

Mé^odicos **Medicina Global**

La revista de salud y calidad de vida

LOS DESAFÍOS PARA EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Adecra+Cedim organizó, en formato virtual, el VI Congreso de Salud, donde más de 20 referentes del management empresarial del área y otros expertos nacionales e internacionales debatieron temas de gestión de la agenda del sector.



“Desde las comisiones de trabajo de Adecra+Cedim estamos convencidos que estos encuentros, resultan clave para la gestión diaria de las instituciones” afirmó el presidente de Adecra, Jorge Cherro, en la apertura del evento.



COLUMNA
FORO LATINOAMERICANO SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD
Por el Dr. Carlos Felice



OPINIÓN
SALUD EN LA ECONOMÍA DE LA POLICRISIS
Por la Dra. Liliana Chertkoff



DEBATE
APUNTES BÁSICOS ACERCA DE LA REFORMA
Por el Dr. Mario Glanc

Acompañarte
es siempre
el **mejor plan**

GALENO

Cuidamos la pasión de quienes dan todo.



¡Mirá nuestro Spot!



Sponsor oficial de
Las Leonas y Los Leones



CONFEDERACION
ARGENTINA DE HOCKEY

sancorsalud.com.ar



ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD inscrita 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.gov.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_v

IONet

www.sifeme.com

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

Nueva App UOCRA

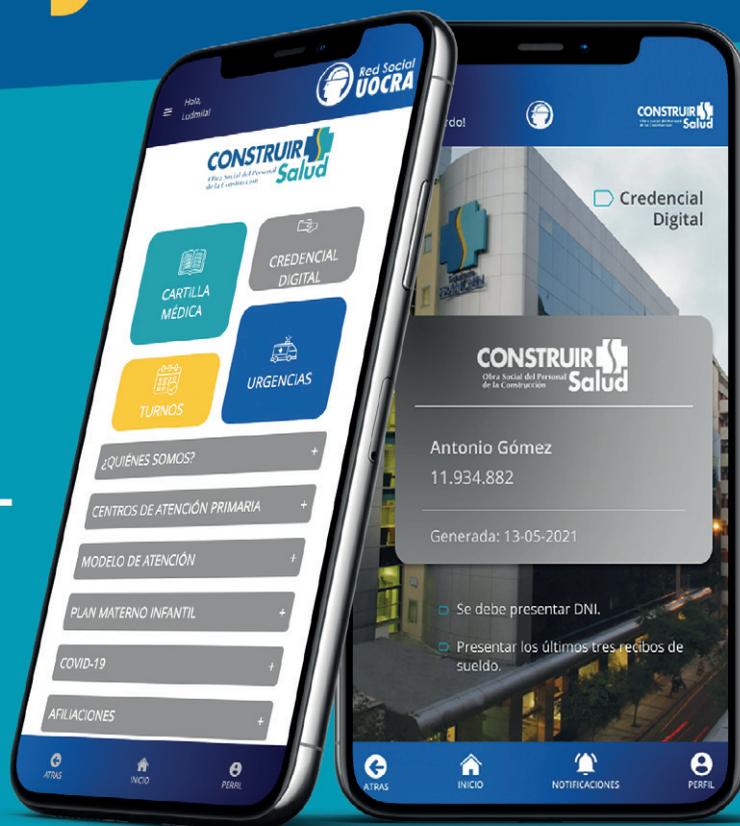
La SALUD a tu lado

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 Salud
Obra Social del Personal de la Construcción



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



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

osde

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

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: 4682-0534

Web Site:

www.revistamedicos.com.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.

ACTUALIDAD	
ACUDIR EN PILAR: NUEVA BASE OPERATIVA EN ZONA NORTE	8
DEBATE	
APUNTES BÁSICOS ACERCA DE LA REFORMA Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA	10
COLUMNA	
¿MOMENTO DE CONSULTAR? Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)	12
OPINIÓN	
EL IMPACTO DEL CEPO CAMBIARIO EN EL SECTOR SALUD DE ARGENTINA Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario	14
DEBATE	
¿CUÁNTO DURA LA COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES? UNA REVISIÓN DE LOS PROCESOS DE RECERTIFICACIÓN Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur	16
OPINIÓN	
SALUD EN LA ECONOMÍA DE LA POLICRISIS Por la Dra. Liliana Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga	18
OPINIÓN	
LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) EN LA MUJER Por la Dra. Matilde Susana Castro - Esp. Medicina Legal e Higiene y Seguridad en el Trabajo. Actualmente Adscripta a la Dirección de Prestaciones Médicas y Reintegros de OSIM	20
COLUMNA	
EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO - LA NECESIDAD URGENTE DE SU REFORMA Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Especialista Médico en Salud Pública - Presidente del Grupo PAIS	22
OPINIÓN	
LA TORMENTA PERFECTA Por el Dr. Mauricio Klajman - dr.mklajman@gmail.com	24
PRIMERA PLANA	
HUMANIZAR, TRANSFORMAR E INNOVAR: LOS DESAFÍOS PARA EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD - VI CONGRESO DE SALUD - ADECRA+CEDIM	26
VOCES	
IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR EL NUEVO MARCO NORMATIVO DEL MECANISMO DE INTEGRACIÓN Por el Dr. José Pedro Bustos, el Dr. Oscar Cochlar y la Dra. Sandra Corazza	30
OPINIÓN	
TECNOLOGÍAS INNOVADORAS Y GASTO INTELIGENTE EN SALUD Por el Prof. Dr. Sergio H. Del Prete - Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud - Universidad Nacional de La Plata	32
COLUMNA	
HACIA UNA GESTIÓN INTEGRAL: DEL HOMBRE ENTERO AL ENFOQUE POBLACIONAL Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)	34
COLUMNA	
FORO LATINOAMERICANO SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines	36
INFORME ESPECIAL	
LA FORMACIÓN DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS ESPECIALES Por Carlos Vassallo Sella, Guillermo Oggier y Rubén Roldan - IdEB	38
OPINIÓN	
LA PANDEMIA DESPUÉS DE LA PANDEMIA Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud	42
COLUMNA	
LA CONSULTA Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo PAIS	44
VOCES	
"INNOVANDO EN SALUD: CREACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS" Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria	46
COLUMNA	
ROMPER LA BARRERA DEL NO - SOBRE UN RECIENTE LIBRO Por el Dr. Antonio Ángel Camerano - Doctor de la Universidad de Buenos Aires	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.

ACCEDÉ A NUESTRO SANATORIO FINOCHIETTO



Asociate hoy con descuento por un año

Medifé
estamos con vos

ACUDIR EN PILAR: NUEVA BASE OPERATIVA EN ZONA NORTE

Con la apertura de Base Pilar, la empresa de urgencias y emergencias médicas continúa reforzando su radio de cobertura en la zona norte del GBA. Además, certificó nuevamente la calidad de sus servicios, de acuerdo con los requerimientos de la Norma Internacional ISO 9001.



Recientemente, Acudir Emergencias Médicas incorporó a su amplia estructura una nueva Base Operativa situada sobre la Av. 12 de Octubre 2065, La Lonja, Pilar (altura Km. 48 – Colectora Oeste Panamericana, Ramal Pilar). Esta ubicación estratégica en el norte del GBA, permite optimizar la velocidad de respuesta y ampliar el alcance de los recursos para la atención de sus clientes en esa zona.

En cuanto a su infraestructura edilicia, la nueva locación cuenta con estacionamiento privado para 4 Unidades de Terapia Intensiva Móviles, además de dormitorios, cocina, salón comedor y otras comodidades para las guardias médicas que prestan servicio las 24 horas, los 365 días del año.

Con esta nueva apertura, Acudir suma 24 Bases Operativas, fortaleciendo su presencia en la región y consolidándose como la empresa de urgencias y emergencias médicas con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. “Esta expansión de la estructura operativa no sólo representa un crecimiento para la empresa, sino también una confirmación más de nuestro firme compromiso con la calidad en la prestación de todos nuestros servicios”, resaltó Pablo Rossetto, Gerente General de Acudir.



Desde el año 2015 y bajo la Norma Internacional ISO 9001, Acudir Emergencias Médicas ha certificado ininterrumpidamente todos los procesos operativos de los servicios de atención de emergencias y urgencias médicas, consultas médicas domiciliarias y traslados sanitarios en ambulancias y unidades de asistencia médica pre hospitalaria de alta, mediana y baja complejidad de pacientes adultos, pediátricos, neonatológicos y telemedicina en el ámbito de la República Argentina para Instituciones de Salud y Empresas. También incluye, los servicios de gestión operativa y administrativa para la atención de servicios médicos pre hospitalarios.

“Contar con la aprobación de una mirada externa objetiva que evalúe la eficacia de todo el sistema de gestión de calidad de la compañía, tal como venimos desarrollando desde la primera certificación, nos motiva a seguir en la búsqueda de la mejora continua, con el objetivo de asegurar la satisfacción de nuestros clientes, superar sus expectativas y cumplir nuestra misión de salvar vidas”, aseguró Pablo Rossetto.

De esta forma, con la renovación del aval de certificación internacional, acompañada por el crecimiento de su estructura, Acudir fortalece aún más su misión de salvar vidas y refuerza el compromiso asumido con la salud y la calidad de todos los servicios que brinda: Urgencias y emergencias médicas, traslados de pacientes, atención médica domiciliaria y virtual, área protegida y cursos de capacitación. ■

- 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



APUNTES BÁSICOS ACERCA DE LA REFORMA



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Los meses transcurridos desde el inicio de la actual gestión, lejos de mostrar pasividad y falta de normas claras, proporcionan ya una clara definición de principios, objetivos y horizontes para el sistema de salud. Hemos presenciado un conjunto de disposiciones que, aunque son de conocimiento público, conviene listar a los efectos de su adecuado dimensionamiento.

Las normativas introducidas en el DNU 70/23, y luego -más allá de su diferida reglamentación-, perfeccionados por el DNU 600/24, y el pas de deus entre la Secretaría de Industria y Comercio y la Superintendencia de Servicios de Salud y las aseguradoras privadas, sumadas a algunas medidas administrativas conexas, establecen una tendencia definida, que conviene no considerarlas como iniciativas aisladas sino como confluyentes con otras acciones con las que se van delineando profundos cambios en nuestro sistema de salud, hasta el punto de configurar una reforma silenciosa en curso.

Si bien el diseño parece apuntar a un modelo de competencia regulada, ésta se establece, como bien lo señalaran aquí los Dres. Oscar Cochlar y José P. Bustos (*Revista Médicos - julio 2024*) en un terreno de "cancha inclinada" a través de reglas de juego diferentes según el origen de los recursos, en el que el sector privado goza de prerrogativas no aplicables a las entidades originalmente encuadradas en la Ley 23.660, particularmente en lo que hace al alcance de la cobertura, la libertad de imponer restricciones para la incorporación de personas con enfermedades preexistentes, la posibilidad de dar de baja a beneficiarios, modificar aranceles discrecionalmente y particularmente en lo que hace al aporte al último y desagrado vestigio del Fondo Solidario.

No se prevén medidas tendientes a la protección de publicidad engañosa o abusos contractuales, no está contemplada la estandarización de la calidad prestacional, ni la posible concentración del mercado, sino que incluso se ensalza la virtud del monopolio.

Lo que se dispone no es la continuidad de un seguro sustitutivo como el que conocíamos (aunque imperfecto, por la hibridez resultante de la desregulación de los 90' y la aparición del mercado asegurador privado en la seguridad social nacional), sino un modelo más cercano al chileno o al estadounidense, donde el alcance de la cobertura es en función de la capacidad de pago del cliente, y no del riesgo potencialmente intercurrente.

Pero mientras en la campaña electoral en USA se propone la ampliación universal de la cobertura, acá el modelo se introduce en paralelo con la definitiva defunción de un subsistema que, más allá de sus muchos desvíos, desmanejos e imperfecciones, durante más de 50 años proveyó cuidados de salud para casi la mitad de la población. Algo que orgullosamente conocimos como Seguridad Social.

Hoy, en parte por lo que vino sucediendo hasta aquí, un poco por lo que está en curso, ese sistema está en vías de desaparición, ya por fallas intrínsecas de diseño, por insuficiencia de aportes y contribuciones, informalidad del mercado laboral, transición demográfica, incorporación acrítica de coberturas exigibles, espiralización de costos, y licuación intencional del insuficiente e ineficiente FSR.

Quedarán las Obras Sociales Provinciales y los regímenes especiales sujetos a su propia suerte, y el PAMI y sus prestadores en alto riesgo de desfinanciamiento a partir de la reducción / desaparición del impuesto PAIS.

Se instala así una competencia deliberadamente desigual, entre actores asimétricos con poblaciones diferenciadas, diferente riesgo actuarial, e incomparables niveles de cautividad de sus aportantes.

A esa competencia sesgada e imperfecta se le suman desigualdades injustas, resultantes del desentendimiento público con el sufrimiento del otro, el acceso deficiente a la atención y servicios básicos y, en definitiva, el abandono de la política pública como herramienta de compensación de asimetrías y vulnerabilidades.

Apelando a la potestad de los Estados provinciales en materia de salud, el Estado Nacional se desentiende de la suerte de la población, reduce en más \$ 150.000 millones el presupuesto del Ministerio de Salud sin explicación precisa de los supuestos ahorros alcanzados, retrasa y/o suspende la provisión de medicamentos de alto precio, discontinúa o desfinancia programas de costo efectividad demostrada, e interrumpe o demora asistencia alimentaria directa en primera infancia, mientras que libera el PVP de medicamentos, con incrementos francamente por encima del IPC.

La consecuencia de este creciente empobrecimiento, en el sentido más amplio de la palabra, desemboca en mayor enfermedad, mayor desesperanza, mayor pobreza y marginalidad.

Más allá de la situación particular de cada jurisdicción, para todo aquel que no acceda al aseguramiento nominal, el destino se juega en la asimétrica disponibilidad de recursos de cada provincia, su capacidad de gestión, niveles de organización y disponibilidad de estructura.

Un sector salud provincial y municipal desfinanciado, que arrastra décadas de restricción e ineficiencia, que sostiene una demanda creciente, cada vez más pauperizada, y que ahora va a ser -ya lo es- receptora de quienes ya no pueden sostener el pago de los seguros públicos o privados.

Una población más pobre, más enferma, más postergada para acudir por asistencia, en un sistema de atención episódica, carente de normas comunes, de rectoría y de estrategia común.

Facilitación de procederes y operaciones para el sector asegurador privado, acceso pleno a los cuidados de salud para quienes puedan pagarlo y paralelo abandono de las funciones básicas del Estado en materia de acceso, equidad, regulación, calidad, sustentabilidad y resguardo de derechos inalienables, quedando éste relegado a la continuidad de políticas asistencialistas dirigidas sólo a atenuar los escandalosos niveles de indigencia.

Así, la salud pública desfinanciada, carente de líneas rectoras y sin implicación comunitaria, ni es salud ni es pública: es exclusión y es beneficencia, en el mejor de los casos.

Nos encaminamos hacia un modelo que terminará de cristalizar la cruel segregación biológica y social que poco a poco se ha naturalizado: no es ni será el avance de la ciencia ni el sistema de salud, sino las relaciones de poder quienes determinan quien enferma de aquello que alguna vez fue evitable. Quién vive y quién muere más temprano.

Es crucial debatir si se trata de un conjunto de medidas descabelladas e improvisadas, o si más allá de torpezas, contramarchas e improvisaciones, efectivamente, estamos presenciando un plan racional, sistemático, con objetivos definidos y clara posibilidad de alcanzarlos.

Si así fuera, lejos de rescatar acríticamente lo que fue, es imperioso contraponer un futuro de racionalidad, sustentabilidad y justicia. ■

(*) Médico Cardiólogo. Mg. En Salud Pública y en Economía y Gestión en Salud. Doctor en Medicina. Director Académico IPEGSA



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

CUIDAMOS TU SALUD

Obra Social con más
de 30 años de
trayectoria

+

COBERTURA TOTAL SIN COSTO

Presentes en todo el país
Sanatorios de media y alta gama
Hola Doctor App
Emergencias y Urgencias 24 horas

+

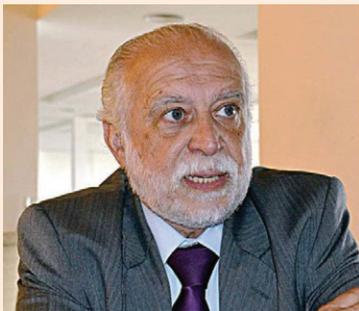


Afiliaciones por Whatsapp al 1151686167



Para afiliarte a la Obra Social OSPAT el aporte de tu recibo de sueldo es suficiente. Según las prácticas médicas que se requieran, podrán solicitarte el pago de coseguros, los cuales son establecidos por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud y en ningún caso pueden superar el tope que establece el ente regulador

¿MOMENTO DE CONSULTAR?



