

Mé^odicos **Medicina Global**

La revista de salud y calidad de vida

LLYC **IDEAS**
INFORME ESPECIAL

CON MÁS CANAS QUE GANAS

**EL ENVEJECIMIENTO,
UNA BOMBA DE TIEMPO
QUE LA INVESTIGACIÓN,
LA TECNOLOGÍA Y LA
COMUNICACIÓN PUEDE
CONTRIBUIR A
CONTRARRESTAR Y
MEJORAR LA VIDA DE
MILLONES DE PERSONAS**



COLUMNA
**¿LA MEDICINA DEBE
RECUPERAR
VALORES HISTÓRICOS?**
Por el Dr. Hugo E. Arce



DEBATE
**REFORMA SANITARIA Y POLÍTICAS
PARA ENFRENTAR LA PRESIÓN
TECNOLÓGICA INNOVADORA**
Por el Prof. Dr. Sergio H. Del Prete



OPINIÓN
**LAS ENERGÍAS UTÓPICAS
Y LA DIGNIDAD
HUMANA...**
Por el Dr. Mauricio Klajman

GALENO

TODO PARA VOS.



TODO PARA CUIDAR EL TALENTO DE TU EMPRESA



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

50
Años

Sponsor oficial
de Las Leonas
y Los Leones



CONFEDERACIÓN
ARGENTINA DE HOCKEY

SANCORSALUD.COM.AR

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscripta en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el número 1137.
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar



La red de emergencias médicas
más grande del país

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,

ADMINISTRACIÓN

Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4362-2024

Web Site:

www.revistamedicos.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar

redaccion@revistamedicos.com.ar

info@revistamedicos.com.ar

revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño)

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

COLUMNA

¿LA MEDICINA DEBE RECUPERAR VALORES HISTÓRICOS?

Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS

6

DEBATE

LA DISYUNTIVA ELECTORAL Y EL RECURSO HUMANO EN SALUD ¿ESCILA Y CARIBDIS?

Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur

8

OPINIÓN

LAS ENERGÍAS UTÓPICAS Y LA DIGNIDAD HUMANA...

Por el Dr. Mauricio Klajman - Director Médico Nacional - Obra Social de Televisión

10

OPINIÓN

UN PAÍS ¡QUE PAISS!

Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA

12

COLUMNA

DISCAPACIDAD - MECANISMO DE INTEGRACIÓN: TRANSPORTE Y EDUCACIÓN

Por el Dr. Javier Ramón - Director Médico de OSIM - Especialista en Economía y Gestión en Salud

14

OPINIÓN

EL HOSPITAL Y LA GENTE

Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni - Médico y Doctor en Medicina

16

OPINIÓN

EL ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL

Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud

18

COLUMNA

UN ELOGIO DE LA UTOPIA EN TIEMPOS DISTÓPICOS

Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)

20

COLUMNA

ABORDAJE DE LOS DESAFÍOS A NIVEL MUNDIAL SOBRE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y ACCESIBILIDAD EN MATERIA SANITARIA

Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines

22

VOCES

EL DERECHO COLECTIVO FRENTE AL DERECHO INDIVIDUAL - UNA SENTENCIA JUDICIAL QUE MARCA UN CAMINO COMO EL QUE VENÍAMOS PROPICIANDO

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

24

COLUMNA

LA VEJEZ A LA INTEMPERIE: GOBERNANZA SANITARIA PARA ADULTOS MAYORES CON POLÍTICAS PÚBLICAS CONCRETAS

Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)

26

PRIMERA PLANA

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Por el Prof. Dr. Ernesto van der Kooy - Presidente de Prosanity S.A. - Consultora de Salud

28

VOCES

MEDIACIÓN SANITARIA - CLIMA LABORAL 2.0:

TRANSFORMANDO CONFLICTOS EN CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO

Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

30

INFORME ESPECIAL

CON MÁS CANAS QUE GANAS

Por Alejandro Romero Paniagua, Socio y CEO Global de LLYC, Georgina Rosell Catasús, Socia y Directora Senior de Healthcare Europa en LLYC, Javier Marín Zurita, Director Senior de Healthcare América en LLYC y Ana Lluch. Coordinadora Healthcare de LLYC Américas

34

OPINIÓN

REFLEXIONES SOBRE EL HORIZONTE

Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga

40

COLUMNA

¿EN QUÉ CONSISTE EL "PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD" (PAISS)?

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico - Especialista en Salud Pública

42

OPINIÓN

REFORMA SANITARIA Y POLÍTICAS PARA ENFRENTAR LA PRESIÓN TECNOLÓGICA INNOVADORA

Por el Prof. Dr. Sergio del Prete - Mag. Director de Economía Sanitaria de IPEGSA

44

DEBATE

DE ESO NO SE HABLA

Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública - FCM UNL - Universidad de Bologna

46

COLUMNA

RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS (2da PARTE)

Por Fernando G. Mariona - Abogado - CEO de RiskOut y miembro CD del ITAES

48

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

GALENO

TODOS PARA VOS.



¿LA MEDICINA DEBE RECUPERAR VALORES HISTÓRICOS?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Hacia fines de la década del 80, quienes observaban la evolución de los modelos organizativos predominantes en los sistemas de salud, supusieron que se avecinaba un nuevo paradigma, en el que la *calidad de la atención médica* y la *seguridad del paciente*, ocuparían el eje de las reformas en la mayoría de los países. Desde 1948, venían de transitar una historia, en la que la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), había consagrado el concepto de Salud Pública -como política de Estado destinada a garantizar el bienestar de la población-, que pasó a sustituir el principio de *higiene urbana*, orientado a sustentar con medidas profilácticas el medioambiente comunitario y las condiciones laborales. Si en la primera parte del Siglo XX las acciones sanitarias, no integraban las prioridades de los asuntos públicos y se amparaban en iniciativas benéficas entre las clases sociales, a través de la idea de *salud pública*, el Estado ocupó la administración de los regímenes de protección social.

Tres décadas después, en 1978, las diversas experiencias en la reforma de los sistemas sanitarios, permitió comprender que todos los emprendimientos en materia de salud -públicos y privados, con o sin fines de lucro, individuales, populares o comunitarios- eran imprescindibles, en tanto pudieran integrarse en una trama asistencial, que permitieran que la totalidad de la población tuviera acceso personalizado a los servicios de atención médica, según las necesidades de cada caso. El primer nivel de atención, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ocuparon entonces una posición prioritaria como puerta de entrada al sistema, que permitiera acceder a todos los niveles e instancias. La estrategia de *atención primaria de la salud* (APS) fue considerada el instrumento más eficiente, para aspirar a la meta de “salud para todos en el año 2000”. En el marco internacional, una inestable *coexistencia pacífica*, permitía atravesar las amenazas de la bipolaridad política entre los países de economía de mercado (Occidente, Alianza Atlántica) y los gobiernos socialistas (Pacto de Varsovia).

Junto con la implosión de la Unión Soviética, la caída del Muro de Berlín y la explosión tecnológica de las comunicaciones y del comercio mundial, hacia fines de la década del 80, los sistemas de salud de países industrializados centraron su atención en el dispendio de recursos de atención médica, los errores de la organización asistencial, así como la evaluación de la calidad y seguridad de los servicios provistos. Si en 1948 y 1978 hubo acuerdos intergubernamentales para sostener nuevos paradigmas sanitarios, a principios de los '90 la ola tecnológica forzó la globalización espontánea de la corriente de Calidad, a la que gobiernos y organismos internacionales se incorporaron rápidamente. Las modalidades de *evaluación externa* (acreditación hospitalaria, recuento de eventos adversos, licenciamiento profesional, indicadores estadísticos), influidas por el interés de técnicos industriales que procuraban aplicar Normas ISO en el campo de los servicios, ocuparon el primer impacto en la consola de los observadores de la evolución de la *Salud Global*. El fenómeno consolidó durante las décadas del 90 y el 2000, impregnando la gestión de las organizaciones de salud.

Si los métodos de evaluación externa protagonizaron la corriente de Calidad hasta los '90, los *procedimientos internos* de mejora de la gestión fueron creciendo en las instituciones asistenciales. Guías de práctica clínica, cuadros de mando integral, análisis FODA, evaluación de procedimientos, análisis causal de errores, revisiones por metaanálisis para racionalizar conductas terapéuticas, ciclos de mejora PHVA, planificación estratégica (visión-misión-valores), y diversas herramientas operativas, que facilitan la gestión eficiente y el adecuado empleo de los recursos. La mayor parte de estos instrumentos provinieron del campo de la industria y fueron adaptados a las organizaciones de salud, en tanto empresas productoras de servicios, que deben insertarse en un mercado de costos aceleradamente crecientes y financiamiento limitado.

Desde comienzos del Siglo XXI, fueron ganando interés algunos criterios operativos, que se remontaban a los propósitos fundacionales de la Medicina moderna. El concepto de medicina basada en evidencia (MBE) no fue un hallazgo de los '90, sino del predominio del positivismo en el conocimiento médico -expresado como hito histórico en el Informe Beveridge de 1910-. El recurso de explorar bibliografía por Internet, revisando enormes cantidades de datos en escaso tiempo, logró revisiones exhaustivas con métodos de selección sencillos, cuyos resultados permitieron afirmar que respondían a criterios de evidencia científica. En consecuencia, pudieron seleccionarse conductas asistenciales, avaladas por respaldos empíricos controlados, facilitando la confección de guías de práctica clínica, epidemiológicamente válidas.

El espacio ganado por el conocimiento científico en el ejercicio de la Medicina tuvo algunos costos. Junto con el desplazamiento de datos empíricos individuales no validados, otros componentes del universo del paciente fueron devaluados. Las expectativas del paciente y sus familiares, su bagaje cultural, información para optar según riesgo-beneficio entre las alternativas de tratamiento ofrecidas, el respeto por las creencias espirituales del medio familiar, perdieron espacio en las consideraciones del cuerpo profesional, frente a hallazgos técnicos que dominaron las decisiones. Esta visión, holística del paciente y su medio, inherente a los conceptos originales de la Medicina hipocrática, fue eclipsada por el impulso de los avances tecnológicos, que permitieron el crecimiento vertiginoso de la tecnología en la 2^{da} mitad del Siglo XX. Las iniciativas dedicadas a promover la “atención centrada en el paciente” en las corrientes actuales, no hace más que rescatar principios elementales del desarrollo de la Medicina occidental.

Sin embargo, estudios comparativos complejos sobre la evolución de los sistemas de salud entre 1990 y 2015 en 195 países, permitieron encontrar que los indicadores de acceso personal y calidad en los servicios, lograron avances significativos en los países dotados de mayores recursos estructurales para su desarrollo, respecto de los más deficientes.⁽¹⁾ Podemos inferir que, pese a la eclosión de la corriente de Calidad y Seguridad al iniciarse los '90, así como la explosión tecnológica -desde el predominio de métodos de evaluación externa, hacia el interior de la gestión de los servicios-, no fue acompañada por decisiones políticas de los Gobiernos -no sólo gestiones de Estado-, que posibilitaran superar las asimetrías regionales en la disponibilidad de recursos. ■

Bibliografía

(1) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990 - 2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet; 390: 231-66. Published online May 18, 2017. Bill & Melisa Gates Foundation.

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

- Transformación digital
- Mejor conexión con vos
- Prioridad para tu salud



Gestiones online
ospesalud.com.ar



App OSPe Mobile
Disponible en Google
Play y App Store



Telemedicina DOC24
Consultas médicas
las 24 hs.

► Evolucionamos para un mejor servicio
con un mismo propósito: **conectar con
vos y cuidar tu salud.**



Más de 450.000 afiliados
nos eligen en todo el país.



Nuestro **origen petrolero**
nos llena de orgullo.



Cobertura nacional.
Delegaciones en todo el
país para estar más cerca.



0800 444 6773
Atención al Beneficiario

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias



LA DISYUNTIVA ELECTORAL Y EL RECURSO HUMANO EN SALUD ¿ESCILA Y CARIBDIS?



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

En un contexto social y económico complejo, la sociedad se encuentra inmersa en un debate crucial en el marco del balotaje. Los profesionales de la salud no podemos evitar contemplar el futuro en función de nuestro trabajo, ya que las propuestas electorales tendrán un impacto significativo en nuestro sector.

Podemos decidir nuestras preferencias por una variedad de motivos ajenos al ámbito de la salud, pero es de vital importancia profundizar en las propuestas de ambas alternativas electorales, en particular, en lo que respecta al capital humano en salud, ya que esto afectará directamente a nuestro porvenir.

La información disponible sobre las posturas en materia de salud es limitada, dado que el tema estuvo notablemente ausente del debate presidencial, y los referentes de salud de los candidatos que compitieron en las elecciones generales se vieron opacados por los equipos económicos.

Solo pudimos obtener fragmentos de su perspectiva en algunas notas periodísticas y foros. Sin embargo, todos coinciden en un diagnóstico evidente: el sistema de salud está fragmentado, la accesibilidad es reducida y el recurso humano se encuentra en crisis.

De lo poco que sabemos, destaca la atención que los referentes de los candidatos han prestado a las residencias médicas. En una entrevista realizada por Fabiola Czubaj en La Nación ⁽¹⁾, tanto el referente de La Libertad Avanza como el de Unión por la Patria se refirieron a este aspecto.

El primero se centró en un análisis de la calidad y planteó la necesidad de revisar los programas de formación, con un enfoque en la efectividad de los graduados, orientando el perfil a las demandas del sistema.

Sin embargo, este enfoque plantea un dilema delicado, ya que centrarse en la demanda especializada podría descuidar la atención primaria de la salud, un componente esencial de sistemas de atención eficaces en todo el mundo.

Además, la propuesta de un programa de incentivos carece de una orientación clara u objetivos específicos, lo que podría resultar ineficaz en un contexto inflacionario. En resumen, la mirada del capital humano en formación, dada la información disponible, si bien no parece estar fuertemente vinculada a principios libertarios carece de consistencia.

El resto de la propuesta de La Libertad Avanza se alinea más con un enfoque liberal, destacando la libre elección de los usuarios

y la competencia entre obras sociales, el sector público y privado. No obstante, la viabilidad de estas propuestas en el corto plazo, en el actual contexto de regulaciones y financiamiento, es incierta.

La definición de una canasta de prestaciones, la apertura a evaluaciones de calidad y la convocatoria a expertos y actores del sistema aparecen como aspectos más prometedores. Pero todo esto no puede desprenderse del conjunto de políticas que promovería el nuevo gobierno de la que se tienen pocas certezas y muchos temores.

La propuesta presentada por el referente del oficialismo también reconoce la crisis del personal de salud, aunque no toma posición respecto de las responsabilidades que le corresponden al Gobierno en dicha crisis.

En cuanto al capital humano, el oficialismo parece estar dispuesto a mantener algunas políticas que se han convertido en políticas de Estado a lo largo del tiempo. En este sentido, ya está impulsando una ley de residencias que cristaliza algunos de estos aspectos, como el reconocimiento de la condición laboral del residente.

Se menciona la integración entre la residencia y la práctica final obligatoria del grado, lo que supone, por un lado, una mayor vinculación entre la universidad y las residencias, y por otro, la continuidad de las políticas iniciadas antes de 2019 durante la gestión de Rubinstein.

También se propone un sistema de incentivos para especialidades críticas y la asignación de recursos para mejorar la cobertura en áreas con escasez de profesionales de la salud. Este enfoque parece centrarse en la equidad y la accesibilidad, la potenciación de enfermería y obstetricia con roles más amplios en la atención de salud sugiere una posible complementación.

No queda claro de donde procederían los recursos para financiar esta propuesta, sin aumentar el déficit fiscal. Finalmente, al igual que su competidor, el oficialismo aboga por incentivos económicos y la garantía de ingresos para reducir el multiempleo y la dispersión de médicos en múltiples lugares con condiciones laborales precarias.

No obstante, no contamos con información concreta sobre cómo se modificaría el contexto de fragmentación, la falta de articulación entre niveles y la superposición de prestadores. Principales causantes de la situación que se busca corregir.

En resumen, si bien existe un reconocimiento evidente de los problemas del sistema de salud y del capital humano, resulta difícil pensar que cualquiera de las medidas propuestas pueda ser efectiva a largo plazo sin un cambio en el contexto y con la macroeconomía volátil que empeoró desde que el actual candidato es ministro de Economía.

Dada la crítica situación del sistema, parece que un cambio en los aspectos del modelo de financiamiento, gestión y prestación resulta fundamental para generar políticas de capital humano que puedan mantenerse en el tiempo.

Sin mensajes claros, cualquiera sea el nuevo gobierno enfrentará una crisis de salud que se agravará, y los profesionales continuaremos padeciendo los males que nos vienen aquejando desde largo tiempo. ■

Referencia

(1) Czubaj F. La salud, en emergencia ¿Qué medidas proponen los candidatos para arreglar un sistema quebrado? Buenos Aires; La Nación, 6 de septiembre de 2023 Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-salud-en-emergencia-que-medida-proponen-los-candidatos-para-arreglar-un-sistema-quebrado-nid06092023/#/>

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

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

osde

www.osde.com.ar



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

LAS ENERGÍAS UTÓPICAS Y LA DIGNIDAD HUMANA...



"La dignidad humana es lo que todos nosotros, fuertes o débiles, ricos o pobres, tenemos en común, más allá de nuestras limitaciones". Papa Francisco

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)
mklajman@satsaid.com.ar

El concepto de utopía fue propuesto por primera vez por Tomás Moro. En su libro *UTOPÍA*, Tomás Moro en 1516 plantea la posibilidad de crear un Estado justo en la que todos sus habitantes alcanzan la felicidad, por la organización del Estado, que creen que es la mejor y única forma de gobernar honestamente.

La dignidad humana significa que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora, al mismo tiempo que es respetado y valorado. Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan.

Estamos en un momento bisagra de nuestra República.

Esta elección contraponen modelos que podrían alterar nuestro futuro como Nación libre y soberana.

Si tenemos la creencia de que el sistema de salud es un eje central en nuestro país, estamos equivocados todos los que intervenimos en el sector.

La Nación es más que eso

La Nación somos todos los que vivimos aquí, además de intangibles como el sentimiento de pertenecer a un colectivo que se llama Argentina.

Esos intangibles han sido en esta campaña denostados y bastardeados por personajes de los cuales ni siquiera vale la pena nombrar.

Seguimos pensando, desde nuestro lugar, que **salud es vida**.

Y la vida se debe proteger con un sistema que mejore la vida de los argentinos...

Seguimos insistiendo en un sistema integrado que abarque a todos los subsectores.

Mejorar los recursos humanos en salud, precisamente con un tratamiento **digno**, respetuoso de todos los componentes del equipo de salud.

Luchar contra el pluriempleo, con **salarios dignos**, que permitan mejorar en forma continua la preparación del conocimiento adaptado a las novedades, que en forma creciente aparecen con los nuevos métodos de diagnóstico y terapéuticas revolucionarias.

Adaptar las currículas -insisto- de las facultades de ciencias de la salud a la modernidad, pero sin ser parte e instrumento de la avidez del mercado.

No renunciar a la clínica que es soberana

El COFESA se debe agrandar y abarcar a todos los subsectores, pero con estrategias consensuadas y vinculantes. Además de ser medibles y fiscalizables.

Debemos propender a mejorar las estadísticas sanitarias con métodos modernos y fiables.

La creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es ya un tema que se debe sancionar rápidamente en el Parlamento, para evitar obstrucciones en su funcionamiento en el futuro. Sus conclusiones deben ser vinculantes e inobjetables por ningún poder del Estado.

Complementado por un funcionamiento de la ANMAT más eficiente e independiente de presiones del mercado.

Quisiera agregar que, con el desarrollo actual de la ciencia y la técnica argentinas, estamos en condiciones de producir aparataje médico y medicamentos, incluso con moléculas complejas. Esto además es un mercado para la exportación a precios competitivos. Hay que desarrollar mercados complementarios.

En este punto deberíamos empezar a elaborar políticas de complementación con los países sudamericanos donde podríamos aportar know-how, tecnología argentina y competir con la elaboración en laboratorios nacionales de moléculas exportables.

La **CELAC** es una herramienta válida que se debe estimular fehacientemente.

Un elemento innovador sería la promoción de zonas francas para la elaboración de esas moléculas para exportación y mediante regulación efectiva para el consumo interno, a precios accesibles **reales**.

Más trabajo argentino de alto valor agregado

Otro tema crucial es la sustentabilidad del sistema de salud... para el cual se debe promover la normatización tanto de los grandes síndromes y el consenso entre las universidades y la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, en enfermedades que necesiten grandes erogaciones para que tanto el diagnóstico y la terapéutica sean basadas en la evidencia médica, en sus resultados y en protocolos internacionales comprobables y libres de intereses espurios.

Esto además lleva como complemento la fiscalización efectiva y con métodos modernos por parte del Ministerio de Salud de la Nación y/o su delegación federal en las provincias.

