Ningún reconocimiento de derechos puede sustituir la falta de estructuras necesarias para lograr el accionar adecuado.

No basta con transformar las expectativas en derechos si no se modifican las condiciones práctico-materiales que determinan las necesidades, y al mismo tiempo definen los tipos de acción. De lo contrario, se cae en lo que llamamos *falsa conciencia*: quedarse con una buena intención sin los medios para su efectiva concreción.

Si nos adentramos más en el campo sanitario, para poder describirlo, podemos usar la imagen de un *carro transportador* que sirve de soporte, con cuatro ruedas fundamentales más una quinta que le da la dirección y coordinación. Así, tenemos cinco componentes en el campo de la salud:

- *Componente financiador*, que proviene de impuestos, aportes, dinero de bolsillo.
- *Componente proveedor*, del que dependen los recursos humanos, médicos y paramédicos, recursos tecnológicos, insumos, material descartable, medicamentos, etc.
- *Componente prestador*: que serían el sector público, obras sociales y privado.
- *Componente usuarios*: particulares, autónomos, sistema de seguridad social, carecientes.
- *Componente coordinador*: es el que permite desarrollar una estrategia sanitaria, y basa su acción fundamentalmente en el monitoreo asistido por la informática.

Hagamos algunas aclaraciones para precisar a los componentes o las “ruedas” que hacen funcionar a la atención sanitaria. En el componente *Proveedor*, por ejemplo, debemos incluir a las Universidades, con su importante aporte a la formación de profesionales. Con respecto al componente *Usuario*, es importante el lenguaje que se utilice: no es un adherente, ni un beneficiario, mucho menos un consumidor, sino un *usuario libre* del sistema. El componente *Coordinador* es el que permite desarrollar toda una estrategia sanitaria y basa su acción fundamentalmente en el monitoreo asistido por la informática.

Si no entendemos las características de cada componente y sus interrelaciones, perdemos capacidad para entender la complejidad del campo sanitario. Modificar uno de los elementos no implica cambiar de forma determinante el resultado. Son todos los elementos en su dinámica los que inciden de manera eficiente en la resolución. Se trata de variables complejas, por lo que hay que abarcarlas en forma conjunta para lograr efectividad.

Esta comprensión abarcadora de la complejidad es clave. Y soslayarla constituye un error común y constante. Regularmente leemos en los diarios sobre la falta de enfermeras, médicos de tal o cual especialidad, o de determinado tipo de recursos. Pero lo cierto es que aún si consi-

guiéramos la cantidad de enfermeras deseadas, faltarían neonatólogos; y si consiguiéramos los recursos edilicios, faltarían los medicamentos. Y lo más importante, aún con todos estos “elementos”, faltaría su coordinación e implementación en red. *Confundimos los síntomas con la enfermedad.* No se trata de modificaciones parciales, aisladas; sino de construir una *estrategia* conjunta que apunte a la *estructura* total y a *cambios culturales*.

La “Cosmogonía Sanitaria”

*“El hombre solo toma conciencia
de su propia esencia
en las situaciones límites”.*

Karl Jaspers

¿Qué quiere decir esta expresión? Con ella, aludimos al conjunto del sistema de atención médica, en tanto los distintos prestadores de los servicios de salud. Algo así como el equivalente al “sistema solar”, pero para el campo sanitario. Para seguir comprendiendo de qué hablamos cuando mencionamos a los distintos actores sanitarios, desarrollemos aquella idea.

Dentro de esta “cosmogonía sanitaria”, existen tres elementos básicos: los hospitales (con sus distintos niveles de complejidad), los centros de atención primaria y los centros socio-sanitarios. Y tres velámenes para que se muevan: la estructura, la estrategia y la cultura, sobre todo la laboral.

Considerando estos elementos, tenemos que valorar la Planificación Estratégica, entendiéndola como un proceso de coordinación que articula todos los elementos y variables de una red, comprendiendo su interdependencia. Forman parte de la “cosmogonía sanitaria” los tres grandes sectores: público, privado y obras sociales. Nada debe quedar afuera. Como señalamos, podemos emplear la imagen de un sistema solar, con sus planetas como centros principales (hospitales, Centros de Atención Primaria-CAP, y Centros so-

cio-sanitarios) y sus satélites primarios y secundarios: centros de referencia de especialidades (salud mental, adicciones, centros de emergentología), los centros de diagnóstico y tratamientos específicos (oncología, endocrinología), registro nacional de eventualidades adversas, agencia de seguridad biológica, etc. También debemos consignar las unidades móviles, con sus distintas especialidades.

Hoy por hoy, la interacción entre estos componentes sólo existe en forma errática. Además, de hecho, no tenemos en Argentina suficientes centros socio-sanitarios. Tampoco centros de trauma o Emergentología, especialidad que en nuestro país recién fue reconocida en 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación. Por lo tanto, las tareas por hacer son numerosas.

Planificación, gestión pública y vicios

*“La verdad es lo que distingue
el conocimiento de la opinión”.*

Richard Rorty

No podemos dejar de reiterar los aspectos negativos de la gestión pública, dado que, a fin de cuentas, es fundamental conocer ese actor primario que es el Estado, para poder construir un Sistema Federal Integrado de Salud justo y eficiente. Podemos sintetizar esas falencias de la gestión pública en los siguientes puntos:

- baja responsabilidad y “mediocridad ultraestable”;
- carencia de estímulos por ausencia de criterios de diferenciación laboral;
- calificación de ponderación dudosa en relación al cumplimiento de las obligaciones convenidas;
- compromisos extrainstitucionales superpuestos;
- mala planificación.

Carlos Matus sintetiza muy claramente la falla de la gestión pública: *se planifica lo que no se hace y se hace lo que no se planifica*. Se trabaja por inercia, reproduciendo prácticas burocráticas que resultan ineficientes cuando no directamente perjudiciales. Modernizar implica cambiar las prácticas de trabajo y éstas son muy dependientes de las estructuras mentales y muy independientes de los organigramas. Por ello *no basta en absoluto con modificar las normas a menos que con ellas se transformen las conductas*, mediante sanciones y estímulos que resulten efectivos, y una reforma sostenida en cada una de las instancias de trabajo. Así mismo, en el área la salud, esta descripción se ve potenciada por la multiplicación de especialidades. Tal que su empleo en la *producción de servicios asistenciales* encarece y fragmenta la secuencia de atención y, consecuentemente, diluye la responsabilidad frente a su finalidad: la salud del paciente.

Estos vicios, verdaderos “pecados capitales” de la gestión pública, deben ser revertidos con verdaderos cambios organizacionales, actitudinales y culturales, y, fundamentalmente, deben estar sostenidos por una fuerte voluntad política.

Los sistemas de salud actuales no están suficientemente preparados para el cambio que impone la nueva configuración social. La transición requiere nada menos que una reorientación de la totalidad del sistema. Como dijo Dereck Yach, Director Ejecutivo encargado de formular y gestionar la política general de la Organización Mundial de la Salud: “La transformación exige nuevos enfoques en la forma de considerar en conjunto: los incentivos, los recursos humanos, la tecnología de la información y las necesidades públicas”.

Costos y fracasos

“Todos somos responsables,
algunos son culpables”

Abraham Geshet

En un sistema de cobertura universal como el nuestro, donde todo el mundo debe contar con servicios sanitarios, la *eficiencia* es esencial para poder asegurar su *sustentabilidad*. Una vez más, se trata de la necesidad de construir un sistema, pues se parte menos de un sistema a mejorar que de un *asistema*. Es decir, partimos de una situación de extrema carencia y fragmentación.

Ahora bien, teniendo en cuenta las crecientes exigencias de la actual atención médica, ¿cómo financiar dicho Sistema? Significa sin duda un *costo*, lo que implica un *gasto*, que en principio va a subir, por lo cual se debe, o bien aumentar los ingresos, o bien reducir las prestaciones o su valor. Ahora bien, si no se desean aumentar los ingresos (lo cual restaría ingresos para otras áreas) ni reducir las prestaciones, el único camino consiste en *regular los costos*. Esto es, aplicar criterios de racionalidad en el uso –que haya operadores racionales–, normatizar y sistematizar, implementar auditoría médica, gerenciamiento administrativo, estructura en red, etc. Todo lo cual puede *disminuir el costo sin bajar la calidad*. Por el contrario, la regulación de los costos, basada en criterios racionales, redundaría en una mejor atención a los pacientes.

Por otro lado, conviene desmentir la creencia (pues no se basa en ninguna evidencia científica) en la inevitabilidad de costos crecientes en medicina debido a la constante incorporación de tecnología y medicamentos de mayor complejidad, entre otros factores. Admitiendo el sano enriquecimiento de la atención médica con aquellos adelantos tecnocientíficos que produzcan mejoras en la salud, su innegable gasto se ve amortizado con su uso en el tiempo.

Siempre las primeras incorporaciones resultan onerosas, pero su posterior desarrollo las abarata enormemente en términos relativos. En Economía esto se conoce como el *costo marginal*. Así ocurrió con el by-

pass, por ejemplo. La primera píldora de un nuevo medicamento puede llegar a costar hasta millones de dólares; las siguientes millones de píldoras, unos pocos centavos, y, simultáneamente, ahorran los costos médicos que reemplazan con su funcionamiento químico.

El campo sanitario argentino se caracteriza por fragmentación, carencia, dilapidación de los recursos y dilución de la responsabilidad. Lo contrario de esta última no es la irresponsabilidad sino el conformismo que nos lleva a este *ocaso sanitario*.

Argentina es uno de los países que más invierte en salud en términos relativos (puesto 34) y más pobres resultados obtiene (puesto 75)². Este desfase evidencia claramente, entre otras cosas, la mala, o directamente nula, planificación. A la que debe sumarse la ineptitud y ausencia de estrategias tanto políticas como operativas.

Paul Krugman, economista ganador del Premio Nobel en 2008, nos señala que “en las naciones avanzadas la cobertura de salud está garantizada por el Estado. Por lo tanto, su ausencia, cuando se está en condiciones de llevarla a cabo, no deja de ser una muestra de crueldad”.

No se trata de una descripción abstracta. En los últimos años han retornado enfermedades que estaban prácticamente superadas, como fiebre amarilla, rabia, dengue, coqueluche, brucelosis, leishmaniasis y sarampión; se han incrementado otras como Chagas, lepra, sífilis, tuberculosis. También en aumento tenemos al síndrome urémico hemolítico, violencia, adicciones, accidentes viales; programas básicos de aplicación deficiente como los de vacunación. Persiste la constante deuda social frente a la mortalidad materno-infantil. Y no podemos olvidarnos de las provocadas por el hambre: desnutrición y sus desencadenantes, infecciones por inmunodeficiencia y el cortejo del bloqueo del desarrollo físico y mental.

Partimos de una realidad sanitaria signada por diversificación, desinformación, desigualdad, dispersión, segmentación, baja calidad, poca eficiencia y aislamiento. De ausencias y duplicaciones, anarquía y anomia. De ignorancia de costes reales. El presupuesto se establece por resultados. Para

2 Datos del 2005 de la OMS.

Llegar a un *Sistema Integrado de Salud* debemos pasar por un mapa sanitario, un plan, programas, financiamiento, reasignación presupuestaria y una red prestacional.

La coordinación como elemento clave

*“Un problema convenientemente planteado,
es posible ser bien resuelto”*

Andre Marie Ampere

Hemos descrito a los participantes del campo sanitario y hemos hecho un relevamiento del “estado de situación” del mismo, en términos organizacionales. Pasemos a lo propositivo, para no quedarnos en un rol pasivo o de mera denuncia. Veremos a continuación distintos aspectos capitales a la hora de pensar un sistema de salud federal, unido, y equitativo.

Mencionamos la importancia de un ente coordinador que una a los distintos componentes del sistema, para terminar con la irracional desarticulación de los tiempos que corren.

Cuando se establecen claramente tareas y responsabilidades de un organismo resulta mucho más simple garantizar su correcto funcionamiento.

Para el campo sanitario, se necesita un ente coordinador de todo el sistema. Dicho organismo, en lo que hace a la logística, debe lograr la coordinación de cuatro componentes:

- *un relevamiento epidemiológico*, indispensable para tener un enfoque prospectivo; lo que posibilita
- una *estrategia y planificación* a desarrollarse en *programas*, con distintas etapas, con agendas de acción efectiva; en
- cada uno de los *componentes médicos y paramédicos*; y también

- un *componente de los usuarios*, para conocer sus necesidades y demandas, que luego deben ser evaluadas según su naturaleza; esto es, en qué medida son reales o inducidas (por el marketing, por ejemplo).

Por otra parte, debemos corregir la notoria asimetría entre el componente económico y el componente médico, de manera tal de recuperar la calidad asistencial, resignificando la participación del rol médico, hoy devenido en subalterno por la lógica empresarial, y reconquistar el compromiso moral del profesional de la salud con la comunidad.

Tejiendo redes

“Dar lugar a las pautas que conectan”

Gregory Bateson

Los tiempos que corren también ameritan, para combatir el aislamiento y la consecuente falta de interacción, la conformación de redes entre las distintas instituciones relacionadas en el ámbito de la salud. Dichas redes deben ser tanto nacionales como regionales, ya sea para compartir información, encarar desafíos sanitarios en forma conjunta y optimizar recursos. Como los problemas en el campo de la salud no se rigen por jurisdicciones, tampoco deben enfrentarse siguiendo divisiones burocráticas.

Otro elemento, para favorecer la integración de las distintas piezas del sistema, es la creación de Departamentos por Especialidad Médica. Estos Departamentos atravesarían a distintos hospitales para favorecer que todos los establecimientos tengan políticas comunes, aprovechen mejor sus recursos, evalúen sus resultados, y, en última pero no menor instancia, se controlen mejor los costos de cada servicio.

Ningún hospital enfrenta una demanda igual en cada uno de sus servicios. La ausencia de departamentalización impide que esas diferencias de necesidades sean evaluadas con la precisión que corresponde. Se trata, además, de

establecer el mismo modelo de organización para todos los hospitales, lo cual facilitaría su interrelación. Por ejemplo, un Departamento de Neumología transversal a las instituciones establecería las pautas generales y protocolos de esa área, en todos los hospitales de determinada zona.

De esta manera, además, cada Departamento podría integrarse a una red de información de asuntos sobre su especialidad, uniéndose a otros similares. Así, todos los Departamentos intercambiarían información y experiencias permanentemente, enriqueciendo su capital médico el uno con el otro. También, mediante estos vínculos, se abrirían posibilidades para normatizar y sistematizar técnicas de diagnóstico y de terapéutica por especialidad, así como de evaluar la eficiencia de los protocolos y la real utilidad de los insumos, asegurando la *educación médica continua*. Eso que hoy parece utópico, con un nuevo Sistema de Salud sería más que viable.

Otro aspecto positivo de la existencia de un departamento por especialidad es que permite articular a los distintos centros de salud para poder coordinar en conjunto decisiones de atención, de compra de insumos, o de otro tipo. Permitiría que, si tomamos como ejemplo la Ciudad de Buenos Aires, el Departamento de Neumología en cada uno de sus 33 hospitales pueda prever en conjunto el tratamiento de las dolencias según los ciclos anuales, es decir, de acuerdo a las temporadas estacionales. Permitiría también comprar insumos en conjunto y no de forma aislada, amparándose en la cuasi capacidad de *monopsonio* que la ciudad posee, si estas redes de salud actuasen en forma articulada y evitasen sus compras individuales que los llevan generalmente a tener inmovilizado stock innecesario.

Por último, un departamento innovador sería el Departamento de Usuarios, mediante el cual se realizaría un seguimiento del grado de satisfacción de la población sobre su atención médica. Se trata de un aspecto importante pero relegado en nuestro país, que históricamente ha desdeñado la participación y la opinión del ciudadano sobre el grado de satisfacción de los servicios que se le ofrecen, y sobre el cumplimiento efectivo de sus derechos.

Regionalizar es unir

Aunque suene paradójico, regionalizar no implica desunir, sino, por el contrario, lograr una mayor conexión y trabajo en conjunto entre instituciones que operan en los mismos territorios. La regionalización sanitaria representa el vínculo obligado entre un Plan Nacional de Salud y el nivel local, en el que se deben articular los servicios de manera de *proveer atención en el momento oportuno, el lugar adecuado y con los recursos tecnológicos apropiados*.

En el campo de la salud, la regionalización permite, por un lado, aprovechar mejor los recursos existentes, y, por el otro, responder de manera más eficaz a las necesidades unitarias que no son -ni mucho menos- uniformes. Baste, a modo de ejemplo, referirse a las diferentes enfermedades prevalentes en cada región. No tienen las mismas prioridades epidemiológicas la Pampa Húmeda que el Noroeste Argentino, o Cuyo que el Litoral.

La región se delimita en el espacio, pero obliga a crear medios de *coordinación en los niveles intra, inter y suprarregionales*, en función de la complejidad y la capacidad de suficiencia.

De acuerdo con la diversidad de las necesidades sanitarias, y dada la exigencia de racionalidad administrativa, es imprescindible la complementariedad de los servicios, de modo de evitar la subutilización de los recursos humanos de alta calificación, de los equipos y del instrumental. En este sentido, una alternativa posible para definir criterios de regionalización sería la identificación de zonas donde los espacios se determinarían sobre la base de las vulnerabilidades y las fortalezas, o potencialidades de cada área, así también como las vías de comunicación.

Asociada a la articulación de redes de servicio, la *descentralización operativa*, tanto en la fase técnica cuanto en la administrativa, tiene el propósito de resolver racionalmente los problemas de salud en relación con los recursos disponibles. La descentralización permite ir diseñando la acción en forma acorde con la realidad que abarca, imprimiendo los cambios que se evidencien como necesarios, según los criterios médicos más avanzados y las mejores técnicas administrativas. La innovación en el proceso de planificación impone un desarrollo paralelo del proceso administrativo, con el que debe interactuar sin aislamientos ni confrontaciones, sino de manera sinérgica.

Por su parte, la *descentralización financiera* requiere que cada hospital disponga de una asignación y de la consiguiente responsabilidad de administrarla. De este modo, cada hospital debe elaborar y ejecutar su propio presupuesto (independiente de aquel que está amalgamado por su articulación con los otros entes prestacionales). Así, un hospital descentralizado bajo las pautas jurisdiccionales y con gestión estratégica delegada logrará una mejor eficiencia de su función, y consecuente, la mejora permanente de la salud de la población. A su vez, la *descentralización hospitalaria* permitirá el accionar dentro de un área programática definida sobre la base de estudios epidemiológico-sociales locales, con el fin de privilegiar las actividades de atención primaria a nivel de su comunidad y de su ambiente.

Se necesita de capacidad gerencial y motivacional para articular y así evitar las carencias y duplicaciones. La inserción en la red obliga a una planificación nacional que contemple criterios de *economía de escala*, según su frecuencia e incidencia. Todo esto requiere de una lectura múltiple: sanitaria, urbanística, sociológica y económica. Hay distintos niveles en los que se debe trabajar: regional, interregional y/o interprovincial, por ejemplo, para la alta complejidad y la educación sanitaria, sin olvidar al médico en su educación médica continua.

Hacia un pensamiento estratégico en salud

*“La táctica consiste en saber qué hacer
cuando hay algo que hacer.*

*La estrategia es saber qué hacer
cuando no hay nada que hacer”.*

**Savielly Tartakover
Gran Maestro de Ajedrez**

Ya vimos que la planificación estratégica es una herramienta clave para la coordinación de la estructura sanitaria. Ahora bien, ¿cómo se logra una buena estrategia? El primer paso consiste en *definir el escenario: establecer los actores, su cultura y su visión del mundo*. La cultura se basa en conocimientos científicos, experiencia personal y valores ideológicos. Una buena estrategia requiere de:

- un propósito claro y compartido;
- un liderazgo comprometido ejecutado por organizaciones y personas creíbles; y, fundamentalmente
- un mecanismo de comunicación que permita entender y hacerse entender.