Por el Dr. Rubén Torres (*)

Uno de los mayores desafíos de los países es el financiamiento de la salud de sus poblaciones. El avance de las tecnologías médicas (fármacos, dispositivos procedimientos de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación), sumado a la prolongación de la vida y las prácticas “defensivas” de los profesionales ante eventuales demandas, impulsa un gasto en salud cada vez mayor, que supera el crecimiento de las economías.

Nadie ha encontrado la solución perfecta para esos dilemas insolubles en el mundo desarrollado, excepto la Argentina. El kirchnerismo, logro esa “solución política”, evitando encarar el problema, como lo hace el resto del mundo. Se creo un país donde todo era gratis cuando el gobierno buscaba votos y muy caro cuando “se acababa lo que se daba”.

Se crearon así distorsiones que ahora estallan a través de aumentos inexplicables en las cuotas de la salud privada, o en severísimas dificultades financieras para las obras sociales, así fueron casi gratuitas las tarifas de energía y transporte hasta que llegó la “motosierra”. Pero prepagas y obras sociales, a diferencia de las generadoras y los colectivos, no recibieron subsidio alguno y debieron sobrevivir cortando por lo más fino.

Durante muchos años se deterioraron sus finanzas y las de sus prestadores, quienes debieron relegar inversiones, atrasar salarios del personal y congelar honorarios de los médicos, que terminaron renunciando o pidiendo copagos para atender a los afiliados.

A través de una sucesión de leyes y sentencias judiciales, se obligó a prepagas y obras sociales, a financiar tratamientos y medicamentos de alto costo, sin incrementos de cuotas o aportes para compensarlos. Varios legisladores encontraron la razón de su vida impulsando leyes que ampliaron el PMO, para obligar a prepagas y obras sociales a cubrir, sin aumentar sus ingresos, distintos problemas graves de salud.

Podría juzgarse que son avances sociales propios de un Estado moderno, pero, en ese caso, su financiación correspondería al presupuesto nacional, como en el resto del planeta, y no a empresas particulares, que no tienen forma de absorberlos, ni siquiera aumentando las cuotas de forma desmesurada, ni a las obras sociales, que tienen fijos sus niveles de ingresos por ley.

De más está decir que ello requiere una economía vigorosa y competitiva y no la decadente que dejó el gobierno saliente. Nuestra Constitución garantiza el derecho a la salud (artículo 42), previendo el recurso de amparo para asegurar su efectividad, en consonancia con el Pacto de San José de Costa Rica.

Sobre esa base, los magistrados mandan realizar tratamientos o proporcionar medicamentos a obras sociales y prepagas cuando algún médico (cuya idoneidad desconocen) lo prescribe, sin mediar dictamen de un organismo oficial ni evidencia científica definitoria ni, mucho menos, un análisis de costo-efectividad de lo que disponen.

Ignoran así que el derecho constitucional a la salud implica una obligación del Estado y no de las prepagas y obras sociales, ajenas y distantes del Tesoro nacional, a quien correspondería financiar el costo de esas leyes con partidas presupuestarias, y utilizando la amplia

capacidad instalada de prestadores públicos, privados y de la seguridad social que existen en el país, retribuyéndoles adecuadamente por ello.

Este país, que fue durante muchos años un ejemplo de movilidad social ascendente, fundada en familias inmigrantes, humildes, educadas en el esfuerzo y el trabajo, que permitió a sus hijos estudiar, ser profesionales y estar en una posición social mejor que sus padres, construyó ese sendero apoyado en servicios públicos, especialmente de educación y salud accesibles y bastante más que aceptables para la época.

En ese país, hoy la pobreza es un mal ya endémico, determinado por la incapacidad de alcanzar un determinado nivel de ingresos, y expresado en exclusión, marginalidad, desigualdad social en calidad de vida, acceso a la educación y la salud.

Las medidas tomadas hasta ahora son palmaria expresión de una política social que fracaso administrando planes que atacan las consecuencias, y no las causas de la misma, y generó una burocracia que transformó a sus funcionarios en líderes de ejércitos de agentes públicos que vivían de presupuestos destinados a su solución.

Políticas monetarias y fiscales responsables hacen más para combatir la pobreza que esos ejércitos y el conjunto de “expertos” que desde hace años discuten interminablemente como medirla, en reuniones en hoteles de 5 estrellas, con cenas bien pobladas, mientras sigue aumentando el número de aquellos que no pueden comer.

No existen dudas respecto de la necesidad de generar crecimiento económico y riqueza, pero eso no bastará para solucionar incertidumbre laboral, bajos salarios y falta de perspectivas de futuro, si no se acompaña de acceso a educación de buena calidad y de salud de calidad homogénea para todos.

Ese mismo país, discute hoy en fervorizadamente el fuerte aumento de las cuotas de la medicina prepaga, que afecta a 6 millones de sus hijos y oculta e invisibiliza a los varios millones de ellos, que esperan pacientemente a altas horas de la madrugada la posibilidad de obtener un turno de atención, una fecha de operación, o un medicamento que alivie los efectos de una patología tardíamente diagnosticada.

El mismo país que permitió impunemente que los salarios de sus trabajadores de la salud (como el de la mayoría de sus servidores públicos) no guardara ninguna relación con sus responsabilidades, aguarda una respuesta de su dirigencia toda (no sólo la política).

Asignar simplemente la culpa de nuestra inequidad sanitaria a la sola “ineficiencia” de una seguridad social a la cual el Estado impone obligaciones, que él no cumple, o a los precios de una medicina privada, que solo debiera ser complemento o suplemento de una atención pública de calidad homogénea, y no como es hoy, su sustitución aspiracional, olvidando el papel que en la asignación de recursos y prioridades le cabe al sector público, parece condecir con una cierta disonancia cognitiva.⁽¹⁾

Es la manifestación de una conducta patológica, que se manifiesta en personas de todas las clases sociales en todas partes del mundo, y un ejemplo de la definición, es el de la persona que, sabiendo lo comprobadamente nocivo que es fumar para su salud, decide continuar haciéndolo con el argumento de que no es así.

Otro es el del miembro de un matrimonio que, habiéndose comprometido a ser fiel a su cónyuge, lo engaña y se justifica arguyendo que la culpa es del otro u otra. De la definición de la afección y los ejemplos, emerge claramente que la condición sine qua non para la existencia de la disonancia cognitiva es la mentira, cuyas principales consecuencias son el autoengaño y la contradicción.

¿Le habrá llegado a nuestra dirigencia el momento de consultar? ■

Referencia:

1) El psicólogo social estadounidense Leo Festinger, publicó en 1957 su libro “A Theory of Cognitive Disonance” (Teoría de la Disonancia Cognitiva), a la cual define como la incomodidad o desasosiego que padece una persona cuando sus convicciones o conductas entran en contradicción con sus actos.

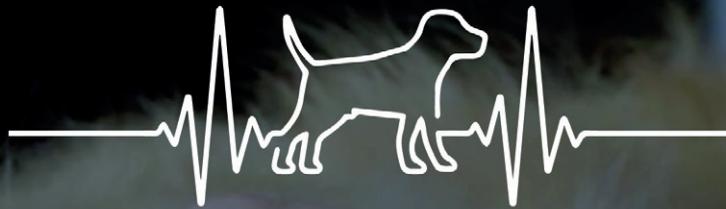
(*) Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA).



Omint

**SU AMOR ES LA
MEJOR COMPAÑÍA.**

**AHORA TUS MASCOTAS
TE PUEDEN VISITAR A TRAVÉS
DE NUESTRO PROGRAMA.**



**MEJORAN LA
FRECUENCIA
CARDÍACA**

**GENERAN
DISTRACCIÓN
POSITIVA**

**DISMINUYEN EL
NIVEL
DE ESTRÉS**



**Clínicas del
Grupo Omint**

EL IMPACTO DEL CEPO CAMBIARIO EN EL SECTOR SALUD DE ARGENTINA



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

El cepo cambiario, una medida implementada por el gobierno argentino para controlar la fuga de divisas y estabilizar el tipo de cambio, ha tenido repercusiones significativas en diversos sectores de la economía, incluyendo el sector salud. Esta política, que restringe la compra de dólares y otras monedas extranjeras, ha generado tanto desafíos como adaptaciones en el ámbito sanitario.

Uno de los principales impactos del cepo cambiario en el sector salud es la dificultad para importar insumos médicos. Equipos de alta tecnología, medicamentos y otros materiales necesarios para el funcionamiento de hospitales y clínicas dependen en gran medida de proveedores internacionales.

Además, la falta de acceso a dólares al tipo de cambio oficial ha forzado a muchas instituciones de salud a acudir al mercado paralelo, donde la divisa tiene un valor considerablemente más alto. Como resultado, los costos de adquisición de insumos y medicamentos han aumentado, lo que ha trasladado la presión financiera a los pacientes y al sistema de salud. Por otro lado, la inflación y la devaluación del peso argentino han agravado aún más esta situación, complicando la planificación y el presupuesto de las instituciones sanitarias.

La escasez de insumos y el aumento de costos han tenido un impacto directo en la calidad del servicio de salud. La falta de equipos y medicamentos adecuados puede retrasar tratamientos y procedimientos, afectando la atención al paciente. Asimismo, el paciente se ve perjudicado por la limitada capacidad de modernización y mejoras del sector. En definitiva, el paciente se ve afectado en la baja en la calidad de atención aun debiendo pagar un precio mayor por el mismo.

Algunas instituciones han buscado adaptarse mediante acuerdos de cooperación con proveedores locales para reducir la dependencia de importaciones. Otras instituciones sanitarias, han optado por diversas medidas paliativas implementado medidas de eficiencia y ahorro para mitigar el impacto financiero. Si bien las primeras medidas mencionadas pueden ser más sustentables en el tiempo, mientras continúe la inestabilidad financiera y se mantenga el cepo cambiario, será imposible generar mejoras sustentables en el sector.

Perspectivas futuras

La eliminación repentina del cepo cambiario presenta varias desventajas y riesgos que podrían impactar negativamente al sector salud. Uno de los principales problemas sería una posible devaluación abrupta del peso argentino, provocada por el aumento en la demanda de dólares que superaría la oferta disponible. Esta devaluación con-

lleva un incremento en la inflación, elevando los precios de bienes y servicios y reduciendo el poder adquisitivo de la población.

Además, la transición hacia un tipo de cambio más libre podría generar alta volatilidad en los mercados financieros y cambiarios, esencialmente si no se cuentan con reservas internacionales suficientes para estabilizar el tipo de cambio. La combinación de inflación y devaluación también erosionaría los ingresos reales de los trabajadores, disminuyendo su capacidad de compra y afectando negativamente el consumo interno. Como se sabe, estos efectos tendrán un impacto significativo en el presupuesto y la operatividad de las instituciones de salud.

El futuro del cepo cambiario y su efecto en el sector salud dependerán en gran medida de las decisiones económicas que tome el gobierno. La eliminación progresiva de las restricciones cambiarias, tal como se ha planteado en recientes conversaciones con el FMI, podría mitigar algunas de las presiones actuales. Sin embargo, para asegurar una transición ordenada y sostenible, será fundamental mantener la estabilidad económica y acumular reservas internacionales adecuadas.

Acumular reservas ha sido uno de los grandes objetivos del gobierno argentino, junto a la reducción de la inflación y el logro de un superávit en las cuentas fiscales. Estas metas son fundamentales para estabilizar la economía y generar confianza tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, el problema que se vislumbra es que, en el esquema actual, las reservas se mantienen negativas y se agrava la situación porque desde junio el estado no ha podido comprar dólares.

Por otro lado, el plan actual se basa en el ancla cambiaria para mantener la inflación bajo control, es decir, mantener el tipo de cambio estable para evitar que los precios internos suban descontroladamente. Sin poder, ni querer devaluar, y con vencimientos de deuda en pesos y dólares en el corto plazo, la presión sobre las reservas es aún mayor.

El ingreso de dólares frescos se presenta como la esperanza para aliviar esta situación. Con un muy alto riesgo país que restringe todavía el acceso financiero, el gobierno apuesta fuertemente a las exportaciones, con Vaca Muerta a la cabeza y espera que las inversiones extranjeras jueguen un papel crucial, a partir del RIGI. A pesar del cepo, este régimen ofrece incentivos fiscales y facilidades administrativas para proyectos de inversión que generen divisas y empleo en el país.

En conclusión, el cepo cambiario ha impuesto serios desafíos al sector salud, afectando la disponibilidad y el costo de insumos médicos esenciales, así como la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. La dependencia de importaciones y el incremento de costos debido a la necesidad de recurrir al mercado paralelo han trasladado una presión financiera significativa tanto a las instituciones de salud como a los pacientes.

A medida que el gobierno busca ajustar las políticas económicas, la eliminación gradual de las restricciones cambiarias podría ofrecer alivio a corto plazo, pero se enfrenta a riesgos considerables como una posible devaluación abrupta y mayor inflación. La estabilidad económica, el incremento de reservas internacionales y una transición ordenada son cruciales para mitigar estos impactos.

Las estrategias actuales, como el fomento de exportaciones y la atracción de inversiones extranjeras a través de incentivos, podrían ser clave para superar las limitaciones del cepo cambiario y restaurar la estabilidad en el sector salud. Sin embargo, la implementación efectiva y la gestión de estos desafíos económicos deberán complementarse con cambios estructurales y microeconómicos en el sector salud para que la mejora sea sustentable en el tiempo. ■

(*) Profesor universitario.

A photograph of a man with a beard and short dark hair, wearing a grey t-shirt, holding a baby in a black and grey carrier. The baby is smiling and looking towards the camera. The background is a blurred indoor setting. The entire image has a blue tint.

En el Sanatorio
de la Trinidad
nació Lucía y
nació un amor
que **durará**
para siempre.

TODO PARA ACOMPAÑAR TU PROPIA HISTORIA

GALENO

TODO PARA VOS

¿CUÁNTO DURA LA COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES? UNA REVISIÓN DE LOS PROCESOS DE RECERTIFICACIÓN



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Las reiteradas crisis del capital humano en el sector salud hacen que, como siempre, prestemos atención a lo urgente y releguemos lo importante. Faltan médicos capacitados en áreas críticas como emergencias y atención primaria. Los ingresos caen en relación con la inflación, y tanto el sistema público como el de la seguridad social, parecen ir a la deriva.

Nos preocupa lo que ocurre en las residencias de los profesionales de la salud y en la universidad. Sin embargo, estos dos períodos juntos no llegan a representar una tercera parte de la vida activa de un profesional.

Existe amplia evidencia de que las competencias se pierden con el tiempo, especialmente aquellas que no forman parte de nuestra práctica diaria, aunque sean esenciales para nuestra especialidad. A esto se suma que el desarrollo tecnológico y la investigación modifican los parámetros de competencia al agregar prácticas y conocimientos que desconocemos.

Me llamó mucho la atención un artículo reciente de Roberto Borrone en *La Nación*⁽¹⁾, que aborda el tema de la recertificación. En él, se señala la obvia necesidad de acreditar periódicamente las competencias, y se argumenta que su obligatoriedad debería ser la norma. Esto, además, permitiría que la sociedad recompensara con mejores salarios a quienes estén mejor calificados.

Ahora surgen dos aspectos a analizar: por un lado, qué dicen las normativas y hasta dónde están implementadas, y por otro, cómo debería ser esta evaluación periódica, considerando el estado del arte en la materia y las experiencias de otros países.

Como primer punto, debemos tener claro que en nuestro país los títulos habilitan automáticamente a los profesionales de la salud para ejercer su profesión sin necesidad de ninguna evaluación adicional.

Aquí es donde surge el primer debate: ¿debería la habilitación profesional depender de la especialización, como ocurre en otros países, o al menos de una evaluación estandarizada al finalizar los estudios de grado? Estos exámenes iniciales serían las certificaciones que luego deberíamos recertificar. No podemos recertificar si no hemos certificado primero.

En segundo lugar, al ser un país federal, cada provincia se reserva el derecho de matricular (autorizar la práctica) y otorgar certificaciones de especialidad. En algo menos de la mitad de las provincias, estas funciones están delegadas a colegios o consejos

profesionales, mientras que, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sigue siendo el Ministerio de Salud de la Nación quien las otorga.