Se debe llevar a cabo un relevamiento de todos los centros de salud tanto privados como estatales para saber fehacientemente quién es quién y que capacidades tienen. Esto ayudaría a una planificación de lo que falta, como camino a la equidad geográfica.

Como vemos, el trabajo futuro es arduo pero posible.

Solo necesitamos ponernos a trabajar con ideas nuevas, ejecutables y libres de pensamientos que nos lleven al siglo XIX.

El futuro es nuestro, para todos los que habitan el suelo argentino...

El desarrollo es nuestro norte, solo así encontraremos la equidad y la justicia... ■

Bibliografía

- 1) El nuevo régimen de las desigualdades solitarias / François Dubet / Siglo XXI-2023.
- 2) Sistemas Nacionales de Salud en las Américas / Kumate-Gutiérrez-Sotelo Universidad Autónoma de México/1993.
- 3) ¿Cuánto vale una vida? / Didier Fassin / Siglo XXI/2022.
- 4) La Economía de las desigualdades / Thomas Piketty / Siglo XXI/2015.

(*) Director Médico Nacional - Obra Social de los Trabajadores de Televisión



**+ DE 730
PACIENTES**

FALTAN AL DÍA
A SU CONSULTA.

Si no podés asistir,
cancelá tu turno en

miportalclnicas.com.ar

★
Clínica
Santa Isabel

✿
Clínica
del Sol

★
Clínica
Bazterrica

★
Centro
Médico
Bazterrica

★
Centro
Médico
Santa Rita

UN PAÍS ¡QUE PAISS!



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Hemos naturalizado hasta tal punto la crisis sectorial que parece que constituye un paisaje que no conmueve. Pero, aun así, se profundiza día a día.

En medio de una fiscalidad destruida, el sector público recibe una demanda creciente de población desplazada de otros sistemas de cobertura, en un escenario de agravamiento de las condiciones sanitarias de la población. 12 millones de personas en pobreza, dos millones en indigencia (entiéndase bien: hambre) suponen un determinante absoluto para generar y agravar las condiciones por las que enfermar y morir.

Como consecuencia de la caída de la masa salarial, la mora en los aportes y el incremento de los costos de la canasta de salud, la seguridad social se encuentra literalmente quebrada. Se estima que el valor per cápita del PMO oscilaría en unos \$ 15 - 18.000, y con esos valores, entre el 70 y el 80% de las entidades que integran el seguro social no alcanzan a cubrirlo.

Fuentes de redistribución como el propio FSR han perdido capacidad de soporte financiero y subsisten como complementos marginales de un modelo que perdura gracias a transferencias discrecionales no contributivas por parte del Tesoro.

Un sistema que se estima que en 2020 gastó el 10.8 % de su PBI en salud (Ministerio de Salud. 2022) pero que desde entonces ve decrecer su participación relativa en el gasto público social, y lo que es igualmente de grave, va perdiendo paulatinamente la gratuidad en el punto de atención, con lo cual, aquel decremento se compensa con gasto de bolsillo, llevando a un modelo más inequitativo e injusto.

Un País en el que el desfinanciamiento del recurso profesional ha generado que impere la deserción, la decepción y la desatención. En el que la reemergencia de enfermedades como consecuencia de la caída de acciones preventivas terapéuticas y de rehabilitación, modula un nuevo paradigma epidemiológico que nos retrocede en la historia e impactará sobre la morbilidad cardiovascular, la incidencia y gravedad del resto de las ENT, la expectativa y la calidad de vida. En el que mueren 49 mujeres cada 100.000 nacimientos.

En el que ante la falta de provisión de insumos y el déficit de recurso humano se pierde el sentido de la oportunidad e incluso el de la calidad de la asistencia. En el que se reesteriliza forzosamente por carencia de insumos. En el que el precio de los medicamentos escala aún por encima de un IPC espiralizado limitando o llevando al abandono de tratamientos. Se entiende... entre la adherencia a un tratamiento, o a un plato de comida, la elección es obvia.

Un País que en estos días está definiendo qué País será en los próximos tiempos...

Sin embargo, la rectoría del sistema pareciera vivir en otro País. Omejor dicho en otro PAIS. (¿O quizás sería mejor enunciarlo como otro PAISS?). Que ante una crisis terminal como la expuesta responde con una declamación afirmando que “La Salud Pública es un derecho fundamental que debe garantizar el Estado” (04/10/23).

En un País en el que el financiamiento del insostenible seguro de salud para la tercera edad se hace a expensas de otro PAIS (Impuesto Para una Argentina Inclusiva y Solidaria), establecido como consecuencia de una restricción necesariamente distorsiva en tanto no diferencia por capacidad contributiva ni por finalidad del gasto, y que está destinado a desaparecer como consecuencia de la insostenibilidad de la brecha cambiaria que el mismo tributo colaboró a generar.

En un País en el que a dos meses de finalizar la gestión dispone la creación de un PAISS a través de una Resolución ministerial que pretende instalar un sendero de convergencia de programas y financiamientos en curso a través de una Resolución que, de un modo similar al que la asimilable 518/2019 de la entonces Secretaría de Salud denominó PACES, es tan frágil y derogable como aquella.

Un País en el que el PAISS presentado por una gestión que termina, tras sesenta (60!) considerandos, establece un PAISS-PS: Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud-Plan de Servicios de “uso obligatorio para todo el Sistema de Salud”, asumiendo que permitirá “dar respuesta a las demandas de la población y que, en tal sentido y con la finalidad de lograr el cumplimiento de los lineamientos dispuestos por el Señor Presidente de la Nación Argentina, corresponde establecer un Programa Nacional que permita la concreción de los mismos y establezca mecanismos para el financiamiento de la salud consolidados e institucionalizados”.

Un País que a dos meses de finalizar la gestión de un Ministerio sordo a los dramas y reclamos cotidianos, anuncia que el financiamiento del PAISS, y en particular del Fondo Nacional de Equidad en Salud (FONES) (Res.518/2019 y 1507/2020) - a cargo de “cubrir las brechas de cobertura, acceso y calidad existentes en las jurisdicciones participantes respecto de las prestaciones específicas de alta complejidad, baja incidencia y alto precio correspondientes a líneas de cuidado de salud definidas en el Plan de Servicios de Salud” se financiará con el 4% del valor per cápita de un programa preexistente (!), por aportes eventuales (!) del Tesoro, de las Obras Sociales y Provincias que adhieran (!) y de recursos residuales preexistentes, pero disponiendo en la reglamentación una compleja polinómica que determina en definitiva un devengado sujeto a disponibilidad y no a demanda de recursos.

Un País en el que, el flujo de recursos requerido para la necesaria integración del sistema, se basa en un stock de financiamiento por vía de endeudamiento externo, y es, por tanto, limitado, finito y condicionado (línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (CCLIP) N° AR-O0021 y el Contrato de Préstamo BID N° 5744/OC-AR).

Un País en el que la oportunidad de un decreto crepuscular se relaciona más con la necesidad de dar cumplimiento a los acuerdos contractuales que tal préstamo dispone, que al establecimiento de un consenso sectorial que pavimente el camino de dicha integración.

En un País que sigue sin pensar un sistema de salud para el País. Que reclama imperiosamente seriedad, compromiso, racionalidad y destino.

Lo que nos falta. ■

(*) Médico cardiólogo y sanitarista. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA.

A collage of images related to healthcare and medicine. The central image is a close-up of a woman with brown hair tied back, gently holding a newborn baby. Surrounding this are several smaller inset images: a woman lying in a hospital bed, a woman in a lab coat and mask working in a laboratory, a woman in a lab coat looking at a computer screen, and various medical equipment like a microscope and a patient monitor. The overall theme is healthcare and medical research.

Nuestro compromiso con la atención centrada en la persona, el bienestar y seguridad de los pacientes, su familia y de nuestro equipo hacen que estos 10 años sean solo el comienzo.

www.sanatoriofinochietto.com

DISCAPACIDAD

MECANISMO DE INTEGRACIÓN: TRANSPORTE Y EDUCACIÓN



Por el Dr. Javier Ramón (*)

La ley 24.901 establece las prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, debidamente acreditado con el certificado único de discapacidad.

Estas prestaciones como ser centro de día, centro educativo - terapéutico, rehabilitación, terapéuticas educativas, formación y aprestamiento laboral, escolaridad, asistenciales, etc., son financiadas directamente por la Superintendencia de Servicios de Salud a través de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución de conformidad con lo que establece la resolución 406/16 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Dos de las coberturas que realmente desfinancian profundamente al sistema descripto son de carácter social y ajenas al subsistema de salud, estamos hablando de las que comprenden la educación y el transporte.

En virtud de lo dispuesto en la **Ley Federal de Educación sancionada el 14 de abril de 1993 bajo el número 24.195**, establece lo siguiente: “es a los Estados Provinciales a quienes les compete asegurar el derecho a la educación de carácter gratuito y sólo en caso de inexistencia, el Estado Nacional a través del Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación o de la Agencia Nacional de Discapacidad responden en forma subsidiaria”.

De esta manera la ley 24.195 establece que el derecho constitucional de enseñar y aprender queda regulado por la misma.

“El problema del desfinanciamiento de las Obras Sociales, referido a estos rubros, entonces radica en que la cobertura que se impone se refiere a lo social y no a lo prestacional y, sin embargo, hoy está 100% en cabeza de nuestras entidades, como si fuera una prestación de salud.”

En los artículos 27, 28 y 29 de dicho cuerpo normativo se regula la educación especial, estableciendo la responsabilidad de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de garantizar la atención de las personas con necesidades educativas especiales y brindar una formación individualizada, normalizadora e integradora, orientada al desarrollo integral de la persona y a una capacitación laboral.

También la ley 24.901 promulgada el 2 de diciembre de 1997, y la resolución 428/99 sancionada el 23 de junio de 1999 por el Ministerio de Salud, complementando la ley 24.195, fija el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad e incluye las prestaciones de carácter educativo que no cuenten con oferta educacional estatal.

Así también en la ley 24.901 queda establecido que “únicamente los beneficiarios que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario”.

El problema del desfinanciamiento de las Obras Sociales, referido a estos rubros, entonces radica en que la cobertura que se impone se refiere a lo **social y no a lo prestacional** y, sin embargo, hoy está 100% en cabeza de nuestras entidades, como si fuera una prestación de salud.

Por lo tanto, con la sanción del Decreto 904/2016 que instauró un mecanismo para el financiamiento a los Agentes del Seguro de Salud de modo directo a través del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN, denominado “INTEGRACIÓN”, para la cobertura de las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado por Resolución N° 428/1999 del Registro del ex Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, sus modificatorias y complementarias, ve afectado muy fuertemente dicho financiamiento ya que el 50% del gasto corresponde a transporte y educación.

Petición

Es entonces que el sistema actual para dar respuesta a la ley 24.195 (Ley Federal de Educación) debe estar diseñado para que el Ministerio de Educación de la Nación o la Agencia Nacional de Discapacidad acudan subsidiariamente a suplir aquellas deficiencias o insuficiencias que puedan tener los Estados Provinciales en materia educativa para las personas con discapacidad, excluyendo de esta cobertura, que no corresponde al subsector de salud, a las Obras Sociales.

Con relación al tema del transporte, prestación que tampoco está incluida en el subsector salud, debería acudir al Ministerio de Transporte y/o a la Agencia Nacional de Discapacidad en aquellos casos en que el afiliado no pueda gozar del beneficio de utilizar el transporte público en forma gratuita establecido por la ley 24.901. Aplicando lo referido en párrafos anteriores el Fondo Solidario de Redistribución contaría con una cuota mucho mayor para hacer frente a las prestaciones asistenciales detalladas en el menú del **Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades (SURGE) creado mediante la Resolución 731/2023**, de la Superintendencia de Servicios de Salud. ■

(*) Director Médico de OSIM - Especialista en Economía y Gestión en Salud.

SOMOS **EXPERTOS** EN CIENCIAS DE LA SALUD.



ESPECIALÍZATE CON NOSOTROS

A DISTANCIA

- Diplomatura en **Dermatología Oncológica**.
- Diplomatura en **Didáctica y pedagogía en áreas de la salud**.
- Diplomatura en **Obesidad**.
- Diplomatura en **Rehabilitación Neurológica**.
- Curso en **Medicina del Dolor**.
- Curso Teórico - Práctico de **Soporte Nutricional**.
- Curso de **Gestión y Marketing de emprendimientos de salud**.
- Diplomatura básica de **Ecografía y Doppler para médicos generalistas**.
- ★ Para profesionales que requieren mayor autonomía y flexibilidad con una plataforma ágil e interactiva.

PRESENCIALES

- Doctorado en **Ciencias de la Salud**.
- Maestría en **Gerontología Clínica**.
- Maestría en **Neuropsicofarmacología Clínica**.
- Maestría en **Salud Pública**.
- Especialización en **Medicina Legal**.
- Especialización en **Nutrición**.
- ★ Para profesionales que buscan interacción entre pares y el desarrollo de vínculos con expertos de disciplinas varias.

EL HOSPITAL Y LA GENTE



Por el Dr. Carlos Javier Regazzoni (*)

Sin hospitales casi nadie llegaría a los 50 años de edad; la mortalidad infantil, por ejemplo, sería 50 veces más elevada, y la neumonía sería 10 veces más letal.

A partir de las innovaciones de San Juan de Dios en el siglo XV nunca se dejó de crear y mejorar hospitales por una sencilla razón: la alternativa (no hospitales) es intolerable. El hospital es imprescindible; complejo; y costoso.

El funcionamiento hospitalario representa el 40% de la inversión total en salud; servicios médicos ambulatorios son un 20% adicional, y los medicamentos otro 10 a 12%. En los hospitales el principal costo es de personal (70% a 75% según la institución).

Siendo entonces que el gasto en salud es el 10% de nuestra economía, el funcionamiento de hospitales y sanatorios representa un 4% del PBI (poco por debajo de países desarrollados).

Equivale a 4 veces el gasto en defensa o casi todo el gasto en Educación. La mitad de este costo es público y el resto sale del salario. Es demasiado relevante para ignorarse.

Complejidad

La evidencia es contundente. Las probabilidades de sobrevivir a un infarto, ataque cerebrovascular, o cáncer, aumentan cuando son atendidos en hospitales de alto volumen y complejidad.

Estos hospitales requieren equipamiento, recurso humano (insostenible sin remuneración adecuada), y procesos sofisticados. Peter Druker decía que el hospital era la organización humana más compleja jamás conocida.

Y sus efectos sobre la salud poblacional son admirables; pensemos qué sería de los vecinos de Almirante Brown sin el Lucio Meléndez, de San Isidro sin el Melchor Posse, o de la

infancia argentina sin la Casa Cuna. El hospital José de San Martín de la UBA, el Garrahan, el Ramón Carrillo de Santiago del Estero, o el Hospital Central de la Provincia de San Luis, entre muchos, son instituciones fundamentales para la gente.

Hoy, los hospitales, sus profesionales, y pacientes, enfrentan una crisis sin precedentes. El ahogo de la profesión médica, la falta crónica de enfermería, la desertión de las residencias médicas, y el aumento exponencial de la demanda conforme se deteriora nuestra situación social, dañan severamente lo más preciado de un hospital: la cultura hospitalaria.

La cultura organizacional hospitalaria es de enorme relevancia en el diseño de los sistemas de salud. Y requiere políticas activas para promoverla y acompañarla hacia la transformación más profunda de la práctica médica desde el surgimiento de la farmacia o los rayos X; esto es la inteligencia artificial.

Todo lo que vemos en el funcionamiento hospitalario será distinto debido a la inteligencia artificial y los robots, y encuentra a la Argentina sin estrategia.

Gestión y vocación

Hace 35 años la práctica de la gestión de salud vino a ordenar la administración de los hospitales incorporando gerentes profesionales. Hoy se requieren nuevas herramientas. El mundo evoluciona al diseño de sistemas y la investigación operacional aplicados a los cuidados de la salud.

Son herramientas de planificación y control de procesos originadas en la producción industrial que utilizan estadísticas avanzadas e inteligencia artificial para administrar turnos y camas disponibles, formalizar trayectos de cuidados, y para volver a los hospitales más efectivos y sustentables. Son herramientas ideales para la Argentina que viene donde con poco debemos hacer mucho más.

¿Cuántos hospitales públicos hacen trasplante de médula ósea o cardíaco? ¿Cuántos tienen neurocirugía de avanzada? Muy pocos. Los argentinos necesitan estos y otros tratamientos.

Debemos concebir entonces una estrategia nacional para modernizar la gestión de nuestros hospitales y su operatividad. Pero con más alta prioridad aun debemos encarar su transformación cultural.

Dotaciones profesionales bien remuneradas y a tiempo completo, docencia e investigación de punta, renovación tecnológica, erradicación de las mafias enquistadas, y gestión de recursos responsable y autónoma, entre otros cambios.

Porque cuando uno recorre un hospital por la mañana, algo queda claro: los hospitales son indispensables, y representan un poder para la comunidad. ■

(*) Doctor en Medicina / Ex - titular del PAMI.

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

Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

☎ (+5411) 4812-7815 ✉ info@iarsalud.com.ar 🌐 www.iarsalud.com



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

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



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

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

www.swissmedicalseguros.com



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

N° de inscripción SSN
0002

Departamento de Orientación
y Asistencia al Asegurado

0800-666-8400

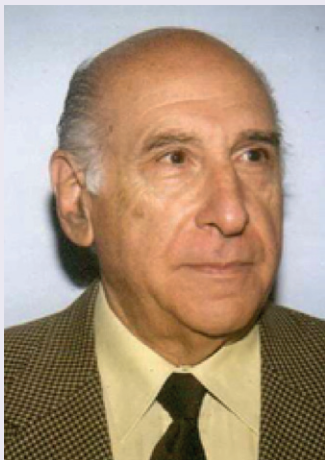
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

EL ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL



"La clave del éxito se centra en los objetivos y no en los obstáculos".

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

La organización centralizada y burocrática del sistema hospitalario público determina un patrón rígido de dirección y el organigrama de tipo funcional, formal y jerárquico. La idea directriz sería la de mantener el poder central lo que condiciona la dirección y conduce a la ineficiencia.

En este contexto varios estudios señalan que los directores médicos se ocupan principalmente de las cuestiones médicas, desconocen el contexto externo y están orientados hacia adentro del hospital.

En un estudio descriptivo realizado en Brasil concluye que de las habilidades identificadas como las más importantes se observan lagunas en cuanto a las políticas de salud pública y a la gestión estratégica (Grohman, Batistella, Baralto).

Asimismo, las habilidades que más necesitan desarrollarse son las de ser agente de cambio, solucionar problemas y dirigir equipos de trabajo y que son las menos utilizadas.

En conclusión, las actividades del director están orientadas fundamentalmente hacia adentro del establecimiento, permaneciendo al menos en un 50% de su tiempo en su despacho.

En nuestro medio puede afirmarse que estos cargos en su gran mayoría no suelen ser concursados, sino decididos por el poder político, lo que sugiere incertidumbre respecto a las habilidades y capacidad conceptual que requiere la gestión de un hospital.

Estos directores han llegado al límite de su competencia. Por lo tanto, en estas condiciones se presentan dos posibi-

lidades, los que se han dado cuenta de ello necesitan rodearse de consultores mecanismo al que recurre el nivel central. Los que no se han dado cuenta se concentran en lo que saben y no en lo que deben hacer y saber.

La estructura funcional, que es la forma de graficar la organización del trabajo y el proceso hospitalario, reúne en un área o departamento a todas las personas que realizan una misma actividad con una neta separación entre el área del conocimiento (especialidades) y las de aplicación del conocimiento (emergencia, consultorios, áreas intensivas, internación).

Existe por lo tanto una relación que no es solamente vertical sino también horizontal. En ella, el personal profesional y no profesional, puede tener más de una dependencia y más de un área en que desarrolla sus actividades específicas. En estas circunstancias se rompe la unidad de mando que sugiere el diseño funcional.

El escalafón, que representa a la carrera hospitalaria se encuentra atado a la estructura funcional y no promueve el ascenso meritario horizontal, tan sólo representado por una remuneración según antigüedad. Más aun promueve a talentosos especialistas a puestos de gestión que no van a ejercer.

En conclusión, la estructura funcional no es útil para explicar el funcionamiento del hospital y no ayuda a la gestión del director ni a compatibilizar los objetivos de los profesionales con los del hospital.

El director necesita reconocer que en el hospital existen dos estructuras que conforman fundamentalmente a dos departamentos, la estructura del conocimiento (especialidades) y la estructura que hace a la aplicación del conocimiento. El problema fundamental a resolver es cómo evitar que un talentoso especialista ascienda a un puesto de gestión administrativa distinto al de sus competencias.

La estructura matricial o sistema de mando múltiple representa mejor los dos tipos de autoridades, la horizontal y la vertical. De este modo es posible establecer unidades organizativas u operativas con igual nivel jerárquico y retributivo.

De este modo se favorece la especialización tanto del conocimiento como de la gestión del conocimiento, presta flexibilidad estratégica a la estructura y contribuye a alinear los intereses del profesional con los del hospital.