La estrategia se diferencia del planeamiento porque no interactúa con los hechos ni con las cosas y por ello se aleja de la ciencia tradicional. Es el ámbito donde se resuelven las diferentes visiones que cada participante tiene del mundo. Es el mundo de los valores y las ideologías. Justamente, tenemos que tener en el horizonte un pensamiento estratégico en salud, que plasme una verdadera transformación superadora de atrasos y parches.

Ya hemos caminado a tientas muchos años. Entre carencias y derroches, falta de normativas o superposición de las mismas, culturas laborales anquilosadas y castas profesionales que en ocasiones funcionan como rémoras, hemos llevado el país a un atraso sanitario mayúsculo. Para salir del “efecto ocaso” que las últimas décadas del país nos han hecho vivir, debemos comprometernos en una transformación de las lógicas organizacionales, que, basadas en la racionalidad, la ciencia, el conocimiento del terreno en el que se va a actuar, el compromiso entre todos los actores y la orientación firme del Estado, concrete la construcción de un sistema sanitario acorde a las necesidades del pueblo argentino.

III. Un Acuerdo Sanitario para un Sistema Federal Integrado de Salud (prescripción política)

Un sendero sinuoso

*“Quien no quiere pensar es un fanático;
quien no puede pensar es un idiota;
quien no osa pensar es un cobarde”*

Francis Bacon

Pensar no es adoptar ideas ajenas. Bajo esa premisa, para reflexionar sobre la participación de la salud en la clase de vida de nuestra sociedad se hace necesario el camino de la profundización del análisis de la realidad y la relevancia de los problemas metodológicos para formular diagnósticos y elaborar instrumentos a los cuales recurrir. Vale señalar que “méthodo” en griego significa “camino” y éste impone guías o indicadores que están dados por la siguiente secuencia: datos-información-conocimiento-comprensión-discernimiento. Por lo tanto, de lo que se trata es de pensar caminos, recorridos, que nos orienten para comprender el panorama del campo sanitario en la Argentina, y, lo que es más importante, que nos lleven a un destino de transformación social.

Conocer los instrumentos para el recorrido de este camino nos permite comprender los distintos elementos que influyen en la realidad de la

salud de los habitantes del país. Por caso, uno de ellos es el accionar de las burocracias que se encuentran involucradas en el tema y las consecuencias en que nos hallamos inmersos a partir de esa verdadera “casta de rémoras”. También nos permite diferenciar *confusiones de complejidades*, lo que nos lleva a examinar las interacciones que permanentemente se dan en el ámbito económico y social. Estas sólo pueden ser reconocidas y calibradas si se poseen criterios metodológicos específicos para distinguir una situación confusa de conceptos y actores de otra caracterizada por la multiplicidad de factores intervinientes.

El reconocido economista austro-estadounidense Joseph Schumpeter decía que *la economía es un gran carruaje en el que viajan muchos pasajeros, cuyo interés y cuya eficacia no son compatibles entre sí*. Si trasplantamos ese razonamiento a la órbita de la salud, también comprenderemos que el campo sanitario puede asemejarse a un vehículo con pasajeros con diferentes intenciones, estilos y objetivos.

Esquemáticamente, la *atención médica de la salud* puede visualizarse como siendo transportada en un vehículo que contiene como elementos básicos a sus cuatro componentes (o ruedas): prestador, proveedor, financiador y usuario³. El aspecto más delicado es la puja que acaece entre quienes desean tener el rol de conducir el transporte y fijar el destino, sin importarles el bien común.

¿Cómo forjar herramientas en este perpetuo conflicto -en salvaguarda del bien común y de la dignidad humana- para no caer en las distintas variantes de la esclavitud y simultáneamente en el barbarismo deshumanizante? Como bien se sabe, todo conflicto tiene su origen en la contradicción entre *las fuerzas productivas y la forma de interacción de sus relaciones*. En la actualidad, no podemos desconocer que los modos de producción de los servicios asistenciales se modificaron de manera creciente a partir de 1970 por el incremento de los conocimientos y el impacto tecnológico que los acompañaron en forma sinérgica, a los que se sumaron cambios no menores como los que impuso un mercado desregulado.

3 Desarrollado en mi libro *La Fórmula Sanitaria. Claves para una nueva gestión* (Eudeba, 2003, Buenos Aires).

Lo antedicho obliga no sólo a una revisión del campo de la salud, sino a un profundo cambio de paradigma (ruptura epistemológica) que posibilite un rediseño de la arquitectura organizacional que abarque su estructura, su estrategia y su cultura laboral. Lo cual, a su vez, debe contar como soporte de un acuerdo sanitario que englobe al sector público y privado en un sistema federal integrado de salud como garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano.

Las nuevas herramientas informáticas y toda la aparatología de última generación, donde la cultura digital predomina, ponen en tensión los modos de estructurar las relaciones entre los diversos actores del campo de la salud, inclusive -y como no menor- el vínculo entre pacientes y médicos. ¿Está organizado el espacio sanitario de una forma que asimile orgánica y positivamente este enorme paquete de innovaciones?

La vulnerabilidad en salud está dada prioritariamente por las desigualdades que provoca la inequidad distributiva, el envejecimiento de la población y la multiplicación de demandas ante carencias de políticas no sustentadas en estructuras articuladas en concordancia con los actuales conocimientos y los recursos instrumentales actuales. Por lo tanto, se hace perentoria una planificación estratégica y el cumplimiento de una agenda que de ella emane. Dicha planificación debe tender un “puente de plata” entre la atención médica basada en los recursos tradicionales y este nuevo sistema contemporáneo de producción de servicios asistenciales.

En cuanto a la viabilidad financiera del sistema sanitario, ésta no depende sólo de la evolución de las variables macroeconómicas, ya que existen factores activos que atañen a las demandas de salud y a la planificación y gestión del sistema. Dado que las estructuras administrativas en general son débiles, están poco desarrolladas y se hallan dispersas con escasa articulación entre ellas, se impone una organización de la salud pública en red, según grados de complejidad, para lo cual el primer paso es lograr un Acuerdo Sanitario Nacional que reconozca no sólo esa fragmentación y la consecuente dilución de responsabilidades, sino también los cambios en los modos de producción de los servicios asistenciales que no están representados en la actual (des)organización.

Este Acuerdo debe ser el producto de una negociación permanente dado el equilibrio dinámico inestable que impone el devenir del “camino” a los diferentes “pasajeros” de este particular transporte. El Estado, ante un recorrido en permanente ebullición de reclamos cruzados, debe cumplir un papel prioritario, ya que él constituye la estructura social y tiene que ser el orientador máximo del trayecto.

Al mismo tiempo, y sin diluir las responsabilidades estatales, se requiere una sociedad responsable y participativa a fin de adaptarse y potenciar los cambios que la realidad impone y así lograr un nivel deseado en la seguridad social acorde a la multiplicación de demandas.

Llegado a este punto, vale diferenciar el concepto de *individuo* del de *ciudadano*. El primero se manifiesta solitario, sin más vínculos con los demás que el interés privado. En cambio, el ciudadano es quien asume la responsabilidad de mitigar los efectos causados por la brecha entre los necesitados y los poseedores de los recursos. El ciudadano es activo, demanda y busca que se cumplan sus derechos. En esta etapa, para que la atención de la salud en la Argentina deje de ser un territorio fragmentado en miles de islas, también se necesita de la concientización popular. Ahora más que nunca.

La tarea que está por delante: las condiciones del Acuerdo

*“Las condiciones nunca están totalmente maduras,
ni son tan perfectas,
requieren una voluntad de actuar”*

Ernst Bloch

La presente encrucijada tiene como puerta de salida y por sendero a recorrer, un “acuerdo” que logre desatar el nudo sin cortarlo, a través de una negociación que involucre a los actores esenciales a fin de que interactúen con la prioritaria finalidad de reducir la brecha que instaló una frontera entre la medicina privada y la caridad pública. En la actualidad, quien puede costear una prepaga y quien no depende del *asistema público*, errático y a su vez asimétrico según la ciudad en la que la persona deba atenderse.

No se trata de ser más eficientes en la “caridad pública”, porque ese concepto remite más a una situación de dádiva o de beneficencia y está, por lo tanto, completamente alejado de la idea del *derecho a la cobertura en salud* para todos los habitantes de nuestro país. De lo que se trata no es de conformarse con lo que hay, sino de tener políticas públicas en salud que garanticen niveles de calidad básicos para todos.

Tenemos, por lo tanto, que construir un sistema de salud solidario, equitativo, oportuno y eficiente, para que se acorte la brecha entre los que acceden a la asistencia médica y aquellos que deben conformarse con una medicina limitada. Es decir, avanzar sobre instituciones débiles para transformarlas en sólidas, ya que tenemos situaciones muy graves de postergación social que imponen impulsar políticas que maximicen sus beneficios y reduzcan la vulnerabilidad, diseñando *dispositivos* (herramientas) capaces de conducir el cambio.

Antes que nada, resulta imprescindible una voluntad política de fondo para afrontar una reestructuración profunda, que no significa un autoritarismo unilateral, ni un “borrón y cuenta nueva”. Implica conducir un gran Acuerdo Sanitario Federal para una reforma integral, en la cual no puede faltar ningún actor primario en la negociación, y tras ella deben establecerse metas, plazos

y responsabilidades a fin de armonizar los distintos objetivos, intereses y valores de estos actores.

Claro que no existe un momento mágico que dé lugar a un acuerdo, sino que se trata de largas negociaciones y perseverancia en acercar posiciones. Los pactos no significan una abrupta resolución de problemas estructurales, pero fijan puntos en común (o al menos de referencia) para los actores involucrados, incluso para aquellos que no acepten los términos en un primer momento (o nunca).

Precisamente, debemos reconocer poco probable que el pleno de actores involucrados en el área lo acepten de manera inmediata.

El Acuerdo debe ser presentado una y otra vez hasta que alcance la participación y compromiso necesarios. Puede que existan acuerdos parciales que, aunque insuficientes, establezcan una base y un ejemplo para futuras convocatorias con creciente influencia. Por otro lado, y al mismo tiempo, se trata de lograr un apoyo popular considerable que sostenga y hasta impulse a la determinación gubernamental.

Desde un marco democrático, todos pueden contribuir al debate, pero no todos comparten los mismos saberes ni las mismas responsabilidades. Incluso, como ya hemos dicho, exfuncionarios deberían plantear no sólo críticas actuales y planes a futuro, sino una autocrítica y evaluación de lo hecho y no hecho durante sus gestiones. De lo contrario se estaría pecando del mencionado falso principio humanista, por el cual se pregona aquello que no se emprendió en el momento en que era propicio hacerlo.

En un sistema que es público por su propia naturaleza, más allá de quien detente la titularidad de los servicios, es responsabilidad intransferible del Estado revalidar su papel como convocante y orientar, coordinar y regular las acciones de interés público dirigidas a asegurar la protección de la salud colectiva y un accionar estratégico y planificado, que reconozca prioridades y concatene acciones.

Existen acuerdos explícitos desde las estructuras de poder, pero también acuerdos sociales implícitos que son la condición de posibilidad del impulso o sostén de los primeros. La decisión gubernamental y el sentir popular se refuerzan así mutuamente. La ley 1.420 de educación común, obligatoria y gra-

tuita (de 1884) inició un camino de inclusión social que al día de hoy asocia, en el sentido común nacional, ascenso social con educación. Un siglo después, el Congreso Pedagógico de 1984, más allá de sus límites, significó una gran discusión nacional con los principales actores involucrados. En el área de la salud, lamentablemente, no contamos con algo equivalente.

Con el acuerdo no se alcanza la confluencia de intereses ni se transforman los valores diversos, sino que se acepta que para la vida comunitaria algunos intereses y visiones individuales o grupales deben subordinarse para garantizar la propia existencia de la comunidad y por ende de cada individualidad. No se alcanza la coincidencia de valores, pero sí la aceptación racional de principios de convivencia que permiten la continuidad de la diferencia y pluralidad. Dicho en términos llanos, quien se mueva primariamente por el interés lucrativo, no requiere de ser conmovido y ceder por valores humanitarios, pero sí aceptar reglas de juego en las que su afán de lucro se vea encauzado según un marco normativo acordado por todos.

Claro que esto siempre en el marco de un Estado de Derecho democrático y pluralista. Como sostenía el célebre jurista Carlos Nino, una democracia en la cual la práctica del debate y la argumentación ocupen un lugar central en la toma de decisiones sobre asuntos públicos.

Las decisiones ganan legitimidad cuando surgen de una deliberación robusta, en la que todos los afectados por ella hayan debatido racionalmente. Una sociedad que no persigue la uniformidad de los individuos, ni la medicalización de los cuerpos, sino la equidad, es decir, la aceptación de la igualdad jurídica con todos los derechos que ello conlleva (incluyendo, por supuesto, el derecho a la salud).

El acuerdo posible no es posibilista ni utópico; es ambicioso pero realista. Deben establecerse objetivos claros, con flexibilidad en su concreción, pero intransigencia en su espíritu. Se trata, como lo llamé alguna vez, de un genuino sendero, un camino que puede ser largo y sinuoso, pero con un destino claro: mejorar la salud con los principios de equidad y eficiencia.

Un acuerdo como tal permitirá la reconversión de la realidad sanitaria a partir de su conocimiento y la puesta en marcha de nuevas formas de organización, gestión y financiamiento que posibiliten la viabilidad del sistema y el mejoramiento de las prestaciones, así como asegurar la producción genuina

de servicios y con ello la vitalidad de ese sector de la economía. La coordinación y el pleno uso de facilidades permitirán corregir las desigualdades, las distorsiones demográficas y las ineficiencias. Por esa razón, la integración conviene también a los pacientes y en ello radica su legitimidad.

Siguiendo estos principios rectores es que debe lograrse el Acuerdo Sanitario para la construcción de un Sistema Federal Integrado de Salud. Una política sanitaria que haga del acceso equitativo a un sistema integrado de salud un derecho y no un privilegio. No se trata de un ajuste financiero y menos aún de un mercado de capitales: se trata del potencial vital de los argentinos, se trata del verdadero índice de la soberanía.

Sobre el Sistema Federal Integrado de Salud

*“Existen solo tres virtudes:
la objetividad, el coraje y
el sentido de responsabilidad”*

Arthur Schnizler
(poeta vienés)

Un sistema de salud se construye ladrillo a ladrillo, requiere de un gradualismo que comienza por el conocimiento de un mapa sanitario, según el ordenamiento territorial, de una planificación estratégica y de políticas operativas que tengan como finalidad la justa dignidad del hombre. Hay que buscar un planteo holístico del conjunto que integran los distintos componentes de ese capital biológico que llamamos *salud*.

Se debe establecer una agenda que podrá controlarse en su cumplimentación en tiempo y forma; también se debe superar el esquema de oferta y demanda, ya que en salud se trata de necesidad y producción. Todo esto se logra paso a paso, sin inmediateismos mágicos. No es cuestión de recetas milagrosas, sino de un riguroso esquema terapéutico.

La idea-fuerza que sostiene esta filosofía es la de rescatar el papel del Estado en la sanidad, reconsiderando en profundidad su rol rector. No podemos darnos el lujo de un *Estado “abandónico”*. La fragmentación del sistema únicamente favorece el caos y el descontrol.

Son épocas que reclaman políticas sanitarias claras y decididas, así como acciones concretas que involucren a la sociedad civil en su conjunto. Son estos elementos claves para un sistema nacional de salud, con la finalidad expresa de una redistribución de recursos tanto geográficamente como entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Tampoco se trata de reproducir la frontera entre “medicina privada” y “caridad pública sanitaria” como si se tratara de dos países distintos, sino de construir una Red Sanitaria de Utilización Pública (sin distinción de titularidad jurídica). Dentro de dicha red, todos tienen que poder acceder a los servicios de salud, con la diferenciación de cada caso, pero nadie puede quedar excluido a propósito de disputas sobre responsabilidad jurisdiccional.

La actual situación crítica económica, financiera e institucional obliga a una estrategia sincrónica que incluya el corto, mediano y largo plazo, ponderando el impacto en el tejido social y su deterioro sociocultural a revertir. Se debe establecer un Plan de Contingencia siguiendo particularidades específicas (atendiendo a la heterogeneidad territorial, por ejemplo) pero en correspondencia con un Plan Maestro de reconversión estructural que fije el objetivo final, aunque no los pasos intermedios que se ajustarán, en definitiva, por ensayo y error, pero con un seguimiento constante. En un área de tal complejidad, no se trata de variables de estado (estáticas), sino de variables de control (dinámicas), es decir, de monitoreo y regulación. Al decir del economista François Perroux, “el progreso se produce por y a través del desequilibrio”.

Pilares de un Sistema Federal Integrado de Salud

Retomemos algunos puntos centrales:

- La *definición de salud*, que es la esencia de todo este sistema. Debemos entender la salud como el estado o la condición resultante de una *eficiente administración del capital biológico* que posibilita vivir en plenitud.
- La *cascada conceptual*: esto es, que no hay deseos sin estructura, ni estructura sin sistema, ni sistema sin función, ni función sin órgano, ni órgano sin finalidad. Esta “cascada” evita la manipulación de los deseos en la que caen aquellos que indican cómo deben ser o dejar de ser las cosas, pero no dicen nada sobre cómo efectivamente son y cómo funcionan en la realidad.
- Una *visión integral de la “fórmula sanitaria”*, que implica tener claro que los cuatro actores clave de este campo son los prestadores, los proveedores, los financiadores y los usuarios, a los que habría que sumar una quinta instancia de coordinación a cargo de las autoridades. Esta visión se hace cargo de la complejidad de la temática y adopta el rigor científico necesario para comprender el funcionamiento interno de cada actor participante y su relación con los demás.
- La *construcción de un Sistema Federal Integrado de Salud*, luego de la correcta interpretación y comprensión de la situación actual. Dicho sistema debe estar sincronizado con un proyecto de nación, viable, racional y solidario.

Tener clara la definición de salud, evitar la manipulación de los deseos, comprender la complejidad de cada elemento de la “fórmula sanitaria” y apuntar hacia la creación del sistema integrado de salud son, en síntesis, los cuatro ejes que deben marcar el camino. Del mismo modo, abastecerse de información científicamente confiable y sistematizada resulta determinante si se desea construir un sistema sanitario integral y serio.

Pero no hay que olvidar que, si bien la información aporta el material, se debe tener planificado lo que se va a construir y contar con una estrategia acorde. En este sentido, se procede como si se tratase de construir un edificio. Si tenemos los datos necesarios para la obra, pero no hay una visión global ni metas concretas establecidas, aquellas informaciones se vuelven piezas inútiles. Siempre se trata de un proceso de información, interpretación y acción continua.

En una palabra: no nos faltan médicos, no nos faltan camas, no nos falta tecnología, no nos faltan medicamentos esenciales. Lo que nos falta es discernir, decidir y tener coraje para construir un *sistema integrado de salud*. Estos tres elementos son imprescindibles para usar con criterio lógico lo que todavía poseemos como humanos. Y sin estrategias apoyadas en aquellos tres pilares, la salud de los argentinos seguirá derrumbándose.

El objetivo de una política en salud debe ser pasar de la desintegración a la integración y de la desestructuración a la construcción de un sistema integrado sanitario que articule, fortalezca y dinamice el escenario que ya mencionamos. Esta política, debería montarse en dos pasos fundamentales:

- Primera etapa: ordenación territorial y definición de los recursos sanitarios existentes (el mapa sanitario),
- Segunda etapa: elaboración del plan de salud que contenga niveles de promoción, educación, prevención, curación, y rehabilitación.

Las medidas que resulta imprescindible poner en marcha deben interactuar en red y atender distintos niveles de demanda. Algunas de aquellas son:

1. Atención primaria de la salud: grupo asistencial básico, desarrollo de programas específicos, asistencia móvil y vacunatorios; unidades funcionales para atención domiciliaria y vehículos para diagnóstico y seguimiento de patologías, como también unidades específicas fijas en centros públicos de gran concurrencia.