Esto significa que no es posible establecer una normativa uniforme para todo el país. Varias provincias, como la Provincia de Buenos Aires, ya han implementado recertificaciones periódicas.

A nivel nacional, se han dictado varias normativas y se emiten certificaciones con fecha de caducidad, pero no se ha implementado un procedimiento específico. La última de ellas es la Resolución N° 1463/17, cuyo modelo de implementación fue aprobado por la Disposición 24/2023 de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización.

Paralelamente, muchas sociedades científicas certifican especialidades y recertifican con el prestigio de su historia y el reconocimiento de sus pares. No debemos olvidar, en este complejo sistema, el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA), en funciones desde 1994, y el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) de la Academia Nacional de Medicina. Como vemos, el problema no radica en la falta de normas.

A pesar de este entramado de sistemas y normativas, casi la mitad de los médicos en Argentina no tienen su especialidad certificada, y menos aún recertificada. Esto evidencia la necesidad de encontrar acuerdos interinstitucionales y establecer reglamentos comunes, así como avanzar hacia la obligatoriedad, no sólo para anunciarse como especialista, como sucede hoy en día, sino también para ejercer la práctica.

El otro gran aspecto para analizar es cómo llevar a cabo este proceso. En el mundo, los primeros sistemas de recertificación se basaron en los procesos de formación profesional continua y, por ende, en los créditos obtenidos por la participación en actividades educativas. Este modelo predomina en casi todos los sistemas y normativas mencionadas anteriormente: la actualización de conocimientos.

Sin embargo, desde la introducción del concepto de competencias y la centralidad que la práctica médica ha otorgado a los pacientes como actores activos del proceso salud-enfermedad-cuidado, este enfoque se ha vuelto insuficiente.

La seguridad del paciente no puede garantizarse sólo con la actualización de saberes; si la práctica incluye procedimientos y las especialidades han incorporado nuevas prácticas, éstas deben ser evaluadas como parte los programas de recertificación.

Por todo ello debe considerarse la experiencia del paciente. En muchos países, el análisis de historias clínicas, encuestas a pacientes, acreditaciones o portafolios de prácticas realizadas forman parte de estos procedimientos de evaluación periódica de competencias.

En resumen, es necesario integrar procedimientos, homologar normativas, avanzar hacia la obligatoriedad y, además, incorporar aspectos que van más allá del conocimiento, para poder tener procesos de recertificación modernos. ■

Bibliografía:

1) Borrone R. Recertificación médica, un control de calidad periódico que debería ser obligatorio. *La Nación*. 2024 julio 16.

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



12° CONGRESO ARGENTINO DE AUDITORES Y GERENTES DE SALUD

SALUD Y SOCIEDAD: DESAFÍOS Y PROPUESTAS
EN LA ARGENTINA CONTEMPORÁNEA

Organiza

 **SADAM**

ASOCIACION ARGENTINA DE
AUDITORIA Y GESTION SANITARIA

 11 y 12 de septiembre

 16:30 a 20:30 hs.

 En streaming

Transmitido desde la AMA

Para más
información
e inscripción
scaneeá
este QR



 info@sadamweb.com.ar

 11.7369.0803

SALUD EN LA ECONOMÍA DE LA POLICRISIS



"Los dioses nos dan muchas sorpresas: lo esperado no se cumple y para lo inesperado un dios abre la puerta". Eurípides

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

Salud es una palabra que deriva del latín "Salvus", entero, refiere a la integralidad, estabilidad y orden. (1) No se refiere al atributo de un solo individuo, ni a una sociedad particular, ni pertenece a un solo grupo.

Este término abarca a toda la humanidad, pertenece a un derecho esencial, legitimado por constituciones y declaraciones universales... Pero aún estamos muy lejos de incorporar la salud como una condición indispensable en la continuidad de la vida en el planeta, el único hogar que disponemos hoy.



La **economía**, del griego *Oikonomia*, su significado se traduce como gestión del hogar. Aristóteles en la antigua Grecia, la señaló como "administración del hogar".

Sería interesante relacionar ambos términos **salud y economía**, más aún en esta época... donde vivimos atravesados por un cambio antropológico digital que excede nuestra capacidad de asombro, por fenómenos inverosímiles que nos sacuden de todas las certezas.

Sin embargo, la naturaleza humana tiene el potencial de transformar la realidad en un espacio más digno y saludable. Nuestro código genético trae una memoria ancestral de la especie humana. (2)

¿Por qué reflexionar, sobre estos significados frente a la urgencia de resolver lo inmediato? ¿Qué relación tiene la **polycrisis** con la salud, la economía, la prestación de servicios y las ideas de lo universal?

Polycrisis

El término polycrisis nace alrededor de 1990, lo propone Edgar Morin (3)(4) erudito centenario que revoluciona el pensamiento desde la teoría de la complejidad. Morin ha dado lugar a la creación de múltiples universidades y centros de estudios.

Nos dijo entonces: "habrá que señalar la complejidad de la crisis planetaria, mostrando que todos los humanos están confrontados desde ahora, con los mismos problemas de vida y muerte, viven en una misma comunidad de destino".

La complejidad también abarca la comprensión de los opuestos, destrucción/construcción, orden/desórdenes implícitos en toda naturaleza.

En DAVOS 2023 (reunión anual del Foro Económico Mundial), se utilizó la palabra polycrisis (combinación de crisis globales) para señalar la situación actual del planeta en su informe de Riesgos Globales. (5)

- Geopolítica / Guerras.
- Crisis energética.
- Pandemias y epidemias.
- Cambio climático.
- Polarización política y social.
- Migraciones.
- Inseguridad alimenticia.
- Crisis de materias primas.

Todos estos factores entrelazados impactan en la trama social, se traducen en las severas tensiones que representan un tsunami de envergadura no imaginada, y una exposición al daño, hablando en términos epidemiológicos.

¿Qué podemos hoy hacer desde nuestras realidades?

Un *sistema* es "una interrelación de elementos que constituyen una entidad o unidad global". (6)

El término *salud* reúne una compleja diversidad de dimensiones dependientes del ambiente, la economía, los cambios socio-culturales, antropológicos, etc., no pueden ser comprendidos con paradigmas (6) desactualizados (modelos que dan lugar a los conceptos, actitudes y métodos científicos).

Nuestra percepción como profesionales puede ser sesgada, muy diferente a la percepción de la población, y en términos generales podríamos decir: "es saludable una persona en cada ciclo vital que puede dormir, comer y relacionarse en forma armónica, con flexibilidad al cambio, envejecer transmitiendo sus experiencias" (Dr. Eduardo Sarue)... y que lejos estamos de alcanzar estos parámetros...

La posibilidad de resolver un problema exige que logremos plantearlo adecuadamente y además comprender los factores interactuantes y conexos que intervienen en la búsqueda de su resolución.

La economía es determinante en todo sistema de salud, sin recursos es imposible continuar, esto es una evidencia fáctica, también lo es la pauperización de los profesionales, y de la población, la mala calidad laboral, la pérdida de especialistas, la violencia institucional y social, la desactualización de la propuesta educativa, el envejecimiento de la población y su comorbilidad, el desabastecimiento de las universidades públicas, las luchas de egos, la aceleración de las transformaciones sociales, digitales, el exceso de información / desinformación (7), para citar solo algunos.

La gravedad del desabastecimiento de los hospitales públicos, y universidades, las dificultades severas en el sector privado y el de las obras sociales, la pérdida de accesibilidad universal, oportuna y efectiva impacta en la economía y en la vida de todas las personas, generando tensiones, multiplicidad de factores de riesgos, que aumentan la incidencia de patologías.

Entonces comencemos por acceder a trabajar en equipos interdisciplinarios, esto significa sumar profesionales de diferentes disciplinas para plantear los problemas y abordarlos, trabajar con otros sectores a esto se llama trabajo intersectorial, más allá de las luchas de poder y los intereses corporativos, es posible en los pliegues de la realidad encontrar estrategias que faciliten la complementariedad que se puede encontrar en compartir recursos de alta complejidad, recursos físicos y la sinergia que representa aunar esfuerzos económicos, en programas y propuestas creativas de interacción. Las dos fuerzas están juntas la destrucción / creación.

Si lográramos integrarnos a otros, aun en pequeños grupos y dimensiones, si acciéramos a estudiar más, a reflexionar, pensar y ampliar nuestra visión quizás podríamos encontrar las respuestas. ■

Bibliografía:

1. Thierer Jorge/"El corazón y las palabras" - Soc. Arg. Cardiología disponible en <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/el-corazon-y-las-palabras-parte-4>
2. Laszlo E, Grof S., Russell / "La Revolución de la conciencia" - ISBN 8472454819 - Editorial Kairós - Pág. 200.
3. Morin E./Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. ISBN: 09789582005993 Bogotá - Colombia - 1999 - Pág. 132 /Editorial Magisterio. Lecciones de un siglo de vida. ISBN: 09788449339318 2022 /Editorial Paidós Ibérica - España - Pág.112 - La Complejidad hoy/Edgar Morin. <https://youtu.be/fSDi8YFX3Cw?si=rZfvDug sosNNkjm1>
4. Morin E./Pensar la complejidad. ISBN:9788437077680 - Valencia - España - Editorial Universidad de 2010 Paidós.
5. Morin E./El método <https://edgarmorinmultiversidad.org/index.php/descarga-el-metodo-i-edgar-morin.html>
6. Kuhn T./Estructura de las Revoluciones Científicas. ISBN 9505571135 - Editorial Fondo de Cultura Económica - México -1992 - Pág. 404.
7. Han. B.-Ch/Infocracia. ISBN 978-987-737-072-0 2022. Buenos aires - Argentina. Editorial Taurus - 2022 - Pág.103.
8. Hobsbawm Eric/"Historia del siglo XX". ISBN97898774479013. Ediciones Paidós - Pág. 502.

(*) Médica sanitaria - Epidemióloga



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

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) EN LA MUJER



Por la Dra. Matilde Susana Castro (*)

Las ECV son la primera causa de muerte en mujeres, según lo informan los últimos Estadísticas Vitales-Argentina año 2022: **Mujeres:** 42.296 muertes. 23% Mortalidad proporcional (MP). Tasa de muertes: 179.8

Hombres: 40.307 muertes. 21.7% MP. Tasa de muertes 177.5. A nivel mundial, una de cada tres mujeres muere de ECV y el 45% de las mujeres mayores de 20 años padecen alguna forma de ECV.

El pronóstico de un infarto de miocardio es peor en mujeres que en hombres. La situación posterior al infarto puede presentarse con más dificultades para el sexo femenino: un porcentaje mayor fallece antes de llegar a un hospital (52% frente al 42% en los hombres) y el pronóstico suele ser peor tras la hospitalización.

Las mujeres tienden a presentar enfermedad coronaria aproximadamente 10 años más tarde que los hombres, por lo que suelen tener comorbilidades y sumado a esto, consultan con mayor retraso y tardan más en ser diagnosticadas si presentan síntomas atípicos.

La ECV han sido históricamente asociadas a los hombres, recién en los últimos años las particularidades propias de las mujeres han interesado a los autores, y las conclusiones de los trabajos científicos muestran entre otros, el rol de factores de riesgo relacionados con el sexo, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, anticoagulación para la FA, uso de aspirina, terapia hormonal perimenopáusica e incluso problemas psicosociales.

Factores de riesgo de ECV exclusivos de las mujeres

Algunos factores de riesgo propios de la mujer se suman a los generales que involucran también a los hombres y han sido investigados por los especialistas, no sin generar algunas controversias.

- a- Afecciones asociadas al embarazo: los resultados adversos ocurren en el 10% al 20% de todos los embarazos y están asociados con un riesgo futuro de ECV. Hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, nacimiento prematuro, pérdida de embarazo, restricción de crecimiento intrauterino, son condiciones que requerirían una evaluación cardiovascular adicional dentro de los 3 meses posteriores al parto. La investigación de estos cuadros previos puede ser más útil en mujeres más jóvenes, antes del desarrollo de factores de riesgo convencionales.
- b- Menopausia prematura: (en mujeres menores de 40 años). Los cambios que ocurren en la menopausia, como alteraciones en la distribución de la grasa corporal, tolerancia reducida a la glucosa, modificación en los lípidos, presión arterial más elevada, inflamación vascular entre otros, contribuyen como factores de riesgo.

- c- Síndrome de ovario poliquístico (SOP): las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo de desarrollar características del síndrome metabólico de obesidad abdominal, diabetes, dislipidemia e hipertensión, que contribuyen a la disfunción endotelial, que es un marcador de riesgo de ECV.
- d- Enfermedad autoinmune: mujeres con afecciones como el Lupus Eritematoso Sistémico (entre 35 y 44 años) o con Artritis Reumatoide tienen un riesgo mayor de padecer ECV.
- e- Los anticonceptivos hormonales combinados también podrían provocar un aumento de la presión arterial, en particular entre las mujeres con un diagnóstico preexistente de hipertensión.

La sintomatología femenina en las ECV

Mucho se ha dicho al respecto, lo cierto es que resulta importante tener en cuenta las distintas maneras de presentarse los síntomas en las mujeres que le son propias, no solo para la óptica del médico sino para las mismas mujeres, siendo la prevención la mejor herramienta para su control.

Los síntomas clásicos observados en ambos casos, presentan modalidades propias que pueden diferir en las mujeres, hacerse menos intensos o definidos y/o pueden acompañarse de otros síntomas diferentes con más frecuencia, como en el caso del infarto que puede presentarse con náuseas, vómitos, acidez estomacal, dolor en la espalda y/o en la mandíbula, ansiedad o una disnea súbita en las posmenopáusicas. El dolor torácico típico en mujeres es menos específico y en un porcentaje mayor se objetiva enfermedad coronaria no obstructiva.

Empoderar a las mujeres con el conocimiento de síntomas y factores es tarea del médico a sus pacientes y de quienes tienen la responsabilidad de capacitar e informar sobre temas médicos.

Lucha contra las ECV en las mujeres

La información otra vez es la llave para la mejor alternativa en la lucha contra las ECV, la prevención. El conocimiento de los factores de riesgo propios de las mujeres, de la sintomatología particular e incluso de los posibles tratamientos es fundamental para lograr la disminución del riesgo cardiovascular. Especial mención tiene la promoción de hábitos saludables, donde la alimentación, el ejercicio físico, el sueño y el control del stress, cumplen un rol principal.

Es importante que las mujeres sepan que son vulnerables, que no escapan de las estadísticas y que pueden prevenir las enfermedades cardiovasculares o actuar rápido en caso de que sufran un infarto solicitando ayuda médica precozmente.

Asimismo, cambios en las políticas, educación y capacitación, innovaciones en la prestación de atención médica y diversificación de la cardiología permitirán avanzar en la superación de los temas que afectan la salud cardiovascular femenina.

Crear conciencia en la población general a través de campañas de lucha contra la ECV, que se centren en dar a conocer la enfermedad, los factores de riesgo, destacando las particularidades sintomatológicas que tienen las mujeres, y promoviendo hábitos saludables, es una manera segura de contribuir a la prevención.

Así lo han entendido algunos agentes de salud, tal es el caso de la Obra Social de Personal OSIM, pionera en promover la prevención, que hace ya varios años viene desarrollando su "Campana de Promoción y Difusión: CARDIOMUJER", con positivas repercusiones entre sus beneficiarios y empresas afiliadas (www.osim.com.ar/cardiomujer). ■

Referencias:

- <https://www.sac.org.ar/corazon-y-mujer/infarto-miocardio-mujeres/>
- <https://www.revespcardiol.org/es-epidemiologia-enfermedades-cardiovasculares-mujer-articulo-13086084>
- <https://www.fundacionfavaloro.org/tabaquismo-mala-alimentacion-y-sedentarismo-3/>
- <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.03.060>

(*) Esp. Medicina Legal e Higiene y Seguridad en el Trabajo. Actualmente Adscripta a la Dirección de Prestaciones Médicas y Reintegros de OSIM.

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

EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO LA NECESIDAD URGENTE DE SU REFORMA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Contexto general

El Programa Médico Obligatorio (PMO) nace a través del decreto 492/1995 en el contexto de una reforma de todo el sector salud en consonancia con las profundas reformas institucionales en todos los estamentos del país acaecidas en ese entonces en cuanto a políticas de descentralización y privatización de servicios que hasta ese entonces estaban en manos del Estado.

En síntesis, esa reforma se proponía como norte introducir competencia al sector salud a fin de mejorar la eficiencia y se condensaron a través del decreto 1269/92. Este decreto planteaba cuatro grandes líneas de acción, a saber: la transformación de la cultura organizacional del sector salud, la transformación del modelo de atención médica, la transformación de los programas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad y la transformación estructural del sector salud.