La estructura matricial quizás no tenga la claridad y sencillez del organigrama funcional, pero interpreta mejor las complejas relaciones jerárquicas y funcionales en un hospital de gran tamaño, toda vez, que en él se desarrollan actividades altamente interdependientes y que requieren un alto grado de coordinación. ■

Estructuras						
Conocimiento		Gestión				
Especialidades	Apoyo	Ambulatorio	Intensivo	Emergencia	Hospital	Quirófano
	Laboratorio					
	Imágenes					
	Enfermería					
	Otros					

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

Nueva App UOCRA

La SALUD a tu lado

donde vayas

Podés consultar:

- CARTILLA MÉDICA
- TURNOS
- CREDENCIAL DIGITAL
- CENTROS MÉDICOS

¡Estamos a **un clic**
de distancia!



Disponible en:



¡Ingresá al
mundo UOCRA
estés donde estés!

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción



**Red Social
UOCRA**
Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina

UN ELOGIO DE LA UTOPIÍA EN TIEMPOS DISTÓPICOS



Por el Dr. Rubén Torres (*)

En Contra la distopía, el filósofo español Francisco Martorell Campos dice que las distopías se dividen entre las que critican el presente y las que critican las políticas de cambio radical, y lo que constituye una utopía para unos, como una sociedad sin Estado, aparece como distopía para otros.

Ese relato distópico, que se opone a la imaginación utópica obedecería al sentimiento de que no hay escapatoria a un futuro que será una versión degradada del presente, y transmite la idea de que el momento presente no es, finalmente, tan malo en comparación con el futuro que nos aguarda.

Algunos datos de nuestra realidad parecen corroborar esa teoría: nuestra crisis no es de ahora: a fines de 2020, el ingreso real de los argentinos era el mismo que en 2005, y que, en 1979, solo 10% superior al de 1974.

A fines de 2019, solo el 19,6% de la población en edad de trabajar tenía un empleo privado formal y contribuía a un sistema previsional, que desde 2016 es universal.

El presupuesto aprobado para el parlamento bonaerense para 2023 representó un 123% de aumento respecto del año anterior (superior al 95% de inflación acumulada durante aquel año), y los recursos de esa Legislatura se multiplicaron exponencialmente desde que durante la gobernación de Scioli, el presupuesto de las cámaras pasó de ser un 1,2% de las partidas de Administración General, a ser el mismo porcentaje de las partidas globales de la provincia (incluyendo el Instituto de Previsión Social y organismos descentralizados).

A la hora de votar esos presupuestos, los legisladores ha-

cen causa común, y los aprueban sin chistar sin diferencias entre oficialistas y opositores.

Ni la izquierda, que declama que los legisladores deberían cobrar lo mismo que los docentes, ni los libertarios, que se proclaman anticasta, opinaron en diciembre, cuando los presupuestos de ambas cámaras se votaron en la sesión en que se sancionó el presupuesto de la provincia, sin que ningún legislador hiciera uso de la palabra.

La Cámara de Diputados de esa legislatura realizó 10 sesiones, y la de senadores 11, durante el año pasado, menos de una por mes.

Mientras tanto, entre acusaciones de locura, y escandalosos episodios de corrupción, se “debaten” las “propuestas” de los candidatos a la presidencia, que vale la pena recordar, prácticamente no incluyen ítems de salud.

No resulta entonces sorprendente, que haya explotado en el país, la crisis de representación de la democracia, y la desvirtuación de la política como motor del cambio, que ha tenido otras manifestaciones globales.

Una expresión de esa crisis, es la idea de que el mercado restablecerá la libertad que el Estado conculca, y entonces no debería sorprender que en condiciones de sufrimiento y hartazgo, ese argumento gane cada vez más popularidad, mientras los políticos se ocupan de sus intereses personales, y no prestan atención a las demandas de quienes los eligieron (recuerda a Max Weber, que los llamaba “especialistas sin espíritu, hedonistas sin corazón; nulidades que se imaginan haber alcanzado un estadio de la humanidad superior a todos los anteriores”), y millones de ciudadanos pobres y defraudados y de jóvenes sin futuro demonizan al Estado y la política.

Y lo más serio de esa crisis es la supresión de la idea de Nación, de comunidad, como organización que comparte costumbres, ilusiones, éxitos, frustraciones y una lengua.

Sin embargo, una sociedad no vive sin utopías, sin un sueño de dignidad, de respeto a la vida y de convivencia pacífica entre las personas y pueblos.

Si no las tenemos nos refugiaremos en los intereses individuales y grupales y perderemos el sentido del bien común.

No podemos permitirnos que los egoísmos e intereses individuales o grupales conviertan en utopías las ideas justas.

En estos borrascosos tiempos electorales vale la pena recordar aquel pensamiento de Víctor Hugo, según el cual la rutina es el pasado que se obstina en seguir, y la utopía el porvenir que se esfuerza en nacer. ■

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

Que todos necesiten lo mejor, no significa que todos necesiten lo mismo. Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas en toda la República Argentina.

Porque seguridad es tranquilidad.



OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRAXIS MÉDICA

La póliza está dirigida a todo el sector de la salud

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

PRUDENCIA
Seguros



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



Nº de inscripción en SSN
0040

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

ABORDAJE DE LOS DESAFÍOS A NIVEL MUNDIAL SOBRE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y ACCESIBILIDAD EN MATERIA SANITARIA



Por el Dr. Carlos Felice (*)

El taller internacional para líderes de la salud que se llevó a cabo en el solemne edificio del Harris Manchester College fundado en 1786 en Oxford, Reino Unido, fue un encuentro importante que reunió a médicos, directivos de prepagas, obras sociales e institutos de previsión social, funcionarios y ex funcionarios de la Argentina, el Reino Unido y otros países de América Latina.

El propósito de este taller fue escuchar a especialistas británicos y analizar como los países desarrollados abordan los desafíos relacionados con el acceso a la salud en un mundo donde la esperanza de vida aumenta, la tecnología médica y los medicamentos de alto costo generan presión en los presupuestos públicos y privados, y la pandemia agotó a millones de profesionales de la salud.

La elección de Oxford como sede no fue accidental. En estas tierras británicas, la asignación de recursos para la salud es motivo de obsesión. Además, fue en esta misma ciudad, apenas a 80 kilómetros de Londres, donde se gestó en tiempo récord en 2020 una de las vacunas más prominentes contra el Covid-19: la Oxford-AstraZeneca.

Este evento de alto calibre proporcionó un escenario propicio

para la reflexión profunda y el intercambio de ideas sobre cómo enfrentar los desafíos del cuidado de la salud en el siglo XXI, dejando una huella indeleble en la búsqueda de soluciones efectivas en América Latina y más allá.

Primer dato para tener en cuenta para determinar el punto de partida: sobre aproximadamente 200 naciones en el mundo, nada menos que unas 160 no tienen sistema nacional de salud formalmente organizado y el gasto en este rubro es principalmente *out of pocket*, es decir, aquel que los pacientes pagan directamente de su bolsillo, algo que crea enormes inequidades entre los países, a la hora de acceder a los servicios.

El concepto varía según el país, en la Argentina, podría ser considerado así lo que pagan los socios directos de las prepagas, aunque sean parte del sistema de salud. Con el riesgo de hoy, del mismo planteo en la Argentina, por parte de ciertas asociaciones médicas.

En cambio, en lugares como Inglaterra, donde hay un servicio nacional de salud, prácticamente lo único extra que gasta la población es en prácticas y tratamientos no incluidos en la cobertura básica.

Esta discrepancia plantea serios interrogantes sobre la equidad en la atención médica global. Mientras algunos disfrutan de un acceso casi ilimitado a servicios médicos de calidad sin temor a las facturas abrumadoras, otros se ven obligados a tomar decisiones difíciles debido a los altos costos asociados con atención médica.

La necesidad de abordar estas desigualdades a nivel mundial es apremiante. No sólo es una cuestión de justicia social, sino que también tiene implicaciones profundas en la salud pública global y la calidad de vida de las personas.

En un mundo cada vez más interconectado, es imperativo que los líderes y las naciones trabajen juntos para garantizar que el acceso a la atención médica sea un derecho universal y no un privilegio limitado por fronteras y sistemas de salud dispares.

Bernard Crump, distinguido médico clínico y ex directivo del servicio nacional de salud de Inglaterra (NHS), así como director del prestigioso seminario, hizo referencia a un estudio de alcance global realizado en 2019, un análisis que, si bien predica la actual pandemia, arroja luces esclarecedoras sobre la situación de la salud a nivel mundial.



“El propósito de este taller fue escuchar a especialistas británicos y analizar como los países desarrollados abordan los desafíos relacionados con el acceso a la salud en un mundo donde la esperanza de vida aumenta, la tecnología médica y los medicamentos de alto costo generan presión en los presupuestos públicos y privados, y la pandemia agotó a millones de profesionales de la salud.”

Según este estudio, durante el período comprendido entre 1995 y 2016, el gasto promedio en salud experimentó un crecimiento anual del 4% a nivel global. Sin embargo, la disparidad entre países fue notoria, con un incremento mucho más acentuado en naciones de altos ingresos, y de forma más moderada en aquellas de ingresos medios, categoría en la que se encuentra la Argentina.

Para ponerlo en perspectiva, en 2016, más del 8% del producto bruto mundial se destinó a gastos de salud, pero el 81% de esta inversión recayó en países de altos ingresos, mientras que los países de ingresos medios obtuvieron un 18,6%, y los de bajos ingresos apenas el 0,4%.

Este estudio también proporcionó proyecciones para el año 2050, señalando que el gasto global en salud ascenderá a la asombrosa cifra de 15 billones de dólares a precios constantes, sin considerar la inflación. A pesar de este aumento, se prevé que la tasa de crecimiento sea más modesta en la mayoría de los países y, lamentablemente, las disparidades persistirán.

En el contexto de América Latina, las proyecciones indican un incremento cercano al 50% en los presupuestos de salud estatales y un aumento del 33% en los gastos privados de los pacientes (conocidos como “out of pocket”). Por lo contrario, en los países de altos ingresos, se espera que los valores alcancen el 80% y el 12,6%, respectivamente.

En resumen, este estudio arroja luz sobre la creciente importancia de abordar las desigualdades en el gasto en salud a nivel global y subraya la necesidad de políticas equitativas que garanticen el acceso a una atención médica adecuada en todas partes del mundo.

El sistema de salud argentino enfrenta desafíos significativos, y la discusión sobre su futuro continúa siendo un tema candente en la arena política y pública. Pero si bien es necesario repensar el sistema de salud para mejorar su equidad, cobertura y accesibilidad, tarea en la que se embarcaron varios países, algunos con cambios drásticos, como los Países Bajos o Singapur, hoy parece un desafío demasiado lejano para la Argentina, donde el “largo plazo” no va más allá de los 90 días y donde debemos ver como la salud se convierte en tema de agenda o sigue supeditada al funcionamiento de su propia dinámica.

Una dinámica cada vez más problemática para su subsistencia en virtud de la falta de organismos de control, eficientes y probos, o de agencias de evaluaciones sanitarias que arrojen luz en situaciones complejas, comprometidas, donde la justicia enfrenta sus propios desafíos de probidad. ■

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



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRADO

Medicina

Odontología

Licenciatura en
Nutrición

Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

Licenciatura en
Enfermería

DEPARTAMENTO DE INGRESO
ingreso@uca.edu.ar

ESPECIALIZACIONES Y CURSOS DE POSGRADO EN SALUD

csmedicas@uca.edu.ar

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

EL DERECHO COLECTIVO FRENTE AL DERECHO INDIVIDUAL UNA SENTENCIA JUDICIAL QUE MARCA UN CAMINO COMO EL QUE VENÍAMOS PROPICIANDO



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

En el número 88 de esta revista, publicado en el mes de octubre de 2015, publicamos una nota titulada “*Acerca de la legitimación pasiva en acciones de amparo que piden la cobertura de una prestación no incluida en el PMO*”, en la que hablamos de los efectos perniciosos que producen -en ocasiones- pronunciamientos judiciales, respecto de personas que no son parte de ese proceso.

Allí describimos qué ocurrió con una acción judicial iniciada contra un geriátrico de comunidad muy prestigioso de la Ciudad de Buenos Aires. El objeto de la causa consistía en la admisión de una persona anciana a esa institución. Cabe señalar que dicho geriátrico tiene un mecanismo de recepción de personas, sobre la base de un doble sistema de financiamiento: uno contributivo y otro subsidiado. Por el sistema contributivo tienen derecho a ingresar las personas que abonen un canon mensual determinado, que es ciertamente elevado; mientras que, para acceder a los servicios de ese geriátrico por el sistema subsidiado -por el contrario- se privilegia la situación de aquellos que tienen menos recursos.

En este caso particular, quien inició la causa judicial no era una persona de escasos recursos económicos, pero; a su vez, ofrecía abonar un canon apenas inferior al exigido por la entidad. Por otra parte, por la obvia limitación de camas que tiene el inmueble que ocupa la entidad y la numerosa demanda que en aquel momento tenía, existía una lista de espera de 49 personas. En esas condiciones, ¿era razonable definir la cuestión judicial en ese estado?; ¿las personas en lista de espera no tenían derecho a ser oídas en ese proceso judicial? El caso terminó con un acuerdo entre las partes en una audiencia convocada por el propio Juez; en el que quien inició la demanda pudo ingresar al geriátrico, a cambio de un canon un poco inferior al ofrecido por la entidad, pero algo mayor al ofrecido inicialmente por la parte actora; pues existía una fuerte presunción de que la sentencia iba a ser contraria al interés de la entidad demandada.

En aquel artículo dimos otro ejemplo: una persona que demanda la cobertura a una obra social de una práctica que está excluida del PMO y que, a su vez, requiere de un costo que puede afectar la cobertura del resto de la población afectada: ¿tiene derecho el resto de la población amparada por la obra social a ser oída en este proceso judicial?

El primer interrogante que se nos presenta en estos casos es el de poder determinar cómo podrían hacerse oír las personas que no están citadas en un pleito judicial, pero que allí se dirimen diferencias que afectan sus intereses.

En este sentido, la actual reforma del Código Civil y Comercial de la Nación incluyó expresamente en su art. 14 en el propio código, además de los “*derechos individuales*”, los “*derechos de incidencia colectiva*”.

El derecho estadounidense tiene una herramienta para organizar procesos colectivos, la *class action*. Esta acción puede servir tanto para la acumulación de acciones individuales como también para constituir una clase activa que comparte un interés común indivisible. El proceso comienza con la identificación precisa de la clase, pronunciada por el juez mediante el acto conocido como certificación de la clase.

Pensemos concretamente en aquellas acciones judiciales en donde se pide al financiador de salud -obra social o empresa de medicina prepaga-, la cobertura de una prestación no incluida en el PMO. Pensemos, además, que esa cobertura pone en riesgo el patrimonio integral de la obra social o, concretamente, afecta el nivel de cobertura del resto de la población amparada por el financiador de turno. Estamos persuadidos que no se puede hacer lugar a una acción de esas características de modo individual, pues sus efectos recaerían sobre personas que no son parte de esos pleitos.

El día 15 de septiembre de 2023, en la causa N° 26517/2023 “A.T.E. c/INCUCAI s/Sumarísimo de salud”, la Sala III de la Cámara Civil y Comercial Federal N° III, de la Ciudad de Buenos Aires, emitió un pronunciamiento, en nuestro humilde criterio, en el camino correcto sobre el tema que venimos analizando.

En esta causa, un ciudadano de nacionalidad peruana y con residencia provisoria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, promovió una acción contra el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), a fin de que se ordenase su incorporación en “...la lista de espera de urgencia para trasplante cardíaco...”, conforme prescripción realizada por los médicos especialistas que lo asistieron en el Sector de Trasplante Cardíaco del Hospital Cosme Argerich. En el relato de la demanda, esta persona manifestó que había sufrido una descompensación cardíaca el mismo día en que ingresó al país, por lo que debió ser trasladado al Hospital Cosme Argerich. En dicho nosocomio, los cardiólogos que lo asistieron le indicaron como única acción terapéutica posible, el trasplante cardíaco. Fue así que el cirujano cardiovascular que lo trató solicitó al INCUCAI su inscripción, a fin de que se lo evaluara para la realización de un “trasplante cardíaco”.

Esta petición fue denegada por dicho organismo, pues el paciente no revestía la categoría de residente permanente en el país. Ante esa negativa, el paciente consideró lesionado su derecho a la salud e inició un juicio en el que solicitó como medida cautelar que se ordenara al INCUCAI su inscripción en la lista de espera de urgencia para trasplante cardíaco. El Juzgado de primera instancia hizo lugar a la medida cautelar solicitada y ordenó al INCUCAI que arbitrara los medios para que, en el plazo de tres días, incorporara al señor E.A.T. en la lista de espera de urgencia para trasplante cardíaco. Este pronunciamiento judicial fue apelado por el organismo demandado. El fallo de la

“Estamos convencidos que fallos como el que aquí analizamos marcan un camino en una dirección justa y armónica que asegura el derecho de todos los usuarios del sistema de salud de la República Argentina.”

Sala III de la Cámara Civil y Comercial Federal de la Ciudad de Buenos Aires declaró la nulidad del fallo de primera instancia, porque consideró que el juez de primera instancia había omitido cumplir cabalmente con el procedimiento exigido por la Ley de Trasplante y porque “...**la precautoria implica el desplazamiento de otras personas que se encuentran en la misma situación que el actor**”.

Varias son las cuestiones para volcar en el análisis en este fallo. En primer lugar, la convalidación de lo previsto por el artículo 14 de la Constitución Nacional, en lo que respecta al goce de los derechos “conforme las leyes que reglamentan su ejercicio”. En el decisorio judicial, los magistrados hacen hincapié en las previsiones de la ley 27.447 (ley de Trasplante) y especialmente lo previsto en el artículo 67 de dicha norma.⁽¹⁾

Lo segundo, y seguramente mucho más novedoso teniendo en cuenta los antecedentes en la materia, es la valoración del interés colectivo frente al individual. Lo transcribimos (una vez más) textualmente, para profundizar el análisis: “**Tales omisiones implican la eventual inobservancia de una disposición de orden público que, como tal, excede el mero interés individual y no puede ser soslayada por el Tribunal. Por lo demás, la**

precautoria implica el desplazamiento de otras personas que se encuentran en la misma situación que el actor”. (la negrita nos pertenece).

En otras palabras, la justicia terminó rechazando la pretensión del actor porque hay otras personas que tienen el mismo derecho que él para acceder al trasplante; es decir, no se puede resolver aisladamente este caso sin cumplir con todos los requisitos que prevé la Ley de Trasplantes y sin oír a todos los demás ciudadanos que están en la lista de espera para obtener esa prestación.

Consideramos también, como dijimos antes, que la Cámara ha hecho suya la interpretación del **abuso de derecho** con el alcance que el artículo 14 del Código Civil y Comercial de la Nación le otorga. Ese artículo textualmente dice:

“Artículo 14. Derechos individuales y de incidencia colectiva.

En este código se reconocen:

- a) Derechos individuales.
- b) Derechos de incidencia colectiva.

La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos individuales cuando puedan afectar al ambiente y a los derechos de incidencia colectiva en general”.

Estamos convencidos que fallos como el que aquí analizamos marcan un camino en una dirección justa y armónica que asegura el derecho de todos los usuarios del sistema de salud de la República Argentina. ■

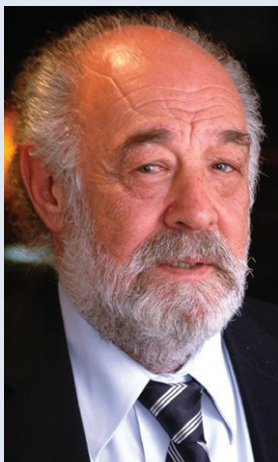
Referencia

(1) El fallo hace referencia a la omisión, por parte del magistrado de primera instancia, de algunos requisitos de esa norma como por ejemplo convocar a una audiencia personal con el actor con presencia del Fiscal, ni dispuso la intervención de los peritos médicos, asistente social y psiquiatra.



www.sanidad.org.ar

LA VEJEZ A LA INTEMPERIE: GOBERNANZA SANITARIA PARA ADULTOS MAYORES CON POLÍTICAS PÚBLICAS CONCRETAS



*"La salud no lo es todo,
pero sin ella todo lo demás es nada".*
Arthur Schopenhauer

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

En los últimos años los temas referidos a la vejez fueron ganando espacio en la agenda pública local e internacional. La revalorización y problematización de la temática seguirá *in crescendo* conforme al fuerte ritmo que toma el aumento de la población mayor en el mundo. Desde el 2020 hay por primera vez más población mayor de 60 años que niños menores de 5, llevando a que la ONU declarase a la década 2020/2030 como la del "Envejecimiento Saludable". También prevé que para el final de esta década la cifra de personas mayores de 60 años habrá aumentado en un 34%: de 1.000 millones en 2019 a 1.400 millones en 2030. Así, se estima que **para el año 2050 la población mundial de adultos mayores duplicará la actual**, alcanzando los 2.100 millones, y superando al segmento de niños y adolescentes.