2. Atención ambulatoria: focalización en patologías crónicas tales como diabetes, hipertensión, artritis reumatoidea, exámenes de detección precoz, como por ejemplo enfermedad celíaca, cáncer de cuello de útero, etc.
3. Internación: con sus niveles de distinta complejidad que abarquen modalidades como cirugía ambulatoria, hospital de día y otras.
4. Atención socio-sanitaria: definir criterios para internaciones por larga estadía, convalecencia o permanencia en unidades de cuidados paliativos.

IV. El desafío de la gestión: observatorio, territorio y tablero de comando (régimen profesional)

Nueva Gestión y políticas públicas

El gran reto consiste en definir y concretar una *nueva gestión pública*, acorde a nuestra nueva configuración social, para así dejar atrás un modelo que ha agotado los mecanismos de administración clásica. Debemos superar el desmembramiento del sistema, y abordar las tareas que conjuguen, en forma simultánea, las dimensiones de *estrategia, estructura y cultura*. De este modo, podremos introducir *técnicas de gestión* -en la línea de la Gestión de Gerencia Pública con control de resultados⁴ al servicio de una adecuada provisión de servicios públicos, haciendo foco en la relación entre la situación socioeconómica y los factores de riesgo.

Es preciso transformar la organización tradicional de la salud en un sistema que utilice los recursos del sector público, de las obras sociales y del sector privado “con y sin fines de lucro, ya se trate de prestadores individuales, grupales o institucionales” integrándolos en una única red, que abarque los distintos niveles de complejidad y modos operativos, desde la internación hasta la atención primaria. Hoy los adelantos informáticos posibilitan y facilitan esta misión. Para ello, necesitamos convocar a todos los componentes del sistema sanitario (financiador, prestador, usuario, proveedor y coordinador), descartando

4 Ver Revista ASAP (Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública) n°59, febrero 2020.

la acción unilateral del Estado y la articulación compulsiva. Sólo una participación voluntaria, activa, guiada por un interés cierto y valores esenciales, permitirá la genuina integración de los recursos privados al sistema.

Tener *políticas públicas* que mejoren la forma de vida de los habitantes de una nación implica transformar instituciones débiles en sólidas. Abarca un conjunto de métodos que permite descomponer la compleja esfera de la acción pública en diferentes actividades, separables analíticamente. Tiene un valor *descriptivo* del propio entramado político administrativo, en tanto y en cuanto permite la observación de los procesos de elaboración de políticas y de programas de actuación pública, y facilita la identificación de los distintos actores que intervienen en el proceso de las políticas públicas.

Además, la aproximación a la realidad administrativa del análisis de políticas públicas tiene un valor *prescriptivo*, en el sentido que ofrece un instrumental de análisis desarrollado para conseguir la mejora de la gestión de las administraciones públicas y para conocer el impacto de determinadas decisiones en el entorno. Las políticas públicas constituyen, en síntesis, una metodología que permite un mejor control sobre la función de producción de las autoridades públicas, tratando de que los productos generen los efectos esperados o al menos previniendo y reduciendo las desviaciones.

Por último, para ser exitosa, una política pública debe cumplir los requisitos de oportunidad, calidad, transparencia y apropiación social. Efectivamente, entre las distintas características que debe cumplir una buena política pública, y sobre todo una política social, está la transparencia, la participación y el control, que posibilite forjar una comunidad de destino en tiempos de integración. En este sentido, cuando hablamos del pacto o acuerdo sanitario, si bien la negociación de los actores clave dentro del campo sanitario es vital, y la responsabilidad no es la misma para todos los ciudadanos dada la asimetría del conocimiento –por lo cual los médicos tenemos una cuota adicional de responsabilidad–, se trata de una reforma sanitaria que compete a toda la sociedad, y trasciende un mero acuerdo de cúpulas.

Prevención e informatización: hacia un Observatorio Nacional de Salud

*“El individuo está hecho de informaciones
además de materia y energía.
Eso es específicamente humano”*

Henri Laborit

El nuevo paradigma, basado en prevenir, implicaría *producir salud*, lo que encierra fomentar conductas saludables en la sociedad, algo muy diferente de estimular el *consumo de asistencia médica*. De esta manera, el primer modelo necesariamente reduciría de contenido el segundo, que es el vigente. A mayor cantidad de personas que evitan enfermarse, menor número de aquellas atrapadas en el rol de “consumidores” de servicios asistenciales y medicamentos.

Claro que para prevenir, se necesitan numerosos *cambios culturales y organizacionales*. Por caso, se hace imprescindible la creación y el desarrollo de un organismo, que monitoree la salud de la población. ¿Y cómo haría ese seguimiento? A través de otra herramienta que urge crear: la informatización de las historias clínicas de todas las personas. En los países con manifiesto crecimiento económico, aumenta la expectativa de vida, ante lo cual y dado el porcentaje cada vez mayor que representarían las personas ancianas en relación a la población total, obliga a un monitoreo de la salud a través del relevamiento del historial médico personal. Este es un insumo imprescindible para establecer *políticas activas de prevención y de diagnóstico precoz*.

Cabe aclarar que este último término no es homologable al hecho de prevenir, sino que se trata de asegurar una mayor rapidez en la detección de enfermedades, para que el cuadro de las mismas sea encarado a tiempo. A modo de ejemplo, recordemos que el 80 por ciento de quienes tienen hepatitis en nuestro país no lo sabe.

De lo que se trata, entonces, para prevenir, es el poder visualizar: información, datos, procesos, estados. Precisamente, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) cumpliría un rol de Agencia Sanitaria. Debería ser un centro nacional de base virtual, que tenga el propósito de realizar observaciones in-

tegrales e informar en forma sistemática y continua sobre aspectos relevantes de la salud de la población y de los “sistemas de salud”.

La misión de proveer atención de la salud se basa en la visión del potencial vital para evaluar el conjunto de herramientas que se deben utilizar, pero para ello se debe contar con datos que permitan generar información y, entonces, producir conocimiento para comprender; de esta manera, discernir para poder decidir y, finalmente, planificar para gestionar. Hoy por hoy, no poseemos registros fehacientes que vayan desde la cantidad de médicos, especialistas, técnicos y demás profesionales que existen en cada provincia, hasta cuántas instituciones de salud y de qué tipo operan en cada lugar. Tampoco sabemos qué clase de parque tecnológico poseemos ni en qué condiciones.

Lo primero que hay que notar sobre el ONS es que integra pero no reemplaza los resultados o las funciones de otros sistemas preexistentes de información, monitoreo y vigilancia (como vigilancia epidemiológica y de salud pública, salas de situación de salud, análisis del sector salud, monitoreo y evaluación de sistemas y servicios de salud). Por el contrario, los observatorios rara vez producen registros primarios, pero, a partir de la integración de contenidos y funciones de esos sistemas, producen una visión panorámica de un modo *integral, coherente y sólido*.

El ONS cumpliría un rol de agencia sanitaria y debería ser un centro nacional de base virtual. Los criterios básicos de su finalidad están dados por identificar a la población que abarca en su accionar, diferenciando la *enferma* de la *vulnerable*, y al mismo tiempo segmentándola según su biodiversidad, tecnodiversidad y aquellas otras diversidades que se encuentran en relación con las distintas regiones de procedencia.

Mediante una red informativa eficiente, y bajo la coordinación de la autoridad nacional y de los gobiernos provinciales (COFESA [Consejo Federal de Salud]–CORESA [Consejo Regional de Salud]–Unidad Ejecutora Provincial), en el marco de un gran acuerdo sanitario, pueden optimizarse los registros de pacientes, qué enfermedades prevalecen, cuáles son los tiempos de internación para cada dolencia, cómo son las listas de espera para las prácticas quirúrgicas. La ausencia de estos datos hace que los planes de salud se conviertan en deseos abstractos sin llegar al nivel de constituir una planificación

estratégica para lograr una programación concatenada y lógica, mediante una agenda precisa.

El ONS también podría participar en la construcción de un mapa sanitario regional veraz en términos de estructura sanitaria, de procesos y resultados. Para ello debe reunir, comparar, integrar y analizar información proveniente de los distintos efectores locales de salud, así como de los Colegios Médicos. De esta manera, posibilitaría identificar las brechas faltantes en la generación de información, monitorear las tendencias de la salud y la enfermedad, y señalar posibles áreas de acción prioritaria.

En síntesis, el ONS implica las siguientes tareas: 1) la recopilación, integración y almacenamiento de datos e información secundaria; 2) el procesamiento de datos; 3) el análisis estadístico; 4) el análisis y la interpretación integral de resultados en contexto, y 5) el desarrollo de informes y difusión de información y conocimiento.

Algunas de las principales funciones de la vigilancia de salud pública son:

- Estimar la magnitud de los problemas que se han definido como una prioridad para la salud pública, incluyendo los temas sujetos al Reglamento Sanitario Internacional.
- Determinar y analizar la distribución geográfica o socioeconómica de las enfermedades, los factores de riesgo o los factores determinantes de la salud, incluyendo las variaciones relacionadas con equidad.
- Estimar tendencias y proyecciones de la evolución histórica de las enfermedades y casos debajo observación predefinida, así como situaciones bajo intervención esperada de salud pública.
- Detectar epidemias o casos que sean una prioridad en salud pública, principalmente eventos sujetos a prevención y control, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como de factores de riesgo.
- Evaluar las medidas e intervenciones de prevención y control.
- Proporcionar informes con resultados, conclusiones y recomendaciones encaminadas a facilitar la planificación, el monitoreo y la evaluación.

Ordenamiento territorial en la gestión de salud

“Pensar globalmente y actuar localmente”

Ronald Robertson

El mapa sanitario regional, para ser acorde a una realidad territorial dinámica, debe revalorizar la capacidad interna de los diferentes entes que lo integran. Para ello corresponde ser diseñado en forma multidisciplinaria, teniendo en cuenta políticas sanitarias, urbanísticas, sociológicas, que tengan en cuenta la biodiversidad cultural que se traduce en conductas cotidianas.

En este sentido, es acertada la idea de establecer una suerte de *tablero de comando* o *“gabinete metropolitano”* para la región del AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires).

Está claro que la separación de la Ciudad y la Provincia con sus municipios del Conurbano Bonaerense dificultan la organización de una realidad territorial con millones de habitantes que se trasladan a diario desde un lado al otro de la avenida General Paz.

La misma lógica debiera aplicarse al resto del país, desde otras regiones metropolitanas a áreas regionales intermunicipales, e incluso regiones interprovinciales. Claro que cada región debe responder a sus propias características (poblacionales, etarias, étnicas, productivas, y por tanto con sus determinantes y condicionantes de enfermedades). Resulta incompetente replicar estructuras para cada asiento jurisdiccional, lo mismo en los municipios del Conurbano que en los del interior de la provincia, como Escobar, Ingeniero Maschwitz, Malvinas Argentinas y Pilar, o incluso Jujuy, Salta y Tucumán. Valga como ejemplo el hecho de saber que no es necesario contar con un Instituto del Quemado en cada provincia, pues su tratamiento puede esperar el traslado en una ambulancia con el paciente canalizado para su reposición hidroelectrolítica, asegurando su arribo a una “unidad de gestión médica” especializada.

Las estructuras burocráticas deben reducirse y coordinarse para hacer eficiente el uso de los recursos apropiados. En Cataluña existe una autoridad sanitaria por encima de la autoridad política territorial denominada Consorcio, que no coincide con los límites distritales, sino que responde a la dinámica

viva y real de la población. Vale remarcar que esto sirve tanto para la realidad sanitaria (con eje en el paciente) como para su viabilidad financiera (orientada a su sustentabilidad).

Pero no sólo se trata de la tradicional regionalización, sino de ir más allá, pues la realidad muta muy rápido. Tal el ejemplo de la migración desde las regiones rurales a los suburbios de las ciudades. Para ello habría que partir del Observatorio Nacional de Salud (ONS) y sus mapas, para crear el mapa de la gobernanza sanitaria, que incluya los intereses políticos y económicos, asegurando criterios de innovación productiva que alienten al desarrollo social, fortaleciendo sus pilares: educación, salud, seguridad y justicia, que reconstruyan la trama social. La atención de la salud es una dimensión que debe insertarse siguiendo la realidad de la vida cotidiana de las personas, y no rigideces jurisdiccionales que responden a formalismos, cuando no a repartición de cargos por intereses personales.

En la diversidad territorial y poblacional de nuestro país, podemos identificar a grandes rasgos, tres tipos de escala. En primer lugar, los grandes centros urbanos, incluyendo sus áreas circundantes, es decir, las ciudades y sus ampliaciones periféricas (el gran Buenos Aires, el gran Rosario, el gran La Plata, etc.). En segundo lugar, las ciudades medias y pequeñas, y, en tercer lugar, las zonas rurales y semi-rurales, con baja densidad poblacional y discontinua o ausente infraestructura.

Desde el punto de vista de la atención médica, es aquí donde se muestra la mayor carencia y donde más se necesita la acción del Estado. En los centros urbanos es donde confluyen mayor número de efectores, subsistemas de atención y de demanda, etc.

Resulta por ello más complejo, pero más necesario coordinar una atención adecuada, evitando yuxtaposiciones y desaprovechamiento de recursos. En las zonas intermedias, resulta comparativamente más fácil coordinar una atención más eficiente, sea que tengan o puedan hacerlo con determinados servicios de salud y vías de comunicación dinámicas que posibiliten el funcionamiento de unidades móviles. Lo antedicho hoy encuentra inmediata solución incorporando las últimas tecnologías de información y comunicación.

La desigualdad territorial entre áreas centrales y marginales es creciente desde décadas, a la vez que dentro de cada ciudad o área se produjo una ver-

dadera fractura interna, con desarticulación y empobrecimiento que trastocó nuestra configuración socioeconómica. Esto torna evidente que la Ciudad de Buenos Aires, lejos de ser un todo homogéneo, es el agregado de poblaciones que requieren su diferenciación, no sólo desde el punto de vista socioeconómico, sino también cultural y etario. Así, con el más bajo índice promedio de mortalidad infantil a nivel nacional, algunos barrios presentan los niveles más altos, y otros se equiparán a los de Santiago del Estero, Chaco o Formosa.

Vale remarcar que la fragmentación y dispersión socioeconómica y territorial de nuestro país debe encararse con una integración federal en red, e impone trabajar con economías de escala, es decir, crear regiones operativas de integración para la atención sanitaria, en lugar de pretender una autosuficiencia provincial que está fuera de nuestro alcance económico, y que aun siendo posible significaría una ineficiente asignación de recursos. La economía de escala constituye una herramienta conceptual y de gestión particularmente útil para abordar el uso y la distribución eficiente de los recursos. Permite, por caso, una mayor amortización del equipamiento necesario, con una maximización de su uso.

En definitiva, se debe *reconfigurar la gobernanza sanitaria*, para evitar la captura de territorios que oculta la captura de la población. El esfuerzo radica en retornar al pensamiento lógico e innovar siguiendo pautas de integración económica, social y cultural para resolver el desafío de privilegiar la dignidad como valor humano. Éste sería un verdadero programa de obras como plataforma de prosperidad.

Cinco ejes para la reconfiguración sanitaria

Este esquema de cinco ejes tiene como finalidad que el abordaje se presente de una manera sencilla y clara. Debe ser construido y desplegado sosteniendo el rumbo, y como se trata de un proceso complejo sus elementos deben ser considerados en forma “abierta”, con suficiente flexibilidad al enfrentar la tarea. Lo indicado a continuación no debe funcionar como una receta fija sino como un esquema terapéutico que debe ir articulándose en su desarrollo en función de la finalidad: la protección sanitaria de manera eficiente y equitativa.

Se trata de lo que técnicamente se denomina “investigación–acción”. Es decir, a través del análisis y el conocimiento, arribar a la comprensión para así poder discernir y decidir a fin de actuar.

Debe descartarse toda forma de componente estático en un complejo entramado con el objetivo claro y el compromiso necesario para articular en forma armónica a los elementos convocados. A sabiendas, además, que estos responden a distintas necesidades e intereses, y que los conflictos latentes requieren de hábiles negociaciones.

Los cinco ejes son los siguientes:

1. Acceso equitativo y permanencia en el Sistema
2. Red sanitaria de Utilización Pública: Matriz sanitaria e Ingreso y Derivaciones en Red
3. Fondo Nacional de Alta Complejidad y Nomenclador Único
4. Participación Ciudadana
5. Profesionales de la Salud

Los diez ejes están atravesados por las dimensiones concatenadas de estructura, estrategia y cultura, con cuatro premisas o condiciones que lo sostengan: deben ser socialmente necesarios, técnicamente posibles, políticamente viables, y económicamente sostenibles.

1. Acceso equitativo y permanencia en el sistema

- Brindar atención sanitaria-integral según las particularidades territoriales y culturales de cada región, en cumplimiento del *principio de subsidiariedad* (ver Glosario).
- Articular la atención, el seguimiento, la resolución y la evolución de las distintas patologías según niveles de complejidad.
- Coordinar un Sistema de Información Sanitaria y de Vigilancia Epidemiológica, a partir del Observatorio Nacional de Salud.
- Garantizar el ingreso de las personas y su permanencia en el sistema a través de una identificación personal sanitaria (credencial sanitaria).

2. Red Sanitaria de Utilización Pública, matriz sanitaria, ingresos y derivaciones en red

No se trata de reproducir la frontera entre “medicina privada” y “caridad pública sanitaria” como si se tratara de dos países distintos, sino de construir una “*Red Sanitaria de Utilización Pública*” (sin distinción de titularidad jurídica). Dentro de dicha red, todos tienen que poder acceder a los servicios de salud, con la diferenciación de cada caso, pero nadie puede quedar excluido a propósito de disputas sobre responsabilidad jurisdiccional.

El Sistema Federal Integrado de Salud vincula los sectores públicos, privados (con o sin fines de lucro) y de obras sociales en una única red de servicios cuyas características deben ser:

- calidad, flexibilidad y continuidad de las prestaciones;
- racionalidad, eficacia, eficiencia y simplificación en la organización;
- sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud según economía de escala.

La participación de los distintos actores al Sistema Federal Integrado de Salud se realizará en forma voluntaria y gradual. Los recursos se integrarán a la planificación progresivamente en un sistema que se constituye como solidario. En salud, la *solidaridad* no es una opción.

El COFESA coordina y monitorea el destino del gasto. Deberá efectuar una asignación de recursos eficaz y eficiente para el cumplimiento de las etapas hasta arribar a las metas que se definan estratégicamente en un marco de la negociación acordada. Se prevé el incremento progresivo del presupuesto nacional en materia de salud para la corrección de deficiencias estructurales.

Los Centros de Atención Primaria, efectúan derivaciones en tres niveles:

- Primer nivel: Unidad territorial, atención primaria de la salud, equipo de atención integral, atención ambulatoria, nivel de seguimiento
- Segundo Nivel: Centros de diagnóstico y tratamiento, Hospital de mediana complejidad, Unidades socio-sanitarias
- Tercer nivel: Hospitales de alta complejidad médica y tecnológica, centros de referencia de especialidades

3. Fondo Nacional de Alta Complejidad y Nomenclador Único

La implementación de este Fondo permitirá mejorar el acceso a tratamientos complejos y costosos a toda la población. El Fondo financiará los gastos de atención de las enfermedades de alta especialización; medicamentos oncológicos, HIV, trasplantes, cirugías cardiovasculares, y otros para los beneficiarios del sistema. Tendrá un rol activo en las políticas de supervisión de las organizaciones específicas seleccionadas a tal efecto. Y su finalidad es asegurar la igualdad de acceso a las nuevas tecnologías de la salud y así disminuir asimetrías regionales.

Asimismo, en el nuevo Sistema Federal Integrado de Salud los servicios de salud pública y privada tendrán como obligación común tener:

- un nomenclador único de prestaciones médicas homologado periódicamente;
- un manual de categorización de servicios de atención médica para la certificación de efectores y de supervisión continua;
- protocolos de atención con especificación de estadios, en consonancia con los avances científico-tecnológicos de resultados comprobables.