Estas cuatro políticas sustantivas estaban desagregadas en 28 políticas instrumentales y atravesadas a su vez por 14 ejes de acción y 46 programas estratégicos. Todos ellos figuran como anexo 1 del decreto 1269/92.

Estas medidas sufrieron algunas modificaciones a lo largo de todos estos años, pero siguieron hasta estos días sin alterar la estructura y organización general del sistema que sigue aún hoy fragmentado y segmentado.

Entre algunas de esas medidas podemos enumerar el decreto 9/93 de desregulación de las OOS, y el decreto 578/93 de Hospital Público de Autogestión. El primero de ellos sufrió varias modificaciones a lo largo de estos años, pero sin alterar el concepto central que es la libre elección por parte del beneficiario de su obra social.

La más reciente fue el decreto 170/2024, que estableció que el *“derecho a la libre elección podrá ser ejercido por los afiliados titulares de los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, entre cualesquiera de las entidades incluidas en dicha norma”*.

Lo complementa el decreto 171/2024 que determina quienes quedan comprendidos en la norma: *“Quedan comprendidas en*

el régimen de la Ley N° 23.660 las entidades inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) a la fecha de entrada en vigor del Decreto N° 70 del 20 de diciembre de 2023 y aquellas que soliciten su inscripción en el Registro indicado en el artículo 6° de la ley que se reglamenta, conforme los requisitos que para cada inciso se establecen”.

Por su parte el sistema de Hospital Público de Autogestión, luego denominado de Gestión Descentralizada, fue suprimido, constituyendo un cambio importante que desprotege al sector público ya que comienza a ser usado por los financiadores como una puerta de escape ante los costos crecientes.

A estos dos instrumentos normativos en aquel entonces se sumaron una serie de medidas como fueron la implementación del Programa Médico Obligatorio a partir del decreto 492/95 (en él se establecen las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria como así también los coseguros autorizados), la creación de la Administración de Programas Especiales - APE a través del decreto 53/98, la creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica por medio de la Resolución 432/92 y refrendado por el decreto 1424/97, la propuesta de los contratos de gestión, el desarrollo de los seguros públicos provinciales, la asistencia técnica para la reforma de las obras sociales y la asistencia técnica a hospitales.

Estos programas fueron financiados por organismos de crédito internacionales. Los más importantes fueron el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS), el Programa de Reconversión del Sistema de Seguro de Salud (PRESS) y, el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), todos financiados por el Banco Mundial.

También enmarcado en una reforma del Estado general y acorde a los lineamientos de esta, en el sector salud se crearon o reformularon varias instituciones reguladoras las cuales siguen funcionando a la fecha y constituyen el cuerpo institucional regulatorio del país actualmente. Entre estas están la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Otros organismos creados en esa época fueron la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr Carlos G. Malbrán” (ANLIS) a través del decreto N° 1628 y el INCUCAI creado a partir del preexistente CUCAI.

También hubo cambios importantes respecto a la política de medicamentos consonancia con las políticas implementadas. Federico Tobar identifica cinco cambios importantes en esta etapa: la eliminación del control de precios de los medicamentos, la simplificación del mecanismo de acceso a los nuevos registros de productos, la modificación de la ley de patentes Ley 24.481 de 1995, la reducción de los aranceles de importación y el avance en el proceso de integración vertical de la industria farmacéutica.

El contrato de la industria de medicamentos con el PAMI y con obras sociales provinciales consolida un poder de negociación muy fuerte de los laboratorios que si bien pertenecen a distintas cámaras logran ponerse de acuerdo para establecer las condiciones contractuales de los medicamentos en el sistema, el manejo de la información estratégica y la política prescriptiva totalmente alejada de los medicamentos genéricos.

“Existe un enorme consenso entre todos los actores del sistema que el PMO es, a esta altura, un instrumento perimido, distorsivo y que requiere de una reforma y actualización urgente.”

El Programa Médico Obligatorio (PMO)

El PMO, según la definición que consta en la página del Ministerio de Salud de la Nación es “una canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las prepagas y obras sociales. Son las obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes”.

A partir de 1996 entró en vigor el Programa Médico Obligatorio (PMO) a través de la Resolución 247/96 del Ministerio de Salud de la Nación para la Seguridad Social Nacional que daba cumplimiento al decreto 492/95. Posteriormente, la Ley 24.754/1996 estableció la obligatoriedad de cobertura del PMO para las empresas y entidades de medicina prepaga.

Es considerado por la legislación argentina en general como un piso de derechos, no como un techo. Esto ya de por sí hace perder su capacidad rectora en cuanto a la exclusión de nuevas tecnologías, prestaciones o medicamentos que impactan en los costos crecientes sin comprobación de una efectividad adecuada en muchos casos.

El PMO ha ido sufriendo muchas modificaciones, siempre a partir de la incorporación de nuevas prestaciones (por ejemplo, en el tema discapacidad, obesidad, otros) sin el financiamiento adecuado, lo cual impacta fuertemente en los financiadores.

En general estas incorporaciones se realizan a partir de leyes específicas que terminan distorsionando todo el sistema ya que privilegian algunas prestaciones por sobre otras sin medir el impacto en la salud de la población a través de estudios costo efectividad.

Modificar el PMO, una necesidad urgente

Existe un enorme consenso entre todos los actores del sistema que el PMO es, a esta altura, un instrumento perimido, distorsivo y que requiere de una reforma y actualización urgente.

Un equipo técnico de la Superintendencia de Servicios de Salud había avanzado en un plan de beneficios identificando unas 40 líneas de cuidado que podrían ser la base para una modificación del PMO.

Los planes de beneficio son una opción de reformas que muchos países vienen desarrollando en el camino de superar la fragmentación y segmentación a través de las prestaciones de servicios, esto es desde una óptica de la micro gestión.

En este sentido están intentando introducir planes de beneficios (en algunos países denominados paquetes o canastas de prestaciones o servicios) obligatorios para todos los financiadores del sistema.

De no modificarse el actual PMO el problema del financiamiento se irá agravando inexorablemente. ■

(*) Especialista Médico en Salud Pública. Presidente del Grupo PAIS.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2024

GRADO - OCTUBRE 2024

- Licenciatura en Fonoaudiología- **NUEVA**
- Licenciatura en Criminalística - **NUEVA**

DIPLOMATURAS VIRTUALES

- Diplomatura en Diversidad en Salud: Atención Médica de la Discapacidad
- Diplomatura en Comunicación Asertiva para la Práctica Médica
- Diplomatura en Prestaciones Específicas de Pac. con Discapacidad para Médicos
- Diplomatura en Hidrocefalia crónica del adulto. Enfermedad de Hakim-Adams
- Diplomatura en Oncoplastia Mamaria
- Diplomatura en Quimioterapia Oncológica
- Diplomatura en Enfermería Oncológica

MÁS INFORMACIÓN



LA TORMENTA PERFECTA



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

La precarización del trabajo, la intensificación de la cultura del consumo, la expansión de la burocracia y de los mecanismos de control social, la gerencialización de la política, la mercantilización de la educación y la salud, y el aumento de padecimientos mentales como el estrés, la depresión y los desórdenes de atención se muestran bajo esta perspectiva ya no como “errores honestos” de un sistema que tienda al bien común, sino como dispositivos orientados a bloquear toda capacidad colectiva de transformación. ⁽¹⁾

Es importante rechazar la idea de que los fallos aparentes del gerencialismo son “errores honestos” de un sistema que, en sus intenciones busque “mejorar la eficiencia”.

El gerenciamiento es un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas. Un mayor énfasis en el control de los resultados que en los procedimientos. Esos resultados deben ser económicamente viables, sin importar las consecuencias para el paciente y para el sistema de salud. ⁽²⁾

Las iniciativas gerencialistas de la salud sirven a la perfección a sus objetivos reales ocultos, que son los de debilitar más aun el poder del método clínico y socavar la autonomía de los médicos como parte de un proyecto para restaurar las condiciones históricas de poder y riqueza de las clases privilegiadas.

El gerencialismo no comprende el costo de la iatrogenia, de la prevención, de las alertas tempranas e incluso de las oportunidades perdidas prematuramente. Es antiguo y un fracaso demostrado en países donde constituye las bases del sistema de salud.

El monitoreo inagotable y la precariedad, en verdad, van de la mano. El trabajo precario ejerce una presión “irónica y a la vez devastadora” sobre el médico. Por un lado, el trabajo nunca termina: el médico debe estar siempre disponible, sin derecho a ninguna vida privada ajena al tiempo de trabajo.

Por otro lado, el precario es por definición descartable, incluso si se muestra capaz de sacrificar todas y cada una de sus esferas de autonomía en aras del trabajo.

La tendencia actual es que prácticamente todas las formas de empleo se vuelvan precarias. En palabras de Franco Berardi, “el Capital ya no recluta a las personas, sino que compra paquetes de tiempo separados de sus portadores, ocasionales e intercambiables”. ⁽³⁾

Estos “paquetes de tiempo” no tienen ninguna conexión nociónal con una persona con derechos o necesidades: simplemente se encuentran disponibles o no en el mercado.

Berardi también reconoce los efectos de las comunicaciones digitales, que producen lo que él caracteriza como un sentido

difuso del pánico: un estado en el que los individuos se encuentran a merced de una guerra relámpago de datos imposible de manejar.

La aceleración en el intercambio de la información está produciendo un efecto patológico en la mente humana individual y más aún en el espíritu colectivo.

Los individuos -y mucho más los médicos- ya no pueden procesar conscientemente la inmensa y siempre creciente masa de información que ingresa en sus computadoras, teléfonos, en las revistas científicas online y en sus cabezas.

Y, sin embargo, resulta indispensable seguir, reconocer, evaluar y procesar toda esta información si desea ser competitivo y eficiente y triunfar.

Es prácticamente imposible tratar de actualizar los conocimientos médicos, la vanguardia tecnológica y terapéutica, dada la escasez de tiempo disponible por el pluriempleo, cada vez más en aumento, dado el precario sistema de remuneración. En un marco de inestabilidad económica general en aumento.

Insisto que el pluriempleo es causal de pérdida de especialidades, como la pediatría, por no poseer una carrera médica acorde con el paso del tiempo y mucho menos una remuneración acorde. Teniendo en cuenta que uno de los indicadores más importantes -aunque no el único- en un sistema de salud es la mortalidad infantil.

Los que definen los ingresos médicos no se dan cuenta que también van a quedar atrapados en su propia trampa: la calidad prestacional en descenso marcado los alcanzará cuando enfermen y no tengan profesionales acordes al manejo de sus patologías.

Venimos insistiendo hace mucho que no se puede dejar el financiamiento de la salud a personas sin conocimientos del sistema, o a gerentes economicistas sin sensibilidad social ni la debida preparación, ya que manejan seres humanos con derechos inalienables, que están escritos en la Constitución Nacional, además de transgredir faltas éticas no solo penadas por la ley sino por sus conciencias, si es que las tienen...

Una de las consecuencias de las modernas tecnologías de la comunicación es que no cuentan con un espacio externo en el que uno pueda descansar de ellas y recuperarse.



Venimos insistiendo hace mucho que no se puede dejar el financiamiento de la salud a personas sin conocimientos del sistema, o a gerentes economicistas sin sensibilidad social ni la debida preparación, ya que manejan seres humanos con derechos inalienables, que están escritos en la Constitución Nacional, además de transgredir faltas éticas no solo penadas por la ley sino por sus conciencias, si es que las tienen...



El ciberespacio vuelve obsoleto el concepto clásico del “espacio de trabajo”.⁽⁴⁾

En un mundo en el que se espera de nosotros que podamos responder a un *e-mail* de trabajo casi a cualquier hora del día, el trabajo no se limita ya a un lugar o un horario. No hay escape, y no solo porque el trabajo se expande sin límites.

Estos procesos comenzaron a colarse en la libido de manera que el estrangulamiento que provoca el exceso de las telecomunicaciones no se experimenta necesariamente como algo displacentero.

La privatización del estrés es un sistema de captura perfecto, elegante por la brutalidad de su eficiencia. Las causas sociales y políticas del estrés quedan de lado mientras que, inversamente, el descontento se individualiza e interioriza.⁽⁵⁾

El foco en las deficiencias de serotonina como la supuesta “causa” de la depresión deja en las sombras algunas de las raíces sociales de la infelicidad, tales como el individualismo competitivo y la desigualdad en la redistribución del ingreso.

Y si bien existe un enorme corpus de trabajos que muestran los vínculos de la felicidad individual con la participación política y el fortalecimiento de los lazos sociales, tanto como con la justicia en la redistribución del ingreso, una respuesta pública al estrés privado raramente se considera una primera opción de abordaje.

Claro que es más fácil prescribirle una droga a un paciente que efectuar un cambio rotundo en la organización social.

Las largas jornadas de trabajo mal pagas, sumado al pluriempleo tienen autores variopintos: no solo los privados, el Estado es el primer flexibilizador atentando contra sí mismo, así como las Obras Sociales cometen -no todas- los mismos errores, sumándose a políticas que se contraponen a su razón de ser.

Necesitamos con urgencia una nueva política de salud organizada en torno del espacio público. En su ruptura con el capitalismo extremo, los progresismos tradicionales, fueron a la caza de lo público intentando desburocratizar y procurando una mayor autonomía del trabajador, *pero lo que encontraron fue gerencialismo y paseos de compras.*

La situación política actual, con el mercado y sus aliados buscando obstinadamente la erradicación de todo vestigio social, constituye una inversión infernal del sueño de liberar a los trabajadores.

En un giro perverso y espectacular, los médicos se ven ahora trabajando más tiempo y más duro, en condiciones deterioradas y por un peor salario, para financiar en los hechos el rescate de la elite financiera por parte del Estado, mientras los agentes de dicha elite continúan tramando la destrucción de la red de servicios públicos de la que dependen los trabajadores en general y los médicos en particular. ■

Bibliografía:

- (1) (5) - *Capitalist Realism: ¿Is there no alternative?* / Mark Fisher / London / 2009 / Editorial Titivillus.
- (2) - *Bases de la Gestión en Salud basada en Resultados* / Dr. Santiago Spadafora / Universidad ISALUD.
- (3) - *Franco Berardi / Futurabilidad / 2019 / Editorial Caja Negra.*
- (4) - *Eric Sadin / La era del individuo tirano / 2024 / Editorial Caja Negra.*

(*) dr.mklajman@gmail.com



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

HUMANIZAR, TRANSFORMAR E INNOVAR: LOS DESAFÍOS PARA EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Adecra+Cedim organizó, en formato virtual, el VI Congreso de Salud, donde más de 20 referentes del management empresarial del área y otros expertos nacionales e internacionales debatieron temas de gestión de la agenda del sector. Los analistas coincidieron en que la transformación y la innovación son pasos clave para la mejora de los resultados en salud, pero siempre con las personas en el centro de los procesos.

Adecra+Cedim –la cámara nacional que nuclea a más de 400 instituciones de salud privada entre clínicas, sanatorios, hospitales privados, laboratorios y centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorio- llevó delante de manera virtual, en dos jornadas, el miércoles 21 y jueves 22 de agosto, el VI Congreso de Salud.

Más de 20 especialistas analizaron los desafíos actuales y futuros que tienen los líderes en las instituciones de salud para gestionar las áreas de gerencia y administración, recursos humanos, dirección médica y comunicación en contextos de cambio y evolución. Más de 8.000 personas siguieron la transmisión en vivo y por diferido desde distintos puntos del país e internacionalmente.

“Desde las comisiones de trabajo de Adecra+Cedim estamos convencidos de que estos encuentros, sean en el formato que sean, resultan clave para la gestión diaria de las instituciones”, resumió el presidente de Adecra, Jorge Cherro, en la apertura al evento.



Transformación cultural y digital, atención centrada en la persona (el paciente, su familia y el personal), el bienestar de los equipos de trabajo y la gestión de crisis fueron los temas que abordaron los expertos durante la primera jornada.

En el primer panel, bajo el título *“transformación cultural basada en la gestión del cambio”*, Paula Espasande y Manuel Ocampo, directora Técnica de Soluciones y director y socio Fundador de Veril Consultores, respectivamente, abordaron la diferencia entre *“cambio”* y *“transformación”*, enfatizando la necesidad de que las organizaciones evolucionen su cultura y su forma de trabajar para mantenerse efectivas.