La Argentina no está exenta de esta tendencia. El ritmo del crecimiento demográfico, si bien no de forma lineal, viene cayendo fuertemente durante el último siglo, lo que se traduce en un mayor envejecimiento de la población. La *pirámide progresiva*, propia de una población joven (base ancha y pico angosto) se convirtió en una *pirámide estacionaria*, de forma acampanada, que corresponde a una población con una menor natalidad y creciente aumento relativo de su población adulta mayor. El Instituto Geográfico Nacional estima que, siguiendo esta tendencia, para el 2050 la Argentina tendrá una *pirámide regresiva*, propia de una población envejecida. Esto se expresa numéricamente en que, según el BID, los adultos mayores, que hoy representan el 15% de la población argentina, pasarían a constituir el 22% para 2050.

Sin embargo, esta cantidad de años ganados muchas veces no se correlaciona con un aumento o mantenimiento de la calidad de vida esperada. En primer lugar, resulta prioritario reconocer que **el envejecimiento no es una enfermedad** sino una etapa más de la vida, que presenta un aumento de la *vulnerabilidad* condicionada por los procesos biológicos

asociados y determinada desde lo social fundamentalmente desde el aislamiento al que terminan siendo objeto los mayores. A lo que hay que sumar los riesgos de desnutrición, sedentarismo, dependencia y denigración. Y así como la enfermedad necesita acción terapéutica, **la vulnerabilidad requiere conductas saludables y cuidados específicos**.

Separadas del mundo del trabajo, la socialización de las personas mayores queda limitada al espacio privado: las redes familiares (cada vez más frágiles en estos tiempos, sumándose el factor viudez en muchos casos) y los amigos. La soledad, vinculada al abandono, marginalidad y desasosiego significa, según un estudio realizado sobre 3 millones de personas por el Departamento de Psicología de la Universidad Brigham Young, un incremento del 30% en el riesgo de *muerte prematura*: ya sea por apoplejía, accidente cerebro vascular o enfermedades cardíacas, sumado a la elevada tasa de suicidios en los adultos mayores (uno de los segmentos etarios donde es más común), asociada a la depresión. Paradójicamente, los adultos mayores son también quienes menos atención psicológica y psiquiátrica reciben. La marginación y abandono social de los adultos mayores, en el marco de la *cultura del desecho*, constituye una "eutanasia disimulada", para usar una expresión del Papa Francisco.

Asimismo, el achatamiento de la pirámide demográfica significa también una disminución de la población joven, lo que tiene un impacto en el sistema previsional. En el mismo sentido, los *nuevos viejos* cuentan con familias menos extensas (si es que tienen). Esto lleva a una mayor *aceptación de institucionalización* como forma de incremento de las relaciones sociales en *organismos aptos* para tal fin. A pesar de que, como muestra la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe) realizada en la Argentina por la CENEP en 2001, el grueso de los adultos mayores rechaza la institucionalización (como residencias), que sólo llega al 2,3% de los mayores de 60 años. En el imaginario del adulto mayor la institucionalización es asociada con la pérdida de libertad, imposibilidad de una inserción en la comunidad y la objetivación del rechazo y el abandono familiar.

Para cuidar la salud de los adultos mayores es necesario *transformar la realidad de las residencias* y, sobre todo, estimular el *potencial vital* del adulto mayor: propiciar su transformación de objeto en sujeto en el despliegue del devenir cotidiano. Se debe impulsar el cumplimiento de las promesas de la Declaración Universal de Derechos Humanos para las personas mayores, como expresó recientemente la ONU en referencia a los Objetivos del Día Internacional de las Personas de Edad (2023): "*Pedir a los gobiernos y a las entidades de la ONU que revisen sus prácticas actuales con el fin de integrar mejor en su trabajo un enfoque de los derechos humanos a lo largo de la vida de las personas. Además, deben garantizar la participación activa y significativa de todas las partes interesadas, incluida la sociedad civil, las instituciones nacionales de derechos humanos y las propias personas mayores, en el trabajo sobre el fortalecimiento de la solidaridad entre generaciones y las asociaciones intergeneracionales*".

El trabajo, lo genéricamente humano, es la forma en que uno se realiza como sujeto *útil* y garantiza su independencia económica. La exclusión del trabajo limita la *capacidad de productividad* del adulto mayor, componente que juega un papel preponderante en su autoestima, viéndose a sí mismo

“ Para cuidar la salud de los adultos mayores es necesario *transformar la realidad de las residencias* y, sobre todo, estimular el *potencial vital* del adulto mayor: propiciar su transformación de objeto en sujeto en el despliegue del devenir cotidiano. ”

como *inútil*. Los adultos mayores se convierten así *de hecho* en un grupo desvalorizado por el sistema, al que sólo le queda realizarse como *consumidor*. Pero inclusive este “derecho” les es negado sistemáticamente a los jubilados en nuestro país.

En la Argentina, el particular contexto de *crisis del sistema previsional* (producto de la dinámica misma del envejecimiento demográfico y sus cambios estructurales en la proporción de trabajadores activos por jubilado -amén del violento crecimiento del empleo informal en las últimas décadas-), se traduce en jubilaciones cada vez más precarias. La alta inflación y el consecuente ajuste sobre las jubilaciones hacen que el *flujo* (los ingresos corrientes) no sea suficiente, forzando muchas veces a que el adulto mayor comprometa su propio *stock* (capital acumulado), producto de décadas de trabajo, para poder continuar consumiendo.

En el mes de octubre la canasta básica del jubilado trepó a los \$ 313.000, mientras más de la mitad de los adultos mayores (4,5 millones) cobra una jubilación mínima de \$ 87.000, es decir, *casi 4 veces menos de lo necesario para no ser pobres*. Aun sumando los -coyunturales- bonos y devolución del IVA (cuando sucede) el monto llega, en el mejor de los casos, a sólo la mitad del valor de la canasta básica.

Así, en la Argentina salir del mercado laboral se vuelve también sinónimo de pobreza, y **la pobreza** es siempre un factor potenciador de otras problemáticas, siendo causante de malnutrición (en sinergia a su vez con infecciones) e incidiendo directamente en la salud del adulto mayor.

En definitiva, existe un saber creciente acumulado, existen pautas e indicaciones internacionales, existen herramientas tecnológicas, estadísticas, existen universidades y centros de la sociedad civil. Lo que falta es la **gobernanza sanitaria** que ponga en acción políticas públicas para transformar el saber en hacer. Instituciones que construyan programas concretos de intervención comunitaria. Sólo así lograremos que la última etapa de la vida no sólo sea una a la que todos aspiren a “llegar”, sino una en la que todos queramos *vivir*. ■

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica en organizaciones de Salud”; Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Coordinador del área de Salud Pública, del Depto. de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Co Autor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pospandémica: epidemiología y gobernanza” (2020). Autor de “La Salud que no tenemos” (2019); “Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud” (2018); “Claves jurídicas y Asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (2012); “La Fórmula Sanitaria” (2003).



EDUCACIÓN
PARA LA
TRANSFORMACIÓN

isalud.edu.ar



JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Organizada por la Universidad del Salvador, Facultad de Medicina, Escuelas de Posgrado y Salud Pública, Maestría de Gestión en Servicios de Salud, Prosanity Consulting, Consultora de Salud, MHM S.A. Gestión y Servicios en Salud Mental y Adicciones) y IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud).

El sector de la salud se encuentra en una crisis de gran magnitud. Esa crisis que sin dudas tiene un fuerte componente financiero, necesita para su abordaje una visión integral y analizar no solo el financiamiento de los tres subsectores, sino también el modelo de atención y el modelo de gestión.

Ante esa situación los organizadores convinieron en realizar una jornada donde se tratarán, con un sentido holístico, el Modelo de Atención basado en el Valor, y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

La ETS es una herramienta esencial en el cometido de la CONETEC, y elemento central de una futura Agencia de Evaluación de Tecnologías, superadora de la Comisión recientemente creada.

Además de esos dos temas indispensables para el sector, se programó organizar una mesa debate con los referentes en salud de las diferentes fuerzas políticas con posibilidad de acceder al gobierno, muy cerca de las elecciones, y tratando de poner en el centro de atención al sector de la salud, tan reconocido durante la pandemia y hoy olvidado por los gobiernos, por los candidatos y poco trascendente para la población según las encuestas.

Espor ello que el pasado 11 de octubre se realizó en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, la “Primera Jornada de Actualización en Salud Pública”.

Bajo la modalidad de conversatorio, se abordaron los tres ejes temáticos: La Medicina basada en el Valor; Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Nuevos desafíos en Política de Salud.

Este artículo pretende resumir los grandes conceptos surgidos de los conversatorios.

La salud y la medicina basada en el valor

Moderado por el Dr. Roberto Maluff, director de Asuntos Técnicos del CENAS, participaron, los Dres. Germán De la Llave (IPEGSA); Norberto Furfaro (ITAES) y Ezequiel García Elorrio (IECS).

Se puede sintetizar este tema de la siguiente manera:



Por el Prof. Dr. Ernesto van der Kooy (*)

Valor es la percepción del paciente y su entorno del grado de salud y funcionalidad ganado luego de terminar el tratamiento.

La medicina basada en el valor persigue un equilibrio óptimo y sostenible entre una alta calidad de atención médica, una mejor calidad de vida y costos adecuados para su sostenibilidad.

Sus beneficios son para el paciente menor costo y mejor resultado, para el prestador mejor servicio, calidad y eficiencia, para el financiador mejor control de costos y reducción de riesgos y

para la población mejor salud general y reducción del gasto en salud.

O sea que como modelo busca disminuir el costo en salud, disminuir el costo de no calidad, mejorar la calidad y disminuir la inequidad. Y centrar la atención en la persona, con el objetivo de lograr un alto valor para el paciente.

El valor es también el cociente entre resultados y costos, pero con los resultados como medidas de resultados y de experiencias para el paciente al fin de su tratamiento. O sea, los resultados que interesan al paciente sobre los recursos usados para lograrlos.

Medir objetivamente los resultados no es fácil. Deben desarrollarse medidas para hacerlo. Fueron descriptos en la mesa siete elementos para implementar la salud basada en valor:

1. Desarrollar e implementar unidades de prácticas integradas (UPI). Acreditación de establecimientos para tal fin.
2. Medir objetivamente los resultados.
3. Medir objetivamente los costos.
4. Pago de servicios basándose en el valor (Indispensable).
5. La integración regional de los sistemas. Redes integradas para evitar duplicación de recursos.
6. La regionalización de los cuidados.
7. La disponibilidad de tecnología de información.



Evaluación de tecnologías sanitarias

El segundo panel contó con la coordinación del Dr. Santiago Torales, Supervisor General de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) del Ministerio de Salud de la Argentina, acompañado por los Dres. Carlos González Malla (CONETEC); Natalia Jorgensen (IPEGSA); Sabrina Hnatiw (S.S.Salud) y Hugo Catalano (USAL).

Se definió como *Tecnología Sanitaria* a los medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos, sistemas de organización, administración y soporte. O sea, a toda intervención en salud desde una consulta hasta una intervención compleja.

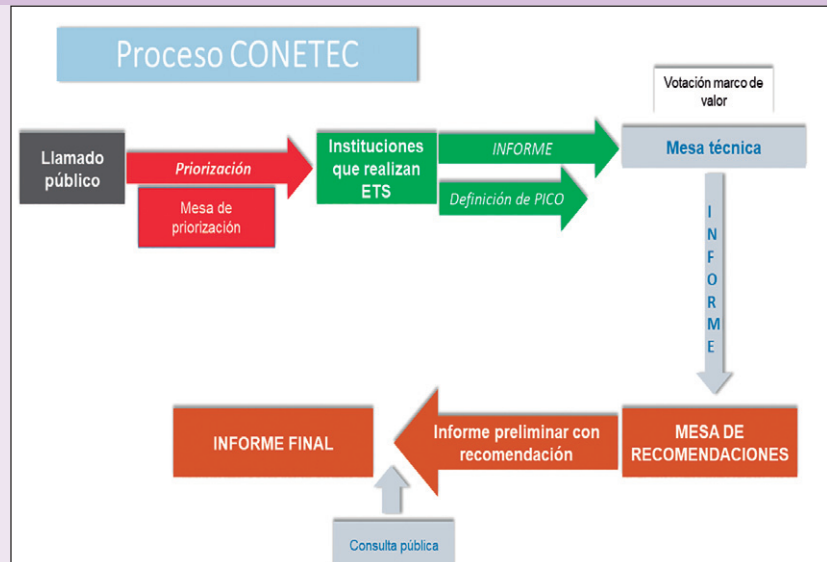
Y todas esas tecnologías son pasibles de ser evaluadas a través de un proceso sistemático de valorización de las propiedades, los efectos y/o los impactos de estas, contemplando las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas. Su objetivo es aportar información para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La información que se genera está basada en evidencias y debe ser accesible y fácil de utilizar, para guiar en la toma de decisiones y asignar eficientemente los recursos. Se evalúan beneficios y riesgos, costos y recursos para aplicarla, disponibilidad e impacto en la equidad del sistema.

La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) fue creada a través del decreto presidencial 344/2023,

Como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud. Se remarcó que no es una Agencia.

Las definiciones técnicas sometidas a consulta de la Comisión Nacional de



Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) tienen carácter vinculante para el Ministerio de Salud, sus organismos descentralizados y desconcentrados, no para la justicia.

Produce o encomienda a instituciones expertas informes de evaluación de tecnologías sanitarias y documentos técnicos basados en evidencia: guías de práctica clínica, protocolos clínicos, entre otros.

Nuevos desafíos en políticas de salud

El tercer panel, fue modulado por el Dr. Mario Glanc, director Académico de IPEGSA. Participaron en representación de las fuerzas políticas que competirán en las próximas elecciones nacionales, los Dres. Oscar Sagas y Rubén Cano (Juntos por el Cambio), el Dr. Eduardo Filgueira Lima (La Libertad Avanza) y el Dr. Pablo Yedlin (Unión por la Patria).

Cada uno a su turno y en ese orden expusieron sus propuestas para el sector de la salud, en caso de ser gobierno a partir del 10 de diciembre.

Debe resaltarse que, si bien cada sector presentó su visión sobre las causales de la gravísima situación del sector, en las mismas concordaron sobre las inequidades regionales y provinciales en un país en transición demográfica y epidemiológica, y en la progresiva pérdida de liderazgo regional en salud, patrimonio de nuestro país en décadas pasadas.

En todos los casos las propuestas giraron en perfeccionar el sistema actual de salud, integrando los tres subsistemas, hacerlo equitativo, accesible y oportuno para todos.

Trabajar sobre los recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos, etc.), lograr una ley de regulación de las residencias médicas, implantación de modelos de atención con base en atención primaria, analizar seguros provinciales de salud, redes público privadas, pago desde la demanda, contar con una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, analizar formatos destinados al abordaje de tecnología de alto costo (fondos, seguros, compras centralizadas, etc.), incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación, apuntalar al Sistema de Seguro Social y en todos los casos abordar el tema del formato de financiamiento.

Todos los referentes plantearon la necesidad de una reforma del PAMI. También existió un consenso sobre la necesidad de reanalizar el PMO. En todas las exposiciones se remarcó la necesidad de gobernanza y rectoría por parte de quienes tengan la responsabilidad de conducir la salud desde la Nación. ■



(*) Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

MEDIACIÓN SANITARIA

CLIMA LABORAL 2.0: TRANSFORMANDO CONFLICTOS EN CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO



"Si no aprendemos de la historia, nos veremos obligados a repetirla. Ciertamente. Pero si no cambiamos el futuro, nos veremos obligados a soportarlo. Y eso podría ser peor". Alvin Toffler

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

En esta oportunidad abordaremos la importancia del diseño de gestión de conflictos como una herramienta estratégica para mejorar el clima laboral en los entornos sanitarios.

La gestión de conflictos en este ámbito reviste una relevancia crítica debido a su influencia directa en la calidad de la atención al paciente y en la satisfacción de los profesionales de la salud.

A través de un enfoque interdisciplinario que combina principios de gestión de conflictos, psicología organizacional y atención médica, se propone una serie de estrategias y mejores prácticas para transformar los desafíos propios a la dinámica laboral en oportunidades de mejora.

La calidad de vida laboral, el clima organizacional y la gestión adecuada de conflictos están intrínsecamente relacionados en un entorno de trabajo saludable y productivo.

¿Cómo se conectan estos tres aspectos, y cómo una gestión adecuada de conflictos, a través del diálogo y la mediación, puede mejorar tanto la calidad de vida laboral como el clima organizacional?

Desde la perspectiva de las organizaciones, la calidad de vida laboral exige trabajar en ofrecer a sus miembros condiciones físicas (estructurales), económicas (recompensas), relacionales (vínculos significativos) y de autorrealización (planes de carrera, crecimiento, etc.) que los impulsen a dar su mejor aporte para la satisfacción conjunta de los objetivos de la empresa y con ello también se logren las metas personales.

Al hablar de calidad de vida laboral, nos referimos a una idea o concepto que presupone trabajar en lograr equilibrio entre los objetivos organizacionales y los intereses personales. No es posible considerarlos aislados. Van de la mano y se potencian unos con otros.

Las organizaciones requieren de las personas para cobrar vida y alcanzar resultados; las personas buscan en las organizaciones un medio para lograr sus metas personales y disfrutar de intereses que exceden el ámbito profesional (el desarrollo de una familia,

círculo de amigos, la participación en la comunidad, el cuidado de su físico, la recreación, actividades y gusto por lo artístico, etc.).

En este vínculo de mutua necesidad se conjugan ininidad de factores que complejizan y le dan un carácter *multidimensional* al concepto de calidad de vida laboral.

No causará sorpresa la idea, con relación a que cuando los empleados están contentos y satisfechos con su trabajo, tienden a ser **más productivos y comprometidos** con la organización.

Un gran ejemplo de esto es Google: Según la tercera edición del ranking mundial "Best Multinational Workplaces" elaborada por la consultora Great Place to Work, Google es la mejor empresa para trabajar en el mundo. Ellos basan su éxito en fomentar el talento de sus colaboradores, reconociéndoles por su trabajo e incluso permitiéndoles trabajar en sus propios proyectos, para los que se les asigna un número de horas concretas al mes.

La confianza es el elemento más valorado por los colaboradores: confianza en el jefe, en los compañeros de trabajo y en el sentido de la tarea que se realiza. Si esta cualidad está presente en la organización, aumenta el nivel de innovación, se facilita el trabajo en equipo y las compañías obtienen más ganancias.

En la Argentina en 2023 en ese top 5 están: Accenture, Cervecería y Maltería Quilmes, Globant, Santander, Pedidos Ya. Igualmente, este ranking varía de año a año. ¡Las empresas compiten por esta mejora continua!

¿A ver cómo te va con este top 5 y si te sentís reconocido dentro de alguna de estas organizaciones o empresas? ¹

- 1- Los grandes lugares para trabajar tienen tasas de retención más altas: experimentan la mitad de la rotación de talento que sus pares. La rotación puede ser increíblemente costosa. Una cultura de alta confianza también ayuda a las empresas a reclutar a los mejores talentos.
- 2- Tienen niveles más bajos de agotamiento: ¿Preocupado por la productividad? Los colaboradores que están agotados pueden "renunciar silenciosamente" en lugar de ayudar a alcanzar objetivos comerciales cruciales. O podrían estar buscando activamente su próximo trabajo. Las ganancias no crean grandes lugares para trabajar. Es al revés.
- 3- Los grandes lugares para trabajar innovan más rápido: cuando los colaboradores confían en su empleador, trabajan más duro, contribuyen más e impulsan niveles más altos de innovación y productividad. Los niveles más altos de innovación ocurren cuando cada empleado está facultado para participar.
- 4- Quienes dejan atrás la cultura del lugar de trabajo importan aún más durante una recesión.
- 5- Los grandes lugares para trabajar tienen mejores rendimientos bursátiles. Invertir en los colaboradores conduce al éxito empresarial a largo plazo.

Entonces, el clima dentro de una organización puede descomponerse en términos de estructuras organizacionales, tamaño de la organización, modos de comunicación, estilos de liderazgo de la dirección, forma de abordaje de sus conflictos, etc.

Todos estos elementos se suman para formar un clima particular dotado de sus propias características que representa, en cierto modo, la personalidad de una organización e influye en el comportamiento de las personas en cuestión, llegando incluso a ser "visto" por la competencia preguntándose ¿qué hacen ellos para

que sus empleados estén fidelizados, o tengan menor rotación, o bajo ausentismo, etc. etc.?