La cotización de los distintos ítems se hará según la región geográfica, la categoría del servicio, y la evaluación de su eficiencia productiva. El COFESA definirá la progresividad de su aplicación en concordancia con los CORESA respectivos, en cumplimiento de las pautas emanadas por el “*Gabinete de Gestión Estratégica y Operativa*” (ver eje 10).

4. Participación Ciudadana

La situación pandémica ha significado para la mayoría de la población darse cuenta de lo vital que resulta un sistema sanitario fuerte, eficiente y solidario, más allá de la cobertura individual. Tal escenario debe aprovecharse para contar con el impulso, la legitimidad y el involucramiento de los ciudadanos de a pie en la reconfiguración que pretendemos.

El Estado debe promocionar espacios de participación con distintos actores de la comunidad sanitaria y con la sociedad civil, tanto a nivel nacional como local. Integrar un espacio participativo con el propósito de involucrar a las universidades, a las estructuras profesionales con la responsabilidad que impone su asimetría de información y formación (colegios médicos, sociedades científicas, como así también, instituciones de la sociedad civil), y a aquellas instituciones de participación ciudadana en la Gestión Pública en correspondencia con el área sanitaria.

5. Profesionales de la Salud: formación y valorización

Si algo deja en claro la actual pandemia, es lo central e insustituible del personal médico especializado. Camas y respiradores pueden obtenerse en semanas con un esfuerzo financiero y algo de logística, pero la capacitación profesional lleva años. Una estrategia de carácter nacional será entonces valorizar al profesional de salud como el actor clave del sistema. En este sentido la reforma busca jerarquizar, articular y dinamizar la formación sanitaria, a fin de mejorar:

- la calidad de su formación inicial y continua
- las condiciones de su trabajo
- la valoración de su capacidad tangible y su potencial intangible
- un modelo de carrera que no lo desvincule del desarrollo sanitario

Se debe trabajar en un diseño de fortalecimiento institucional que articule mecanismos de acreditación periódica. Para potenciar los espacios formativos de los médicos, creando nuevos lazos institucionales y pedagógicos, necesitamos un doble movimiento. A esto se refiere Edgar Morin al decir: “No se puede reformar la institución sin haber reformado previamente las mentes, pero no se pueden reformar las mentes si no se reforman previamente las instituciones”. El cambio, entonces, debe ser simultáneo en las conciencias y en las normas por medio de una transformación en las políticas estratégicas para recuperar una cosmovisión optimista.

La formación y capacitación médica

Este aspecto merece un apartado propio, pues resulta vital para la reproducción de la atención médica. El proceso actual de evolución científico-tecnológico en el campo médico muestra tal acumulación de información que obliga, en parte, a descripciones difíciles de conocer y comprender, y por otra a redefinir las “capacidades esenciales” que se requieren para ejercer la labor médica. Estas capacidades deberán responder en forma conjunta a los contenidos curriculares dictados por las facultades de medicina y al mismo tiempo a las enseñanzas recogidas en las escuelas médicas, representadas por las tareas propias del hospital, el cual, en épocas atrás, cumplía cabalmente con dicha finalidad. Tanto una como la otra tienen que estar enlazadas a fin de responder a las necesidades que precisan y requieren los responsables del área sanitaria del ámbito gubernamental.

Para abordar el proceso educativo centremos el análisis, en primer lugar, en las Facultades de Medicina. Son ellas las que deben aportar graduados capaces de integrar la comprensión de la enfermedad, el tratamiento de la misma como así también la promoción de la salud y la prevención, además de trabajar proponiéndose lograr estos objetivos en equipos multidisciplinarios, para alcanzar las metas que faciliten conductas saludables de vida.

En ese ámbito, las facultades deben promover estándares de conocimiento, valores profesionales de ética y moral que impacten positivamente en la cultura ciudadana. Un profesional de cualquier área, pero especialmente de la médica, sin valores humanistas que sostengan su práctica, es un graduado incompleto, un “analfabeto ético”. Los requisitos globales mínimos necesarios que se deben alcanzar son capacidades resultantes de un proceso de educación médica, en que el Estado Nacional está implicado a partir de los requerimientos profesionales que él mismo debe demandar, a fin de cumplir con las metas de equidad y bienestar social que el derecho a la salud representa. Sin una orientación por parte de las autoridades, los saberes médicos se alejan de las verdaderas preocupaciones sanitarias de la sociedad en donde intervienen estas casas de estudios.

La función esencial de las facultades de Medicina sólo se mostrará completa si ellas se articulan con las escuelas médicas y con aquellos centros de actividad médica hoy llamados “privados” (por no ser del Estado, aunque su función es tan pública como la de aquel).

Por avatares políticos y económicos diversos, dichos centros se encuentran mejor equipados y son los que funcionan con mayor nivel de eficacia (aunque no con eficiencia). De ahí la necesidad de una organización educacional innovadora público-privada, que integre ambos sectores.

Pasemos a las *escuelas médicas*, que son las que permiten traducir los conocimientos de la ciencia médica básica en experiencias clínicas y habilidades, siendo por sobre todo espacios de reflexión, núcleo esencial para discernir conocimientos, conductas habituales, errores y valores éticos profesionales.

En estas escuelas se desarrolla la experiencia basada en la educación médica continua. No se trata de enseñanzas separadas sino de pedagogías conjuntas.

La escuela médica en sí tiene su basamento en la interacción médico-paciente. Es la que sustenta el aprender, enseñar y capacitar en forma simultánea, como única manera de controlar la desactualización que el devenir conlleva. Se trata del sitio donde el que aprende imprime un rol activo al que enseña, y así acompaña la evolución de la Institución.

Hasta no hace mucho tiempo estas escuelas estaban asentadas en los hospitales públicos, verdaderos “*nidos de maestros*”, espacios de incubación y desarrollo de profesionales de la salud capacitados para la atención de las necesidades sanitarias de la población. Hoy, más allá de desear su recuperación en su *triple función asistencial, docente y de investigación clínica*, se precisan innovadoras asociaciones con el sector privado a fin de salvar las grietas que los hospitales poseen. Estas fisuras, de hecho, impiden la formación sólida que requieren los propios maestros. Esa recuperación implicaría revivir el legado de aquellos que hicieron viable alcanzar el nivel que Argentina supo poseer en atención médica.

Son estas escuelas las que pueden brindar experiencias educativas que otorguen, revisen, y refuercen conocimientos, de manera de lograr actividades en correspondencia a la ciencia-arte que significa el oficio médico en permanente evolución, en donde reconocemos que “el error” juega un rol destacado. Vale recordar a Georges Canguilhem, quien expresaba que “equivocarse es humano; perseverar en el error es diabólico”. Esto nunca es más cierto que en el campo de la salud.

Segunda Parte

V. El mundo nos ha fallado: pandemia y ceguera social

*“El mundo es la resultante de la
acción intencional de la conciencia”*

Edmund Husserl

Crónica de una pandemia anunciada (pero desoída)

La crisis aún en curso provocada por la pandemia del coronavirus COVID-19 sorprende a nivel global. Pero acaso lo más preocupante es que la sorpresa no debiera ser tal. La inusitada dimensión del marasmo no responde tanto al virus en sí, como a nuestra deficiente preparación global para el mismo.

Dos coronavirus previos, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en Asia hacia 2003, y el síndrome respiratorio agudo de Oriente Medio (MERS) hacia 2012, además de la influenza AH1N1 de 2009, el ébola, el zika, el Nipah, entre otros, constituyeron alertas desoídas en gran medida. Pero las alertas estuvieron. En 2015 la OMS planteaba que el mundo no estaba preparado para nuevas pandemias. “La interrelación entre humanos y animales es tan cercana debido a la deforestación y otras causas que va a seguir habiendo nuevas infecciones emergentes”⁵, afirmaba la entonces directora del organismo, Margaret Chan.

5 “El mundo no está preparado para otra epidemia como el ébola”, *El País*, 15/10/2015.

La alerta existió. Sin pretender que esté exenta de problemas o errores, lo cierto es que la OMS (que en definitiva quiere decir profesionales de salud y otras áreas de distintas partes del mundo) dio múltiples señales de alerta. Quienes han fallado principalmente son los líderes políticos y los gobiernos que han desestimado estas alertas. “El mundo enfrentará otra pandemia de influenza, aunque no se sabe cuándo llegará y qué tan grave será”, pronosticaba la OMS de cara a 2019 y advertía prístinamente: “Las defensas globales serán tan efectivas como el más débil de los eslabones en un sistema de preparación para emergencia y respuesta en cualquier país”⁶.

En una conferencia sobre preparación para emergencias de salud pública celebrada en diciembre de 2018, participantes de los sectores de salud pública, sanidad animal, transporte y turismo se centraron en los crecientes desafíos de abordar los brotes y las emergencias de salud en las zonas urbanas.

Con el antecedente reciente de dos brotes de ébola en República Democrática del Congo en ese mismo año, que se extendieron a ciudades de más de un millón de personas, la OMS y sus socios pidieron que se designe a 2019 como el “Año de acción en la preparación para emergencias de salud”.

Pero hubo más alertas, algunas incluso bastante precisas. En noviembre de 2008, el National Intelligence Council (NIC), la oficina de anticipación geopolítica de la CIA, publicó para la Casa Blanca un informe titulado «*Global Trends 2025: A Transformed World*»⁷. El documento confidencial, elaborado a partir de estudios de dos mil quinientos expertos independientes de universidades de unos treinta y cinco países, anunciaba para antes de 2025, “la aparición de una enfermedad respiratoria humana nueva, altamente transmisible y virulenta para la cual no existen contramedidas adecuadas, y que se podría convertir en una pandemia global”; y avisaba que su aparición dependía de “la mutación o del reordenamiento genético de cepas de enfermedades que circulan

6 Ver “Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019” de la Organización Panamericana de la Salud.

7 Léase el texto completo del informe:
https://www.files.ethz.ch/isn/94769/2008_11_Global_Trends_2025.pdf

actualmente, o de la aparición de un nuevo patógeno en el ser humano que podría ser una cepa de influenza aviar altamente patógena como el H5N1, u otros patógenos, como el SARS coronavirus, que también tienen este potencial”.

El texto además advertía, con impresionante precisión, que “si surgiera una enfermedad pandémica, probablemente ocurriría en un área marcada por una alta densidad de población y una estrecha asociación entre humanos y animales, como muchas áreas del sur de China y del sudeste de Asia, donde no están reguladas las prácticas de cría de animales silvestres lo cual podría permitir que un virus mute y provoque una enfermedad zoonótica potencialmente pandémica”.

Hubo más informes como este⁸, pero la propia OMS encendió la última alerta, en septiembre de 2019, a las vísperas del primer caso detectado en Wuhan, en noviembre del mismo año. “Nos enfrentamos a la amenaza muy real de una pandemia fulminante, sumamente mortífera, provocada por un patógeno respiratorio que podría matar de 50 a 80 millones de personas y liquidar casi el 5% de la economía mundial. Una pandemia mundial de esa escala sería una catástrofe y desencadenaría caos, inestabilidad e inseguridad generalizadas. El mundo no está preparado”⁹.

Como sintetiza con cruenta precisión David Quammen, periodista científico con larga experiencia y autor de *Spillover. Animal infections and the next human pandemic*: “la ciencia sabía que iba a ocurrir. Los Gobiernos sabían que podía ocurrir, pero no se molestaron en prepararse”¹⁰.

8 Por ejemplo, uno de 2017 del Pentágono dirigido al Presidente Trump. Ver: Ken Klippenstein, «Military Knew Years Ago That a Coronavirus Was Coming», *The Nation*, New York, 1 abril 2020.

9 Prólogo del documento titulado «Un Mundo en peligro: informe anual sobre la preparación mundial para las emergencias sanitarias», elaborado por epidemiólogos y científicos de máximo nivel de todo el mundo, y firmado por Gro Harlem-Brundtland, exdirectora general de la OMS, y Elhadj As Sy, Secretario general de la Cruz Roja Internacional. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_Spanish.pdf

10 *El País*, Madrid, 20/04/2020.

La reacción mundial

*“La historia de las ideas
no es necesariamente congruente
con la historia de las ciencias”*

Georges Canguilhem

La inédita parálisis que alcanza gran parte del mundo (incluyendo a los países más desarrollados) responde menos a la fortaleza del virus en sí, que a la debilidad de los sistemas sanitarios nacionales y la virtual inexistencia de un sistema global. Las organizaciones internacionales y multilaterales de todo tipo (ONU, Cruz Roja Internacional, G7, G20, FMI, OTAN, Banco Mundial, OMC, etc.) no han estado a la altura de la tragedia. Europa y Estados Unidos ignoraron todas las advertencias. Cuando finalmente llegó el actual coronavirus, sus gobiernos no tenían preparada ninguna estrategia a seguir, ni medidas de actuación a corto, medio y largo plazo.

Por supuesto que cada país está desigualmente munido para enfrentar la pandemia. Pero resulta patente la necesidad de una gobernanza sanitaria que articule la responsabilidad de los líderes políticos con el sistema sanitario propiamente dicho. El Reino Unido, por caso, con uno de los mejores sistemas de salud del mundo, frente a este particular fenómeno, tuvo que evaluar y reevaluar detenidamente las medidas a aplicar.

Han sido los países del sudeste asiático quienes han brindado mejor respuesta a la pandemia, entre otras cuestiones, porque se han preparado previamente, tras el brote de otro coronavirus, el denominado SARS, en 2002/3. Pero también porque cuentan con un desarrollo tecnológico que han puesto en acción. Lectura facial por imágenes, drones, y una férrea disciplina social producto de una tradición entre autoritaria y colectivista (a gusto ideológico de cada uno). Testeos masivos pero de ninguna manera universales¹¹, sino direccionados con un seguimiento

11 El único país que proveyó testeos generalizados es Islandia. Claro que cuenta, según el Censo de 2018, con apenas 357.050 habitantes.

individualizado, rastreando los contactos de un infectado a lo largo de la ciudad. Por caso, se identificaba a qué vagón de subterráneo se subió una persona infectada y se procedía a testear a todos los pasajeros del mismo vagón.

Esto se dio sobre todo en Corea del Sur, lo cual hizo que el intelectual surcoreano residente en Berlín Byung-Chul Han, haya elogiado la «*biopolítica digital*» implementada por el Gobierno surcoreano y afirmado que los países asiáticos estaban enfrentando esta pandemia mejor que Occidente porque se apoyaban en las nuevas tecnologías, el big data y los algoritmos. Corea del Sur tuvo que enfrentar además, en 2015, un brote particularmente dañino de la epidemia del MERS.

La culpa no es del chancho (ni del murciélago): producción de alimentos y cambio climático

*«No queremos volver a la normalidad,
porque la normalidad es el problema».*

Anónimo en redes sociales

Evidentemente, las “pestes” no son algo nuevo, sino que acompañaron a la humanidad. Desde la “peste negra” medieval que provocó la muerte de un tercio de la población europea, pasando por la llamada “gripe española” que causó decenas de millones de muertes hacia 1918 (las estimaciones oscilan entre 20 y 100 millones), pasando por la viruela, hoy ya controlada, el cólera del siglo XIX que pervive aún en nuestros días, la Gripe asiática de 1957 y la Gripe de Hong Kong 1968-69, entre otras.

Pero existe una tendencia actual a agravar la aparición de nuevas mutaciones virosas. Existen profundos desestabilizadores actuales: el cambio climático (con lluvias crecientes), la deforestación, las migraciones y el turismo, entre los principales. A lo que hay que sumar la creciente dispersión generada por

los movimientos globales de personas. Hoy día, prácticamente toda epidemia deviene pandemia producto de la circulación.

Efectivamente, las pandemias no responden al azar, sino que están vinculadas a un uso de la naturaleza que genera su destrucción, pero sobre todo a un peligro para la propia vida humana. Por ello debe actuar la constante vigilancia sanitaria como control de riesgo que preserve la vida comunitaria y con ello la vida misma. No se trata sólo de una ética solidaria, pues en el área de la salud la solidaridad no alcanza. Se trata de un problema intrincado y complejo, de reales nudos gordianos que implican en forma simultánea a sectores que afectan a la ciencia, a la tecnología, a la producción, al comercio y al respeto a la vida humana.

Existe un amplio acuerdo entre los investigadores internacionales para reconocer que este nuevo germen ha surgido del mismo modo que otros anteriormente: *saltando* de un animal a los seres humanos.¹² Rob Wallace, un biólogo que ha estudiado un siglo de pandemias, dice que todos los virus infecciosos de las últimas décadas están muy relacionados a la cría industrial de animales.

El grupo Acción sobre Erosión, Tecnología y Concentración (ETC), con estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, y la organización civil Acción Internacional por los Recursos Energéticos (GRAIN) advirtieron que el surgimiento de la gripe aviar en Asia, y de la gripe porcina A H1N1, también del SARS, son virus que surgen en una situación en dónde hay una especie de fábrica de replicación y mutación de virus que es la cría industrial de animales, que los concentra en gran cantidad en poco espacio, es decir, hacinados. Particularmente con los pollos y con los cerdos, que no se pueden mover, y por lo tanto tienden a crear muchas enfermedades.

Silvia Ribeiro “hace más de tres décadas la directora para América Latina de ETC” da más detalles sobre el proceso en cuestión. “Los animales son sometidos a aplicaciones regulares de pesticidas, para eliminar otra serie de cosas que hay dentro del propio criadero. También hay venenos en los alimentos -en general es maíz transgénico lo que se les da-. Todo está muy relacionado

12 Roujian Lu, Xiang Zhao, Juan Li, Peihua Niu, Bo Yang, Honglong Wu *et al.*, «Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding», *The Lancet*, Londres, 30/01/2020.

con el negocio de venta de transgénicos para forraje. Les dan una cantidad de antibióticos y antivirales, para prevenir las enfermedades, lo que va creando resistencias cada vez más fuertes”¹³. Todo lo cual genera que diferentes cepas de virus y de bacterias se trasladen entre muchos individuos en un espacio reducido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a las industrias de cría de animales, sobre todo de pollos y cerdos, pero también la piscícola y la de pavos, a que dejaran de aplicar tantos antibióticos, porque entre el 70 y el 80% de los antibióticos en el mundo se usan en la cría industrial de animales. Como además son animales que tienen un sistema inmunológico deprimido, están expuestos todo el tiempo a enfermedades, y además también les dan antivirales. Les suministran antibióticos no tanto para prevenir enfermedades, sino para que engorden más rápido. Estos centros industriales de cría, desde el feedlot hasta la cría de cerdos, de pollos, y de pavos, muy hacinados, crean una situación patológica de reproducción de virus y bacterias resistentes.

Pero, además, y esta es la clave, están en contacto con seres humanos que los sacan a las ciudades. Los animales silvestres pueden tener un reservorio de virus que dentro de su propia especie están controlados, es decir que no están enfermando a los animales. El problema ocurre cuando de pronto se trasladan a un medio donde se vuelven una máquina de producir virus, porque se encuentran con muchas otras cepas y virus. Llegan a esos lugares desplazados de sus hábitats naturales. “La deforestación, la apertura de nuevas carreteras, la minería y la caza son actividades implicadas en el desencadenamiento de diferentes epidemias”¹⁴, coincide Alex Richter-Boix, doctor en biología y especialista en cambio climático de España. La deforestación, asimismo, se debe por la expansión de la frontera agrícola. La FAO reconoce que el 70% de la deforestación tiene que ver con la expansión de la frontera agropecuaria. Un genuino círculo vicioso, por no decir, perverso.

Es que la sociedad contemporánea informa sobre sus productos industriales pero oculta sus procesos ecológicos, como señala W. I. Thompson parafraseando

13 “No le echen la culpa al murciélago”, *Página/12*, 3/04/20.