“El 70% de los cambios fracasan. Sin embargo, insistimos en gestionarlos de la misma forma”, contextualizó Ocampo, y explicó que existen tres tipos de cambios: *“el adaptativo, que aparece y nos obliga a adaptarnos”*; *“el evolutivo, que genera expectativa de mejora continua”*; y *“el disruptivo, que suele nacer del corazón de la institución, porque implica grandes decisiones de los directivos”*.

“Para trabajar en la transformación, es fundamental que exista un propósito y crear el sentido de urgencia que estimule la movilización de las personas, al tiempo que cada líder modele con el ejemplo, hablando con los equipos y mostrando apertura al cambio”, expresó Espasande.



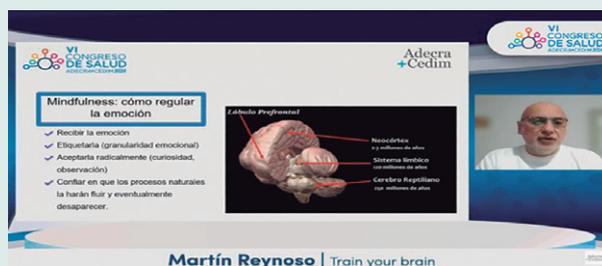
A continuación, en el panel *“Gestión de la emocionalidad de los equipos de trabajo: la importancia del autocuidado del profesional de la salud para su bienestar”*, Martín Reynoso, fundador y director en Train your Brain Argentina, habló de las *“emociones aflitivas, que surgen como reacción mental al malestar que produce el enojo, el miedo, la ansiedad y la angustia, y que se pueden transformar en ira, pánico y desesperación”*. *“Los líderes deben atender estas emociones, ya que pueden llevarlos a tomar decisiones no deseadas para el conjunto de la organización”*, explicó.

“Tenemos que aprender a perderle miedo al conflicto y a entrenar la capacidad de flexibilidad”, enfatizó el especialista en mindfulness y agregó que *“es clave habitar en ecosistemas saludables, que pueden incluir ejercicio físico, meditación y alimentación consciente”*, entre otros puntos.

El modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) fue otro de los ejes de la jornada, analizado tanto desde el enfoque testimonial y de experiencia del paciente como desde las estrategias y desafíos en todo el continuo de atención, que también incluye *“el cuidado a los cuidadores”*.

Mercedes Manzioni, médica de Familia, encargada del Departamento de Calidad y Seguridad de Atención Centrada en el Paciente y la Familia del CEMIC, señaló que este paradigma de atención *“se enfoca en optimizar el cuidado médico mediante la colaboración del paciente y su familia”*. *“El desafío, para los equipos de salud, es encontrar el equilibrio entre la evidencia científica y trabajar con personas”*, afirmó.

En ese marco, Manzioni presentó a Belén, una mujer de 45 años diagnosticada durante la pandemia por cáncer de mama, quien compartió al auditorio su paso por el sistema de salud a nivel personal y como paciente, y las experiencias positivas y negativas del proceso. *“Todas mis experiencias hablan de personas”*, remarcó.



Para ampliar el tema, en el panel siguiente, se llevó adelante un debate con referentes de *Planetree*, una organización mundial sin fines de lucro “que establece el estándar global para la atención de excelencia centrada en la persona en todo el continuo de atención”.

Natalia Hreczuch, consultora Senior del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica en IECS; Janet Durand, líder de Proyectos por la Organización para la Excelencia de la Salud de Colombia; y Pablo Lemos, médico Internista en el Hospital Privado Universitario de Córdoba y miembro del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica de IECS, se centraron en los desafíos de la ACP y trajeron ejemplos de “*mejores prácticas a nivel internacional*”.

Se trata de un modelo que “se centra en la perspectiva del paciente y sus seres queridos, promueve un entorno saludable y alentador para los cuidadores y aborda las necesidades de salud de la comunidad circundante a la organización”, explicó Hreczuch y detalló que, entre sus múltiples beneficios, “mejora los resultados clínicos y la calidad de las interacciones, y aumenta la adherencia a los tratamientos y la satisfacción laboral”.



“Tenemos que empezar a trabajar con los pacientes y no para los pacientes, y dar apoyo y escucha a las personas que integran las instituciones, cocreando con ellos las mejoras necesarias”, resaltó Janet Durand.

Por su parte, Pablo Lemos habló de la “*ronda de liderazgo*” y “*los pases de guardia al pie de la cama*” como dos recursos esenciales en este paradigma. “Hablar de experiencia del paciente es más que hablar de calidad de servicios: tiene que ver con la conexión con las personas”, resumió.

En el último panel de la jornada, Gustavo Fedi, director en PAC Consulting Argentina, y Alejandra Martínez, presidenta del Círculo Dircoms Argentina y directora de Relaciones Externas y Sostenibilidad en ENEL Argentina, fundamentaron la importancia de que las organizaciones cuenten con un buen profesional de las comunicaciones para prevenir y gestionar escenarios de crisis, y aportar valor, desde el área, a la estrategia de negocios de la organización, en entornos cada vez más desafiantes.

La segunda jornada tuvo como ejes la implementación del proceso de transformación digital; la integración de personas, tecnología e información; la miniaturización, robótica e IA en salud 4.0; y la tecnología aplicada.

“El Congreso de Salud tiene que ver con el esfuerzo y el trabajo que llevamos adelante en la cámara a lo largo del año”, señaló Silvia Monet, gerente General de Adecra+Cedim, en lo que fue la apertura de la segunda jornada del Congreso.

“Las instituciones de salud somos empresas conformadas por personas que brindan servicios a otras personas y, en este

sentido, la tecnología resulta una aliada para potenciar esos servicios. Sobre eso estamos aprendiendo en estos dos días de evento”, explicó.

En la primera mesa, Roberto Panigo, partner en Eni-ax y asesor en estrategia y gestión en salud; Florencia Nicolet, gerente de Innovación y Transformación en Medicus; y Luciano Bustelli, líder Técnico de América Latina en Digisystem, definieron a la transformación digital (TD) como un proceso “que contempla la estrategia de negocio, transversal a toda la organización y que es parte de la innovación”.

“No se trata de una herramienta aislada, sino de un proceso alineado a una estrategia de acción y a un propósito, que nos indican qué problemas queremos solucionar, qué mercados queremos satisfacer, qué procesos impactar y qué objetivos y metas a cuantificar”, explicó Panigo. “Procesos a gestionar y oferta tecnológica: unir estos dos mundos puede ser muy desafiante”.

Nicolet y Bustelli abordaron ejemplos del tema. Nicolet trajo el caso de un asistente virtual que se implementó en Medicus para la gestión de turnos. “Desde el inicio de implementación de esta herramienta en marzo de 2022, redujimos la tasa de ausentismo en un 15%”, contó y recomendó: “La IA orientada a estos procesos no tiene altos costos y brinda muchas oportunidades de generar eficiencia en nuestras instituciones”.

“Esto no implica eliminar cápitras (personas), sino lograr que las personas puedan mejorar la calidad de su trabajo. Lo repetitivo lo puede hacer la tecnología, pero las personas pueden dar el diferencial sobre esa evolución tecnológica”, opinó.

De igual modo, Bustelli, desde Digisystem, defendió el pasaje del “trabajo manual” a “la automatización de procesos”. “El robot no va a reemplazar a las personas, sino que las va a ayudar a hacer mejor sus tareas. La automatización robótica de procesos (RPA) nos genera rápido retorno de inversión (ROI). Es hoy un paradigma en las organizaciones”, puntualizó.

El panel siguiente, conducido por Andrés Torres, subdirector Médico del Hospital Universitario Mederi de Colombia, también se centró en la eficiencia desde la integración de las personas a la tecnología. Habló del camino de “*evolución consciente*” que recorrió la institución hasta convertirse en un “*hospital de alta complejidad y excelencia*”, a partir de la implementación de la “Central de Gestión Hospitalaria”.

“Se trata del Centro que permite, a través de flujos automatizados, paneles dinámicos y micrositos, tener información de la atención de los pacientes en línea, permitiendo a profesionales capacitados con alarmas programadas hacer gestión oportuna, ágil y efectiva sobre las desviaciones de tiempos en los flujos de atención”, definió.

“Para 2025, más de 40 mil millones de dispositivos van a estar conectados a internet. Sin dudas, para todos, las tecnologías son preponderantes”. Así lo afirmó María Magdalena Moret, vicepresidenta de South Latam y Servicios de Ventas para RLM Américas en Medtronic, en el panel “Salud 4.0: la sinergia entre miniaturización, robótica e inteligencia artificial”.

Moret presentó, desde Medtronic, algunos ejemplos de “*tecnologías y soluciones médicas innovadoras*” basados en miniaturización, IA y robótica, como “*el marcapasos transcatéter sin cables, un 93% más pequeño que los marcapasos convencionales; el módulo de endoscopia inteligente, que ofrece soluciones, impulsadas por IA, para la*





detección temprana del cáncer colorrectal; y el ecosistema quirúrgico integrado e inteligente para columna y cráneo”.

Luego, Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), experto en temas de gestión hospitalaria, remarcó a las instituciones la necesidad de “salir un poco de la coyuntura” para pensar en clave de “evolución y futuro”, y se explayó en el paso a paso de cómo debería ser esa evolución.

“Hay cuatro superpoderes sobre los cuales deberíamos avanzar: el de la **aceleración**, que apunta a cambios de velocidad en la adopción de tecnología para optimizar recursos; la **intangibilidad**, para implementar la atención multimodal, logrando omnipresencia con sistemas de salud distribuidos y descentralizados, basados en esquemas híbridos de atención; la **invencibilidad**, donde aparece el cambio en los liderazgos, con orientación fuertemente humanista, esto es, el liderazgo colectivo y la inteligencia conectiva; y por último la **expansión**, donde ya la institución expande su valor con un cuidado ampliado, sostenible y responsable”.

“Tenemos que abrazar estas posibilidades”, recalcó Giraldo. “Debemos pensar que no somos el centro del universo, sino parte de un ecosistema con el que debemos interactuar, y el gran foco es atender la salud poblacional, pero esto solo se logrará con un cambio filosófico”, remató.

El cierre político del VI Congreso de salud tuvo como protagonista, al Superintendente de Servicios de Salud, Gabriel Oriolo.

Oriolo analizó la situación del sistema de salud, el panorama que encontró al asumir el cargo y los objetivos que se propone al frente del organismo. En ese contexto, el presidente de Adecra, Jorge Cherro, y el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman, representantes de los prestadores de salud privada, le extendieron algunas preguntas.

“Los prestadores atravesamos una crisis que ya está llegando a una situación de colapso. Si la Emergencia Sanitaria cae, miles de instituciones podrían ser embargadas por deudas fiscales. ¿Cómo compatibilizamos las urgencias que tenemos ante esta situación, con el impacto que esto representaría para el sistema sanitario?”, preguntó Jorge Cherro.



“Sabemos que, lamentablemente, van a quedar instituciones en el camino, pero estamos trabajando en racionalizar la forma en que se distribuyen los recursos”, respondió Oriolo.

Asimismo, frente a la consulta de Marcelo Kaufman, respecto de la problemática de financiamiento que afecta a los prestadores, con “altos costos y bajos ingresos”, el funcionario aclaró: “Nosotros no definimos aranceles, pero estamos abocados en generar mecanismos de transparencia en cuanto a los aportes que los financiadores reciben de los beneficiarios, porque nuestro objetivo es que todos los financiadores tengan la libertad de competir y que el beneficiario sepa que tiene la libertad de elegir”.

“Estamos intentando generar las condiciones para que el mercado de salud cambie, porque queremos que el sistema sea lo más eficiente posible”, declaró el funcionario, y mencionó tres ejes sobre los que están “trabajando fuerte”: “el reordenamiento del Fondo Social de Redistribución (FSR)” (que incluye, entre otros puntos, los medicamentos de alto costo y las prestaciones por discapacidad); “la revisión del Programa Médico Obligatorio (PMO)” y “retomar el proyecto de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET)”.

La última conferencia estuvo a cargo de Sergio Vigil, el histórico entrenador del hockey nacional emocionó a la audiencia y la invitó a la reflexión haciendo “un viaje olímpico en equipo”.

“Cuando uno se propone a hacer un viaje desde lo personal y profesional puede hacer un recorrido distinto”, enmarcó Vigil. “¿Sabes cuáles son los tres pilares que impulsan a los equipos olímpicos de la vida? Tener un sueño grande, encarar una estrategia con corazón, y tener confianza, consistencia y disfrute del proceso”, resaltó y finalizó: “Un equipo ganador no es solo el que más gana, sino el que siempre tiene más ganas”.



Las palabras finales, de cierre del evento, las dio el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman. “Hoy, con el diario de ayer, vimos que no nos equivocamos cuando, por las circunstancias a nivel nacional, decidimos organizar esta edición del Congreso en formato virtual, que fue verdaderamente un éxito”, reflexionó Kaufman y cerró: “La satisfacción es un porcentaje de la expectativa”. ■

Fuente: Adecra+Cedim

Acerca de Adecra+Cedim

Adecra –Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina- es una entidad sin fines de lucro con más de 80 años de trayectoria en defensa del sector.

Cedim –Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio- cuenta con más de 30 años de antigüedad en el sector de las instituciones ambulatorias.

COMUNICACIÓN Y MARKETING DE SALUD



Marketing de salud
inteligente



Comunicación
que transforma

GPT MARKETING

salud@gptcomunicacion.com.ar
www.gptcomunicacion.com.ar

IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR EL NUEVO MARCO NORMATIVO DEL MECANISMO DE INTEGRACIÓN



Por el Dr. José Pedro Bustos, el Dr. Oscar Cochlar (*) y la Dra. Sandra Corazza (**)

En esta nota realizaremos un análisis de las implicancias, al menos las predecibles, de los cambios introducidos en el Mecanismo de Integración a través de la Resolución 1743/24, publicada el 15 de agosto de 2024 en el Boletín Oficial.

Hasta el día de hoy, la presentación de las prestaciones otorgadas a su población con discapacidad estaba regulada por la Resolución 887/17.

Es cierto que, desde el nacimiento de este mecanismo, los recursos del Fondo Solidario de Redistribución que se destinan al pago de este tipo de prestaciones han ido creciendo en forma constante, en desmedro del resto de las prestaciones e insumos médicos. Esta situación merecía ser revisada, no sólo a los efectos de obtener una administración más racional de los recursos del fondo referido, sino también para corregir desvíos que redundan en sobreprestación. Esta norma prevé mecanismos de auditoría más exhaustivos, que pueden contribuir a este objetivo.

A continuación, detallaremos las modificaciones que introduce la resolución 1743/24. Los párrafos extractados textualmente de la resolución se incluyen en bastardilla, en tanto las observaciones que hacemos, se destacan en negrita.

Procedimiento general:

A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, el profesional médico que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud en carácter de Auditor Médico deberá refrendar las intervenciones en la documentación que sea requerida, haciendo constar su nombre y apellido, número de matrícula y su carácter de Auditor Médico, con la sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

Antes de la sanción de esta norma la documentación quedaba en guarda de la Obra Social y debía ser presentada a las eventuales auditorías de la Superintendencia de Servicios de Salud.

A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, el profesional del Área Contable que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud deberá refrendar la documentación contable que integre la solicitud presentada a través del Mecanismo Integración, detallando su nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

Documentación:

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la documentación respaldatoria en un legajo individual por beneficiario, en formato digital, conforme se indica en el Anexo II de la presente resolución. Esta documentación deberá ser firmada en forma ológrafa por el prestador y digitalmente por el médico de la obra social.

También deberán conservar la documentación contable respaldatoria de la facturación presentada y de los pagos realizados, asociada a las liquidaciones mensuales recibidas.

Cabe señalar que, además de conservar esta documentación, las obras sociales deberán subirla por FTP, junto con Informe Detallado de Aplicación de Fondos.

Presentación:

Esta presentación se realizará mediante un archivo en formato de texto enviado por el servicio FTP o el mecanismo que lo reemplace, con una carpeta habilitada por año/mes, permitiendo incluir facturación de hasta dos (2) meses anteriores.

Hasta la emisión de esta norma, se permitía la inclusión de facturación de hasta 3 periodos prestacionales anteriores (es decir, en el mes de agosto cuando se carga julio 2024, es posible cargar las facturas correspondientes al mes de abril de 2024). Actualmente, se permite cargar hasta mayo de 2024. Consecuentemente, toda presentación pendiente del mes de abril, aun las reversiones por errores de carga de la factura quedarán inhabilitadas para su carga. Consideramos oportuno recordar que los ajustes de valores de nomenclador que suelen aprobarse con posterioridad al mes en que se brinda la prestación con aplicación retroactiva, son usualmente remitidos en forma tardía a la Obra Social. De ese modo, es improbable que dichos ajustes puedan presentarse en tiempo y forma oportunos.