El clima laboral es un indicador fundamental de la vida de la empresa, condicionado por múltiples cuestiones: desde las normas internas de funcionamiento, las condiciones ergonómicas del lugar de trabajo y equipamientos (desde la vestimenta del personal, las condiciones de higiene y seguridad, colores de la pintura, etc.), pasando por las actitudes de las personas que integran los equipos de trabajo, los estilos de dirección de líderes y jefes, los salarios y remuneraciones (incluyendo el salario emocional) hasta la identificación y satisfacción de cada persona con la labor que realiza.

Hace pocos días en una entidad sanatorial de la Patagonia, concurríamos tristemente a la noticia de que al personal de limpieza (mucamas) del sector de esterilización le proporcionaban camisolines de muy baja calidad (incluso pequeños), las hacían ingresar aun cuando no habían transcurrido las horas necesarias de ventilación (por el uso del óxido de etileno) y tampoco les hacían los exámenes periódicos de posible contaminación, cuando al resto del personal si se lo efectuaban. *¿Cómo imaginan que se sentirán estas trabajadoras dentro de ese grupo de trabajo? ¿Y con relación a sus jefes directos? ¿Y a la empresa en general?*

La cultura es en buena parte determinada por los empleados, las percepciones sobre la organización condicionan las creencias, mitos, conductas y valores que la conforman. En cierto sentido, la cultura es la construcción social de la identidad: las personas que habitan una organización construyen significados, dándole un sentido particular a los hechos que definen dicha identidad. *¿Cuál será el sentido que las mucamas de este sector le atribuyan a esta falta de materiales, cumplimiento de normas, etc.?*

Numerosos autores y estudios detallan las dimensiones de lo



Al hablar de calidad de vida laboral, nos referimos a una idea o concepto que presupone trabajar en lograr equilibrio entre los objetivos organizacionales y los intereses personales. No es posible considerarlos aislados. Van de la mano y se potencian unos con otros.



denominado clima laboral. Traemos aquí una de las más significativas (Litwin y Stinger) proponen 9 dimensiones que son parte y, a su vez, determinan el clima organizacional, a saber:

Se identifican 9 factores y ellos son: 1) Estructura organizacional, 2) Responsabilidad 3) Recompensas, 4) Desafío, 5) Relaciones, 6) Cooperación 7) Estándares, 8) Conflictos 9) Identidad.

En el punto Nro. 8 nos detenemos en el aspecto que nos resulta de interés destacar “**modelo de gestión o resolución de conflictos**”. Una organización que promueve un ambiente de trabajo donde se fomenta el diálogo y se utiliza la mediación para resolver conflictos tiende a tener un clima organizacional más saludable.

Puntualmente y a modo de lupa, estos estudios además de



CHK

Consultores de Salud



Atención
especializada

- ✓ **Auditoria de Terreno y Facturación**
- ✓ **Optimización del Gasto**
- ✓ **Desarrollo de Redes Prestacionales**
- ✓ **Consultoría informática**
- ✓ **Consultoría en gestión de Sistemas de Salud**

Contacto:

Teléfono + 54 11-3698-6400

**Correo electrónico a
chkconsultores@gmail.com**

recolectar información respecto de que tipo de política tiene la empresa respecto de su sistema de recompensas, o de beneficios relacionados al tiempo, o directos (como espacios de deporte, guarderías, por ejemplo) incluyen especialmente el observar cómo están siendo abordados los conflictos en la organización.

Compartimos algunas preguntas que nos invitan y desafían a pensar/nos... y a mirar dentro de nuestros espacios laborales para analizar qué momento estamos viviendo y hacia donde quisiéramos ir...

¿Cuál es su enfoque general para abordar los conflictos internos en la organización? ¿Tienen políticas o procedimientos establecidos para gestionar los conflictos en el lugar de trabajo? ¿Cómo se fomenta la comunicación abierta y efectiva en la organización? ¿Qué recursos o herramientas proporciona la empresa para resolver los conflictos internos? ¿Se realiza capacitación en resolución de conflictos para los empleados y los líderes? ¿Cómo se abordan los conflictos entre miembros del equipo o entre empleados y supervisores? ¿Qué medidas se toman para asegurar la confidencialidad en la gestión de los conflictos? ¿Cuáles son los pasos típicos que se siguen para resolver un conflicto interno? ¿Se lleva un registro o seguimiento de los conflictos resueltos? ¿Cómo evalúan la efectividad de su enfoque para la resolución de conflictos? ¿Se promueve la reconciliación y la restauración de relaciones después de resolver un conflicto? ¿Cómo se manejan los conflictos que involucran a personas en posiciones de liderazgo o personas clave en la organización? ¿Qué ejemplos de éxito pueden proporcionar en la gestión de conflictos internos en la organización? ¿Se trata de una empresa que trabaja en prevención o sólo activa sistemas sancionatorios?

¿Cómo hacer del diseño de gestión de conflictos una herramienta para el mejoramiento del clima laboral?

El clima laboral en las instituciones de salud juega un papel esencial en la eficiencia operativa, la retención del talento, y en última instancia, en la calidad de la atención brindada a los pacientes. Sin embargo, el ámbito sanitario es propenso a conflictos y tensiones debido a la alta presión, la toma de decisiones críticas y las complejas dinámicas interpersonales. La gestión efectiva de estos conflictos se ha convertido en un imperativo para garantizar un ambiente laboral saludable y productivo.

Los conflictos en el lugar de trabajo (y podríamos decir en la vida) son inevitables y pueden surgir por diferencias en opiniones, metas, estilos de trabajo, comunicación, entre tantos otros.

Los conflictos en los hospitales, clínicas, obras sociales y mutuales pueden surgir entre diferentes profesionales de la salud debido a la presión laboral, las diferencias de opinión y las altas expectativas de atención al paciente. Las diferencias en la jerarquía y la toma de decisiones pueden crear tensiones en un entorno de atención médica. La mediación proporciona un espacio seguro y neutral para abordar estas disputas de manera efectiva, puede facilitar la comunicación entre estos grupos, identificar problemas subyacentes y encontrar soluciones colaborativas que mejoren la calidad de vida laboral de todos los involucrados.

Cuando hablamos de “**gestión adecuada**” de conflictos nos referimos a abordar estos problemas de manera constructiva, resolverlos de manera que se promueva un ambiente de trabajo saludable, que al mismo tiempo logre el cumplimiento de las metas organizacionales y no lesione vínculos personales. Una gestión adecuada de conflictos contribuye a reducir la tensión en el lugar de trabajo, mejora las relaciones interpersonales y, en última instancia, tiene un impacto positivo en el clima organizacional y la calidad de vida laboral.

Esta realidad, dinámica, mutante y vertiginosa, impone nuevas reglas, rutinas y prácticas en los distintos aspectos del devenir del hombre: económico, tecnológico, político y cultural. Esa misma complejidad se extrapola al mundo empresarial y, por supuesto, a la dirección de equipos de trabajo, que demanda nuevas respuestas a los equipos de liderazgo y gestión.

En este marco, el área de recursos humanos cobra un rol clave en el diseño, acompañamiento y asistencia a los líderes de la organización para la implementación de políticas y prácticas promotoras de ambientes laborales propicios para el desarrollo, convivencia y máximo aprovechamiento de los talentos.

Cada año que transcurre las organizaciones para poder ser competitivas, necesitan trabajar más, realizar más actividades con los mismos recursos que el año anterior, a veces incluso con menos. Esto sólo es posible maximizando la delegación del trabajo para aprovechar todos los recursos, el capital humano de la empresa, en un diseño de organización por procesos a base de equipos de trabajo con libertad de gestión (Bagueer Alcalá, 2009, p. 57).

¿Cuáles son esas estrategias claves para lograrlo?

Comunicación efectiva: fomentar una comunicación abierta y transparente entre los profesionales de la salud es fundamental. La implementación de protocolos de comunicación clara y la promoción de la escucha activa pueden reducir malentendidos y conflictos. O en el origen o en la resolución del conflicto nos encontramos con este eje transversal.

Formación en Gestión de Conflictos: proporcionar a los miembros del equipo de salud habilidades y herramientas para la gestión de conflictos, incluyendo técnicas de resolución y negociación, puede empoderarlos para abordar los problemas de manera efectiva. Este trabajo preventivo de formación devendrá no solo en la mejora del clima laboral sino también en la reducción de la judicialización de muchos de los temas que ocurran dentro de la institución.

Liderazgo transformador: líderes que adoptan un enfoque de liderazgo transformador pueden influir positivamente en el clima laboral al promover la colaboración, la empatía y la resolución de conflictos. Su rol es esencial para crear un ambiente de trabajo armonioso. Generalmente los equipos los altos directivos gerenciales olvidan este factor clave y denotan la función de sus colaboradores lo que hace aún más complejo el panorama de tensión laboral.

Mediación externa: en situaciones más complejas, la intervención de mediadores externos con experiencia en el ámbito sanitario puede ser beneficiosa para facilitar la resolución de conflictos y restablecer relaciones de trabajo saludables. Existen mediadores altamente entrenados y experimentados en la materia y pueden intervenir ante estos momentos puntuales en donde se requiera de mayor especialización, por lo largo del conflicto, por los actores involucrados, etc.

iDesafíos a los que estamos llamados a superar, ya!

Hoy, las organizaciones se encuentran frente al reto de gestionar lo intangible, de capitalizar el aporte de cada persona. Con el entendimiento de que su ventaja competitiva se basa en el comportamiento de sus trabajadores (capital intelectual) y en conectar la estrategia organizacional con las necesidades de desarrollo de sus equipos de trabajo. **Pensar en diseños organizacionales que incluyan espacios de diálogo verdadero, de gestión de conflictos (mediación, negociación) será sin duda alguna ese plus que podrán dar a su empresa e incluso sacarle partido a la competencia.**

Referencia:

1) <https://blog.greatplacetowork.com.ar/blog/5-maneras-en-que-la-cultura-del-lugar-de-trabajo-impulsa-la-rentabilidad-del-negocio>

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria

Prevención y cobertura del riesgo legal de la praxis médica

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



ASOCIACIÓN DE
MÉDICOS MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES

SEGUROS MEDICOS
Su compañía, su seguridad



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

Nº de inscripción en SSN
0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

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



SSN

SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN

LLYC IDEAS

CON MÁS CANAS QUE GANAS

EL ENVEJECIMIENTO, UNA BOMBA DE TIEMPO QUE LA INVESTIGACIÓN, LA TECNOLOGÍA Y LA COMUNICACIÓN PUEDEN CONTRARRESTAR Y MEJORAR LA VIDA DE MILLONES DE PERSONAS.

Por Alejandro Romero Paniagua, Socio y CEO Global de LLYC, Georgina Rosell Catasús, Socia y Directora Senior de Healthcare Europa en LLYC, Javier Marín Zurita, Director Senior de Healthcare América en LLYC y Ana Lluch, Coordinadora Healthcare de LLYC Américas.

INTRODUCCIÓN

El creciente envejecimiento de la población en todo el mundo ha llamado la atención de los expertos y ha puesto en alerta a los gobiernos. Se suma a otras importantes amenazas a la salud pública como las enfermedades infecciosas, los bajos niveles de vacunación y el peso de las enfermedades no transmisibles. **El envejecimiento de la población es un tema del que poco se habla y mucho menos se atiende**, al menos desde la perspectiva de las políticas públicas. Y que, si no se toman acciones inmediatas, puede desestabilizar los endebles sistemas de salud en muchos países en vías de desarrollo.

De acuerdo con los organismos multilaterales globales, el **envejecimiento va más allá de un problema de salud**. Es un problema económico y social que trasciende fronteras, culturas e ideologías. Y que, si no se revisa desde una perspectiva integral, podría impactar seriamente en la **sostenibilidad de los sistemas de salud y la vida de millones de personas** en todo el mundo.

Con el cambio demográfico actual -disminución de las tasas de natalidad y de fertilidad, y aumento de la esperanza de vida- el enfoque es urgente en la medicina preventiva, la creación o la adaptación de infraestructuras hospitalarias, el diseño de programas especializados de atención médica y cuidados para adultos mayores, los métodos de diagnóstico temprano y accesibles y la investigación para el desarrollo de terapias personalizadas y enfocadas en la tercera edad. Esto requiere la **colaboración entre expertos, empresas y gobiernos para sumar esfuerzos y agregar calidad a las últimas décadas de vida**.

Este informe analiza el impacto global del aumento de la población adulta, las necesidades específicas de tratamiento y servicios de salud especializados, los costos asociados, el acceso a medicamentos, cuidados e infraestructura, y los desafíos para los sistemas de salud.

“El envejecimiento de la población es un tema del que poco se habla y mucho menos se atiende, al menos desde la perspectiva de las políticas públicas”

EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la vejez se resume como las últimas décadas de la vida. Para los médicos, la vejez es el avance de la edad y la pérdida paulatina de la salud, la movilidad y la independencia, entre otros factores. Sin duda, aunque con diferentes perspectivas, el paso de los años y la edad adulta generan inquietudes diversas que requieren acciones específicas.

El envejecimiento saludable se define como la capacidad funcional para estar y sentirse bien. Esta capacidad está determinada por las facultades físicas y mentales de una persona y por el entorno en el que vive. Este proceso afecta a todas las personas a lo largo de toda la vida e involucra diversos factores, como los cambios fisiológicos y psicológicos subyacentes, los comportamientos o los hábitos relacionados con la salud, y la presencia de enfermedades.

El Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2030 (OMS) ^(a) destaca la estrecha relación entre el envejecimiento saludable y los factores sociales y económicos a lo largo de la vida. Aspectos como la educación, el empleo, los ingresos y la salud impactan directamente en la capacidad de las personas mayores para tomar decisiones saludables, así como en su capacidad de recibir y brindar apoyo.

TRANSFORMACIÓN DEMOGRÁFICA: CIFRAS ALARMANTES

Estamos viviendo una transformación demográfica de gran impacto. De acuerdo con el *Foro Económico Global*^(b) (WEF por sus siglas en inglés), en algunos países el creciente envejecimiento de la población ya se ha convertido en una crisis. En China, por ejemplo, el 30% de su población tendrá 60 años o más este año.

De hecho, el número y la proporción de personas de 60 años o más están aumentando en todas las poblaciones.⁽¹⁾ En 2019, el número de personas de 60 años o más ascendía a **1.000 millones**. Entre **2000 y 2050**, la proporción de la población mundial de **60 años y más se duplicará, del 11% al 22%**. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en 2015, a 1.400 millones para 2030 y a 2.100 millones para 2050, y podría llegar a **3.200 millones en 2100**.

En 2050, las personas de 60 años o más representarán un **34% de la población de Europa**, un **25% de América Latina y el Caribe y Asia**, y aunque África tiene la estructura demográfica más joven entre todas las regiones principales, en términos absolutos el número de personas de **60 años o más aumentará de 46 millones en 2015 a 147 millones en 2050**.⁽²⁾

AMÉRICA LATINA

De acuerdo con datos publicados por la *Organización Panamericana de la Salud*^(c), en América Latina y el Caribe la transición demográfica está más acelerada. Apenas en **2020, más del 8% de la población tenía 65 años o más, y se estima que ese porcentaje se duplicará para el 2050 y superará el 30%** para finales de siglo. El gran desafío es que muchas de las personas mayores no disponen de acceso a recursos básicos para tener un envejecimiento saludable.

EUROPA

El caso de Europa también es alarmante. En España,⁽³⁾ casi un **20% de los ciudadanos ya tiene más de 65 años**; en Europa, en **2020, el 21% de la población tenía 65 años o más**, frente al 16% en 2001, lo que supone un aumento de 5 puntos porcentuales. Además, la proporción de mayores de 80 años casi se duplicó, en 2001 era del 3.4% y en el 2020 de 6%.

ESTADOS UNIDOS

De acuerdo con cifras del *Population Reference Bureau*^(d), el número de personas de 65 años o más en Estados Unidos ha aumentado desde la década de 1960. **Solo entre 2020 y 2030, se prevé que el número de personas mayores aumentará en casi 18 millones**. Aunque mucho menor en tamaño total, el **número de personas mayores de 85 años se triplicará con creces**, pasando de los **6 millones en 2015 a casi 20 millones en 2060**.

DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO

A juicio de la OMS y otras fuentes consultadas, las cifras del cambio demográfico y el envejecimiento de la población requieren una respuesta **integral y colaborativa** que no siempre es factible. Este ritmo de envejecimiento, muy acelerado en comparación con eras pasadas, presenta desafíos únicos que **necesitan estrategias innovadoras y sostenibles** y que atañen al ámbito de la atención médica y la calidad de vida. **Esta transformación demográfica pone en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud, ya que este grupo de población demandará atención médica especializada, tratamiento, cuidados y otros requerimientos en infraestructura**.

Las necesidades específicas para la población de edad avanzada se deben a factores médicos -enfermedades crónicas, limitaciones físicas y cognitivas- y sociales -soledad, entorno familiar, hábitos de estilo de vida- y requieren la identificación de obstáculos y soluciones para el acceso a la atención médica, el análisis de la infraestructura y el equipamiento médico, incluyendo la disponibilidad de instalaciones accesibles y tecnologías relevantes para un envejecimiento

saludable. Además, es necesario saber en qué están se están centrando las empresas para investigar y desarrollar cada vez mejores medicamentos para vivir “más y mejor”, con mejor calidad de vida y ahorros para los sistemas de salud.

FACTORES DETERMINANTES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA

En 2060, casi una cuarta parte de la población estadounidense tendrá 65 años o más, de acuerdo con la *Oficina de Prevención de Enfermedades*^(e) y Promoción a la Salud de los Estados Unidos. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud crónicos como diabetes, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer. Además, 1 de cada 3 adultos mayores se cae cada año, y las caídas son una de las principales causas de lesiones en este grupo de edad.

De acuerdo con los datos publicados por los *Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos*^(f) (CDC, por sus siglas en inglés), el envejecimiento aumenta el riesgo de enfermedades crónicas como demencias, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, artritis y cáncer. Estos son los principales factores que causan enfermedades, discapacidades, muertes y costos de atención médica. El riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer y otras demencias aumenta con la edad, y estas afecciones son más comunes en adultos mayores de 65 años o más.

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

La población adulta enfrenta una mayor incidencia de enfermedades crónicas como diabetes, osteoporosis, hipertensión, cardíacas y pulmonares, que requieren un manejo continuo y a largo plazo, y enfermedades degenerativas como el Alzheimer, que requiere cuidados y apoyo especializados.

Los adultos mayores también son más propensos a ir al hospital por **algunas enfermedades infecciosas, incluida la neumonía**, que es una de las **principales causas de muerte en este grupo de edad**. Asegurarse de que los adultos mayores reciben atención preventiva, incluyendo vacunas para protegerles contra la **gripe y la neumonía**, puede ayudarles a mantenerse saludables.

EL 74% DE LAS CAUSAS DE MUERTE PUEDEN SER EVITABLES EN LA POBLACIÓN ADULTA

De acuerdo con los datos de 2010 de la OPS y FEDEFARMA^(g), más del **74% de las causas de muerte en adultos mayores** fueron evitables. Estos señalan que, de haberse aplicado oportunamente las correctas medidas de prevención y tratamiento, las cifras serían otras.

Entre las principales razones de esta situación se encuentra la **falta de acceso a los servicios de salud debido a las limitaciones económicas, geográficas y de calidad de la atención sanitaria**. Además, el proceso de envejecimiento representa en sí mismo un reto de atención para los sistemas de salud, al requerir un tratamiento especializado para causas complejas relacionadas al deterioro en esta población como **padecimientos asociados al Alzheimer, demencias y caídas** y riesgos por el uso de medicamentos, especialmente aquellos que toman múltiples medicinas.

DISPARIDAD EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA Y RESIDENCIAS DE ANCIANOS

La infraestructura, el equipamiento médico y las tecnologías desempeñan un papel crucial en la promoción del envejecimiento saludable. Sin embargo, existen disparidades significativas por regiones. Países como **México, Costa Rica o Colombia están a la cola del ranking^(h) de la OCDE en cuanto al número de camas disponibles** para uso inmediato, con menos de 2 camas por cada 1.000 habitantes. **Japón y Corea del Sur** son los que se sitúan en



la cima del ranking, con 13,4 y 11,5 camas respectivamente. **España está por delante de EE.UU.** con 3 camas frente a 2,8.

Hospirank ⁽³⁾ calcula que, en **América Latina**, hay aproximadamente 3,5 hospitales por cada 100.000 personas, y que Brasil cuenta con casi el doble de **hospitales (6.704)** en comparación con **México (3.381)** y destina aproximadamente el **9% de su Producto Interno Bruto (PIB)** a la atención médica, mientras que **México invierte menos del 6% de su PIB** en este sector. También hay grandes diferencias en la gestión de los servicios. En **Argentina y Chile son infraestructuras privadas el 52%** de los hospitales, el **61% en Brasil** y el **62% en México**, frente a la situación de **Ecuador con un 56%** de infraestructura pública, **Colombia, 50%** y **Perú, 53%**. **Bolivia, Uruguay y Paraguay cuentan con un 57%** de hospitales públicos. En Estados Unidos, a fecha de 2022, según la *American Hospital Association* ⁽⁴⁾, hay un total de **6.129 hospitales**, pero no toda la población cuenta con **seguro hospitalario**.