14 “La dimensión ecológica de las pandemias”, *Página/12*, 30/03/2020. Richter-Boix es uno de los responsables del proyecto Mosquito-Alert, un proyecto de ciencia ciudadana creada para investigar los mosquitos vectores de zika, dengue y chikungunya.

seando a Gregory Bateson¹⁵. Se celebra el crecimiento del PBI como si equivaliera al progreso mientras que se desentiende de la contaminación, o se la trata como un esquivo efecto colateral sin responsables directos. Lo que existe es una verdadera agresión planetaria que abarca, sin pretender exhaustividad:

- el cambio climático, con el crecimiento del dióxido de carbono (CO₂)
- el desmote (en nuestra región principalmente por el crecimiento de la soja)
- la minería: que obliga a un control del impacto ambiental por ser una actividad de alto riesgo
- el petróleo
- las radiaciones (con su efecto estocástico, es decir, a mediano y largo plazo)

Ribeiro es clara respecto al proceso mundial que genera estas pandemias y a la necesidad de revertirlo. “Se tendría que poner en discusión el sistema alimentario agroindustrial, desde la forma de cultivo, hasta la forma de procesamiento. Todo este círculo vicioso que no se está considerando, hace que se esté preparando otra pandemia”¹⁶. Y cierra sin dejar lugar a dudas: “Además de cuestionar las causas, habría que cambiarlas”¹⁷.

15 Thompson, W. I. et al, *Gaia. Implicaciones de la nueva biología*, Kairos, Buenos Aires, 1992.

16 “No le echen...”, Op. Cit.

17 Idem.

VI. Pandemia en tiempos de posverdad: enfoque científico y otras deudas pendientes

*“Hoy no basta con contar la verdad,
hay que destruir la mentira”.*

Javier Cercas

Ciencia y posverdad

*“La posverdad, el auto engaño, la mala fe y el error
oscurecen el pensamiento”*

Jon Elster

La posverdad se impuso hace algunos años como sino de época. Las *fake news* son su estrella guía¹⁸. Tristes tiempos en los que tenemos que defender lo básico. En que la discusión deja de ser política, económica, ideológica o científica y pasa a ser sobre la veracidad de un hecho puntual, de un dato específico. Cuando no están dadas las condiciones de acuerdo para el desacuerdo. Cuando la única palabra que vale es la que refuerza la creencia previa y se desprestigia la que la cuestiona. Cuando los prejuicios buscan ser

18 Las *fake news* son noticias que contienen información falsa a sabiendas, con la intención de obtener un rédito con ello, económico, político o de otro tipo. La posverdad designa la mayor importancia atribuida a la subjetividad y al prejuicio que a los datos y a la indagación.

validados con seudoinformación, en vez de la información servir como guía para indagar la verdad.

La OMS alertó que junto a la pandemia se vive globalmente una *infodemia*, con noticias falsas y muchas veces peligrosas sobre el virus y a enfermedad.

Aunque no siempre se trata de que maliciosamente se tergiversen hechos o directamente inventan otros (que luego serán reproducidos y “viralizados”, valga la ironía, por distintos medios en las redes sociales).

También se trata de la relajación sobre la riguridad y precisión, que no diferencia conceptos ni profundiza en aspectos claves.

Para abordar seriamente, es decir, científicamente, la pandemia, debemos repasar la historia y comparar el presente. Mínimamente, digamos aquí que sobre la base de los dos pilares que significaron Luis Pasteur, pionero de la microbiología clínica, y Roberto Koch, quién estableció las condiciones para que un organismo agresor sea considerado la causa de una enfermedad (los llamados Postulados de Koch), hacia 1928 surge “la teoría epidémica” enunciada por Lowel Reed y Wade Hampton Frost. La pandemia actúa como una tríada entre *agente patógeno, huésped susceptible y medio ambiente*. De acuerdo con esta teoría, el origen del estallido creciente reside en la razón matemática que subyace en el *contacto adecuado* entre los casos infectados y los huéspedes susceptibles, sabiendo que las relaciones biológicas no son aritméticas sino logarítmicas. Esto último obliga a diferenciar la *probabilidad matemática* de la *probabilidad sanitaria*, ya que esta última responde a variables que hacen a niveles de riesgo, niveles de vulnerabilidad, para lograr la inmunidad comunitaria que es en última instancia el objetivo a lograr.

De esto último surge la necesidad de poner en acción *otra tríada: la del testeo, rastreo y aislamiento*. A partir del testeo se debe definir si “las interdicciones” (las llamadas cuarentenas) deben ser horizontales como las han ejecutado hasta ahora, o bien verticales, es decir, focales, para lo cual es imprescindible recurrir al testeo. Ante el estallido del brote, y en el conocimiento de las experiencias pandémicas padecidas, la estrategia electiva consiste en recurrir a la visión integrada que posibilita la *teoría epidémica*, que tiene en cuenta la existencia del portador sano y del enfermo inaparente, en procura de la mejor política pública frente a la emergencia en salud.

Falencias y desafíos

*“No cabe duda de que somos conscientes
de que el pensamiento
no solo requiere inteligencia y profundidad
sino sobre todo coraje”*

Hannah Arendt

La pandemia actúa como una tríada entre agente patógeno, huésped susceptible y medio ambiente. Y este último elemento se considera clave para accionar políticas diferenciales en los distintos territorios y las distintas poblaciones. Resulta trágico que, a esta altura del proceso en curso, descubramos las características particulares de las villas, los geriátricos, y el descontrol en la infraestructura sanitaria.

La triste realidad está dada por no poder subsanar en semanas ni meses lo que no se ha hecho en años y décadas. Esto ha constituido una clara muestra de inocultable ineficiencia en el manejo de esta pandemia. Alcanza con hacer referencia al número efectuado en relación a la población tanto cuantitativa como distributiva, sin consonancia con los conocimientos demográficos y urbanísticos.

Lo mismo ocurre con los *protocolos procedimentales* de cuidado médico. No es suficiente con sancionar una norma prescriptiva, hace falta capacitar en comportamientos y en destrezas. Para alcanzar el nivel necesario debemos enhebrar capacidades esenciales en la formación médica con el ejercicio profesional apropiado que asegure su integración operativa.

El planteo “cuarentena sí, cuarentena no” resulta por lo menos reduccionista. Hoy las prioridades que se imponen en primera instancia son: reducir la tasa de letalidad mediante un idóneo equipo médico integrado por clínicos, terapeutas, residentes y enfermeras especializadas formados *ad hoc*. Simultáneamente, controlar los contagios mediante testeos y rastreos, elementos estos básicos de logística para pautar los seguimientos conductuales. Así como también evitar aglomeraciones a fin de monitorear las “interdicciones”, mal llamadas cuarentenas.

En forma concomitante a lo descrito, reducir los “daños colaterales” garantizando la atención médica de enfermedades crónicas y agudas, que no se interrumpen con el COVID-19. Hecho de elocuente manifestación a través de la información de lo acaecido en relación a patologías cardiovasculares y en particular al índice de mortalidad por infartos de miocardio, por lo inoportuna y tardía intervención médica. Este ejemplo se ve exacerbado cuando lo llevamos al terreno de lo sucedido con los trasplantes de órganos, tema que se mantiene totalmente encubierto.

En cuanto a “la vacuna”, abundan disquisiciones varias en medio de la atmósfera que estamos inmersos. Sin embargo, si nuestra prioridad es pasar de un deseo o ilusión a una esperanza posible, deberíamos comenzar por consolidar la estructura específica para este fin. Para concretarlo deberíamos alejarnos del habitual planteo de Calendario Nacional de aplicación de vacunación obligatoria y gratuita, que asienta en una ineficiente burocracia, y pasar a construir una estructura específica que de hecho signifique crear una “Sub Estación Técnica”, que posibilite el cumplimiento ya no de *campañas* de vacunación, sino de *programas*. Para de esta manera lograr que se cumplan los parámetros de *Diseño, Ejecución, Registración y Evaluación*.

La fortaleza del sistema médico para contener un brote epidémico es la que condiciona la estrategia a seguir. La solvencia de conocimientos epidemiológicos es la que evita caer en la confusión e improvisación por incapacidad de reconocer la complejidad y actuar en consecuencia, tal como lo enseñara René Thom. Él explicó que la modelización de estos sistemas complejos no se hace a través de sus variables de estado (imposibles de captar) sino estudiando las variables de control, de manera tal de monitorear su dinámica, a sabiendas que el *sistema de atención pública de salud representa una materia pendiente*.

Para encarar la post-pandemia, ¿qué conducta elegiremos? ¿Claudicar bajo la forma de resignación? ¿Ocultar la situación atravesada bajo la forma de relato? ¿O abordar con responsabilidad el pensamiento crítico para discernir el *fenómeno político, social y cultural* que representa el COVID-19?

Las políticas públicas demandan pensamientos críticos que contengan inteligencia y aptitud de discernir con responsabilidad, a fin de llevar adelante la tarea de planificación, gestión, y evaluación de estructuras complejas como

las sanitarias. Deben asegurar su capacidad resolutoria mediante la selección de cuadros científicos, técnicos y gerenciales profesionalizados, de manera tal de protegerlos de la cooptación por parte de intereses particulares. De esta manera se evitarían conductas que semejen un coto personal, y así lograr bloquear “imposturas intelectuales” de pensamiento hegemónico que habitualmente ocultan falacias de autoridad.

En nuestro país, la larga decadencia económica y sanitaria que padecemos desde décadas se hace notar particularmente en estas circunstancias. Si bien existe una férrea decisión política de afrontar esta pandemia, lo cierto es que la voluntad política no puede suplir la falta de *una estructura, una estrategia y una cultura* que debe cimentarse a lo largo de años y de manera sistémica y global a lo largo de todo el territorio.

Las tan celebradas medidas tempranas de aislamiento no hacen más que dilatar lo inevitable. Si queremos mitigar el colapso sanitario debemos sumar una segunda fase del plan de contención que lo complemente. No se trata de sumar camas, que poco pueden hacer frente a cuadros avanzados de sintomatología, sino de formación profesional, cuantitativa y cualitativa, y de coordinación logística. La clave pasa por la identificación de las regiones y poblaciones infectadas, para su aislamiento selectivo y tratamiento correspondiente. Para ello, la tríada mencionada de testeo, rastreo y aislamiento son una herramienta de orientación clave.

Evidentemente, no se puede subsanar en semanas las deficiencias acumuladas por décadas, pero en vez de vanagloriarnos de un supuesto “modelo argentino”, podemos mirar a nuestra realidad sanitaria de frente y reconocer las falencias. No contamos con la infraestructura necesaria, salas de aislamiento, indumentaria especial, laboratorio de diagnóstico, parque tecnológico operativo, provisión de fármacos, personal de enfermería, entre otros. Falta formación médica. Faltan profesionales formados, de manera sistemática y pareja en todo el territorio.

No alcanza con contar con unos puñados de centros prestigiosos, o muchos profesionales brillantes, para enfrentar una pandemia con caracteres tan particulares, donde se torna prioritario evitar la mortalidad del paciente grave. La clave pasa por la articulación inteligente de todos los componentes. Lo

que hasta ayer era necesario, hoy se torna imprescindible a fin de restringir al mínimo la incertidumbre.

La “brecha” existente entre la actual condición sanitaria, el conocimiento científico y las políticas públicas nos lleva a la necesaria elaboración de una organización instrumental para cumplir con la finalidad de preservar la salud ciudadana, ya que el sistema mostró sus debilidades a la hora de tomar decisiones.

La salud de su pueblo es el principal capital que tiene una Nación. Mejorar la vida y el bienestar de sus ciudadanos mediante una oportuna, eficiente y equitativa protección sanitaria, es un recurso de genuina distribución de riqueza, con la ventaja de no generar inflación. Pero no se trata de un ajuste financiero ni de un mercado de capitales: se trata del potencial vital de los argentinos: un verdadero índice de soberanía.

Los geriátricos frente a la pandemia

“Que nadie diga eso no lo sabíamos”

*Que nadie guarde silencio por la semana
y hable libremente el domingo...*

*No queremos levantar nunca más monumentos
a víctimas en quienes antes no se pensó”.*

Günter Grass

“Antes que sea demasiado tarde”

El desafío de envejecer merece un detenido y reflexivo análisis, ya que constituye un eje innegable de la medicina actual y de manera creciente en tanto se alarga la expectativa de vida. Hoy, sin embargo, la situación se agrava en esta coyuntura donde tanto la enfermedad virósica del COVID-19 como “el remedio” preventivo del aislamiento, implican una pinza que acorrala al adulto mayor de manera trágica.

Efectivamente, el riesgo de contagio de este sector de la población esconde la segura y total condena a una reclusión que al momento de escribir este texto lleva ya más de cinco meses, y se alargará por lo menos otros cinco (cuando, en una proyección optimista, se conseguiría la vacuna). Pasado un primer momento de comprensible extremismo en las medidas, a esta altura resulta imperdonable que no exista un riguroso *esquema de atención integral* a la población mayor que, bajo el argumento de ser protegida, resulta una vez más relegada al olvido.

El desafío es doble: comprender lo incomprensible (con números que confunden), y desentrañar cómo un proceso biológico universal (envejecer) es usado como manifestación de deshumanización. Quisiera acentuar este último aspecto, que refiere menos a las condiciones socioeconómicas y sanitarias que a las condiciones morales y éticas.

La vejez no es una enfermedad, sino que supone un estado de mayor vulnerabilidad, es decir, de exposición mayor a los factores de riesgo, enmarcados en un proceso de que abarca emergentes como son: la soledad, el sedentarismo, la desnutrición, y el destrato. Pero estos problemas se pueden afrontar. De otra calidad y magnitud son el exilio interno, la marginación y la exclusión social durante la pandemia que desnuda así su cruda situación.

De fondo, el problema radica en tratar como urgencia o emergencia lo que ya constituye una catástrofe o incluso (ya que “catástrofe” solo les compete a los eventos naturales) un *desastre*, siguiendo la nominación de la Organización Mundial de la Salud, recordemos el significado de:

- Urgencia: la aparición fortuita de una afección de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.
- Emergencia: una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa en forma inmediata y adecuada.
- Desastre (Catástrofe) es un hecho natural o provocado por el hombre que afecta negativamente a la vida y requiere que las partes implicadas renuncien a la autonomía y a la libertad tradicional, para producir respuestas en conjunto y organizadas, siguiendo un comando o estructura definida.

A este “momento situacional” no se arriba por accidente sino por ignorancia y negligencia sanitaria. A más de 150 días de instalado el confinamiento (mal llamado cuarentena) se transparenta el estado de indefensión al que son sometidos los adultos mayores ante la parálisis de conciencia y sensibilidad por parte de la sociedad toda. Parálisis en la responsabilidad y en el compromiso moral y ético.

Claro que no resultan conducentes acciones de voluntariado espontáneo sin un mapa de investigación-acción que trate el problema como tal y encamine su resolución. Se trata de una faceta más de la necesaria *gobernanza sanitaria*. Las políticas públicas no deben convertir a los adultos mayores en objeto de asistencia, sino en sujetos de derecho, sujetos de dignidad.

Nos preguntamos donde está la *actividad articulada* entre el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Seguridad Social, la ANSES, el PAMI, las Organizaciones Civiles a fin de cumplir con el principio de complementariedad. ¿Dónde están los ciudadanos, tanto los familiares como aquellos en su faceta solidaria o fraterna, a fin de instrumentar acciones políticas? Se trata de un imperativo moral de los derechos humanos básicos y de la ética de la dignidad.

Debemos superar la *obediencia debida*, donde un coro de asesores se atribuye autoridad legítima e impone una obediencia ciega que confunde riesgo con vulnerabilidad, residencia con enclaustramiento, encierro con captura, y marginación con exilio interno. Es hora de correr el velo o el telón. Todo encierro mayor a 15 días en un adulto mayor sin fisioterapia ni apoyo psicológico de sostén simula una cárcel sin patio, y potencia ese ensamble de cuatro componentes ya mencionado, en un ambiente de anomia e ignorancia que desconoce hasta la diferencia que hay entre contagio y transmisibilidad.

Recién el 19 de junio empezaron los testeos sistemáticos en los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires, lo cual redujo el porcentaje de los fallecidos sobre el total de la población, de 38 a 24%, en el transcurso de los últimos tres meses¹⁹, lo cual, a todas luces, sigue siendo alto.

19 “Coronavirus en la Argentina: por qué bajó la proporción de muertes en los geriátricos de la ciudad”, 12/8/20, *La Nación*.

No tendría que haber sido una sorpresa que los geriátricos son uno de los principales focos de riesgo, y que como tales deberían haber sido el centro de cuidados y prevención desde el día uno.

Hace meses, el defensor de la Tercera Edad de la Defensoría del Pueblo porteña, Eugenio Semino, advertía: “el geriátrico que está habilitado es una bomba de tiempo que vemos y el que no lo está es una mina subterránea; en ambos casos, puede explotar”. Hoy, más del 70% de los geriátricos de la Ciudad de Buenos Aires tuvieron al menos un caso de COVID 19, y habría que revisar los números en cada una de las demás provincias.

A modo de punteo, respecto de los geriátricos, tenemos, entre otras cuestiones a tener en cuenta:

- Fallas en la infraestructura y en la logística.
- Habilitación de responsabilidad fragmentada, y por lo tanto diluida.
- No están preparados para funcionar como clínicas.
- Falla en los protocolos *procedimentales* (falta de personal entrenado, no alcanza con meras “normas”) de bioseguridad.
- Falta de unidad de control, sobre todo al personal en cuánto al testeo, rastreo y aislamiento, dado que se trata del encadenamiento clave (importancia del rastreador) para llegar a una evaluación precoz que posibilite un manejo oportuno y eficiente, a fin de evitar el diagnóstico tardío de una evolución sin control tanto del paciente como de la propagación del virus, lo que terminaría finalmente en la saturación del sistema de asistencia.

De esta manera tomar conciencia que la materialización de toda amenaza debe pasar por el análisis sistemático de *variables de riesgo* y *variables de vulnerabilidad*. Compromiso éste que se impone a toda institución de bien público, como son los geriátricos.

Debemos desechar un compungido relato envuelto en posverdad. Es decir, en la falsificación de la verdad o sencillamente la mentira o falsedad, que encubre la manipulación política. Evitar caer, asimismo, en planteos que van desde la discusión sobre la teodicea o designio divino hasta eludir la situación de catástrofe o desastre que deberíamos enfrentar mediante una gestión estratégica multidisciplinaria.

Más bien, cabe el planteo del efecto estudiado por el psicólogo norteamericano Stanley Milgram, sobre “los peligros de la obediencia” y la complicidad de los seguidores.

En su condición remota, la víctima es un extraño que está física y espiritualmente solo, al decir de Zygmunt Bauman. La cruda verdad es que en los geriátricos se justifica la muerte porque la provoca el Covid y no la sociedad por su negligencia.

Hay un mundo que no queremos ver. Es el nuestro. Empecemos por no desviar la mirada y asumir el compromiso que significa el ser ciudadano.

VII. La gobernanza sanitaria: el Gabinete Operacional Conjunto

La situación en Argentina

*“La ceguera social lleva a la atrofia y
a embrutecer la inteligencia”*

Theodor Adorno

La situación sanitaria puso de relieve, por su carácter complejo, una falencia no temporal que obliga a repensar el Estado. Gobernar es crear instituciones capaces de componer tanto normas como procedimientos a fin de obtener un funcionamiento que gestione problemas concretos, prevea y limite devenires no deseados, lo que en el caso que nos ocupa podría encausarse con la creación de un órgano a nivel nacional al servicio de la salud pública.

Un organismo que por su fortaleza y control priorice las políticas públicas mediante su capacidad de gobernanza, superando así estructuras ministeriales en las que habitualmente prevalecen conductas administrativas sin capacidad de gestión, que deben erigirse sobre pilares científicos y tecnológicos, que obren con pericia en la coordinación interjurisdiccional que posibilite articular un real federalismo que contenga la complejidad multifocal existente, con suficiencia resolutive.