En el caso de tratarse de facturas y/o recibos, cuya fecha supere los 60 días anteriores al último día del mes del cierre de la carpeta, será condición para que pueda solicitarse su reintegro vía este mecanismo Integración, que dicho comprobante, se encuentre cancelado con anterioridad a la solicitud. La Obra Social, sólo podrá solicitar esos montos, y proceder al recupero de fondos propios.

De esta transcripción se desprende que, cuando hubieran pasado los 60 días, la Obra Social puede solicitar este apoyo financiero si acredita que esa factura ya fue abonada de modo previo, con fondos propios.

Pagos:

Los Agentes del Seguro de Salud tendrán un plazo máximo de 20 días corridos desde el ingreso de fondos para cancelar las facturas impagas y recuperar fondos propios por las facturas ya abonadas, contados a partir de la recepción de los fondos.

En los casos en que correspondiere por disposiciones de AFIP, se deberá requerir al prestador la emisión de recibos en donde se registre las facturas canceladas, retenciones efectuadas y transferencia bancaria.

Entendemos que esta prescripción agrega tareas a las obras sociales que no son conducentes para resolver cuestiones prácticas, ni temas de control. Las transferencias bancarias son las mejores herramientas de verificación de pagos.

La obra social deberá subir el total de las comprobantes (facturas/recibos) emitidos por el prestador firmados digitalmente por el contador por FTP. El formato será CUIT-Tipo Comprobante-Punto de Venta Numero Comprobante.pdf

Los legajos prestacionales descritos en el Anexo II, punto 1 – Documentación Prestacional, deberán ser subidos por FTP, junto con la presentación del IDAF correspondiente, por única vez. No obstante, en caso de haber algún cambio en las prescripciones y/o plan de tratamiento, deberán presentar el legajo nuevamente con los futuros IDAF. Toda la documentación deberá estar firmada digitalmente, conforme se detalla en los procedimientos indicados en el punto 1 del presente anexo.

Antes del dictado de esta norma, el Anexo I la Resolución 887/17 establecía como plazo para efectuar las transferencias a los prestadores, una vez recibida la acreditación del pago del Mecanismo Integración, 90 días de acuerdo con el calendario de aplicación de fondos. Con la nueva resolución, el plazo máximo de pago se establece en 20 días corridos. Consideramos que esta modificación mejora la situación del prestador y no altera el normal funcionamiento de las obras sociales.

La Obra Social deberá guardar toda esta información (facturas, recibos, legajo) más débitos con firma digital del auditor, comprobantes de retención, para formar un legajo médico/contable digital por cada beneficiario.

Presentación de informes finales: debe presentarse a este fin:

- 1º) Extractos bancarios firmados digitalmente.
- 2º) Legajos prestacionales por única vez, salvo cambio de prestaciones.

En síntesis, de lo expuesto:

- 1º) La mayor parte del presupuesto disponible en el Fondo Solidario de Redistribución, se destina a prestaciones de discapacidad que, además, aumenta de modo exponencial.
- 2º) Resulta necesario aumentar los controles.
- 3º) Es necesario determinar el nivel apropiado de prestaciones que debe recibir cada discapacitado, para que no se vean sometidos a un exceso de prestaciones que lejos de mejorar su condición, podrían ser lesivos para su salud.

Consideramos que la resolución analizada mejora tiempos de proceso, pero no soluciona los problemas de auditoría, fiscalización y financiamiento de las prestaciones de discapacidad. ■

(*) Abogados (**) Médica



www.sanidad.org.ar

TECNOLOGÍAS INNOVADORAS Y GASTO INTELIGENTE EN SALUD



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

Con cada vez con mayor frecuencia en el mundo desarrollado, el mercado sanitario va incorporando medicamentos denominados “personalizados” tales como las terapias génicas, que logran modificar el ADN del paciente para corregir la mutación genética que causa enfermedad.

Este nuevo arsenal terapéutico, al cual se accede con mayor posibilidad en los países de economías fuertes, no tardará en llegar a nuestro particular espacio económico latinoamericano de crecimientos relativos y recursos cada vez más finitos.

Durante el último quinquenio, la FDA ha aprobado más de 70 nuevas terapias génicas. Y para este año en curso se espera que su *market share* alcance el 20% del gasto total en medicamentos. En el marco de la extensión del conocimiento médico y la veloz expansión acrítica de la tecnología asociada al complejo médico industrial, la posibilidad de disponer de terapias adaptadas al sistema inmunitario de cada individuo y su genética -además de altamente específicas- ha abierto un nuevo horizonte de oportunidades de mejora para muchas enfermedades raras y huérfanas que por su evolución compleja se transformaban en terminales.

Una sola dosis de alguna de ellas puede permitir beneficios notables en comparación con todo el arsenal terapéutico convencional que hoy se dispone. Incluso la posibilidad de alcanzar la cura, aunque ciertamente persistan incertidumbres respecto de su efectividad real para lograrlo en el largo plazo. Lo que sí está probado es que, a la par que se incrementa el número de tales terapias, también lo van haciendo sus precios, combinación que potencia los desafíos asociados de los sistemas de salud respecto del nivel de accesibilidad a ellas, y de la incertidumbre financiera que generan para los aseguradores.

Hace tiempo se viene hablando también de otro tipo de efecto secundario de estas terapias -inclusive las biotecnológicas- que es la denominada “toxicidad financiera” sobre quienes deben hacerse cargo de costear sus astronómicos precios de mercado, que surgen de la posición monopólica otorgada por las patentes.

Más allá de suponer que idealmente precio y posición monopólica serán temporales porque debería aparecer competencia a medida que caduque la protección de la patente, esto no necesariamente habrá de ocurrir en el mercado sanitario para la mayoría de estas terapias destinadas a enfermedades oncológicas y crónicas que amenazan la vida.

Precisamente porque cuando un medicamento de estas características pierde su patente, aparecen barreras adicionales. Sea por no contar con tiempo suficiente para desarrollar un producto similar que requiere complejos procesos de producción y habilitación. O porque el ingreso de una nueva versión optimizada del original por parte de su fabricante vuelve a estirar el plazo de patente y la condición de monopolio.

El control de la tecnología será el factor más importante para reducir los costos. Pero también la ética entra en este punto, porque toda tecnología médica innovadora resulta altamente valorada por cuatro actores. Los pacientes que la esperan, los médicos que se entrenan para usarla, la industria que genera miles de millones de dólares con su comercialización y los medios científicos y masivos a quienes les seduce escribir sobre ella. Pretender restringir a su real efectividad el uso de la tecnología parecería incorrecto, incluso decididamente inmoral para muchos.

A mediados de 2021 más de 350 terapias de este tipo se encontraban en Fase II de ensayo clínico, por lo que si resultaran clínicamente eficaces se aprobaría su comercialización y pasarían a reemplazar los paradigmas clásicos de control de síntomas de las patologías a las cuales están destinadas.

Solamente del año 2025 en adelante, se estima que la FDA podría llegar a aprobar un promedio de 15 terapias entre celulares y génicas al año. Con lo cual sería factible que a 2030 el mercado sanitario recibiera alrededor de 75 nuevas alternativas terapéuticas. El problema es que la velocidad con que se conceda su comercialización si bien hablará de una mayor disponibilidad en el mercado sanitario, supondrá en forma paralela un horizonte terapéutico con “cuellos de botella” dadas las dificultades de acceso en función del precio que se les fijará.

Ahora, ¿Qué sucedería con un gasto ya erogado si desapareciera el efecto de una terapia génica que se suponía curativa y se produjera una recaída? ¿Es adecuado prescribir nuevamente el mismo tratamiento con tan elevado precio frente al agotamiento de una efectividad supuestamente permanente? ¿Cuál sería el tratamiento adecuado entonces? ¿No se generarían nuevas dificultades para el esquema de pagos por parte de los financiadores?

Estas situaciones exigen un nuevo paradigma que permita reconocer claramente el flujo esperado a largo plazo de la utilidad (beneficios terapéuticos ciertos o inciertos), a cambio de lo que corresponde habitualmente a un desembolso monetario único y anticipado. En un escenario donde la presión tecnológica se volverá cada vez mayor, fabricantes y financiadores quedarán sometidos a mediano/largo plazo a un escenario donde la alternativa será establecer con mayor frecuencia acuerdos basados en el valor.

A través de los cuales la industria farmacéutica ya no podrá utilizar solo el método tradicional de confiar en sus propios estudios de efectividad, sino que deberá garantizar que sus productos hagan lo que dicen. Seguramente tomará tiempo para que los financiadores del sistema de salud y la industria superen los clásicos modelos contractuales y esquemas de pago y hagan evidente un salto cualitativo sobre tales esquemas, donde se rastreen resultados y ponga mayor énfasis en el valor terapéutico.

“ Solamente del año 2025 en adelante, se estima que la FDA podría llegar a aprobar un promedio de 15 terapias entre celulares y génicas al año. Con lo cual sería factible que a 2030 el mercado sanitario recibiera alrededor de 75 nuevas alternativas terapéuticas. El problema es que la velocidad con que se conceda su comercialización si bien hablará de una mayor disponibilidad en el mercado sanitario, supondrá en forma paralela un horizonte terapéutico con “cuellos de botella” dadas las dificultades de acceso en función del precio que se les fijará. ”

En el mercado sanitario latinoamericano - en comparación con otros tipos de intervenciones de atención médica - los financiadores, frente al riesgo creciente de *default*, deberán solicitar mayores evidencias de efectividad, ciertamente más sólidas en caso de las terapias génicas. La literatura está plagada de evidencias sobre que muchas tecnologías novedosas resultan ineficaces o redundantes y no mejoran los resultados de salud.

El problema es que no siempre es fácil discriminar entre tecnologías efectivas e ineficaces en el momento en que se introducen. Si bien muchas terapias -especialmente para enfermedades poco frecuentes- son aprobadas originalmente como de “uso compasivo”, cualquier nuevo esquema contractual debiera pasar por evaluar en forma adelantada los resultados esperados sobre la cantidad/calidad de vida de los pacientes, el beneficio clínico individual y social neto y el impacto presupuestario de los tratamientos de única dosis con costos excepcionalmente elevados.

De esta forma, a fin de modificar los métodos convencionales para valorar y reembolsar los tratamientos predominantemente crónicos, resulta altamente necesario proponer innovaciones metodológicas que permitan evaluar fijación de precios y rentabilidad basada en el valor (utilidad) real de tales terapias innovadoras y disruptivas.

Al mismo tiempo, abordar la incertidumbre que surge de la limitada evidencia disponible como respaldo respecto de la efectividad contrastada de la dosis única que promete brindar beneficios terapéuticos a largo plazo o directamente la curación.

El sistema de salud argentino necesita urgentemente acuerdos de este tipo basados en el valor terapéutico o bien en los siempre escasos recursos disponibles. Más en un contexto donde el mensaje es que “no hay plata”. Independientemente de ello, ningún

país por más rico que sea puede financiar todas las terapias innovadoras supuestamente efectivas para todos por igual.

Los sistemas de pago de cobertura total que eliminan el riesgo financiero para el paciente e inducen a su uso, las conductas de los profesionales frente a la asimetría de información, las consideraciones legales y las demandas de los pacientes contribuyen a profundizar el problema.

Frente a estas cuestiones, los presupuestos para la atención médica comienzan a quedar limitados para sostener coberturas de alto costo al ciento por ciento de su costo, en tanto la presión tecnológica siga aumentando en los próximos años a medida que la población envejezca y muchas tecnologías nuevas e innovadoras de atención médica resulten cada vez más frecuentemente indicadas o prescriptas.

El dilema asociado es que algunas traen mejoras significativas a la salud para condiciones previamente intratables, mientras que otras solo ofrecen beneficios clínicos modestos o marginales. De allí la necesidad de aplicar métodos de compra inteligentes que permitan asegurar menores desembolsos para aquellos medicamentos de más alto precio que no estén claramente alineados con el valor de su aporte clínico adicional.

Todas las decisiones que toman los profesionales tienen costos no solo en términos de ganancias y pérdidas en vidas sino en cuanto a la calidad de vida. Por lo tanto, es necesario incluir el costo de oportunidad en la toma de decisiones para alinear las políticas asistenciales de manera acorde.

Solo para las terapias génicas, a pesar de contar con pequeñas poblaciones de pacientes elegibles con enfermedades raras, el elevado impacto financiero acumulativo de obligarse a absorber altísimos costos de tratamiento por adelantado y sin esquemas de financiamiento adecuados vinculados a la utilidad del mismo puede resultar insostenible.

Las preguntas que surgen indefectiblemente son: ¿cuál es el costo de oportunidad de financiar al ciento por ciento medicamentos de muy alto precio en países de ingresos bajos y medios? ¿Debería ser tenido en cuenta tal costo de oportunidad en el proceso decisorio?

De lo expuesto es posible concluir que resulta urgente para la salud financiera de nuestro sistema de salud - en situación cada vez más crítica por la complicada puja distributiva - reconsiderar si es posible aceptar sin cuestionamientos el financiamiento total y por adelantado de terapias e intervenciones innovadoras de alto precio con beneficios clínicos marginales y elevado costo de oportunidad, o urge encontrar nuevas alternativas de pago contra efectividad real contrastada.

Sobre todo, si frente a la finitud de los recursos escasos paralelamente coexiste el costo de oportunidad de inaceptables brechas de cobertura de servicios esenciales de salud, que afectan en forma desproporcionada a importantes segmentos de población en condiciones de alta vulnerabilidad sanitaria y desprotección financiera. ■

(*) Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

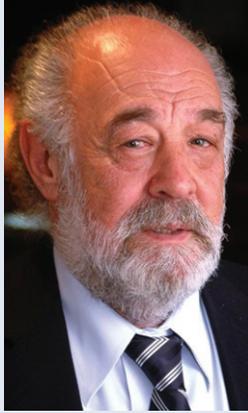


INSTITUTO ARGENTINO DE SALUD
Creado para cuidar la salud de las personas

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

HACIA UNA GESTIÓN INTEGRAL: DEL HOMBRE ENTERO AL ENFOQUE POBLACIONAL



“Sin invención no hay futuro posible”.
Xul Solar

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

La manifiesta crisis estructural-orgánica actual, su dimensión y alcance, donde la salud no es más que la punta de ese iceberg, muestra la *anomia* donde, como ya hemos dicho, “los pacientes no tienen hospitales ni los hospitales médicos”. Hoy no debemos eludir el estado de *indefensión sanitaria* (exacerbado por el hacinamiento, pobreza, informalidad y fragmentación del sistema de salud) y el *desgarro social* consecuente.

Se impone la necesidad de una transformación del sistema de salud con la finalidad de preservar su esencia. Es decir, una verdadera reconversión y no simple “reordenamiento” para seguir “funcionando” como hasta hoy. Todos los actores del área sanitaria, públicos y privados, reconocen y reclaman que el “sistema” está quebrado. Pero en lugar de repararlo habría que cambiarlo, porque hacer sostenible la ganancia de privados y canalizar los múltiples y severos déficits en contenciones y dilaciones no haría más que prolongar y acrecentar el problema.

Para ello, lo primero debe ser *pensar a los pacientes ante todo como personas* (y no consumidores): “**el hombre entero**”, aquel que puede estar representado en una historia clínica única (digitalizada, ponderando el significado económico y sociocultural que ésta contiene). Los pacientes no existen sólo en forma aislada y situación transitoria: son ellos miembros activos de nuestra sociedad, lo que obliga a concebir la *protección sanitaria* como “atención médica”, trascendiendo la mera “asistencia médica” temporal.

Mientras la “atención médica” es abarcadora, incluyendo la prevención, curación y rehabilitación; la “asistencia médica” constituye sólo una respuesta puntual frente a la enfermedad y el tratamiento de sus síntomas emergentes transicionales. No brinda a los pacientes y a su grupo familiar un apoyo sanitario que posibilite la contención elemental para una vida activa y satisfactoria durante sus distintas etapas, base primaria para una cobertura médica necesaria como *sopORTE social para una vida digna*. No diferenciar entre “atención médica” y “asistencia médica” es no diferenciar entre seguro (*a posteriori* del accidente) y seguridad (protección preventiva).

El avance de los conocimientos actuales posibilita la construcción de un sistema de atención y **cuidados integrados**

(individual y poblacional), de manera tal de lograr la unificación de capacidades de los profesionales con el potencial de los distintos espacios de atención médica: centros de atención primaria, hospitales y consultorios, según una logística coordinada que supere las barreras tradicionales y una planificación estratégica, articulada e innovadora.