De acuerdo a datos de *Statista* ⁽⁵⁾, España cuenta con más de 770 centros hospitalarios, siendo el número de hospitales privados ligeramente superior al de hospitales públicos. El gasto sanitario público en salud es del **8% del Producto Interno Bruto (PIB)**, una media de **1.907 euros** por habitante. ⁽⁴⁾

Sin embargo, uno de los desafíos clave que enfrentan actualmente muchos centros hospitalarios españoles es la **escasez de profesionales sanitarios, especialmente en especialidades de alta demanda como oncología, inmunología, geriatría y alergología**, además de la **obsolescencia** ⁽⁵⁾ de equipos médicos, lo que dificulta la implementación de tecnologías médicas más avanzadas y precisas para el tratamiento de enfermedades. Situación similar es la que enfrenta **México**, que, por ejemplo, sólo cuenta con **1,5 equipos de resonancia por millón de habitantes**, cifra menor al promedio de los países de la OCDE, que es de **9,8 por millón** de habitantes y donde la distribución de los equipos tanto de radioterapia como de mastógrafos y tomografía es desigual.

Algo parecido ocurre cuando analizamos el **número de residencias de ancianos** por geografías. Según el *Centro Nacional de Estadísticas de Salud* ⁽⁶⁾ (NCHS) en **Estados Unidos**, en 2018, existían **15.600 residencias de ancianos**, siendo el **costo promedio mensual** de una habitación privada en una residencia de ancianos

de **108.408 dólares al año**, según la encuesta de *Genworth*. ^(m)

En **España**, según datos del *Consejo Superior de Investigaciones Científicas* ⁽ⁿ⁾ (CSIC) en 2020, se registraron aproximadamente **5.567 centros residenciales** en contraposición con las cifras de **México, cuya población es más del doble que la de la península ibérica** y en 2018 contaba solamente con **819 asilos** y otras residencias para el cuidado de ancianos, según el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del INEGI. ^(o)

En **Brasil**, en 2020, existían **1.451 residencias de ancianos** ^(o) registradas para atender a más de 30 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el **13%** ⁽⁷⁾ de la población del país. Hay que considerar que, tanto en Brasil como en México a diferencia de EE.UU. y España, los adultos en la mayoría de los casos se quedan con la familia.

Estos datos subrayan la **importancia de la diversidad de opciones y el acceso a servicios de atención a largo plazo** para adultos mayores. Es fundamental adaptar las instalaciones de atención médica para satisfacer las necesidades de esta población vulnerable. Aunque se están dando pasos en la dirección correcta, como la creación de **salas de urgencias geriátricas especializadas como el Hospital Mount Sinai**, el primero en el estado de Nueva York en especializarse en medicina geriátrica de emergencia, todavía queda mucho trabajo por hacer en términos de mejorar la atención médica y la infraestructura para los adultos mayores y garantizar que reciban la atención de alta calidad que merecen, especialmente en los países en vías de desarrollo.

COSTOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

En 2021, en Estados Unidos, los **costos sanitarios y de cuidados a largo plazo asociados al Alzheimer** y otras demencias alcanzaron los **355.000 millones de dólares**. ⁽⁸⁾ **Se calcula que, en 2050, en Europa se diagnosticará la enfermedad de Alzheimer a unos 15,9 millones** de personas. Eso supone una previsión de costos sanitarios y sociales asociados de **110.000 millones de euros** ⁽⁹⁾, lo que la convierte en la enfermedad más costosa para la sociedad.

Se estima que, en **España**, las demencias conllevan un costo diario de unos **60 millones de euros** ⁽¹⁰⁾, sumando un total anual de **20.800 millones de euros** y aproximadamente **24.184 euros por persona afectada al año**. Es importante destacar que las estimaciones actuales sobre el impacto económico de esta enfermedad a menudo pasan por alto diversos gastos como la atención médica a los cuidadores, la disminución de la calidad de vida tanto de los pacientes como de quienes los cuidan y los costos “ocultos” que se acumulan antes del diagnóstico.

Un reciente estudio del *Banco Mundial* ⁽¹¹⁾ revela que esta transición no es homogénea para todos los países, ya que difieren tanto la magnitud como la velocidad de estos procesos. Sin embargo, el cambio en la estructura etaria llevaría a que, en promedio, el gasto social pase del **12,8%** del Producto Interno Bruto (PIB) en 2015, al **19% en 2045** para poder cubrir los gastos que generará una población más envejecida, con mayores necesidades de cuidados de salud y pensiones.

DE UNA SITUACIÓN FAMILIAR A UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA NACIONAL

La situación en una familia cambia drásticamente con el paso de los años, cuando los hijos se casan, los padres ayudan con el bebé, hacen recomendaciones y ayudan en la alimentación y cuidados con su tiempo y esfuerzo. Pero pasan los años, los nietos

“Se calcula que, en 2050, en Europa se diagnosticará la enfermedad de Alzheimer a unos 15,9 millones de personas”

crecen y con ellos viene el envejecimiento. Y a los padres les cuesta trabajo salir solos, cruzar las calles o conducir un auto. Se presentan necesidades de cirugías, terapias físicas y muchas citas con médicos, que, a los hijos, incluso con el trabajo más flexible, les es casi imposible atender. Y el problema se vuelve insostenible. Casi todos hemos pasado por esta experiencia o conocemos a alguien que pasó o está pasando por ella. Y es un tema que en muchos países se queda en la esfera familiar. Pero **el envejecimiento debe tratarse desde un punto de vista social y sacarse del núcleo familiar.**

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR, EL COSTO DE LA ATENCIÓN Y LA DIGNIDAD DE LOS PACIENTES DE EDAD MAYOR

ES MÁS VALIOSA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL HOGAR

Atender las necesidades de personas mayores en el hogar es algo controversial. Para algunos médicos es factible, pero no para otros, ya que hay muchos factores involucrados. Sin embargo, un estudio publicado por *The Journals of Gerontology*⁽⁹⁾ evaluó una intervención multidisciplinaria en el hogar debida a problemas de adultos mayores vulnerables, comparando el modelo de atención en el hogar con el modelo de atención tradicional. En el estudio participaron 151 personas mayores con problemas cognitivos, nutricionales, de comportamiento, de humor o de movilidad, con edad media de 82 años y el 74 % de sexo femenino. 85 recibieron atención en el hogar y 66 atención tradicional. Después de tres meses las áreas de tratamiento mostraron diferencias significativas a favor de la intervención en el hogar. Las capacidades funcionales mejoraron 2,2 puntos y el bienestar 5,8 puntos. Después de seis meses el efecto favorable para el bienestar aumentó 9,1 puntos, pero el efecto sobre las capacidades funcionales ya no fue significativo.

MENOR COSTO Y MAYOR BIENESTAR

Suele pensarse que un programa de atención médica en el hogar puede ser costoso. Pero otro estudio sobre edad y envejecimiento de *Oxford Academic*⁽¹⁰⁾ evaluó la rentabilidad de la evaluación geriátrica integral a domicilio, que podría ser una alternativa menos costosa al ingreso hospitalario. Este estudio evaluó a más de 1.055 personas con posibilidades de ingreso y no ingreso al hospital y concluyó que, ajustando algunas variables, la atención en el hogar fue menos costosa que la atención en el hospital y no hubo diferencias en la supervivencia

ajustada por calidad. Por ello podemos concluir de nuevo que **una visión más preventiva que curativa** podría ayudar en gran medida a aliviar no sólo la saturación de hospitales, sino los costos relacionados con la atención de los adultos mayores.

LA DIGNIDAD, EL VALOR MÁS IMPORTANTE EN EL TRATO A LOS PACIENTES DE EDAD MAYOR

En un artículo de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. que analiza 306 artículos y publicado por *PubMed*⁽⁸⁾ se estudió el impacto de la dignidad en el trato y el cuidado de pacientes adultos mayores. La dignidad se considera uno de los valores más importantes y que los pacientes perciben de manera más sensible. En la atención institucional, estos corren un alto riesgo de perderla desde la perspectiva del personal de enfermería, se recomienda ver al paciente como una persona única, tener una mejor comunicación, más privacidad y cultura y mejor entorno de trabajo. Desde la perspectiva de los pacientes, se sintetizaron seis temas principales: autonomía y control, privacidad, relaciones, cuidado y comodidad, comunicación e identidad.

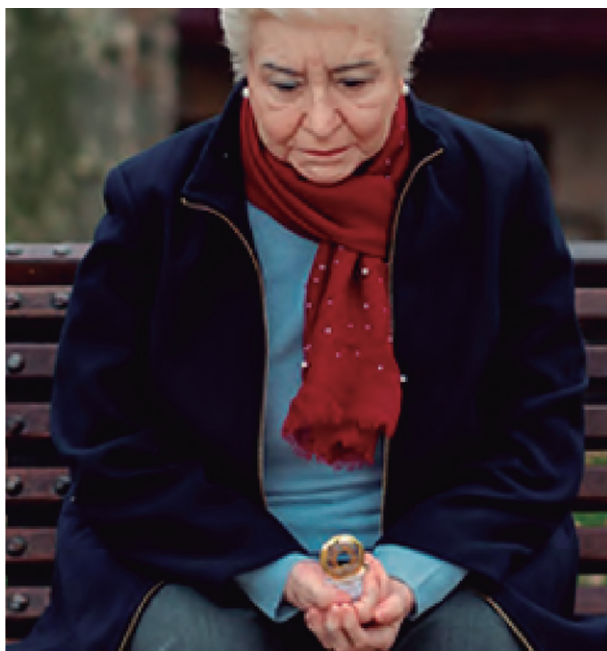
EL BIENESTAR MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES, UN FACTOR CRÍTICO

La pérdida de amigos y familiares, que a menudo lleva a **la soledad y el aislamiento social**, puede contribuir al desarrollo de problemas de **salud mental**, como la depresión y los trastornos de ansiedad, que afectan al **3.8%** de la población de edad mayor. Además, la *OMS*⁽¹⁾ destaca que la salud mental influye en la **salud del cuerpo y viceversa**. Por ejemplo, los adultos mayores que **padecen enfermedades crónicas, como las cardiopatías**, tienen **tasas más altas de depresión** en comparación con aquellos que no tienen problemas médicos. Otro tema preocupante es la vulnerabilidad al **maltrato y el abandono**. Los datos actuales indican que aproximadamente **una de cada 10 personas mayores** sufre algún tipo de maltrato, ya sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material. Y los problemas relacionados con el abuso de sustancias psicotrópicas afectan a casi el 1%.

“Los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas, como las cardiopatías, tienen tasas más altas de depresión en comparación con aquellos que no tienen problemas médicos”

¿CÓMO ESTÁN AVANZANDO LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES Y REDUCIR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

En el ámbito de la investigación médica y el desarrollo de tratamientos, estamos siendo testigos de un impulso significativo en áreas cruciales que buscan mejorar la calidad de vida de la población de adultos mayores, a la vez que alivian la presión sobre los sistemas de atención médica. Se observa un claro **enfoque de la industria farmacéutica**⁽¹¹⁾ en el estudio de enfermedades crónicas y con un impacto social considerable, como el dolor





neuropático o las enfermedades mentales. Estos trastornos de salud han adquirido un protagonismo destacado en el *pipeline* de empresas de biotecnología líderes que están desarrollando medicamentos para la **artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la diabetes, la degeneración macular asociada a la edad, enfermedades cardíacas como la hipertensión y el ictus y enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson, el Alzheimer, la depresión y la esquizofrenia.**

Un campo prometedor en esta línea de investigación involucra terapias innovadoras, como las **terapias génicas y las inmunoterapias.** Los ensayos clínicos actualmente en desarrollo incluyen evaluaciones de nuevas inmunoterapias, como las **vacunas de ARNm** diseñadas para combatir el cáncer y otras vacunas innovadoras como la vacuna **contra el colesterol**, que plantea una alternativa a los tratamientos convencionales disponibles.

Además, se están explorando terapias modificadoras de la enfermedad para afecciones como la **osteoporosis**, así como el **alto potencial regenerativo del tratamiento con células madre**, lo que representa un avance significativo en la búsqueda de soluciones para enfermedades relacionadas con el envejecimiento y otros trastornos de salud.

LA TECNOLOGÍA COMO GRAN ALIADO: INFINITAS POSIBILIDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Varias empresas de **tecnología médica** están liderando el desarrollo de dispositivos avanzados aplicando la tecnología y la innovación en el campo de la salud digital, con un enfoque particular en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Esta estrategia permite un monitoreo constante y una eficaz atención médica a distancia. A ello se suman las **tecnologías de realidad virtual (RV)** como herramientas eficaces para el tratamiento del dolor, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, lo que abre nuevas opciones de atención médica que mejoran la calidad de vida de las personas mayores, y la **domótica y la robótica**, que permiten la automatización de algunas de las tareas y actividades en el hogar con el objetivo de hacer la vida más fácil a las personas mayores o a las que tienen alguna discapacidad.

Asimismo, la **gestión remota de pacientes** emerge como una tendencia relevante en el campo de la salud digital, con un enfoque particular en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Esta estrategia permite un monitoreo constante y una eficaz atención médica a distancia. A ello se suman las **tecnologías de realidad virtual (RV)** como herramientas eficaces para el tratamiento del dolor, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, lo que abre nuevas opciones de atención médica que mejoran la calidad de vida de las personas mayores, y la **domótica y la robótica**, que permiten la automatización de algunas de las tareas y actividades en el hogar con el objetivo de hacer la vida más fácil a las personas mayores o a las que tienen alguna discapacidad.

EL SIXPACK QUE NO PODEMOS PASAR POR ALTO

- ✓ UN DIÁLOGO URGENTE Y VOLUNTAD POLÍTICA ENTRE LOS PRINCIPALES ACTORES
- ✓ UN SISTEMA DE SALUD MÁS PREVENTIVO QUE CURATIVO

- ✓ POLÍTICAS PÚBLICAS
- ✓ ENTENDIMIENTO DE PACIENTES Y CUIDADORES
- ✓ INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA: IMPULSAR UNA VIDA SALUDABLE Y CONECTADA
- ✓ EL ROL DE LAS EMPRESAS Y EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN

CONCLUSIÓN

CON CANAS, SIN GANAS Y... CON POCAS ESPERANZAS

Pareciera que llegar a los 65 años, retirarse después de trabajar por muchos años, disfrutar de momentos felices con la familia, viajar o hacer lo que se quiera es un sueño que muy pocos harán realidad. **Posiblemente se tengan canas, pero no ganas** de llegar a la edad madura, porque esto representa problemas de salud e inestabilidad económica y pocas esperanzas, al menos en los países en vías de desarrollo.

Si miramos la pirámide de población de Alemania, la cuarta economía global, el 13,3% son jóvenes, el 55,1 son adultos y el 20,6% ancianos. Se trata de una contracción común en países desarrollados, con baja natalidad y mortalidad, e indica que hay una larga esperanza de vida, un alto nivel educativo y una buena atención médica. El reto se materializa cuando no se cuenta con estos factores de desarrollo económico. Es esencial adaptar y mejorar la infraestructura y los servicios de atención médica para atender adecuadamente a esta creciente población de adultos mayores en todo el mundo.

La falta de infraestructura adecuada y los equipos médicos obsoletos representan un desafío significativo en la promoción del envejecimiento saludable. Existen disparidades notables en diferentes regiones del mundo; algunos países cuentan con una infraestructura médica sólida, mientras que otros enfrentan graves carencias en la atención de adultos mayores. Además, la distribución de infraestructura médica pública y privada varía ampliamente en distintos países, lo que impacta en el acceso a servicios de calidad.

La investigación para desarrollar medicamentos y tecnologías para el cuidado del adulto mayor ha avanzado significativamente, pero las disparidades en el acceso a la innovación no permiten la misma atención para todos, por lo que las colaboraciones público-privadas pueden ser de gran utilidad.

Las estadísticas no mienten. Muy pronto habrá muchos más adultos mayores que niños, y es momento de pensar en quién va a ayudar con las citas al médico, con la medicación y con la compañía que necesitan. Es momento de un consenso y de una conversación seria sobre el impacto del envejecimiento y cómo debemos prepararnos para enfrentarlo. ■

Referencias:

- a) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
- b) https://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf
- c) <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- d) <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2016/01/aging-us-population-bulletin-1.pdf>
- e) <https://www.health.gov/healthpeople/objectives-and-data/browse-objectives/older-adults>
- f) <https://www.cdc.gov/homeandcommunity/safety/falls/adultfalls.html?hpid=hp%2520to%2520health%2520external%2520to%2520health%2520gov>
- g) <https://fedefarma.org/noticias/envejecimiento-acelerado-de-la-poblacion-requiere-de-un-acceso-oportuno-a-los-servicios-de-salud/>
- h) <https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/camas-de-hospital.htm>
- i) <https://globalhealthintelligence.com/hospirank-the-best-equipped-hospitals-in-latin-america-for-2023/>
- j) <https://www.aha.org/system/files/media/file/2023/05/Fast-Facts-on-US-Hospitals-2023.pdf>
- k) <https://es.statista.com/temas/4075/centros-hospitalarios-en-espana/>
- l) https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03-047.pdf
- m) <https://www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html>
- n) <https://envejecimiento.csi.ezdocuments/documentos/enred-estadisticas-residencias2020.pdf>
- o) <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
- p) <https://hdl.handle.net/10986/34562>
- q) <https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.283>
- r) <https://doi.org/10.1093/ageing/afab220>
- s) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33792508/>
- t) <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
- u) https://www.efpia.eu/media/602563/iquia_epfia_pipeline-review_final.pdf

- 1.- World Health Organization: Ageing and health
- 2.- United Nations: World Population Prospects, 2022
- 3.- El Instituto Nacional de Estadística: Informes - Envejecimiento en red 29, septiembre 2022
- 4.- Ministerio de Sanidad en 2019
- 5.- El Instituto Nacional de Estadística: Informes - Envejecimiento en red 29, Septiembre 2022
- 6.- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo (SBGGSP), 2020.
- 7.- PAHO, Taking the pulse of the health system's response to the needs of older persons. Situational analysis Brazil
- 8.- Centers for Disease, Control and Prevention: Promoting Health for Older Adults
- 9.- La Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas
- 10.- "Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders".



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



technology sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.

REFLEXIONES SOBRE EL HORIZONTE



"Si mantenemos valores y creencias obsoletos, una consciencia fragmentada y una actitud egoísta, también estamos manteniendo objetivos y comportamientos obsoletos". Ervin László

Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)
dralilianachertkoff@gmail.com

La idea de este artículo es aportar los elementos científicos que una constelación de profesionales, abonan con sus trabajos, en el fecundo terreno que tenemos hoy para resolver y avanzar por el camino de la transformación hacia territorios saludables.

No vamos a lograr hacerlo solos, o aislados, menos resentidos. Es muy antiguo hoy pensar fragmentados. Todo está interconectado e interactuante. ⁽¹⁻²⁾

La línea del tiempo es un recurso para graficar acontecimientos de la historia y además de nuestra propia historia. Pero a la luz de los conocimientos en este convulsionado siglo XXI, no nos alcanza para comprender por qué sucede lo que vemos, sin antes revisar como vemos lo que vemos... ⁽³⁾

Para comprender los porqués, de las manifestaciones sociales de este mundo, y las nuestras necesitamos ir más allá... Correr los velos de la emocionalidad que nos nublan la razón...

Los profesionales que trabajamos en el sector salud, contamos con una formación académica que nos ayuda a tomar decisiones. Estas son esenciales para la vida de los otros y la nuestra.

La Dra. Aurora Pérez, pediatra argentina y psicoanalista, nos aporta un contundente estudio a todo espacio de trabajo, sobre los **vínculos tempranos desde el vientre materno** y su **influencia en el psiquismo del niño y adolescente**, en el adulto interactuante del sistema social.

También nos demostró a lo largo de toda su carrera, el valor del **enfoque interdisciplinario en la gestión de las prestaciones de salud** que representa una herramienta metodológica indispensable, para encontrar respuestas a la altura de la dignidad humana.

Sostuvo la importancia de abrir vasos comunicantes con los protagonistas de otras disciplinas para solucionar problemas. ⁽⁴⁾

Françoise Dolto, pediatra y psicoanalista francesa, referente internacional, desarrollo un arduo trabajo que se publica en multiplicidad de idiomas, necesario en la formación académica ⁽⁵⁻⁶⁾, como Anne Schützenberger ⁽⁷⁾ y otros pensadores que señalan la importancia y el efecto del nacimiento, niñez y adolescencia, ⁽⁷⁾ juventud y su ambiente.

Para accionar en el contexto de nuestras realidades no deberíamos soslayar a estas líneas de pensamiento que nos ayudan

a descifrar las incomprensibles situaciones que nos asombran y la incertidumbre que nos afecta.

Aquí podríamos encontrar respuestas creativas.