No sirve discutir políticas con espíritu crítico sin disponer de *órganos operativos idóneos capaces de accionar en correspondencia a las finalidades*

requeridas. Cualquiera que entienda de estrategia sabe que no se pueden cambiar las conductas si no se cambia la organización, y que no se cambia la organización si no se cambia la estructura y la cultura, aceptando como punto de partida la configuración social pandémica existente, reconociendo el rol del Estado al asumir su responsabilidad intransferible como garante del derecho a la protección sanitaria.

El Gabinete Operacional Conjunto

*“La única opción,
quebrar con la fuerza del sujeto
el engaño de la subjetividad constituida”*

Theodor Adorno

El coronavirus, lo mismo que el dengue y otros virus e infecciones, muestran la falla estructural de un planteo sistemático sanitario y científico-tecnológico.

Constituyen un fenómeno político, social y cultural (además de económico), un verdadero *stress test* para la sanidad pública. Merece traer a colación una lección de Mario Bunge, quien señaló que *no hay estructura sin sistema, ni sistema sin función, función sin órgano, ni órgano sin finalidad*.

En este caso, la finalidad es la salud, y la inocultable falencia estructural exige un Gabinete Operacional Conjunto con una estrategia de gestión integrada y visión multidisciplinaria, que asuma su responsabilidad con carácter permanente a través del análisis sistémico y de metodología epidemiológica. Dicho Gabinete debería sustituir el comité de crisis convocado *ad hoc* por la pandemia, integrado por “asesores expertos” que en sí mismo representa un pensamiento grupal, y corre el peligro de tomar decisiones que afecten a todo el país y a toda nuestra economía, donde pequeños errores pueden traducirse en graves consecuencias.

En su lugar, debemos recurrir al pensamiento crítico, cuyo análisis descarta el concepto de receta y obliga al de un esquema terapéutico de monitoreo cons-

tante a cargo del Gabinete estratégico de gestión, idóneo, responsable, que posea carácter permanente y que minimice la improvisación a fin de evitar una epidemia prolongada que se traduzca en endemia. Este Gabinete debería contar con componentes que existen pero no están articulados, y por tanto, tampoco aprovechados. De esta manera, se respondería a los requisitos de un “tablero de comando” al servicio de la tríada *planificación-gestión-evaluación*, en una situación dinámica e inestable como la que se enfrenta²⁰.

El órgano coordinador dependiente del Gabinete Operacional, debería poseer carácter autárquico, para no depender de los cambios de gobierno, pero no autónomo, sino bajo la órbita del Consejo Federal de Salud (COFESA). Necesitamos una Nueva Gerencia Pública, con agenda por etapas, y con gestión y presupuesto por resultados, empleando criterios de producción pública (empresas públicas de servicios)²¹.

El mismo además debería contar con una oficina de información y comunicación, encargado de unificar las alertas y campañas, reemplazando la fragmentación comunicacional de expertos a título personal por un mensaje institucional claro y unívoco.

Los aspectos centrales de todo proceso de planificación no solo pasan por reconocer las necesidades sino también por identificar los problemas, evaluar los factores predisponentes, condicionantes y determinantes para así poner en marcha un *tablero de gobernabilidad* que no solo permita la selección de los cursos de acción o “camino crítico” sino el monitoreo continuo con los ajustes permanentes que este representa. Es decir, superar la frontera que existe entre la planificación estratégica y la planificación operativa y así poder desarrollar los criterios de *enunciación-acción-formación* que posibilite superar la actual frontera cultural. La informática es la herramienta básica de gestión a partir de reconocer de que esta se basa en la toma de decisión que se sustenta en el discernir.

20 En este sentido, resultan provechosas las enseñanzas de a René Thom, quien desarrollara la modelización de los sistemas complejos y las nociones topológicas frente a las catástrofes. Ver, por ejemplo, *Entrevista sobre matemática, ciencia y filosofía* (Barcelona, Tusquets, 1993).

21 Ver Revista ASAP (Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública) n°59, febrero 2020.

Por otro lado, hay que combinar adecuadamente los *niveles macro, meso y micro*, en cuanto a las políticas sanitarias. Si solamente se anuncian planes puntuales, el devenir de los procesos históricos los esteriliza. Y si las formulaciones se mantienen en el plano de la abstracción, tampoco sirven, porque el sufrimiento sanitario existe minuto a minuto.

El Estado no debe limitarse a un control activo, sino que debe garantizar el diseño, monitoreo y responsabilidad no delegada. Se requiere un nuevo diseño organizacional, que ponga en el centro el *método epidemiológico*: modo razonado de detectar, actuar, obrar y proceder. El conjunto a articular incluye como nodos básicos los siguientes componentes:

- la epidemiología panorámica que se construye a partir de registros satelitales que utilizan variables biológicas, matemáticas, astronómicas y físicas, a cargo del Instituto de Altos Estudios Espaciales Mario Gulich de Córdoba.
- a un Grupo de Sistemas Complejos, que se ocupe de crear el mapa logístico de la dinámica de propagación, para evaluar así la transmisión y contagio. Se torna imprescindible, para la labor del “tablero de comando”, tener apoyatura demográfica y urbanística al servicio de la estrategia táctica y logística a desplegar, a fin de obtener a partir del análisis de datos, las mejores conductas posibles con el propósito de combinar la “interdicción horizontal” con la “interdicción vertical”, según perfiles de riesgo de manera de elaborar la plantilla de estrategia dinámica, y así proteger a los más vulnerables hasta que se establezca la inmunidad comunitaria para cumplir con la gradualidad racional.
- al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui”, de Pergamino, Prov. de Buenos Aires.
- al Instituto Carlos G. Malbrán.
- al Hospital Javier Muñoz de enfermedades infecciosas de la Ciudad de Buenos Aires.
- Centros de informática y bioestadística epidemiológica aportados por las Universidades, señalando la necesidad de una Agencia de Información y Comunicación, a fin de centralizar las campañas, las alertas, y los partes diarios de comunicación.

Dicho Gabinete, desde luego, no sólo respondería a la actual pandemia, sino que debería servir para el seguimiento permanente de las distintas amenazas a la salud públicas que existen en nuestro país.

En este sentido, un párrafo aparte merece el dengue, que en nuestro país avanzó a partir de la segunda mitad de la década de 1990, si bien existen antecedentes ya en 1780. A partir de 2003 comenzó a expandirse por todo el territorio nacional hasta llegar en la actualidad a Tierra del Fuego. Hoy enfrentamos un nuevo brote, opacado por el coronavirus, pero ambos evidencian la misma falla que venimos subrayado. La fumigación debe ser el último recurso en zonas donde la epidemia ya está desatada, porque junto al mosquito se mata también a mariposas, abejas, sapos y arañas, sus depredadores naturales. Contamos con un larvicida que actúa previniendo la reproducción del mosquito sin afectar la salud humana, que puede usarse incluso en agua potable. Falta un plan integral que lo use de manera sistemática. Sigamos el ejemplo pionero de Carlos Alberto Alvarado, quien ya en 1945 creó la LAMI, Lucha Antimosquito Integral. Este verdadero “héroe sanitario panamericano” planteaba que se trataba de “2 meses de lucha y 10 meses de trabajo activo”. Una vez más, se trata de prevenir el próximo brote, y no de correr detrás de la catástrofe.

Aprender de los errores: sobre la detección de fallas sistémicas

*“El fin de la ciencia no es abrir
la puerta al saber eterno,
sino poner límite al error eterno”*

Galileo Galilei

La detección y sistematización de los resultados adversos resulta un insumo fundamental para el progreso en medicina. Sea en el tratamiento de pacientes, en la etapa de diagnóstico, en la medicación, en la rehabilitación o bien en cuestiones epidemiológicas, de logística de insumos, en decisiones de gobernanza, medidas de prevención, contención, y un largo etcétera, todos los resultados, más o menos errados, más o menos acertados, deben ser relevados, sistematizados y analizados, para un aprendizaje y mejora posterior.

La pandemia actual obliga a un accionar urgente, pero también debe ser una oportunidad para reflexionar y así afinar las respuestas futuras, pero también presentes. El exdirector de Sistemas de Salud de la OMS, Rafael Bengoa, ha propuesto un *análisis sistémico que evite echar culpas sino detectar las fallas*. Entre otros aspectos, señala:

- la descoordinación entre gobierno central y los gobiernos locales.
- el exceso de burocracia que ralentizaría la respuesta.
- sistemas de producción de material sanitario propio, rápidos y suficientes, para evitar la dependencia externa en un momento de sobre-demanda. (A lo que agregaríamos la oportunidad para aprovechar el *monopsonio* estatal en compras de medicamentos, instrumental, indumentaria y demás insumos médicos.)
- el co-liderazgo entre política y ciencia.

Efectivamente, como ya vimos, una de las claves pasa por una eficiente articulación y coordinación entre los distintos niveles territoriales, jurisdiccionales e institucionales. Resulta indispensable que la agencia coordine las acciones en todo el país, donde además resulta importante la conexión inter-

nacional, con lo cual bien cabe la apreciación de un enfoque “glocal”, que articule desde lo global hasta lo local. Las jurisdicciones tienen que tener reflejos rápidos y músculos fuertes para actuar, pero en última instancia el cerebro coordinador tiene que sobrevolar cada lugar.

Salud para todos no puede significar un paquete cerrado y homogéneo para todos por igual, sino el trabajo de producir asistencia médica oportuna, eficiente y equitativa para cada uno de los habitantes. Implica políticas y programas sectorizados, por región, edad, vulnerabilidad, etc. Para ello, se necesita conocer el territorio (que no es lo mismo que el mapa), lo que sólo es posible a partir del conocimiento directo de los actores y pobladores involucrados.

Esto se vincula con la regionalización ya mencionada, que implica la creación de un instrumento único de información georreferencial (ONS), que permita la gestión eficiente de recursos para la satisfacción de las necesidades propias de cada espacio socio territorial, mediante la organización en red de los componentes (bajo claros criterios de economía de escala) y la fusión de fines a cumplimentar para concretar el derecho a la atención de salud.

En definitiva, ni mera referencia nacional, ni mando único central. Necesitamos un gabinete nacional que trabaje junto con cada jurisdicción, en una co-ejecución. En definitiva, se trata, como ya dijimos, de reconfigurar la *gobernanza sanitaria*, que no puede transferir las decisiones a técnicos, ni concentrar las acciones de manera unilateral desde el Poder Ejecutivo. Se trata, por el contrario, de la conducción política federal de un ente profesional (técnico y de gestión).

VIII. La realidad desnuda: crisis y oportunidad

*“La crisis es necesaria para que la
humanidad avance.*

*Solo en momentos de crisis
surgen las grandes mentes”*

Albert Einstein

Lecciones de la historia

La fiebre española que se desató entre 1918 y 1920 causó más muertes que la primera Guerra Mundial, que estaba terminando justo cuando se desató la pandemia. El daño causado estimuló el avance de la salud pública, que fue impulsada como el desarrollo de la medicina social. Muchos países crearon o renovaron ministerios de salud en la década de 1920. Jennifer Cole, antropóloga de la Universidad Royal Holloway en Londres, anotó que la combinación de la pandemia y la guerra sembró las semillas de los estados de bienestar en muchas partes del mundo. “Las pandemias parecen arrojar luz sobre la sociedad y las sociedades pueden emerger de ellas con un modelo más justo y equitativo”, opinó.

En 1923, por ejemplo, la Liga de las Naciones, el organismo multilateral que antecedió a la ONU, creó la Organización de la Salud. Fue una agencia técnica que creó nuevos sistemas internacionales de control de epidemias y fue conducida por médicos profesionales en lugar de diplomáticos (como lo era el organismo supranacional encargado de los temas de salud hasta entonces, la *Office International d’Hygiène Publique*). La Organización Mundial de la

Salud solo sería creada en 1948, tras la fundación de la ONU y luego de la otra gran conflagración mundial concluida en 1945.

La pandemia actual debe aprovecharse como oportunidad para regenerar los sistemas de salud nacionales, y los internacionales como la OMS, en momentos en que se evidencia la importancia vital de sistemas de atención médica de calidad y para todos. Pero el aprendizaje no está asegurado. Si algo nos enseña la historia, es que la historia por sí sola no nos enseña nada (basta recordar la frase de Hitler de 1939 antes de invadir Polonia: “¿quién, después de todo, recuerda hoy el exterminio de los armenios?”). A pesar de sus lecciones, la gripe española fue en muchos sentidos una pandemia olvidada.

Viejos problemas, nueva oportunidad

*“El pensamiento debe ser crudo
para convertirse en acción”*

Bertold Brecht

El virus actual en sí no resulta tan devastador, a no ser por el cuerpo social con bajas defensas. Su tasa de letalidad está en discusión, varía según la segmentación de la población y dependa mucho de factores exógenos al virus en sí. Las estadísticas pueden ser muy relevantes, pero también muy susceptibles de ser mal utilizadas, generando una impresión equivocada. Hay que ser precisos sobre qué es lo que se está midiendo. Los datos todavía son inciertos, y muchas veces mal hechos. Además, debemos tener presente que la pandemia expresa no sólo el comportamiento biológico del virus sino su relación con el huésped y el ambiente, con lo cual podemos decir que *es social*. El contagio dependerá del nivel de interacción social, lo mismo que la letalidad dependerá del nivel de atención sanitaria y de la población. Por ello los datos son distintos según el país, más allá de las diferencias en la propia medición.

En definitiva, el alto contagio hace que la *morbilidad* (ver Glosario) se dispare si no se tienen medidas de precaución, y pone en peligro a la población

de riesgo, además de hacer colapsar el sistema sanitario. Ese escenario de colapso es el que explica las distintas medidas inéditas de “parate mundial”, con tan altos costos para la economía y la vida cotidiana. El nudo de la cuestión radica en la falta de la preparación y cuidado de todo un sistema sanitario y de la población en general: de cuidado del cuerpo médico, de los adultos mayores (desde los geriátricos a quienes viven solos), desde los insumos hasta la cultura, la preparación profesional, de indumentaria, guantes, respiradores, etc. Eso explica también los disímiles resultados nacionales.

El foco en el COVID-19 nos muestra las falencias que siempre tuvimos frente a múltiples enfermedades (dengue, tuberculosis, las distintas influencias, y un largo etcétera). Y, más en general, superando el campo sanitario, nos desnuda nuestras falencias como sociedad.

Hoy más que nunca queda demostrado que la heterogeneidad del área sanitaria no es más que un eufemismo por desigualdad. La realidad de millones de argentinos que viven en situaciones de gran precariedad como las llamadas “villas” (que hacen imposible una cuarentena estricta) no es una cuestión económica o social separada de la sanitaria: son dos caras de la misma moneda. La salud de la población no depende únicamente del sistema sanitario, sino también en gran medida por las condiciones de vida (vivienda, infraestructura, acceso a agua potable, ingresos, educación, condiciones laborales, etc.).

Las enfermedades siempre se distribuyeron siguiendo el patrón de desigualdad social, a la vez que develando la imposible parcelación total de la sociedad. En dos palabras, nos afectan a todos, pero a algunos más que a otros. Existen innumerables ejemplos que muestran que minorías marginadas, sectores subalternos y empobrecidos, cuentan con el mayor índice de fallecimientos.

La crisis desnuda la realidad que no queríamos ver, tanto sanitaria como económica y social. Más que un nuevo desafío, la pandemia nos enfrenta a viejos problemas preexistentes que se tornan más prístinos y urgentes. Como reza el epígrafe citado: la “normalidad” anterior a la pandemia causó la pandemia que no hace más que develar los problemas que ya teníamos.

Crisis y oportunidad es más que un mero eslogan, constituye una verdadera encrucijada histórica. Un momento vital en nuestro destino como nación. No nos resignemos al presente perpetuo ni nos conformemos con evocar un pa-

sado imposible. Tampoco nos limitemos a debatir cómo será el mundo pos-pandémico. Miremos la realidad de frente y pongámonos manos a la obra. Tomemos las riendas de la historia y construyamos juntos nuestro futuro.

Epílogo

*“ningún hombre es una isla entera por sí mismo.
Cada hombre es una pieza del continente,
una parte del todo.
...Ninguna persona es una isla;
la muerte de cualquiera me afecta.
Porque me encuentro unido a toda la humanidad.
Por eso nunca preguntes por quién
doblan las campanas, doblan por ti”.*

John Donne
(1621)

Y un día descubrimos aquello que nunca debimos haber desconocido.

- Que lavarse las manos evita enfermedades y salva vidas (Ignaz Philipp Semmelweis pagó caro que la soberbia del maestro se imponga a la novedad de los hechos²²).
- Que un sistema de salud pública es indispensable, e insustituible por una cobertura privada individual.
- Que la solidaridad no es una opción en salud, sino un pilar constitutivo.
- Que las alertas deben ser oídas, y que la preparación para lo inesperado es indispensable.

²² Semmelweis fue un médico que, a mediados del siglo XIX, descubrió la fiebre puerperal en las parturientas y que el lavado de manos en las clínicas obstétricas reducía drásticamente las muertes asociadas a ella.

- Que los recursos tecnológicos son importantes pero que la formación profesional es irremplazable.
- Que la ciencia sirve, y al decir de Marc Augé: “la ciencia no nos hace ni más libres ni más felices, no nos ayuda a vivir mejor si sus adelantos no se traducen en producir una nueva conciencia social”.
- Que la información es necesaria, y que la comunicación es clave.
- Que en las villas la habitabilidad está hacinada, y que existen los geriátricos.
- Que es la gestión que la planificación estratégica ha elaborado, la que debe obtener los resultados que las leyes pretenden.
- Que los derechos se crean con obligaciones y controles.
- Que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no es autárquica, es autónoma.
- Que las pandemias no son un invento de ciencia ficción.
- Que las estadísticas ocultan historias personales.
- Que no es lo mismo contar muertos que los muertos cuenten.
- Que el Estado de Bienestar tiene un sentido profundo.
- Que las vacunas sirven.
- Que la economía depende de las personas, y que las personas dependen de las personas.
- Que las normas y protocolos son también para uno.
- Que cuidarse es cuidarnos.
- Que nadie se salva solo.
- Que va a haber una próxima pandemia, y que nos encuentre preparados depende de nosotros.

Retornar al Pensamiento Crítico, a través del análisis de las siguientes tríadas

1- “Pandemia”.

Como fenómeno:

Político – Social - Cultural (además de económico)

2- “Teoría epidémica”:

Agente patógeno – Huésped susceptible – Ambiente
como *contacto adecuado*

3- **Testear - Rastrear – Aislar**

diagramando la *vigilancia sanitaria*

4- **Probabilidad matemática – Probabilidad sanitaria – Inmunidad comunitaria**
(criterios a discernir)

5- **Estrategia - Táctica – Logística**

como componentes básicos

6- **Planificación – Gestión – Evaluación**

como eslabones del “*tablero de comando*”

7- **Políticas sanitarias – Programas – Monitoreos**

como criterios operativos

8- Áreas de articulación

Nacional – Regional – Provincial

como principio de integración federal

9- **Estructura – Estrategia – Cultura**

como cimiento de desarrollo

10- **Enunciación – Acción – Formación**

basadas en conciencia, responsabilidad y compromiso

Glosario

“Somos profundos, volvamos a ser claros”.

Friederich Nietzsche

En primer lugar, ofrecemos algunas conclusiones claves acerca de la experiencia sobre la pandemia Covid-19, que podrían contribuir a la clarificación necesaria del problema en previsión de futuras contingencias.²³

En segundo lugar, brindamos un glosario alfabético con conceptos que figuran en el presente texto, como recurso para el lector que desee sistematizar algunas ideas.

Algunas consideraciones epidemiológicas desde el punto de vista de la evaluación en nuestro país

Como se comprende, el virus y la enfermedad presentan muchas cuestiones todavía no conocidas y algunas no del todo comprobadas. Por esa razón, parece necesario esclarecer algunos de los aspectos epidemiológicos básicos que, si bien son usados con frecuencia, no siempre quedan claros.