Esta necesaria transformación no sólo está en contraposición con el actual *statu quo* de la “asistencia sanitaria”, sino también contra las vías muertas que se proponen como superadoras y representan su versión más desembosada, como el sistema de *vouchers* con su acción reducida y puntual, que elude la responsabilidad que la cobertura médica debería ejercer. Los *vouchers* son parches que confunden modernización con innovación.

Algo similar ocurre con las nuevas variantes de mercadeo de las prepagas que anuncian reducciones de planes, cuando en verdad se escinde “el plan” entre “integral” y “copago” y aumentan ambos. En resumen: imponen una nueva modalidad de diagramación del sistema por el cual se pretende eludir toda merma en su ganancia. La salud debe ser concebida como un problema colectivo. De ahí que en ella la solidaridad no es una opción sino un imperativo y, sin embargo, vemos cotidianamente que se la aborda como una demanda mercantil, cuando su vertiente económica es sólo uno de sus aspectos.

Pero debemos pasar *de las protestas a las propuestas*, amparadas en el conocimiento, la comprensión, el compromiso, la responsabilidad y el coraje que todo cambio exige. Merece entonces detenerse en experiencias pasadas y actuales que marcan un camino, así como en las proyecciones que las nuevas tecnologías posibilitan.

Desde la Fundación Gaspar Casal de España propician un sistema de atención y cuidados integrado, digital, con capacidad de aprender y orientado a la creación de valor en salud y bienestar a nivel individual y poblacional. El concepto de *gestión integral del paciente*, que requiere la cohesión de los diferentes niveles de atención sanitaria que ofrece el sistema (primaria, hospitalaria, sociosanitaria), permitiría calcular el impacto en términos de resultados en salud y costes (monitoreando la trayectoria del accionar en la cobertura), con lo cual se podría proceder a una evaluación completa y eficiente de la gestión del paciente.

Para lograr la integración son necesarios cambios culturales en las organizaciones apoyados en herramientas tecnológicas y organizativas. Lo que hace un tiempo denominé la *cultura laboral*, uno de los vértices del triángulo junto a la *estrategia* (o gobernanza) y la *estructura* (el soporte funcional e institucional). En lugar de concebirlos y concebirse como técnicos o, en el otro extremo, puro oficio artesanal, los médicos y demás profesionales de la salud deben entenderse como **trabajadores del conocimiento** que requieren autonomía para responder a las necesidades de los pacientes, actualizar su acervo científico, y adaptarse a los continuos cambios organizativos, tecnológicos y de roles profesionales. Pero debe contarse a la vez con un monitoreo sistemático para registrar la evolución de cada intervención. Es decir, autonomía y capacidad de decisión en la micro y en la mesogestión combinados con mecanismos de gobernanza clínica y el alineamiento de liderazgos clínicos y gestores. En síntesis, transparencia junto con esquemas claros de evaluación y rendición de cuentas.

Bien señalan desde la fundación española el enorme activo que supondría una base de datos poblacional con *información de*

“ Todos los actores del área sanitaria, públicos y privados, reconocen y reclaman que el “sistema” está quebrado. Pero en lugar de repararlo habría que cambiarlo, porque hacer sostenible la ganancia de privados y canalizar los múltiples y severos déficits en contenciones y dilaciones no haría más que prolongar y acrecentar el problema. ”

salud y sus determinantes, lo que habilitaría un sistema socio-sanitario con capacidad de aprender. Cómo no valorarlo en nuestro país, sin un observatorio de salud pertinente, y con un gobierno que admite, por ejemplo, que desconoce por completo quién termina consumiendo los medicamentos del plan Remediar.

Por su parte, el modelo Kaiser Permanente, que desde hace décadas brinda buenos resultados en Estados Unidos (y que en nuestro país encuentra algún tipo de similitud con la Fundación Médica de Mar del Plata y el Hospital Privado de Comunidad concebido a inicios de la década de 1970), tiene un enfoque de mejora de salud poblacional, tratando de minimizar la utilización y prestando servicios en el nivel de atención más *coste-efectivo*. Como consecuencia, las barreras tradicionales entre niveles se difuminan y surge un modelo de atención integrada con soluciones innovadoras, donde se potencia al máximo la capacidad resolutive en el nivel de **atención primaria y comunitaria** y se presta especial atención a la **minimización de las hospitalizaciones**: haciéndolas racionales, selectivas y categorizadas.

Algunos de los rasgos que definen el éxito del modelo son:

- ✓ Enfoque de salud poblacional.
- ✓ Liderazgo clínico.
- ✓ Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada.
- ✓ Profesionales médicos contratados por una misma organización y que trabajan con exclusividad, posibilitando el ejercicio privado dentro de la misma institución.
- ✓ Compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y con el aprendizaje organizativo.
- ✓ Énfasis en la prevención, detección precoz y educación sanitaria.
- ✓ Gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas.
- ✓ Importancia de la investigación clínica.

Cumpliendo con la tríada básica de “asistencia médica”- “docencia” - “investigación”, al servicio de la producción de salud.

Estos y otros modelos deben ser inspiradores, pues es hora de iniciativas y propuestas innovadoras acordes a la magnitud de las consecuencias que a ojos vista se nos imponen, en un entorno político tensado frente a situaciones de emergencia y vulnerabilidad inocultables para una ciudadanía que soporta una pobreza medular desconocida. ■

(*) **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 Aconcgua - Mendoza; Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de “Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: 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); “En búsqueda de la salud perdida” (2009); “La Fórmula Sanitaria” (2003).**

U UNIVERSIDAD ISALUD

CARRERAS DE GRADO

+ POSGRADOS

+ CURSOS

SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ECONOMÍA Y GESTIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA

MEDICINA LEGAL

Inscribite ahora!

isalud.edu.ar

Instagram, Facebook, X, LinkedIn

FORO LATINOAMERICANO SOBRE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD



Por el Dr. Carlos Felice (*)

Viaje al futuro: transformando la experiencia sanitaria

El jueves 11 de julio concluyó el 9º Foro Latinoamericano de Calidad y Equidad en Salud.

Organizado por el Hospital Israelita Albert Einstein, en colaboración con el Institute for Healthcare Improvement (IHI), el evento reunió, a lo largo de esa semana, a más de 4.500 personas de 26 países en el Centro de Enseñanza e Investigación Albert Einstein - Campus Cecília y Abram Szajman.

Los asistentes, integrados por líderes sanitarios, profesionales del sector y representantes de organizaciones y poderes públicos, tuvieron acceso a más de 80 rutas de conocimiento lideradas por expertos de diferentes regiones del mundo. Con el tema principal “Tecnología para la Equidad”, esta edición colocó en el centro del debate la importancia de las innovaciones y los recursos tecnológicos para la promoción de la salud desde perspectivas más igualitarias para todas las personas.

Tuve el honor de ser invitado a participar del CEO Lunch, el 10 de julio de 2024 bajo la temática “SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, TECNOLOGÍA Y EQUIDAD” (Comité: Miguel Cendoroglo, Patricia Leisnock, Carla Bezerra, Jaffet Arrieta y Paula Tuma).

La jornada constó de temáticas con ejes específicos y momentos de debates luego de cada exposición. Así que pude aprender y conocer las actuales tendencias en salud a través de las distintas presentaciones. La inauguración estuvo a cargo de Claudio Lottenberg, Presidente do conselho deliberativo da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein y de Donald Berwick, Presidente Emiretus, Institute for Healthcare Improvement.

Luego llegó el turno de **THEMATIC 1 - INCREASING HEALTHCARE ACCESS FOR ALL** con las presentaciones de Sidney Klajner, Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Stephen Thompson, Vicepresidente Intuitive Surgical y Jill Duncan, Directora, Institute for Healthcare Improvement.

Después de los debates de cada presentación, llegó el tiempo de **THEMATIC 2 - BUILDING ESG AND RESILIENT HEALTH SYSTEMS** con las disertaciones de Caio Andrade Cesar, Director ESG – Bradesco y de Cristián Pira Morales, CEO, Clínica Alemana, para finalizar con **THEMATIC 3 - THE POWER OF NETWORKING** de Henrique Sutton de Sousa Neves, CEO - Hospital Israelita.

Ser invitado a participar a un foro de salud de excelencia y tendencia en paradigmas de salud es una experiencia profundamente gratificante y significativa. La invitación despertó en mí una mezcla de emociones: desde el entusiasmo por la oportunidad de aprender y compartir conocimientos, hasta un sentido de responsabilidad por representar mi experiencia y especialidad con integridad y excelencia. La expectativa de conectar y colaborar con otros líderes y expertos en salud me añadió una capa adicional de motivación y compromiso.

¿Qué es lo que me llevó?

No hay nada más importante para mí en orden para ejecutar, que aclarar que tengo la obsesión de la mejora. Suena simple pero no lo es, es complicado aplicar fundamentos que se aprendan y que requieren disciplina, pero es ineludible que, si quieres mejorar, debes tener objetivos de mejora. Para ello quiero lo básico, siempre intento volver a lo básico, quiero tocar la base, los principios subyacentes que unen y mapearlos en los dos temas clave que este foro incluyó.

A) Equidad en salud y tecnología

El principio número uno en el mundo de la mejora es el de que ninguna mejora ocurre sin objetivo, sin intencionalidad. La ingeniería de la seguridad de la salud y la eficacia se enfoca en diseñar y optimizar sistemas para asegurar que los entornos y procesos sean seguros, efectivos y de alta calidad. Esto abarca varias disciplinas y prácticas:

- ✓ **Seguridad en el trabajo:** implementar medidas y sistemas que prevengan accidentes laborales, enfermedades ocupacionales y exposiciones a sustancias peligrosas.
- ✓ **Salud ocupacional:** evaluar y mejorar los entornos de trabajo para proteger la salud de los empleados, incluyendo la ergonomía, el control de ruido y la calidad del aire.
- ✓ **Eficacia de los sistemas de salud:** optimizar procesos y recursos en el sistema de salud para mejorar la atención al paciente, reducir errores médicos y aumentar la eficiencia operativa.
- ✓ **Calidad en la atención médica:** implementar y monitorear estándares de calidad, asegurando que los servicios de salud cumplan con las normativas y brinden un alto nivel de cuidado.
- ✓ **Gestión de riesgos:** identificar, evaluar y mitigar riesgos potenciales en los sistemas de salud y seguridad, minimizando las posibles consecuencias adversas.
- ✓ **Tecnología y automatización:** utilizar tecnologías avanzadas, como la inteligencia artificial y el Internet de las cosas (IoT), para monitorear y mejorar continuamente los procesos de salud y seguridad.

B) Principio número dos según Donald Berwick visión eco centrista y colaborativa

Prácticas que ayudan a crear un entorno de trabajo más seguro y saludable, mejorando al mismo tiempo la calidad y eficiencia de los servicios prestados. Cuando un líder latinoamericano piensa en la equidad, suele tener en mente varios aspectos clave que buscan asegurar la justicia y la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos. Aquí hay algunos puntos importantes que podrían estar en su mente:

- ◆ **Acceso igualitario a la educación:** garantizar que todos los niños y jóvenes, independientemente de su origen socioeconómico, tengan acceso a una educación de calidad. Esto incluye desde la educación preescolar hasta la educación superior, así como programas de capacitación y formación continua.
- ◆ **Equidad en el sistema de salud:** asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad sin importar su situación económica, ubicación geográfica o grupo étnico. Esto puede implicar la expansión de la infraestructura sanitaria, la mejora de la cobertura de salud y la eliminación de barreras financieras.
- ◆ **Distribución justa de recursos:** promover una distribución equitativa de los recursos económicos, incluyendo la implementación de políticas fiscales progresivas, programas de asistencia social y medidas para reducir la pobreza y la desigualdad de ingresos.
- ◆ **Inclusión social y diversidad:** fomentar la inclusión de todos los grupos sociales, respetando y valorando la diversidad étnica, cultural y de género. Esto implica combatir la discriminación y promover la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, desde el empleo hasta la participación política.
- ◆ **Acceso a vivienda digna:** asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a una vivienda segura, adecuada y asequible. Esto

puede incluir programas de construcción de viviendas, subsidios para el alquiler y medidas para prevenir desalojos injustos.

- ◆ **Equidad de género:** promover la igualdad de género en todos los sectores de la sociedad, asegurando que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y derechos. Esto incluye la igualdad salarial, el acceso a posiciones de liderazgo y la protección contra la violencia de género.
- ◆ **Justicia económica y laboral:** garantizar que todos los trabajadores tengan condiciones laborales justas, salarios dignos y protección social. Esto puede incluir la implementación de políticas de empleo inclusivas, la promoción del trabajo formal y la protección de los derechos laborales.
- ◆ **Participación ciudadana y democracia:** asegurar que todos los ciudadanos tengan voz en las decisiones que afectan sus vidas, fomentando la participación ciudadana y fortaleciendo las instituciones democráticas. Esto implica la transparencia en la gestión pública y la lucha contra la corrupción.

Estos aspectos reflejan una visión integral de la equidad, enfocada en eliminar las desigualdades y garantizar que todos los ciudadanos tengan las mismas oportunidades para desarrollar su potencial y vivir con dignidad.

Entonces, para mejorar la salud desde una mirada holística, es fundamental establecer objetivos claros y bien definidos. Dentro de estos, podemos destacar cinco como los más importantes: (Esquema muy americano, el de los lineamientos como ideas fuerza).

1. Poner al paciente en el centro del cuidado

- a) Garantizar que todas las decisiones y acciones del sistema de salud estén centradas en las necesidades y preferencias del paciente.
- b) Implementar programas de atención personalizada, fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones y mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de salud.

2. Mejorar la calidad del cuidado de la salud

- a) Hay que asegurar que los servicios de salud proporcionados sean de alta calidad y consistentes.

b) Establecer y seguir protocolos basados en evidencia, realizar auditorías regulares de calidad, y proporcionar formación continua al personal sanitario.

3. Reducción de costos en el sistema de salud

- a) Optimizar el uso de recursos para hacer el sistema de salud más eficiente y sostenible económicamente.
- b) Implementar tecnologías para mejorar la eficiencia, reducir desperdicios, y fomentar el uso de medicamentos genéricos y tratamientos preventivos.

4. Mejorar el acceso a los servicios de salud

- a) Garantizar que todas las personas tengan acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud necesarios.
- b) Ampliar la cobertura de seguro de salud, desarrollar infraestructuras en áreas desatendidas y utilizar telemedicina para alcanzar a pacientes en áreas remotas.

5. Promover la salud y el bienestar general

- a) Fomentar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades a través de la educación y las políticas de salud pública.
- b) Implementar campañas de salud pública, promover la actividad física y la alimentación saludable, y realizar programas de prevención y detección temprana de enfermedades.

Estos objetivos pueden contribuir significativamente a mejorar la salud de la población y hacer que el sistema de salud sea más efectivo y centrado en el paciente.

Porsupuesto las ideas abstractas necesitan un marco de adecuación social, pero en la urgencia de la inmediatez siempre es necesario pensar estratégicamente, aunque esto signifique volver a lo básico. Esto es lo bueno de estos foros. Pensar no solamente reaccionar. ■

(*) 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).



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

LA FORMACIÓN DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS ESPECIALES



Por Carlos Vassallo Sella, Guillermo Oggier y Rubén Roldan (*)

La determinación del precio del medicamento es un proceso complejo para el cual se considera necesario tener en cuenta la naturaleza del producto, los actores que intervienen en la fabricación, y comercialización del mismo, como así también la caracterización del mercado oferente y de quien demanda los productos, el caso que estamos analizando el financiador.

Para la estimación del precio de los medicamentos especiales, cabe destacar que no se dispone de información referida a sus costos, y tampoco acerca de la formación de los precios de venta. Los manuales farmacéuticos no constituyeron una orientación, dado que se observa una gran dispersión entre los precios publicados y los precios finalmente abonados por los financiadores, los cuales pueden obtener distintos descuentos sobre los precios de venta, dependiendo del tipo medicamento (si tiene o no competidores, copias o biosimilares), al tipo de prestación, a la cobertura, al volumen de compra del financiador, plazos de pagos, etc.

La asimetría en la información suma otra incógnita para el sistema de salud en general, y a diferencia de otros mercados, repercute fuertemente en la soberanía del consumidor, agregando una fuerte presión sobre el financiador, que muchas veces termina judicializando el pedido.