Me refiero a la toma de decisiones tanto en el ámbito individual de la práctica médica, de un equipo de salud, en la gestión sanitaria, en toda la política.

Trabajamos con personas, que tienen reacciones con una historia en el tiempo y con quienes necesitamos articular.

Hablemos de adolescencia...

Todos tenemos una idea de que es la adolescencia. ⁽⁸⁻⁹⁾

La entenderíamos como un período que abarca las primeras manifestaciones de la pubertad alrededor de los 10 años y podríamos decir que más o menos, termina, con la maduración del sistema nervioso central, alrededor de los 21 años o más.

Pero no podríamos limitarla solo a la configuración física atravesada por una multiplicidad de factores ambientales, nutricionales, psico-emocionales, sociales, etc. Donde el ambiente lo interpenetra todo, conformando a ese adolescente, que **ya a los 16 años tiene representación electoral en nuestro país**.

Es indiscutible que, si un adolescente crece en una familia disfuncional, con una sociedad violenta, disgregada, si no se alimenta bien, si no tiene una casa, esto dejará un impacto en su modo de ver la realidad, como también en un adolescente que tenga acceso a todos los bienes materiales, pero carezca de eventos emocionales que lo constituyan un ser equilibrado. ⁽¹⁰⁾

El Dr. Arturo Lerner, médico psiquiatra de trayectoria internacional, al preguntarle sobre la adolescencia y la salud mental, sobre que es necesario para que un adulto resulte sano y responsable, nos dice:

1. Gestionar emociones de forma pragmática.
2. Desarrollar relaciones interpersonales y grupales enriquecedoras y honestas.
3. Autoestima basada en la consciencia y aceptación de los límites personales.
4. Enfrentar y resolver situaciones desafiantes de forma individual o grupal.
5. Tener consciencia que no está solo frente a la adversidad y que tiene individuos o grupos de apoyo incondicional (familia, amigos...).
6. Identificar y evitar relaciones tóxicas.
7. Confianza basada en experiencias positivas.



Si analizamos la importancia de estudiar el gráfico de la pirámide poblacional argentina, y asumiéramos con honestidad la trascendencia de los datos estadísticos, podríamos tomar mejores decisiones, esas decisiones que hoy no pueden ser independientes o fragmentadas... Ya no tenemos tiempo de transitar erráticos e indiferentes a un suceder colectivo.



Escribir o leer todo esto nos lleva a nuestra propia historia, a nuestros sentimientos, emociones, miedos y afirmaciones... También a ampliar nuestra mirada de como miramos a los otros.

Desde una perspectiva epidemiológica que incorpora las relaciones socioambientales, agregaría la contención de un Estado comprometido con la vida, que asegure los derechos humanos fundamentales.

En la Argentina, aproximadamente el 27% de la población abarca, desde los 10 y 24 años, alrededor de unos 10/12 millones de personas o más.

La población adolescente comprendida entre los 10 y 19 años representaría el 17% del total a estos porcentajes podríamos sumar alrededor de un 8% de niños entre 0 y 10 años. Serían 35% por ciento si sumamos niños, adolescentes y jóvenes hasta los 24 años (*datos relativos*).

Esta masa poblacional tiene un potencial que podría evitar las grandes erogaciones en salud en los demás grupos etarios, si consiguiéramos trabajar en la promoción de la salud y prevención, más allá de las vacunas...

En programas integrales de salud orientados a los aspectos positivos del vivir, a desarrollar respuestas creativas e integrales, más allá de las patologías prevalentes o las conductas de riesgo (accidentes, adicciones, embarazos, vulnerabilidades) y todo esto pensarlo también en los subsectores de las obras sociales y en el sector privado.

También Pensar/Accionar sobre los impactos de la "huella ecológica", indicador de sostenibilidad que trata de medir el impacto que nuestro modo de vida tiene sobre el entorno. Todas las decisiones que tomamos tienen un impacto real y medible.

Si analizamos la importancia de estudiar el gráfico de la pirámide poblacional argentina, y asumiéramos con honestidad la trascendencia de los datos estadísticos, podríamos tomar mejores decisiones, esas decisiones que hoy no pueden ser independientes o fragmentadas... Ya no tenemos tiempo de transitar erráticos e indiferentes a un suceder colectivo.

Tendríamos que reflexionar sobre la importancia de aportar datos fidedignos, estos datos representan la vida de seres humanos reales. No son números ni entelequias.

Observemos que nuestra mirada podría estar sesgada al opinar, pensar o actuar solo desde una singularidad, sin integrar una macro visión del conjunto.

Los subsectores del sistema de salud, las obras sociales y el privado tienen hoy una extraordinaria oportunidad de optimización de sus prestaciones y beneficios si logran integrarse al subsistema público, generando sinergias y complementariedades donde **todos ganarían** no solo en intangibles recursos vitales, también en los **recursos materiales propios y compartidos**.

En este tiempo desafiante surge la oportunidad de ser creativos y encontrar con pragmatismo y conocimientos un horizonte esperanzador como dinamis vital de nuestra naturaleza humana. ■

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ervin László - La Revolución de la Conciencia - Ed. Kairós.
- (2) Ervin László - https://youtu.be/g1OBD50f_0w?si=1bUUgv5Ohj_jZ9dy
- (3) Howard Gardner - Inteligencias Múltiples - Ed. Paidós.
- (4) Aurora Pérez - Enfoque interdisciplinario - psicoanálisis Pediatría y Derecho - Ed. Lugar.
- (5) Françoise Dolto - La causa de los niños - Ed Paidós.
- (6) Françoise Dolto - La causa de los adolescentes Ed Paidós.
- (7) Anne Schützenberger - ¡Ay, mis ancestros! - Ed Taurus.
- (8) <https://www.argentina.gob.ar/salud/adolescencias-y-juventudes>
- (9) <https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
- (10) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga



OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

50 años de trayectoria y compromiso,
brindando salud de calidad

www.osim.com.ar

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

¿EN QUÉ CONSISTE EL “PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD” (PAISS)?



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

La Resolución del Ministerio de Salud de la Nación n° 2653

Recientemente, el 4 de octubre del presente año, mediante la Resolución n° 2653 el Ministerio de Salud de la Nación creó el “PLAN ARGENTINO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD” (PAISS).

Básicamente consiste en la unificación de muchos programas que financiaban diferentes prestaciones de salud a las provincias agrupándolos en dos grandes programas:

1. El programa SUMAR+ que se crea en esta misma resolución y se integra al PAISS.
2. El Fondo Nacional de Equidad en Salud (FONES) que reemplazó en el 2020 (solo cambió de nombre) al Fondo de Alta Complejidad (FONAC) creado en 2019 que también se integra al PAISS.

El SUMAR+ es a su vez una conjunción de tres programas: El SUMAR, el REDES y el Proteger en lo que hace a las prestaciones de baja y mediana complejidad. Los componentes de Alta Complejidad de estos programas como el Programa de Cardiopatías Congénitas (hoy financiado por un complemento del NACER) y el Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC) (también dentro del Plan Nacer) pasan a integrar el FONES.

La operatoria del PAISS consistirá en una transferencia monetaria a las provincias que adhieran a través de estas fuentes: El SUMAR+ para las prestaciones de baja y mediana complejidad y el FONES para las de alta complejidad.

Los programas que se subsumen en estos dos componentes tenían en común:

- Transferían financiamiento a las provincias para determinadas prestaciones.
- Estas transferencias estaban “atadas” a cumplimiento de metas o indicadores.
- Eran financiados por créditos de organismos internacionales (BID, BIRF).

A estos dos grandes programas financiadores se le suman otros programas de impacto en las provincias. En definitiva, los programas que se incluyen en el PAISS son los siguientes:

1. SUMAR+
2. REMEDIAR: PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, INSUMOS Y TECNOLOGÍA.
3. PROGRAMA DE ENFERMEDADES POCO FRECUENTES.
4. PROGRAMA DE TRATAMIENTOS PARA PATOLOGÍAS ESPECIALES Y DE ALTO PRECIO: BANCO DE DROGAS ONCOLÓGICAS Y ESPECIALES.

5. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD.
6. HISTORIA DE SALUD INTEGRADA MEDIANTE INTEROPERABILIDAD.
7. PROGRAMA DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA (ANEXOS PROGRAMÁTICOS I a VIII).

En definitiva, los programas financieros que quedan incluidos en este Plan PAISS y que se integran tanto sea a la cápita del SUMAR+ o si son de alta complejidad al FONES son:

- ✓ Programa de Cardiopatías Congénitas (hoy financiado por un complemento del NACER).
- ✓ Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC) (también dentro del Plan Nacer).
- ✓ SUMAR
- ✓ REDES
- ✓ Financiamiento Adicional para el Apoyo del Proyecto de Cobertura Universal de Salud Efectiva en la Argentina.
- ✓ Financiamiento de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación que realizan transferencias de bienes, insumos y equipamientos y que, en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada y luego extendida por la Pandemia de Covid-19, estableció las prioridades presupuestarias especialmente en los siguientes Programas: Plan Nacional a favor de la Madre y el Niño; Programa de Lucha contra el VIH; Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles; Medicamentos; Prevención, Detección, Tratamiento y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, todos ellos fundamentales en el contexto de una creciente demanda de los servicios por la pandemia de Covid-19 y sin perjuicio de otras líneas de cuidado.

Según reza en un anexo de la resolución relacionado con el Programa SUMAR+: “El Programa aporta financiamiento adicional a los sistemas jurisdiccionales de salud a través de un esquema de Transferencias Capitadas, definidas bajo un modelo de financiamiento basado en resultados y equidad, que se encuentra vinculado al desempeño en inscripción y cobertura efectiva de la población objetivo con cobertura pública exclusiva (CPE), a la mejora de procesos priorizados para el fortalecimiento y organización de los servicios de salud y a las metas sanitarias acordadas en cada una de las jurisdicciones conforme a la población elegible y sus características”.

Además, incluye la generación de información sanitaria nominalizada debiendo generarse, dice, “sistemas de información, la interoperabilidad y la conectividad necesarios para permitir el monitoreo de la cobertura de la población (nominalización, geo-referenciamento, niveles de cobertura, utilización, integralidad entre programas del MSAL y programas jurisdiccionales), la calidad de los servicios de salud esenciales prestados y la protección financiera de la población elegible”.

También incluye, un listado de prestaciones y módulos cubiertos, líneas de cuidado priorizadas a poblaciones susceptibles y el fortalecimiento y organización de los servicios de salud.

El Programa SUMAR+ transferirá una cápita por cada beneficiario denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). El esquema de financiamiento prevé un cofinanciamiento entre la Nación, que financiará el 85%, y las jurisdicciones que financiarán el 15% restantes de los componentes uno y dos de la UPC. El componente uno hace referencia al fortalecimiento de la compra estratégica de servicios de salud y el componente dos al fortalecimiento de la organización de los servicios de salud. Existe un tercer componente de la UPC, de equidad, el cual será financiado al 100% por la Nación.

Por el lado del Programa FONES, las jurisdicciones que, ha-

biendo utilizado el sistema de facturación jurisdiccional para las prestaciones y/o módulos de alta complejidad aprobadas recibirán el financiamiento solicitado, en concepto de anticipo del denominado Plan de Servicios de Salud de Alta Complejidad (PSS-AC).

Las provincias deberán adherir a este Plan PAISS a través de convenios de adhesión en donde se impondrán metas e indicadores a cambio de las cápitas. También intenta vincular los apoyos y transferencias a las jurisdicciones con procesos de mejora de la calidad y seguridad de la atención sanitaria que están incluidos en el programa FESCAS (Programa Nacional de Fortalecimiento de los Equipos de Salud para la Calidad y la Seguridad).

Los beneficiarios del Plan PAISS son las personas con cobertura exclusiva del Estado: *“Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación (art 5to inc. C de la ley 23661)”*.

El financiamiento estará a cargo del Tesoro Nacional *“El gasto que demande el Plan creado en el ARTÍCULO 1 de la presente será atendido con el crédito asignado a las partidas presupuestarias correspondiente al Servicio Administrativo Financiero 310 del MINISTERIO DE SALUD”*.

Análisis y conclusiones

Se trata de un reordenamiento administrativo importante del Ministerio de Salud con implicancias en la relación con las provincias.

Se unifican muchas de las transferencias que se hacen a las provincias en un solo plan manejado por una sola secretaría, la de Equidad en Salud y operativamente lo manejará una Unidad Coordinadora que dependerá de la actual Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales dependiente de la

Subsecretaría de Articulación Federal que depende de la Secretaría de Equidad mencionada.

Un dato importante es que se financiará con fondos genuinos del Tesoro Nacional y no con los préstamos de los organismos internacionales.

Se trata de una buena iniciativa totalmente extemporánea. ¿Después de 4 años en dónde se debería haber hecho esto, recién ahora lo hacen? A casi nada de las elecciones que definirán el futuro gobierno del país por los próximos años se desarrolla una buena iniciativa que puede naufragar con un próximo gobierno. Distinto hubiese sido haberlo desarrollado hace al menos un par de años para dejar un plan de esta naturaleza consolidado.

Por otro lado, sería bueno que se aclare qué es lo que ha ocurrido con los préstamos internacionales del BID y del BIRF. ¿Han finalizado de forma natural? ¿Se han redirigido esos fondos a otros programas o políticas? ¿Es una iniciativa de este gobierno finalizar el financiamiento internacional? ¿Es una decisión de los bancos de no trabajar más con el Ministerio de Salud? ¿O estos fondos han sido redirigidos a financiar el déficit fiscal y sumarse a parar la corrida bancaria?

Para un próximo gobierno, esta herramienta puede ser de mucha utilidad en el reordenamiento de la relación Ministerio Nacional – Provincias, fortalecimiento del COFESA y aumento de rectoría del Ministerio Nacional.

Los dos instrumentos, el SUMAR+ y el FONES pueden transformarse en un financiamiento para ordenar sistemas o seguros provinciales de salud y conformar la base de un futuro fondo de enfermedades catastróficas agregándole el financiamiento a los medicamentos de alto precio. ■

(*) Médico - Especialista en Salud Pública



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

REFORMA SANITARIA Y POLÍTICAS PARA ENFRENTAR LA PRESIÓN TECNOLÓGICA INNOVADORA



Por el Prof. Dr. Sergio H.
Del Prete (*)

En el espacio sanitario, la Argentina combina históricas dificultades con nuevos y complejos desafíos. Por un lado, navegar entre la crisis macroeconómica y sus efectos y paralelamente mantener el funcionamiento del sistema de salud y sostener la incorporación creciente de tecnologías de alto precio, que transforman muchas enfermedades en de alto costo.

Dadas las particularidades que viene demostrando la propia puja distributiva en el contexto de un modelo cada vez más desarticulado, fragmentado y segmentado al que solo pudo unir transitoriamente la pandemia, el incremento sostenido del costo de incorporar la demanda de nuevas tecnologías de tipo innovador-disruptivo -sean medicamentos o Dispositivos Médicos Implantables (DMI)- más la creciente judicialización de su cobertura, viene dando lugar a una profundización del conflicto entre financiadores y prestadores.

Así, lo que se van delimitando son los márgenes del precario equilibrio existente entre demanda y posibilidad de cobertura efectiva. La espiralización inflacionaria, sumada a la devaluación sostenida de la moneda y al aumento de precios de la propia tecnología resulta una combinación de externalidades que pone al sistema al borde de la tormenta perfecta.

Mientras tanto, los daños colaterales se expresan a partir de múltiples necesidades urgentes de resolver, en un contexto donde dos tercios de la población aún logran mantener una cobertura formal en tanto el tercio restante es atendido exclusivamente en el subsector público.

Escenarios que dan lugar a una multiplicación de ineficiencias asignativas con consecuencias severas para la igualdad de oportunidades respecto de las propias personas que demandan respuestas del sistema en su conjunto.

En América Latina hay dos detonantes de la explosión del gasto sanitario: la entrada abrupta de tecnologías innovadoras de alto costo que implicó un aumento en su uso, con significativas diferencias de precios entre países.

Particularmente en la Argentina, los medicamentos innovadores de alto precio (que poseen cobertura total y precio real cero para la demanda) se llevan un porcentaje cada vez mayor del presupuesto sanitario, del orden del 34% del gasto total en medicamentos del PMO.

Específicamente, los biotecnológicos son cada vez más sofisticados y no solo se trata de moléculas sino de genes de

reemplazo, así como avances en la ingeniería de proteínas que proporcionan plataformas para el desarrollo de nuevas construcciones de anticuerpos, por ejemplo, moléculas bioespecíficas de activación de células T (BiTE).

Comprar terapias que curen a todos los enfermos sería obvio en un mundo ideal, pero la realidad en los sistemas de salud se presenta mucho más compleja.

Sea porque a pesar de la enorme cantidad de innovaciones no todas demuestran efectividad contrastada frente a las patologías a las cuales se dirigen, porque los nuevos tratamientos resultan muy caros o porque los recursos financieros para solventarlos siempre tienen un límite concreto. Tanto para los medicamentos como para los dispositivos implantables.

Progresivamente, la gestión sanitaria comienza a deslizarse técnicamente hacia la premisa de gastar en lo que efectivamente aporte más valor a la población en términos de salud. Es decir, en tratamientos que no solo ofrezcan más tiempo de vida sino mejor calidad de la misma, permitiendo disfrutarla con mayor bienestar. Esto implica encontrar mecanismos como la alineación del valor (terapéutico) y del precio.

El problema surge del hecho que los nuevos medicamentos oncológicos poseen una diferencia de precios demasiado elevada si se los compara con otros de eficacia equivalente, indicados para patologías con incidencias y mortalidad similares.

Esto cristaliza importantes consecuencias no solo sobre la equidad en el acceso a tales tratamientos, sino respecto del costo de oportunidad que resulta para la propia sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

No hay mayor injusticia social que, apelando a las lógicas del mercado, la industria multiplique astronómicamente el precio de algunos tratamientos mientras -en un escenario económico de presiones por dicha sostenibilidad- resulte obligado restar recursos a otras enfermedades igualmente importantes.

Especialmente cuando, por ejemplo, menos de la mitad de los tratamientos oncológicos incorporados al mercado aportan alto valor terapéutico y permiten al paciente mejorar su supervivencia o aumentar su calidad de vida.

El balance entre costo, efectividad y costo de oportunidad de financiar una nueva tecnología en salud debe ser analizado en profundidad no solo desde la perspectiva sanitaria, sino desde la social. La sociedad suele expresar sus preferencias seleccionando las intervenciones que paga y sus precios.

Cuando hay un discriminante monopolista que decide por cada persona, las preferencias y las posibilidades de pagar se diluyen y los financiadores deben enfrentar -a partir de un presupuesto fijo- cuestiones que no pueden manejar, como la inflación de costos y la devaluación del tipo de cambio peso-dólar.

“Lograr resultados de mejor gestión económica sobre la tecnología innovadora en salud requiere una política de Estado que se estructure a partir de logro del consenso político adecuado y necesario que permita poner en marcha una reforma integral del sistema.”

Especialmente cuando la posibilidad de mejora efectiva en la sobrevida de una determinada enfermedad -presentada por el fabricante como alentadora- requiere confirmación contrastada mediante más estudios y seguimiento a largo plazo. En ese caso, el problema principal surge del precio a pagar durante el tratamiento sin una evidencia significativa.

Entonces, lo que se paga por un medicamento o un dispositivo implantable es solo una expresión del valor relativo que se aplica a algunas enfermedades sobre otras, sea por voluntad del profesional interviniente o eventualmente como resultado de la judicialización asociada al conflicto de interés por su no reconocimiento por parte del financiador si subsisten dudas sobre su efectividad real.

Especialmente en el caso de los medicamentos, que son las tecnologías en salud con mayor participación en frecuencia (81%) y en valor (75%). Todo lo cual no hace más que dar una nueva señal para ampliar la cuota de mercado a determinado producto y proveedor, y significa una serie de ganancias económicas, por precio y por cantidad, especialmente para la industria farmacéutica.

Una reforma del sistema de salud en nuestro país puede estar en riesgo por falta de capacidad institucional a la hora de enfrentar ordenadamente la presión tecnológica. Por tal motivo, debiera incluir una serie de estrategias centrales para resolver la opacidad del mercado de tecnologías sanitarias, así como mejorar la gestión del gasto y la equidad de acceso al uso de las terapias innovadoras y disruptivas.

La creación de un Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ITES) de carácter autónomo y autárquico, dotado de informes vinculantes y recomendaciones aceptadas por todos los actores incluyendo la justicia, la construcción de un Observatorio internacional de precios de medicamentos e insumos

innovadores, un Fondo para cobertura del Alto Costo y la aplicación de regulaciones de precios a los medicamentos que surjan del análisis entre países formarían parte de ellas.

La estrategia de regulación de precios de medicamentos innovadores, un instrumento no implementado en la Argentina a diferencia de otros países de la región como Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, sumada a la aplicación de Acuerdos de Riesgo Compartido, permitiría contar con experiencias exitosas destinadas a mejorar la eficiencia del modelo de compra y mejorar su acceso sin poner en riesgo la sustentabilidad del sistema.