La presentación de la enfermedad infecciosa bajo la forma epidémica requiere en primer lugar la existencia de una determinada proporción de susceptibles

23 Para la información concerniente al coronavirus puede consultarse “Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19), Organización Mundial de la Salud”, disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

en la población. Si esa proporción de susceptibles es reducida la epidemia no estalla, tal como se conoce desde la enunciación de la Teoría epidémica de Reed y Frost.

Cuando el fenómeno epidémico se extiende a través de los bordes limítrofes internacionales afectando a un gran número de población nos encontramos en presencia de una pandemia. (John M. Last “A Dictionary of Epidemiology” Ed. International Epidemiological Association).

Las tasas de incidencia comprenden el número de casos (numerador) entre los contactos (denominador), que se presentan durante un periodo de incubación siguiente a la exposición con un caso reconocido de enfermedad. La “*Tasa de incidencia*” es utilizada como un indicador básico para el control epidemiológico operativo conocido, posible de utilizar durante el brote en curso (detección e identificación de contactos, su diagnóstico y aislamiento).

Así también, el conocimiento de la marcha de la tasa de incidencia permite conocer el valor de una medida introducida durante el curso de la curva epidémica, de igual manera que la observación durante un periodo suficiente y sostenido posibilita la evaluación de una tendencia, corrigiendo la frecuente interpretación errónea de una variación circunstancial. Sin embargo, resulta importante afirmar que la gran variabilidad de denominadores utilizados en la elaboración de la tasa le resta confianza al producto en función epidemiológica diagnóstica y mucho más en términos comparativos de modelos o de estrategias asumidas.

Entendiendo que la transmisión de la enfermedad infecciosa □ agente, susceptibles, y vías de contagio—depende de la importancia de la interpretación del juego simultáneo de variables expresados en la *probabilidad de contacto adecuado* de la teoría epidémica, el más preciso conocimiento de la vía de transmisión es un factor decisivo para la difusibilidad pandémica. Su potencial de difusión conocido históricamente es la “Tasa de ataque secundario”, a cuya importancia nos referimos en cuanto estrategia para la detección, identificación, diagnóstico y aislamiento de contactos de un caso reconocido. En su defecto y más precisamente en el presente, se ha utilizado la Tasa Reproductiva conocida como R_0 como medida del número de infecciones en promedio producidas por un caso en los estadios iniciales de la epidemia, cuando los contactos son todos susceptibles. La dificultad de su utilización consiste en

el hecho que durante la epidemia en curso no debe desconocerse el gradiente biológico de enfermedad infecciosa, con casos inaparentes de enfermedad y portadores inaparentes del agente, que actúan como eslabones invisibles de la difusión alterando la estimación del numero de contactos en función de su valor como evaluación del curso de la curva. (Complemento epidemiológico de Roberto Koch a la Teoría infecciosa de Luis Pasteur)

Las derivaciones de la difusión del virus de acuerdo con el gradiente biológico de la enfermedad infecciosa presentan implicancias que se vinculan con las estrategias para el control epidémico basadas en el conocimiento de la incidencia, cuyo valor depende de la fecha adecuada a tomar en cuenta. Rolando Armijo señala la serie de fechas posibles que son consideradas para el conocimiento de la incidencia, a saber: a) fecha de primeros síntomas; b) fecha de notificación o denuncia; c) fecha de primer día de cama; d) fecha de internación; e) fecha de diagnostico confirmado. De esta forma, la muy frecuente variabilidad en la toma del dato le resta confianza a las estadísticas y suele llevar a conclusiones erróneas. La experiencia indica que es necesario profundizar el esfuerzo por homogeneizar los términos de composición de los denominadores de las tasas, para lo cual es imprescindible profundizar el desarrollo del criterio epidemiológico en todas las instancias del sistema de salud y particularmente en el subsistema estadístico de registro e información.

De acuerdo con lo conocido y dada la importancia de la vía de transmisión del virus el concepto de infección por contacto personal comprende un amplio espectro de relaciones entre enfermos y susceptibles con innumerables posibilidades de contagio, por cuya razón y en atención a la finalidad de control se entiende que el contacto personal puede ser directo o indirecto, en cuyo primer caso resulta sumamente difícil fijar un límite entre ambos. Si bien el contacto comprende una breve instancia del virus en el aire, ello es solo posible bajo la condición de contacto personal directo, hecho que origina la propiedad contagiante del enfermo. No obstante, existe la posibilidad de relaciones estrechas entre el espacio aéreo de contacto directo y el contacto indirecto, tan utilizado por comentaristas de los medios con relación a costumbres como el beso, el mate, el uso de la mano, que dan lugar al uso de guantes, el codo, el barbijo. En una u otra forma, el contacto personal es la variable independiente necesaria para el contagio y el intento de su control constituye la estrategia actual con posibilidad de interrupción del contagio durante el curso de la epidemia en marcha.

Glosario Alfabético

ASISTEMA DE SALUD: Designa la ausencia de un sistema en el entramado institucional sanitario. Sus rasgos principales son la irracionalidad, la fragmentación, el deterioro de la capacidad de gestión, la ausencia de una interacción armónica de sus componentes y la de una planificación estratégica que integre los recursos de los distintos sectores y responda a una lógica sanitaria nacional.

ACUERDO SANITARIO: Un acuerdo es una propuesta instrumental entre partes, la articulación de una herramienta adecuada para alcanzar un determinado objetivo. Un acuerdo reconoce la crisis y asume el conflicto recurriendo a la negociación para elaborar una agenda de acción común. Este marco se construye a partir de la toma de conciencia, del compromiso y de la profunda reflexión, que darán lugar a una convergencia social real de todos los actores involucrados.

El acuerdo no debe repetir las inconsistentes formalidades del *consenso* puesto que el elemento central de toda sociedad democrática es el conflicto, cuya resolución depende de una negociación. La sociedad avanza mediante conflictos y su posterior resolución, pero como instancia que siempre será momentánea, ya que inmediatamente nacerán nuevos enfrentamientos que deben ser saldados con nuevas negociaciones. Así es como el derrotero de la historia social sigue su curso.

Un acuerdo se apoya en herramientas idóneas, en las que prevalecen los mecanismos de control, el monitoreo constante y el ajuste permanente de las políticas. De esta manera, se garantiza la pluralidad de voces, el acceso a la información y la flexibilidad necesaria en toda gestión para rectificar rumbos. Este acuerdo, además, debe definir una agenda de salud y delimitar quiénes y en qué marco deben integrarla.

Un acuerdo sanitario permitirá responder a dos objetivos básicos: la reconversión de la realidad sanitaria a partir de su conocimiento y la puesta en marcha de nuevas formas de organización, gestión y financiamiento, que permitan la viabilidad del sistema y el mejoramiento de las prestaciones; y, en segundo lugar, a asegurar la producción genuina de servicios y con ello la vitalidad de ese sector de la economía.

ANOMIA: Literalmente significa ausencia de normas; pero el concepto apunta a un diagnóstico social más sutil, a una modalidad de existencia social de fragilidad y peligro. Se vive en estado de anomia cuando se pierde el sentido de las leyes y sus fines; es un estado de disociación entre los objetivos de la población y su acceso efectivo a ellos. Esta línea argumental es la que, por ejemplo, ha sostenido desde la teoría jurídica el doctor Carlos Nino.

El concepto fue introducido hace más de cien años por el sociólogo francés Emile Durkheim en su clásico libro *La división del trabajo social* (1893) y fue retomado en otra de sus obras nucleares de la disciplina, *El suicidio* (1897). Durkheim señala la falta de integración social de los individuos en la modernidad, la ruptura y crisis de antiguos lazos sociales comunitarios y la falta de consolidación de nuevos lazos sociales que fortalezcan los vínculos humanos e institucionales.

ARTICULACIÓN EN RED: La articulación u organización en red designa la forma que debe adoptar la integración de los distintos niveles y sectores del Sistema Federal Integrado de Salud–SFIS. Remite a una conexión con cierta flexibilidad y autonomía, pero en la que cada parte del sistema se conecta con los demás.

Crear una red no es una tarea inabordable. Se trata de elaborar un inventario de todos los recursos disponibles, crear un sistema de referencias y establecer procedimientos uniformes para asegurar que, cualquiera que sea el hospital por el cual el paciente ingrese al sistema, tenga a su disposición los recursos de la totalidad del conjunto. Una verdadera articulación en red de todos los niveles e instancias del SFIS permitirá proceder:

- de acuerdo con el nivel de complejidad de las situaciones asistenciales;
- según la aptitud y la actitud operacionales;

- estableciendo contactos con las distintas instituciones comunitarias de atención de la salud;
- recurriendo a las áreas anexas de la atención de la salud; es decir: a) medicina preventiva y epidemiológica; b) educación para la salud; c) capacitación médica; d) formación de recursos humanos; e) seminarios de posgrado orientados hacia la educación continua y la investigación epidemiológica y clínica de campo; f) participación comunitaria.

BIOPODER: El biopoder es la estatización de lo biológico, mediante la cual se hace cargo de la vida (regulando las posibilidades de la población, haciendo vivir o dejando morir). Esta tecnología de biopolítica trabaja con la población como problema político recubriendo su objetivo de ampliar el poder con un conjunto de acciones específicas de la vida: nacimientos, enfermedades, muertes; materias estas inherentes a su intento de control.

Cuando surge el biopoder (sobre todo con la medicina de Estado en la Alemania del siglo XVIII, pero con antecedentes en siglos anteriores), el individuo no es sujeto pleno de derecho: la acción sucede fuera de su capacidad, solo actúa estadísticamente. Sobre este tema surgen ejemplos claros: el manejo de los hospicios, los medicamentos, la leche, las vacunas, los hospitales, es distinto de atender la enfermedad mental, las patologías, la nutrición neonatal, las epidemias, la sanidad.

Elaborado por Michel Foucault en la senda de Friedrich Nietzsche, el concepto ha sido retomado por autores como el italiano Giorgio Agamben, quien advierte sobre la tensión entre humanismo y animalidad, y el ir más allá del humanismo ilustrado que intentaba domesticar al hombre hasta llegar al punto de “hombres que crían otros hombres”. Es decir, un verdadero proceso de dominación, de tutelaje. El siglo XX demostró los límites que se traspasaron con la medicalización de la población con la esterilización y matanza nazi de los “enfermos y discapacitados”. Pero la eugenesia conformaba una lógica de control poblacional que en el primer tercio de aquel siglo se hallaba esparcida, aunque en círculos minoritarios, en casi toda la Europa ilustrada y gran parte de América. Pero más allá de estas variantes racistas ya anacrónicas, la politización de la vida biológica sigue siendo un peligro latente sobre el cual la responsabilidad estatal debe permanecer siempre alerta.

CASCADA CONCEPTUAL: Es un término que retoma una idea expresada por Mario Bunge. Advierte la concatenación conceptual según la cual no hay deseos sin estructura, ni estructura sin sistema, ni sistema sin función, ni función sin órgano, ni órgano sin finalidad. Esta “cascada” evita la manipulación de los deseos en la que caen aquellos que indican cómo deben ser o dejar de ser las cosas, pero no dicen nada sobre cómo efectivamente son y cómo funcionan en la realidad y en el área sanitaria sobresale la ausencia en esta cascada del elemento nodal: el órgano (el ente coordinador).

COMPLEJIDAD: La complejidad advierte sobre la multicausalidad de los fenómenos y la interconectividad de distintas dimensiones o niveles de la realidad. En las antípodas del reduccionismo que encuentra explicaciones unilaterales, se trata de señalar el entramado mayor que comprende los fenómenos.

Edgar Morin, indiscutible pionero en el desarrollo del pensamiento complejo, establece tres principios de la complejidad, en oposición a lo que llama el paradigma de la simplificación, que opera con los principios de disyunción, reducción y abstracción, y que puede remontarse al legado de Descartes, que busca analizar la realidad por medio de la separación de sus unidades simples.

- Primer principio: la dialógica: Hay dos lógicas: una asegura la existencia (individual), la otra permite la reproducción (transindividual). La clave es que son complementarias y simultáneamente antagonistas. Un ejemplo lo constituyen los mamíferos que comen a sus crías y sacrifican, así, a su prole por su propia existencia.
- Segundo principio: la recursividad organizacional: Un proceso recursivo es aquel en que los productos y los efectos son al mismo tiempo causas y productores de aquellos que los producen. Pueden establecerse ejemplos en distintos campos. Veremos que lo social se entiende recursivamente: los individuos hacen a la sociedad a la vez que son hechos por ella.
- Tercer principio: el holograma: este principio implica que el menor punto de una imagen contiene la totalidad de la información. La parte está en el todo, pero el todo está en la parte.

CONFIGURACIÓN SOCIAL: Concepto de la sociología figuracional, desarrollada por Norbert Elias, enfatiza las interrelaciones e interdependencias. Es

por ello un modelo social multidimensional en el cual se combinan individuo, Estado, sociedad y naturaleza, entre otros. En oposición a tipologías y conceptos sociológicos estáticos, tales como estructura y función, se rescatan las dinámicas que son intrínsecas a las sociedades humanas, como el juego de intereses, el conflicto y las luchas por el poder. La configuración social, entonces, resulta de un equilibrio dinámico y cambiante, y es, en sí misma, una desigualdad fluctuante.

Mutaciones en la configuración social y en el campo médico: Podríamos remontarnos a los finales de la década de los sesenta como comienzo del deterioro social, a partir de las políticas de desnacionalización impulsadas por el entonces ministro de economía de la dictadura militar de Juan Carlos Onganía, Adalberto Krieger Vasena. En la posterior dictadura, la desindustrialización causada por la gestión de José Alfredo Martínez de Hoz en ese mismo ministerio acentuó el declive. Aquellos años dejaron una Universidad malograda (que tuvo como rector, en la Universidad de Buenos Aires, a un fascista declarado como Alberto Ottalagano), a lo que se adicionó un acuerdo militar-sindical que dio origen a las obras sociales, matriz de la que no fueron ajenas las corporaciones médicas.

También quedaron como saldo de esa etapa los comienzos de la descentralización hospitalaria, que se llevó a cabo sin planificación alguna.

Ya en la década de los noventa se entronizó el culto a la desarticulación del Estado en sus roles principales, y en el sector sanitario, como en otros, su responsabilidad central siguió diluyéndose. El Estado de bienestar, que con sus aciertos y tropiezos la sociedad argentina había ido construyendo, comenzó a resquebrajarse y junto con él se agrietaron los principios de fraternidad y solidaridad. El neoliberalismo, el individualismo, el mercado desregulado y el consumismo, todos conceptos concatenados, liquidaron la solidaridad. Finalmente, se alcanzó el colapso en la profunda crisis de fines de 2001. Esta ruptura de los lazos comunitarios tuvo su correlato en la fragmentación del campo sanitario argentino. Debilitada la autoridad del Estado, las corporaciones de distinto tipo, el mercado y las mezquindades jurisdiccionales fueron generando un archipiélago de islotes asistenciales, sin interacción y sin planificación nacional.

COSMOGONÍA SANITARIA: Refiere al conjunto del sistema de atención médica. Existen cuatro elementos básicos: los hospitales (con sus distintos niveles de complejidad), los centros de atención primaria, los centros sociosanitarios y los centros de emergentología. Y tres velámenes (para que se mueva el transportador que contiene los componentes antedichos): la estructura, la estrategia y la cultura laboral. La planificación estratégica debe coordinar articulando todos los elementos y variables como una red, en su interdependencia. Nada debe quedar fuera al integrar los sectores público, privado y obras sociales.

Podemos emplear la imagen de un sistema solar, con sus planetas como centros principales (Hospitales, Centros de Atención Primaria (CAP), Centros Socio Sanitarios (CSS), Centros de Emergentología) y sus satélites primarios y secundarios: centros de referencia de especialidades (salud mental, adicciones), centros de diagnóstico y tratamientos específicos (oncología, endocrinología), registro nacional de eventualidades adversas, agencia de seguridad biológica, así como también las unidades móviles, los médicos de cabecera, sin olvidar el polo de formación médica continua.

Debemos resaltar en la cosmogonía la existencia de los siguientes componentes básicos:

- agencia de evaluación tecnológica médica,
- función de agencia de atención médica,
- agencia de seguridad biológica,
- ordenamiento territorial,
- fondo compensador de enfermedades especiales,
- registro nacional de eventualidades adversas.

DEPARTAMENTALIZACIÓN HOSPITALARIA: la organización de un hospital en departamentos “cada uno de ellos dedicado a una especialidad” hace posible ponderar adecuadamente los requerimientos y optimizar el aprovechamiento de los recursos de esa unidad. Asimismo, permite establecer prioridades, fortalecer las áreas más necesitadas y prestar un servicio más eficaz. Ningún hospital enfrenta una demanda igual en cada uno de sus servicios y la ausencia de departamentalización impide que esas diferencias de necesidades sean evaluadas con precisión. Establecer el mismo modelo de organización

para todos los hospitales facilita la interrelación entre ellos. De esa manera, cada departamento puede integrarse a una red de información de asuntos sobre su especialidad, hecho de particular relevancia en el perfeccionamiento del sistema asistencial. Asimismo, se abre la posibilidad de normatizar y sistematizar técnicas de diagnóstico y de terapéutica por especialidad, evaluar la eficiencia de los protocolos y la utilidad real de los insumos, respondiendo a criterios de economía de escala.

ESTRATEGIA, ESTRUCTURA Y CULTURA: Según el especialista canadiense en gestión Henry Mintzberg, la estructura es la “suma total de las formas en que un trabajo es dividido entre diferentes tareas y luego es lograda la coordinación entre esas tareas”. También puede entenderse como la disposición y el orden de las partes dentro de un todo; y en lo que a salud se refiere, es fundamental la coordinación global de todos los componentes del sistema a fin de que cada uno cumpla la función que le corresponde.

Por su parte, el general André Beaufre planteaba la estrategia como “el arte de hacer que las fuerzas concurren para alcanzar las metas; arte de la dialéctica de las voluntades que emplean la fuerza para resolver su conflicto y tiene por finalidad alcanzar los objetivos fijados por la política”. En particular, en el ámbito sanitario, se trata de adoptar cursos de acción con metas claramente identificadas y agendas que maximicen los factores favorables en la implementación de la política.

Por último, también es imperioso transformar la cultura laboral del campo sanitario. Según Jorge Etkin, la cultura laboral es el conjunto de conocimientos, valores y creencias que hacen a la forma de presentar el ambiente de trabajo. Roger Garaudy afirmaba que se trata de “elaborar una cultura que ya no esté hecha solo de respuestas provenientes del pasado, sino de interrogantes que plantea la invención del futuro; una cultura que ya no sea un ornato de unos pocos, sino la posibilidad del desarrollo humano de todos”.

Para comprender aún mejor este concepto, tengamos en cuenta los siguientes criterios básicos:

- el trabajador es más que un recurso; es persona, es ser humano;
- el trabajo, más que mercancía, es un medio para transformar la realidad;

- las organizaciones son comunidades de desarrollo compartido y participativo más que campos de batalla;
- la productividad debe surgir del enriquecimiento de las capacidades del trabajador y no de una forma de explotación.

Hoy lo necesario en la atención médica es crear una cultura laboral profesional, científica, racional, de capacitación permanente y, a su vez, de participación e intercambio de saberes entre los distintos actores del sistema. En esta nueva cultura laboral, habrá que dejar de lado los privilegios corporativos y de castas, que muchas veces impiden las transformaciones necesarias para nuestro país.

Medicina basada en la evidencia

Evidencia científica: afirmación fundamentada en observaciones de hechos espontáneos o provocados experimentalmente y analizados estadísticamente, enfrentados con grupos de control con el propósito de descartar la influencia del azar.

La medicina basada en la evidencia y la medicina basada en la experiencia clínica constituyen dos niveles distintos del conocimiento médico

La llamada medicina basada en la “evidencia” se sustenta en Normas y Reglas que son producto de:

- la demostración de probabilidades significativas estadísticamente
- el intento de descartar la simple influencia del azar
- un conocimiento inductivo generado por un alto número de observaciones individuales y su comparación con casos control
- permitir una generalización (visión macro) que posibilita conclusiones provisionarias.