A este instrumento debiera sumarse también la promoción de competencia, sea por medio del incentivo al desarrollo local o regional de biosimilares, de importaciones paralelas, subsidios para sustitución de importaciones y modificaciones a los mecanismos tradicionales de adquisición, incluyendo la conformación de oligopsonios de compras conjuntas y consolidadas.

Lograr resultados de mejor gestión económica sobre la tecnología innovadora en salud requiere una política de Estado que se estructure a partir de logro del consenso político adecuado y necesario que permita poner en marcha una reforma integral del sistema.

Construir un espacio de Acuerdo Sanitario y definir la necesidad de una confluencia de objetivos en el campo de la política de medicamentos y tecnologías entre los responsables políticos y los principales actores sectoriales para enfrentar el desafío del alto costo en salud, se transforma en una instancia fundamental para contribuir a garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. ■

(*) Mag - Director de Economía Sanitaria. IPEGSA. CABA. Argentina.

La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



DE ESO NO SE HABLA



Por Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com

El 22 de octubre pasado tuvimos la definición de los candidatos que pasan al ballottage que confirman el apotegma de Carlos Menem: “Para ganar no hay que decir lo que se debe hacer. Si hubiese dicho mi programa no hubiese ganado”.

El conglomerado privado del sistema de salud que comenzó organizándose con el poder concedido a las obras sociales administradas por sindicatos o por empresas con la ley 18.610, se agregó luego la creación del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados para hacer política desde el Estado, se amplió con el crecimiento desmesurado del sector privado prestador durante los años setenta, y se consolidó luego con el crecimiento de los laboratorios farmacéuticos y la aparición de la medicina prepaga durante la primavera menemista de los años noventa hoy constituyen uno de los sectores económicos que gestionan una cantidad ingente de recursos con muy escasos controles y evaluaciones.

Este conglomerado se ha convertido en actores en relevantes para el financiamiento de los partidos políticos. Es por ello que los partidos prefieren dejar el funcionamiento de los mismos bajo la sombra y la oscuridad informativa.

Hemos escuchado hablar a los referentes de los candidatos sobre los grandes consensos (agencia de evaluación de tecnologías, fortalecimiento del COFESA, integración de programas nacionales, recursos humanos en salud) que está muy bien y sin dudas son problemáticas de interés para toda la población donde el Estado nacional tiene influencia e incidencia en las decisiones correspondientes. Y está muy bien que así sea, es necesario consensos mayoritarios para determinadas transformaciones que involucran grandes colectivos sociales.

Pero al mismo tiempo se han ignorado menciones o referencias a problemas que arrastramos desde hace muchos años y para los cuales la política nacional parece no tener una propuesta o por lo menos no querer plantear algunas ideas de manera explícita y concreta (Me viene a la mente un recuerdo del “No hagan olas muchachos” que nos dijo Carlos Reutemann en una reunión de trabajo).

Me refiero en primer lugar a tomar alguna definición respecto del PAMI (1% del PBI) que ha quedado como un emergente de una cobertura nacional que ha demostrado sus limitaciones y en segundo lugar, pero no menos importante la reconversión, adecuación o modernización de la Seguridad Social (2% del PBI).

Como se puede observar estábamos hablando de 3% del PBI del país que utilizan de manera inadecuada generando costos evitables que le quitan potencia a la gran inversión que hace la población para financiar la salud de estos importantes sectores de la población (jubilados y pensionados, trabajadores formales, etc.).

La política en términos generales y de manera hipócrita actúa como si la Argentina tuviera un sistema público universal para atender a los 47 millones de habitantes, cuando la realidad cruda y dura demuestra que el sistema público argentino a duras penas da respuesta para un tercio de la población y de manera muy deficientes.

Sería muy bueno para la calidad de las leyes que los legisladores responsables de la aprobación de estas se atendieran en el sistema público y no tuvieran cobertura privada de esa manera podrían tener de manera realista una experiencia de lo que es tener en la Argentina cobertura pública exclusiva.

No debemos olvidar que dos tercios restantes se atienden en esquemas de seguridad social muy fragmentados y variados (obras sociales nacionales, prepagas, obras sociales provinciales y el PAMI).

No hay dudas que la población que se atiende exclusivamente en el sector público merece una especial atención porque son los más vulnerables y los que están en peores condiciones de sobrevivir a las amenazas del cambio climático, nuevas pandemias, enfermedades crónicas, pero también raras y de alto costo y baja incidencia. Es por ello que organizamos en su momento el Grupo PAIS para poner el foco sobre este sector desposeído y olvidado.

Sus problemas de agua potable, cloacas, viviendas hacinadas, pobre educación, condiciones de pobreza constituyen determinantes que los dejan en inferioridad de condiciones y que requieren de la organización y buen funcionamiento de un sistema de prevención, cuidado y mantenimiento de la salud.

Ese primer nivel de atención verdadero filtro y contención no está presente en ninguna provincia argentina y todavía no es visualizado como una prioridad. En este capítulo los Estados provinciales están en deuda no tenemos registro de gobernadores que quieran organizar la salud de las provincias y pongan proa hacia ese objetivo.

La influencia del enfoque biológico y hospitalocéntrico constituyen miradas muy acotadas para comprender las necesidades epidemiológicas y sociosanitarias de los tiempos que vivimos. Y esto es compartido por la sociedad que muchas veces ignora estas definiciones y por la clase política que no demuestra el menor interés en involucrarse y revertir esa tendencia.

En la Argentina se destina casi un 7% del PBI a la salud de manera obligatoria. Una buena organización y gestión podría tener mejores resultados con su uso que los que obtiene el sistema sanitario argentino.

Países como Italia o España cuentan con ese financiamiento para brindar salud a la población general. La gestión importa y mucho en estas instancias y requiere de modelos que funcionen, que gasten bien los recursos evitando el despilfarro, controlando la corrupción y midiendo los resultados.

La ominosa fragmentación del sistema convierte su funcionamiento en excesivamente costoso para los resultados obtenidos (mortalidad materna, mortalidad infantil, esperanza de vida) y sobre todo con una gran variabilidad según el tipo de cobertura y el lugar donde vivan los ciudadanos.

No es lo mismo vivir en una provincia que en la otra, estar en una ciudad que en el ámbito rural, tener prestadores cerca que no tenerlos, tener cobertura formal que no tener, y así podríamos seguir enumerando una cantidad de factores que marcan la distancia entre la salud que reciben unos y otros habitantes en el territorio.

“No hay dudas que la población que se atiende exclusivamente en el sector público merece una especial atención porque son los más vulnerables y los que están en peores condiciones de sobrevivir a las amenazas del cambio climático, nuevas pandemias, enfermedades crónicas, pero también raras y de alto costo y baja incidencia. Es por ello que organizamos en su momento el Grupo PAIS para poner el foco sobre este sector desposeído y olvidado.”

La diversidad y pluralismo se paga caro. De hecho, en Europa los sistemas de seguridad de social destinan una cantidad un poco mayor de recursos dada la diversidad de fondos administradores que tienden a hacer perder las economías de escala y otras eficiencias vinculadas con el agrupamiento y un pool de riesgo adecuado para compensar los diferentes riesgos sanitarios de la población.

Un camino que nos queda por recorrer es trabajar en la integración. Todos hablan de la misma, lo que sucede es que nunca definen quien se debe integrar cómo y con quién. Y el problema son “los que no se dejan integrar” o quién integra a quién. Por supuesto que estamos hablando de recursos y de intereses.

La integración implica una racionalización en el uso de los recursos, hay gente que deja de decidir sobre el gasto porque su función, su trabajo o su representación ya no tiene sentido. Y entonces, ¿quién es el actor que asume esa responsabilidad mayúscula de brindar salud a la población y tiene que hacerse cargo de esa responsabilidad?

Del PAMI ningún candidato habla porque se sigue considerando una gran caja sanitaria nacional a la cual recurre el Poder Ejecutivo de turno y en consecuencia está enmarcado en la relación Nación - provincias. Solemos encontrar desde el 2003 a presidentes que no están dispuestos a ceder el 1% del PBI para que las provincias asuman la atención sanitaria de la población de la tercera edad.

Salimos de diez años de gobierno de Menem donde se privatizaron empresas públicas y se transfirieron servicios sanitarios y educativos a las provincias, y luego vinieron 20 años donde se volvió a estatizar las empresas y donde se frenó la transferencia y se ignoró el federalismo dado que el Ejecutivo Nacional prefirió hacer caja con los recursos para gestionarlos a nivel central (no quiero repasar los escándalos de corrupción de vialidad, plan cunita, y tantos programas nacionales inexistentes que generan bajos resultados).

Claramente la integración de los recursos del PAMI al sistema público provincial fortalecería la caja sanitaria de las provincias otorgándole una mayor capacidad de regular y controlar la salud en esa jurisdicción. Pero debemos ser conscientes que en las provincias prevalece también la lógica de mantener

separadas las cajas (presupuesto y obra social provincial) segmentando de esta manera el acceso y la calidad sanitaria de la población que vive en la provincia.

No conozco ningún gobernador que haya intentado avanzar en la integración de la obra social provincial con el sector público provincial en lo que podría ser la base de sustentación de un seguro provincial de salud.

Que va a suceder con el Instituto (PAMI) seguirá siendo un lastre, un fondo de incentivo a la industria del medicamento local y las clínicas y sanatorios que se caen del resto del sistema y son sostenidos por el Instituto o definiremos convertirlo en una punta de lanza para promover reformas de los sistemas provinciales de salud a cambio de la transferencia de población y recursos.

Respecto del sistema de seguridad social nacional, como hemos observado en los últimos tiempos el trabajo en negro, el desempleo y la recesión han terminado por reducirlo a la cobertura del trabajo formalizado que manejado por los sindicatos se aferra con uñas y dientes a seguir manejando y conduciendo las obras sociales de categoría.

Siempre han cooptado la Superintendencia y la misma ha trabajado para la protección de las pésimas administraciones sindicales antes que por los pacientes y usuarios que debería representar. Las obras sociales nacionales administran 2% del PBI, muchos millones de dólares a cargo de 300 obras sociales y los acuerdos que tienen con la medicina prepaga que son sus socios en varios negocios.

La población de la seguridad social que aporta durante su vida activa a su obra social cuando llega el momento de jubilarse se la transfiere al PAMI. Esto constituye un claro desincentivo a cuidar la salud de la población dado que en definitiva cuando la persona sea mayor y comience el mayor consumo y utilización, en ese momento se la pasa al Instituto.

En los últimos tiempos la población se ha estado defendiendo mediante amparos de esta situación y por lo general termina sucediendo que las personas se terminan quedando en su obra social de origen. Esto debería solucionarse lo que implica tomar una decisión respecto al futuro del Instituto.

Por otra parte, las obras sociales nacionales han perdido importancia en términos de afiliados durante todos estos años de recesión y repliegue económico. En muchas provincias donde no hay trabajo formal solo están presentes con un bajo número de afiliados que son una carga para una obra social que se gestiona de manera centralizada.

Es probable que la organización de un seguro provincial de salud permitirá que estos afiliados se incorporen al mismo transfiriéndole los recursos correspondientes que aumentarían el fondo provincial de salud.

Tarde o temprano se deberá tomar el toro por las astas y estas decisiones que se fueron procrastinando en el tiempo deberán ser ejecutadas. Siempre es más conveniente hacerlo de manera planificada sin embargo, la Argentina nos enseña que las cosas se terminan haciendo por default echándole la culpa al mercado de tal manera que los políticos queden indemnes de estas decisiones políticas.

La sociedad argentina se convertido, con el tiempo en una sociedad que quiere cambiar sin que el cambio la afecte. El apotegma podría ser el ajuste hay que hacerlo pero con los otros.

El gran político italiano Enrico Berlinguer decía “Cuando se piden sacrificios a la gente que trabaja se requiere un gran consenso, una gran credibilidad política y la capacidad de atacar los excesos y los privilegios intolerables. Si estos elementos no están presentes, los objetivos no podrán lograrse”. ■

(*) Prof. Titular Salud Pública FCM UNL - Coordinador Científico - Máster Salud Universidad de Bologna.

RC MÉDICA: LA PERSISTENCIA DE LOS RECLAMOS (2DA PARTE)



Por Fernando G. Mariona
Abogado (*)

Las mediaciones prejudiciales y judiciales, ¿sirven?

En las 20 jurisdicciones de la Argentina en las que este método alternativo para la resolución de disputas se encuentra institucionalizado, el resultado debería ser de gran utilidad para las partes, y obviamente para los aseguradores, pues les permitiría alcanzar más eficientes y rápidos acuerdos, comparados con un trámite judicial y sus costos.

Sin embargo, la multiplicidad de partes y los diferentes intereses, políticas estacionales del directorio, responsabilidades de quienes colectan información para el análisis del siniestro, visiones de los consultores médicos internos del asegurador y del eventual asesor de la presunta víctima, el cuantioso a veces monto de reclamo no esbozado en la mediación, en la creencia que hacerlo en dicha sede por un monto menor entorpecería hacerlo posteriormente en sede judicial por un monto mayor, la dificultad de la constatación de los daños alegados en esta etapa por negativa del reclamante y/o de sus asesores, las notificaciones a los requeridos, la integración de todos los co-requeridos al proceso, políticas de acuerdos de los aseguradores y el mal aprovechamiento de los tiempos que otorga la mediación para lograr el acercamiento de las partes a una solución, que a veces los acorta en demasía o los prolonga y dificulta, conspira contra un mejor resultado, a contrario sensu de lo que ocurre en otros países de la región.

¡Ni hablar en la actualidad post cuarentena con la perpetuación de las mediaciones virtuales!

A ello debe sumarse que en el 95% de los casos, las mediaciones son de las denominadas “privadas”, en contraposición con las “públicas”, y pese a que es más rápida y amigable la apertura de las primeras para quienes las solicitan, muchas veces los letrados de los requirentes, no están convencidos de su utilidad, y las cierran muy rápidamente, tomándolas como un mero trámite administrativo previo a la demanda, que es lo que en realidad quieren iniciar, para garantizarse de otro modo la percepción de sus honorarios, y hasta para no mostrar demasiado su juego probatorio. No obstante, algunos de los pocos aseguradores co-

merciales de este riesgo, han tenido muy buenos resultados en la gestión de los siniestros en mediación, cuando han podido trabajarlo con dedicación, a punto tal que hay un promedio de más del 35% de cierres con acuerdo y pago sobre el total de reclamos por esa vía, en las que los aseguradores de este ramo han participado al ser citados en garantía.

Pese a ello, en muchas oportunidades los letrados que representan a los aseguradores, en una clara demostración de aceptación del denominado “siniestro” aducen “no conocer el tema”, o “no tener instrucciones del asegurador” para darle el tratamiento adecuado al reclamo.

No podemos pasar por alto que a partir del momento en que el asegurador acepta el siniestro, y se fija o propone un monto indemnizatorio dentro de los límites de la suma asegurada, vencido el plazo del Art. 56 de la Ley de Seguros, empezará a correr la mora del asegurador, si se produce un incumplimiento contractual de su parte, que es el de pagar el monto del reclamo dentro del límite de la suma asegurada, deducida la franquicia a cargo del asegurado (médico o establecimiento médico).

Y los mediadores, ¿qué tal?

No todos favorecen el alcance de la resolución del conflicto por las partes o tratan de mantenerla “abierta” la mediación para alcanzar la solución, así como que muchos letrados, representantes tanto de los requirentes cuanto, de los requeridos, tampoco quieren hacerlo. No comprenden el valor de la resolución del conflicto sin necesidad de entrar en un juicio.

La subestiman, y otro tanto ocurre con los aseguradores, quienes abominan de determinados rubros indemnizatorios en esta etapa, y el profesional que concurre en su representación y en la del asegurado a la reunión de mediación no siempre conoce para qué va. Es clásica la respuesta “no tengo instrucciones”. El ansiado “acercamiento de las partes”, no se produce. Todo se reduce a “encontrar” el número que sirva para todos.

En el caso de los reclamos contra establecimientos asistenciales públicos provinciales o contra médicos su prestación hubiera dentro de la medicina pública es peor, ya que los letrados que representan a las provincias tienen la obligación de continuar con el juicio hasta que, en caso de condena exista una “sentencia firme

“Pese a ello, en muchas oportunidades los letrados que representan a los aseguradores, en una clara demostración de aceptación del denominado “siniestro” aducen “no conocer el tema”, o “no tener instrucciones del asegurador” para darle el tratamiento adecuado al reclamo.”

y en autoridad de cosa juzgada”, pues tienen la prohibición de transar, acordar, dar un cierre.

En praxis médica la mediación debería poseer determinados estándares de calidad para que la actuación tanto por parte del mediador cuanto de los requirentes y requeridos como de sus asesores, fuera de mucha mayor profundidad de la que poseen. Las secuelas de un choque en un guardabarros, no es lo mismo que una fractura mal tratada en ése mismo evento. Convengamos que, al asegurador, la pauta fijada por la SSN para reservas por siniestros pendientes en mediación, no le favorece.

Las partes, no tienen demasiada oportunidad de lograr el acercamiento. El sistema, el método conspira contra ello.

Pocas veces, y los abogados tanto de requirentes cuanto de requeridos somos los responsables. Los de los requeridos, ya sea representando a éstos o al asegurador, es decir a ambos, nos encontramos un ratito antes, los escuchamos apurados, y le decimos: “bueno, usted no hable ni diga nada. Déjeme hablar a mí”.

Y los abogados de los requirentes, salvo algunas excepciones, llegan a esa instancia, o bien sin saber cuál es el fundamento del reproche, o bien sin saberlo expresar. Entonces recurren a una respuesta que debería avergonzarlos, cuando se les pregunta cuál es el reclamo, pues siempre responden: “¡mala praxis!”

Los aseguradores han impuesto con sobrada razón, una vez que todas las partes se han integrado a la mediación - intervalo que se aprovecha para la obtención y análisis de la documentación clínica -la denominada revisión del requirente (del entonces paciente) por los médicos consultores de cada parte, en una sola reunión- una expectativa de máxima que no siempre se alcanza- y sin la presencia de los letrados, ocasión a la que se denomina la “Junta Médica”.

Más allá de los problemas de agenda, tanto del requirente

cuanto, de los consultores, también ocurre que muchas veces los letrados de los requirentes se niegan a que ello acontezca, lo cual coadyuva al retraso del trámite, y muchas veces favorece que se entable la demanda. Es como negarle al inspector de la compañía aseguradora que vaya a evaluar cuánto cuesta reparar el guardabarros chocado.

Una cuestión importante para tener en cuenta por los PAS es que, en mi experiencia, de las circunstancias que transcurren tras la apertura del siniestro, ellos quedan aislados, tanto del curso de la mediación, cuanto del proceso judicial en caso de que a ello se llegara. Estoy convencido que el seguimiento y la información y comentarios al asegurado, sería la demostración de proactividad que fidelizaría la relación con el asegurado/cliente. ■

Aclaración

Tal como referí en el número anterior de “*Médicos*” mi propósito es desarrollar en forma sintética, entre aquella columna, la presente y las próximas dos ediciones de la *Revista*, un panorama que permita a los profesionales de la medicina y a los dueños de los establecimientos de salud, repasar viejos conceptos nacidos a partir de 1980. La presente y las dos próximas columnas estarán referidas, a las mediaciones, otra a un parecer acerca de porqué se llega a juicio, y la última acerca del comportamiento de la comunidad médica frente a los reclamos por “Responsabilidad Profesional Médica”.

(*) CEO de RiskOut Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica. fgmariona@riskout.com.ar. Autor del Libro “Como tapar los Agujeros” La Gestión de los Riesgos para la Seguridad del Paciente. Una Metodología, Editorial Dunken 2022, y del “Manual para el Productor Asesor de Seguros Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica”, y del “Manual para el Médico sobre el Riesgo de Responsabilidad Civil Profesional Médica. “Qué saber para contratar”.



Es nuestro compromiso
brindar atención de
excelencia personalizada,
aplicando el tratamiento
radiante indicado
para cada paciente

- SBRT – Radioterapia estereotáctica extracraneal
- IGRT – Radioterapia guiada por imágenes
- IMRT – Radioterapia de intensidad modulada
- RC – Radiocirugía estereotáctica cerebral
- 3D – Radioterapia conformal tridimensional
- TBI – Total body irradiation
- TS – Total skin
- Braquiterapia de alta tasa

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



**Management eficiente que mejora las
prestaciones en el ámbito de la salud.**



INNOVACIÓN

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoria y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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



100% de cobertura en **Anticonceptivos**

Tenés derecho.

www.ospat.com.ar/anticoncepcion



OSPAT
Te lo garantiza
Ágil y Simple



Sumamos **recursos** que
renuevan nuestro **compromiso**
y **garantizan calidad.**

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



www.acudiremergencias.com.ar



La calidad es nuestra actitud.