Siendo utilizada por la actividad gerencial para el tratamiento de enfermedades (y no de enfermos) puede dar lugar:

- intereses espurios: cuando los expertos expresan sus conclusiones con la pretensión de que se acepten como evidencia, deberían demostrar que no existen conflictos de intereses que los impulsen a extralimitar su validez, exagerar su veracidad y acrecentar su importancia
- falsa conciencia: muchas veces no se miente, simplemente no se dice toda la verdad. El truco es presentar la verdad parcial por la total, lo particular por lo general.

La verdad científica tiene:

- veracidad depende de los métodos que se hayan utilizado para probarla
- validez de la conclusión limitada al ámbito en que se ha demostrado
- importancia dada su trascendencia presente-futuro donde surge el criterio de “novedad”, de ahí su autovaloración

La Medicina basada en la investigación científica

“No hay enfermedades sino enfermos”

Hipócrates

Se basa en:

- la anamnesis;
- la percepción, a través de la exploración (palpación, percusión y auscultación);
- la elaboración de síndromes y diagnósticos diferenciales, utilizando los exámenes complementarios, según criterios de sospecha, aproximación y certeza.

Técnicas éstas que posibilitan la reflexión, que sumada a la experiencia, permiten el discernimiento, para aplicarlo al caso singular.

Emplea los aportes científicos, pero sin transportarlos mecánicamente al caso particular.

La Medicina basada en la “investigación científica”

- exige una muestra amplia y heterogénea;
- no basta lo que surge de un centro médico singular;
- la evidencia científica nunca es irrefutable, por el contrario la irrefutabilidad es opuesta a la ciencia.

Podemos utilizar el concepto de falsabilidad de Karl Popper:

Una hipótesis es científica si se admiten observables posibles que la demuestren falsa.

Es decir que nunca una hipótesis científica se demuestra verdadera; se la considera como verdadera mientras no se la demuestre falsa.

*La medicina es arte y es ciencia.
Para el arte no hay evidencias.
Para la ciencia no hay certidumbres.
En ciencia, la verdad es provisoria y aproximativa.*

- La “medicina basada en la evidencia” peligrosamente propone mecanizar el accionar médico pretendiendo una infalibilidad que en la ciencia no existe.

Y evitar así caer en la “superstición pseudocientífica”.

- Hay que utilizar las evidencias científicas, aplicarlas criteriosamente a los casos clínicos, pero sin pretender que reemplacen a la medicina basada en la investigación científica.

El oficio médico es un entretejido de ciencia, arte y reflexión.

- Ciencia, en el sentido de saberes.
- Arte, por ser una tarea que en su accionar se impregna de propósitos humanos.
- Reflexión, que es aquella que comienza ahí donde se acaba la comprensibilidad.

y que en la labor cotidiana, vive inmerso en la vida social de las personas, con real conciencia de su perspectiva comunitaria.

FALACIAS: Son argumentos empleados con el propósito de inducir a engaño, o que pueden producir ese efecto, o con el de hacer que adopte una posición errónea la persona a cuya mente se presenta el argumento. Jeremías Bentham las clasificó en cuatro grandes grupos:

- a. falacias de autoridad, cuyo objetivo es reprimir, merced al peso de la autoridad, cualquier ejercicio de la facultad de raciocinio;
- b. falacias de peligro, cuya materia es el peligro en sus diversas formas, y su objetivo es reprimir por completo la discusión por medio de la producción de la alarma;
- c. falacias de dilación, cuya materia consiste en la dilación bajo varias formas y cuyo objeto es postergar la discusión con el fin de eludirla;
- d. falacias de confusión, cuyo objeto es causar perplejidad cuando la discusión no puede eludirse.

FALSA CONCIENCIA: Según el pensador alemán Kurt Lenk, “la conciencia falsa puede ser el resultado de su falta de desarrollo general y se caracteriza por su enfoque parcial”, por describir los hechos y eludir la esencia que lo contiene. Todas las propuestas reduccionistas son expresiones de lo que se denomina “falsa conciencia”, que consiste en malinterpretar la esencia de la cuestión, limitándose a sus manifestaciones superficiales y parciales.

FEDERALISMO: Hablamos de federalismo cuando diversos grupos de personas libres –con idiomas, religiones, credos o normas culturales diferentes– deciden vivir bajo un marco constitucional mutuamente convenido y esperan cierto grado de autonomía local e igualdad en materia de oportunidades económicas y sociales. El poder se comparte en los niveles locales, regionales y el nacional; y los funcionarios elegidos diseñan y administran políticas de acuerdo con las necesidades locales y regionales.

Un federalismo bien entendido es aquel en el que las provincias tienen un alto grado de autonomía, pero, al mismo tiempo, existe una instancia superior a la cual acudir en momentos de crisis. En una nación geográficamente grande y económicamente diversa, las disparidades entre regiones en materia

de ingresos y bienestar social pueden ser atendidas por el gobierno nacional mediante políticas que redistribuyan las rentas sanitarias.

Principio de subsidiariedad: La subsidiariedad es idealmente, o en principio, una de las características del federalismo. Sabemos que el Estado debe tender al bienestar de la sociedad en todas sus áreas. Entonces, cuando los particulares, o una instancia intermedia, no cumplen ese objetivo por el motivo que sea, debe ser el Estado el que lleve adelante la tarea. Esta situación se denomina “principio de subsidiariedad”, es decir que las autoridades nacionales, “subsidiariamente”, deben “recoger el guante” y solucionar el problema.

Frente a cualquier problemática que afecte a un país, sea dentro del campo sanitario, educativo, cultural, científico o económico, debe regir este principio. Pero más necesaria y perentoria resulta su aplicación en cuestiones relacionadas con la salud. Sabemos de la rapidez con la que se necesitan implementar las medidas para paliar situaciones de emergencia, enfrentar epidemias o prevenir brotes.

FÓRMULA SANITARIA: La integran los cuatro componentes o actores claves de este campo: los prestadores, los proveedores, los financiadores y los usuarios, más una quinta instancia de coordinación a cargo de las autoridades. Esta visión se hace cargo de la complejidad de la temática y adopta el rigor científico necesario para comprender el funcionamiento interno de cada actor participante y su relación con los demás.

FUNCIÓN DE AGENCIA: Apunta a la base de conflictos en la asistencia médica: la necesidad y la demanda. Existen distintas posibilidades en cuanto al binomio en cuestión y todas deben ser tenidas en consideración, pues, salvo la primera, cada una presenta una problemática particular.

- Cuando la asistencia va a ser efectiva, el paciente la quiere y está dispuesto a pagar por ella.
- Cuando la asistencia va a ser efectiva, el paciente la quiere y no puede pagar por ella.
- Cuando el paciente no quiere la asistencia, pero el médico evalúa que debe prestarse porque le será beneficiosa.

- Cuando el médico sabe que la asistencia no va a rendir fruto alguno, pero el paciente la quiere y está dispuesto a pagar por ella.
- Cuando el paciente y el médico quieren la asistencia, pero la sociedad la restringe o prohíbe.
- Cuando el paciente se autolesiona y quiere que se lo asista.

MAPA SANITARIO: Un completo mapa sanitario es el resultado de la labor de un observatorio nacional de salud, y debe contener información, como mínimo, sobre:

- infraestructura adecuada,
- recursos profesionales,
- parque tecnológico,
- perfil epidemiológico,
- porcentajes de población enferma, vulnerable o en riesgo, actores condicionantes, predisponentes y determinantes de enfermedades.

PLANIFICACIÓN: Planificar significa pensar antes de actuar, con método, de manera sistemática. Ponderar posibilidades, con los pies en el presente y el ojo en el futuro. Planificar es el intento del hombre por gobernar su futuro, por imponer la razón humana sobre las circunstancias. El chileno Carlos Matus plantea la planificación como herramienta de libertad.

Se pueden diferenciar distintos sentidos de planificación. Por ejemplo:

1. Diseñar las reglas del juego social para que el sistema opere con eficiencia.
2. Planificar la estrategia del juego mismo, para anticipar o prever las grandes jugadas.
3. Planificar en detalle.

Este último tipo de planificación no sirve pues es, en definitiva, imposible. La planificación es previsión (de posibilidades) y no anticipación (de realidades). No se trata de predecir el futuro, sino de intentar crearlo. El plan es una apuesta estratégica, influye sobre los resultados futuros. Lo que nos sorprende de las sorpresas no es su novedad, sino su oportunidad. Sabemos que habrá un terremoto en el futuro, lo que no sabemos es cuándo ni dónde.

Lo correcto, siguiendo con el ejemplo, consiste en establecer las condiciones para estar siempre preparados en los lugares en que es más factible que ello ocurra.

El análisis situacional, propio de la planificación estratégica situacional, comprende la realidad como dinámica. Se diferencia de la lógica del diagnóstico, en el cual se ve una realidad fija y se aplica una receta. El análisis situacional, en cambio, interpreta un momento de un proceso, un estado de situación y aplica un esquema terapéutico. Se trata de entender el movimiento del que es parte en cada momento.

POSVERDAD: El neologismo posverdad fue designado la “palabra del año” en 2016 según el Diccionario Oxford. Se trata de denominar más un espíritu de época que un concepto propiamente dicho, según el cual “los hechos objetivos influyen menos en moldear la opinión pública que las apelaciones a las emociones, creencias o deseos del público”. Implica, básicamente, la pérdida de la verdad como valor y la regresión al autoengaño. Denota la actitud frente a discursos, sobre todo políticos, en los que la mentira y el engaño fluyen de manera libre y despreocupada sobre su transparencia apuntando más bien a su efecto emocional inmediato. La contradicción, la incoherencia y la mentira no son valoradas como defectos, sino como estrategias de poder, toleradas cuando no son reconocidas como herramientas indispensables.

REALIDAD SANITARIA Y VIABILIDAD FINANCIERA: Estos son los elementos nucleares de todo análisis del campo de la salud. De la realidad sanitaria se obtiene un mapa sanitario que contenga:

- Infraestructura,
- los recursos profesionales,
- el parque tecnológico operativo,
- registro poblacional: biodiversidad,
- un perfil epidemiológico.

Estos dos últimos constituyen la base del plan de salud. El perfil epidemiológico, al indicar, por ejemplo, las enfermedades prevalentes en cada región (concepto georreferencial), posibilitará la definición de prioridades a fin de concatenar en forma secuencial el accionar del sistema y la coordinación lo-

gística, mientras que con el plan de salud se sentarán los pilares para la elaboración de programas básicos de servicios de salud.

La viabilidad financiera parte de la recaudación de ingresos para sostener el sistema y continúa con una adecuada circulación de los flujos financieros y su correcta asignación. La clave es mantener el principio de “en tiempo y forma”. La previsibilidad brinda confianza y establece responsabilidad. El plan debe traducirse en programas de realización efectiva. Y el dinero no debe asignarse en “partidas-bolo”, sino en sincronía con las etapas del programa. Así se da lugar al contrato-programa, en el cual el cumplimiento del prestador y el del financiador se sincronizan.

A través de la remodelación de las normativas, de las funciones y de los instrumentos, la realidad sanitaria se irá reconvirtiendo y rehabilitando, al tiempo que se vayan reasignando recursos. Ambos procesos deben posibilitar la suficiencia operativa, es decir, la capacidad de resolver, no la capacidad instalada. De este interjuego entre reconversión y reasignación surge una nueva arquitectura organizacional que debe ser la resultante de la planificación estratégica.

REGIONALIZACIÓN: La regionalización sanitaria representa el vínculo obligado entre el plan nacional de salud y el nivel local, donde se deben articular los servicios para proveer atención en el momento oportuno, en el lugar adecuado y con los recursos tecnológicos apropiados.

La región se delimita en el espacio, pero obliga a crear un medio de coordinación intra-, inter- y supraregional en función de complejidad y capacidad de suficiencia. De acuerdo con la diversidad de las necesidades sanitarias, y dada la exigencia de racionalidad administrativa, es imprescindible la complementariedad de los servicios, de modo de evitar la subutilización de los recursos humanos de alta calificación, equipos e instrumental, reconociendo el valor de masa crítica y economía de escala.

SALUD: La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define no solo como la ausencia de la enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual: es decir, un estado de bienestar integral. Desde una postura de contrato social, la salud es definida como un derecho individual del ciudadano, que recae bajo las responsabilidades colectivas del Estado. En este, a partir de una determinada tabla de valores que articulan dicho contrato, recae

la responsabilidad de preservar, promocionar y cuidar la salud de la población, ya sea que esta se encuentre en un estado vulnerable o enfermo.

Pero la salud es también un bien que tiene dos rasgos distintivos: se trata de un bien prevalente de demanda preferente y no es “stockeable”. A partir de una definición de estas características, solo una red de seguridad sanitaria garantiza la igualdad de un acceso equitativo y oportuno a un sistema integrado de salud, pero no en forma de beneficencia graciable, sino como un elemento fundamental en la articulación de una sociedad. Pues la salud es un bien privado de provisión pública y una responsabilidad intransferible del Estado.

SISTEMA FEDERAL INTEGRADO DE SALUD: Apunta a una reforma basada en un método racional que utilice las nuevas técnicas desarrolladas a partir de los instrumentos técnicos existentes, como la informática; que postule la normatización del accionar de distintas especialidades; la sistematización de las diferentes patologías (educación continua); la descentralización operativa, financiera y jurídica, que se conjugue en redes según complejidad; la producción matricial como componente de los distintos módulos; la planificación por programas con contratos por etapas; la prospectiva sanitaria, que obliga a clarificar los perfiles patológicos regionales y el perfil fármaco-epidemiológico adecuado; la prevención, previsión y educación sanitarias.

A partir de la correcta interpretación y comprensión de la situación actual, el sistema debe incorporar la dimensión federal, es decir, estar sincronizado con un proyecto de nación viable, racional y solidario. Solo este sistema puede asegurar a todos los habitantes un acceso equitativo a la salud. Por encima de un abstracto derecho a la salud, que nadie puede garantizar, de lo que se trata es de asegurar a todas las personas un acceso equitativo a los servicios de salud.

Entre el imperativo ético y la evidencia de que la sociedad no dispone de recursos ilimitados, en la medida en que ellos también deben dedicarse a satisfacer otras necesidades, ello significa que todos puedan acceder a un nivel adecuado de servicios, medidos en función de un consenso de expectativas sobre lo que se considera adecuado en una sociedad dada y en un momento determinado de su desarrollo histórico. De lo contrario, la salud quedaría reducida a una obligación moral de cumplimiento incierto o, en el otro extremo, terminaría supeditada a la lógica propia del mercado desregulado. La mag-

nitud de los recursos involucrados, así como la vulnerabilidad a la que están sometidas las personas enfermas, demanda que la tarea se ejerza de manera ética y equitativa. De hecho, quienes gestionan esos recursos están facultados para tomar decisiones que pueden traducirse en la vida o la muerte de los pacientes. Por esa razón es tan importante evaluar la eficacia de las actividades sanitarias, así como contar con instrumentos de seguimiento y medición capaces de medir la magnitud de las desigualdades sanitarias y sus posibles causas.

El objetivo central de la política sanitaria nacional es entonces, hoy, construir este sistema de salud resultado de la integración armónica de las partes que lo componen, bajo una coordinación adecuada, en una red que obedezca a un plan nacional y responda con racionalidad y eficacia a las necesidades de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario.

El Estado tiene un papel fundamental como ordenador y convocante de una política capaz de articular los sectores público, privado y de las obras sociales a través de programas concertados que sirvan como plataforma de acceso a una medicina moderna, que hoy solo está al servicio de una minoría privilegiada.

Ley marco para el sistema federal integrado de salud: Se necesita un instrumento legal, una herramienta que obligue a las jurisdicciones a comprometerse en la construcción del sistema federal integrado de salud, el cual debe ser justo, solidario y eficiente. Esta nueva ley debe ser el resultado de la integración armónica de las partes que lo componen; que esté bajo una coordinación adecuada y en una red que obedezca a un plan nacional, que atienda con racionalidad y eficacia las demandas de la población potenciando su eficiencia. Un proyecto de esta envergadura necesita un marco legal nacional, que le dé validez y que signifique el compromiso legislativo con el tema. El paso por ambas cámaras implica abrir el juego a las fuerzas políticas y a la sociedad toda que estas representan, con lo cual el dictado de una ley será el resultado de un amplio debate y acuerdo nacional, transparente y democrático.

URGENCIA, EMERGENCIA Y DESASTRE (CATÁSTROFE): Siguiendo la nominación de la OMS, tenemos la siguiente definición:

1. Urgencia: la aparición fortuita de una afección de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.
2. Emergencia: una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa en forma inmediata y adecuada.
3. Desastre (Catástrofe) es un hecho natural o provocado por el hombre que afecta negativamente a la vida y requiere que las partes implicadas renuncien a la autonomía y a la libertad tradicional, para producir respuestas en conjunto y organizadas, siguiendo un comando o estructura definida.

VULNERABILIDAD: Según la definición de Gustavo Wilches-Chaux “vulnerabilidad es la incapacidad de una comunidad para ‘absorber’, mediante autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente, o sea su ‘inflexibilidad’ o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye un riesgo. La vulnerabilidad determina la intensidad de los daños que produzca la ocurrencia efectiva del riesgo sobre la comunidad”. El concepto de vulnerabilidad es eminentemente social, por cuanto hace referencia a las características que le impiden a un determinado sistema humano, adaptarse a un cambio en el medio ambiente en el que se desenvuelve.

El fortalecimiento de un sistema (reducción de su vulnerabilidad) puede ser una gestión con alta presencia de las organizaciones locales. Los distintos planos en que las debilidades (vulnerabilidades) se manifiestan, demuestran palmariamente la necesidad de una acción conjunta y mancomunada de las instituciones y organizaciones de aquel carácter, en torno de un plan estratégico global.

Doctor Vicente Mazzáfero

– Síntesis curricular –

Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires.

Especialista en Salud Pública de la Universidad de Chile.

Jefe del Servicio de Cuidados respiratorios intensivos del Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires.

Director por concurso del Hospital general de agudos J. M. Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires

Consultor temporal para los países de la Región de América de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Officer teacher en la Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Miembro del Comité permanente de Epidemiología y aspectos recomportamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Profesor Titular de Salud Pública por concurso de oposición de Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Director de la Maestría de Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Representante del Área Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay) del Comité Ejecutivo de la Asociación Americana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP).

Profesor del Curso Superior de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, España.

Profesor de Honor de la Escuela Nacional de Sanidad, Consejo Académico y de investigación del Instituto Carlos III, Madrid, España.

Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía, Galicia, España.

Doctor Ignacio Katz

– Síntesis curricular –

Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Ejerció, entre otros, los cargos de Director Nacional de Hospitales, Gerente Médico de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

Miembro titular del Comité del Proyecto de Reforma de Obras Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PROS) - Jefatura de Gabinete de Ministros y Miembro de la Comisión Normalizadora del Hospital Posadas.

Coordinador del proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Cobertura de Salud de la Población del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto. Durante el 2008 hasta junio de 2009, desempeñó la función de Jefe de Asesores de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación.

Fue galardonado con el premio Vocación académica en mérito a su trayectoria profesional, a propuesta de un jurado conformado por Rectores y Decanos de Universidades e Institutos terciarios en el año 2005, recibió el Premio CAESPO 2018 sobre el tema “Determinantes de Salud, Educación y Promoción de la Salud”.

Fue Profesor Titular de Introducción a las Políticas Sociales y Sanitarias en la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de Universidad Nacional de la Plata.

Actualmente es el Director de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, UNICEN.

Ejerce la Dirección Académica de la Maestría en Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua de la Provincia de Mendoza.

Al presente coordina estudios de posgrado de Economía de la Salud en diversas Universidades Nacionales.