Las limitaciones para la determinación del precio de los medicamentos especiales, esbozadas precedentemente, y no contar con una reglamentación específica en nuestro país, que explicita los precios en forma razonable y oportuna, indefectiblemente nos planteó el desafío de desarrollar una metodología de análisis más compleja para poder la determinar la formación de precios de los Medicamentos Especiales (ME).

El análisis del precio fue encarado luego de un minucioso estudio de mercado desarrollado en el año 2020 con datos de 2019, para lo cual, además de una copiosa lectura de publicaciones que abordaron temáticas similares, se mantuvieron reuniones con referentes de la cadena de valor, con despachantes de aduanas, funcionarios de distintos organismos, financiadores, etc.

De esta manera, y mediante la utilización de costos estandarizados, finalmente se construyó una matriz de costos, cuyas conclusiones desarrollaremos seguidamente.

1. Formación del precio de los medicamentos especiales

La formación de precios comienza a partir del valor **FOB (libre a bordo)** tomado como base 100, a este valor se le suman los costos de seguro y flete, conformándose de esta manera el **valor CIF** (costo, seguro y flete). Es preciso aclarar que de acuerdo al medio de transporte (avión o barco), los costos del flete pueden variar, por esa razón se estimó una proporción para cada uno de ellos.

Al valor CIF se van adicionando derechos de importación **ad-valorem**, los cuales estimamos en el 8% por ser el porcentaje más frecuente ⁽¹⁾, también se debe considerar la tasa de estadística (3% en aquel momento).

Además de estos derechos de importación, también se debe tomar en cuenta otros impuestos a pagar tales como:

- IVA tasa general del 21%, e IVA Adicional del 20%.
- Impuesto a las Ganancias del 6%.
- Ingresos Brutos el 3%.
- Arancel SIMI (sistema integral monitoreo de importaciones).

Con relación a la carga impositiva, referida precedentemente, cabe señalar que además fue considerado el costo financiero de la misma, desde el momento de su imposición hasta el momento de su traslado al precio de venta. En cuanto al impacto del IVA general y adicional, gravados en esta etapa, debemos tener en cuenta que al realizar el balance entre IVA compras y ventas, la carga impositiva prácticamente se compensa.

Al valor acumulado hasta aquí, hay que sumarle: honorarios del despachante de aduana, tasa terminal aérea/marítima por manipuleo, costo de la estadía en depósito terminal aérea/terminal marítima (costo x día), adicional cámara de frío (fee hasta 4 días), transporte desde aeropuerto hasta depósito laboratorio, y fee de la distribuidora.

2. Formación del precio del laboratorio

A esta altura, la acumulación de costos de entrada al laboratorio se llega a un **valor de 124,35**. Continuando con la determinación de los costos, se adicionan siguientes los gastos:

- a. Con carácter previo a su comercialización, se realizan los controles de calidad, los cuales insumen una inmovilización generando un costo financiero (15 días aproximadamente) y luego un costo en logística.
- b. Con los productos dispuestos a ser comercializados se generan gastos en sueldos del personal administrativo (cargas sociales incluidas), honorarios, gastos administrativos, de logística, impositivos (IVA, ganancias e ingresos brutos, impuesto a los débitos y créditos bancarios), de marketing y fuerza de ventas, y el costo financiero en el lapso que va desde que el producto se encuentra apto para ser comercializado hasta que se percibe la venta (estimada en 60 días).

Una vez concluido el análisis de costos descriptos hasta aquí se realizaron las estimaciones relacionadas con el margen de utilidad del laboratorio, llegando en esta parte del análisis a un **valor de 238,90, en concepto de precio de salida de laboratorio (PSL).**

2.1. Formación del precio de la droguería especializada

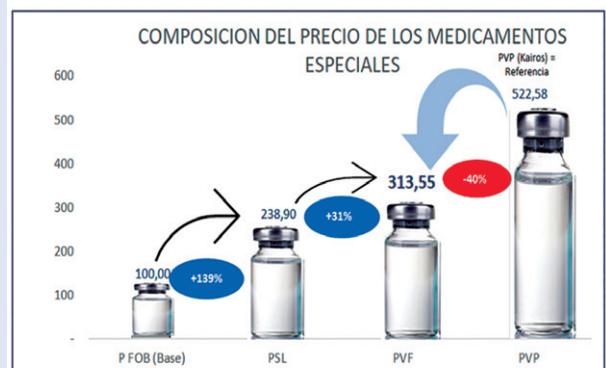
El trabajo de la droguería especializada básicamente comprende el almacenamiento de los medicamentos, la preparación y entrega de los pedidos a los pacientes; es decir su valor agregado es fundamentalmente logístico.

Esta tarea insume los siguientes costos: sueldos del personal administrativo (cargas sociales incluidas), honorarios, gastos administrativos, de logística, impositivos (ganancias e ingresos brutos, impuesto a los débitos y créditos bancarios), de marketing y fuerza de ventas, el costo financiero por el almacenamiento en el lapso que va desde que es abonado al laboratorio y cobrado al financiador (estimado en 90 días), y el fee abonado a la farmacia por la dispensa final. Se consideró, finalmente, el margen de utilidad estándar para este tipo de actividades.

2.2. Precio de venta al financiador

La acumulación de los costos acumulados, hasta aquí nos determina el **Precio de Venta al Financiador (PVF)**, el cual asciende a **313,55**, precio relevante para este tipo de productos. Este valor, de acuerdo a lo expresado precedentemente, no es coincidente con el precio de venta que figura en los manuales farmacéuticos, ni en los informados por los laboratorios, el cual teniendo en cuenta un descuento promedio a los financiadores del 40%, el valor resultante sería de 522,58, siendo este último precio una referencia sobre la cual se aplican descuentos.

Tomando como el precio FOB como base 100, el Precio de Salida del Laboratorio (PSL) resulta ser un 139% más elevado, a lo cual las droguerías especializadas le suman otro 31% más al costo para arribar a un Precio de Venta al Financiador (PVF) de 313,55, que como dijimos es el precio relevante para este tipo de productos. El precio al financiador es, según nuestras estimaciones, un 40% inferior al publicado en el manual farmacéutico.



Fuente: elaboración propia del IdEB en base a información



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

www.prosanity.com.ar

Una particularidad de este mercado es la elevada variabilidad en el precio contratado por diferentes organizaciones de salud, tal como lo demuestra el estudio realizado por la SSSalud en el marco del Observatorio de Precios. ⁽²⁾

Si bien un número importante de principios activos tienen un precio publicado en el Manual Farmacéutico, Kairos o Alfabetá, el precio de adquisición de las obras sociales y prepagas suele ser, en promedio, entre un 30 y un 60% inferior al publicado. Debemos señalar que la variabilidad del precio suele estar influido por varios factores, siendo el volumen de compra y el plazo de pago (costo financiero), dos de los principales. ⁽³⁾

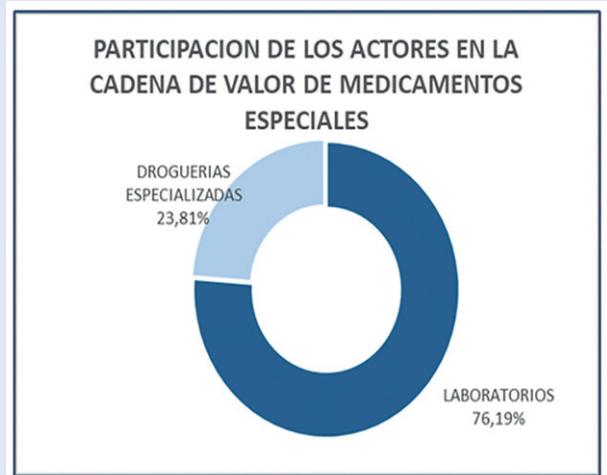
También influyen si las relaciones son de largo plazo o compras puntuales, si existe previsibilidad en las compras o existe aleatoriedad en la misma y si los pagos se producen con regularidad o, por el contrario, a veces suelen ser normales y en otros momentos extenderse; la capacidad de negociación de los financiadores también tiene su influencia, como también la situación financiera que está atravesando la droguería. ⁽⁴⁾

El Estado debería, por volumen y capacidad para imponer reglas, ser la institución que mejores precios consiga. Sin embargo, su elevado plazo de pago, lo ubica en situación similar a otros financiadores como obras sociales y prepagas. Por ejemplo, un comprador chico que paga a los 190 días consigue precios apenas por debajo del vigente en el Kairos o Manual Farmacéutico; sin embargo, un comprador grande y que paga dentro de plazos razonables (30 días) puede conseguir descuentos del orden del 60% del precio publicado en el manual.

Estructura relativa del precio de venta al financiador

Como señalamos el Precio de Venta al Financiador (PVF) es el precio relevante para los medicamentos especiales. A partir del mismo, conformamos la composición de la estructura relativa del costo, es decir el PVF se considera como el 100% del valor del producto. De acuerdo con el estudio realizado, estimamos que los laboratorios participan con el 76,19% de la cadena valor mientras que el 23,81% restante corresponde a la labor realizada por las droguerías especializadas.

En el gráfico que se presenta a continuación se puede observar la importancia que tiene en cada uno de los actores de la cadena y como es la composición de los principales rubros de costos en cada uno de ellos. En los laboratorios el precio de transferencia representado por el valor FOB es el concepto más importante seguido del impositivo y de las acciones de marketing que incluyen la fuerza de venta. En el caso de las droguerías especializadas el costo impositivo (cargas sociales, ingresos brutos, ganancias e impuesto a los débitos y créditos bancarios) es el más importante seguido del logístico y el financiero.

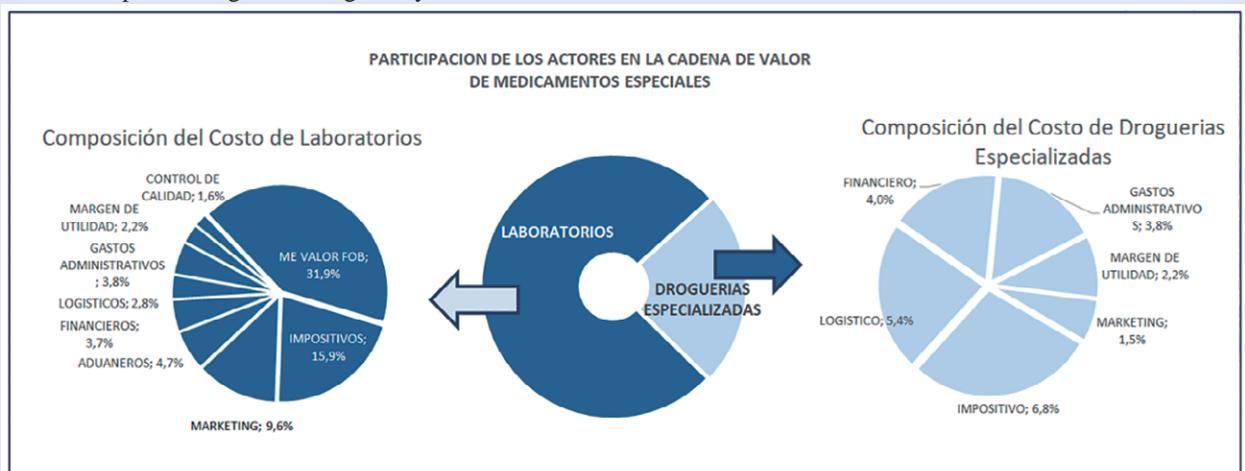


Ahora bien, si consideramos la estructura total sin diferenciar que actor de la cadena asume ese costo, podemos apreciar que la mayor incidencia del PVF recae sobre el valor FOB, el costo impositivo y del marketing y fuerza de ventas; en conjunto los tres representan un 65% del costo total.

Si dividimos los costos en tres grandes categorías: **el precio FOB (31,9%)**; **los costos endógenos (33%)**, es decir aquellos sobre los cuales los actores de la cadena de valor pueden realizar algún tipo de intervención o gestión con el objeto de introducir correcciones (marketing, logístico, administrativos) y **los costos exógenos (35,1%)** como los impositivos, los aduaneros y el financiero, que deben su incidencia a la carga impositiva y a la preponderancia de la elevada tasa de interés que existe en Argentina y sobre los cuales las oportunidades de gestión son mínimas. En consecuencia, sólo se puede actuar a nivel local sobre un tercio del precio total (PVF).

Formación del precio en la cadena de medicamentos

En el siguiente esquema se presenta la participación desagregada de cada sector de la cadena de producción y comercialización en la conformación teórica de los precios de los medicamentos especiales, de manera simplificada, se ilustra la formación de los precios desde la primera etapa de la cadena (laboratorios), pasando luego a droguerías especializadas donde se concluye con el precio de venta al financiador, el relevante para este mercado. Al considerar el valor FOB como base e ir acumulando los diferentes conceptos de costos, se llega a un Precio Venta al Financiador (PVF) de 313,55.





CONCEPTOS QUE COMPRENEN CADA UNO DE LOS RUBROS DEL PVF

VALOR FOB: valor FOB de MEDICAMENTOS ESPECIALES

IMPOSITIVO: cargas sociales del personal, IVA, impuesto a los débitos y créditos bancarios e impuestos a las ganancias.

MARKETING Y FUERZA DE VENTAS: incluye APM y de los MSL (Medical Scientifics Liaison) y las estrategias de promoción como congresos, capacitación, educación, etc.

LOGISTICO: flete internacional, transporte desde puerto / aeropuerto hasta depósito del laboratorio y desde este hasta la droguería / distribuidora, costo almacenamiento y fee distribuidora.

FINANCIERO: costo del valor del dinero en el tiempo, básicamente entre tiempos de pagos y cobros y costo financiero entre débito y crédito fiscal. Suponemos como costo de oportunidad del dinero una tasa de interés del 31,75% promedio año 2019.

GASTOS ADMINISTRATIVOS: corresponde a otros gastos de administración u operativos del laboratorio e incluyen honorarios por locación de servicios de profesionales legales, contables, etc. y el sueldo del personal administrativo (las cargas sociales se imputaron al rubro impositivo).

ADUANEROS: derechos de importación, tasa estadística, arancel SIMI, fee despachante de aduana, manipuleo y estadía de terminal aérea / marítima y cámara de frío.

MARGEN DE UTILIDAD: nivel de rentabilidad de los medicamentos especiales estimada en el 2,9% del PSL.

CONTROL DE CALIDAD: actividad de control de calidad desarrollada por el laboratorio al momento de recibir la medicación importada (toma de muestra, control hasta la autorización de ANMAT).



Fuente: elaboración propia, 2020

Resultados finales

Como se desprende de lo desarrollado hasta aquí, podemos referir que la cadenas de valor de los medicamentos especiales, tiene dos eslabones, el laboratorio y la droguería especializada, de allí se pudo determinar la composición del precio, desde el inicio de la nacionalización del producto (valor FOB), pasando al precio de salida del laboratorio PVL, y luego de su paso por la droguería especializada, al precio de venta al PVF.

También se esbozó una simulación acerca de cuanto sería el PVP sobre el cual se realizan descuentos de acuerdo al perfil del financiador, práctica que al igual que los precios máximos, desdibujan el análisis del valor del costo y del precio.

Para el análisis de la estructura relativa de la cadena de valor punta a punta (FOB a PVF), podemos referir que el 31,9% corresponde al valor FOB, el 27,4% a impuestos y aranceles, el

11,1% a marketing, el 8,2% a logística y el 21,4% al resto de gastos incluyendo los de administración, financieros y el nivel de rentabilidad.

Los resultados obtenidos pueden orientar a los distintos actores que intervienen en la producción/comercialización de los ME, a delinear estrategias vinculadas a su objetivo, y también a los financiadores y al Estado nacional, ya que del estudio se desprenden datos objetivos para encarar políticas dirigidas a moderar las cargas impositivas y arancelarias, a la materialización de compras consolidadas, etc., que en definitiva, es lo que vienen propiciando organismos internacionales y los países centrales, mediante reglamentaciones vinculadas a la transparencia.

Esta presentación, como toda iniciativa, seguramente dará motivos para su profundización, buscando tanto la empresa privada como los financiadores nuevos escenarios para atenuar la crisis económica de nuestro país, comprometiendo los intereses de los distintos actores del mercado de la salud, obviamente acompañados con políticas en materia de salud -largamente postergadas- que acompañen tales propósitos.

Analizada la formación del precio y la cadena de valor, y dado que las condiciones de competencia en las que opera la industria farmacéutica, las cuales son usualmente motivo de preocupación de los actores intervinientes, quedaría como incógnita la composición del precio de la casa matriz, su conocimiento daría lugar a comprender la razonabilidad de su costo, partiendo del entendimiento que las mismas deben abordar cuantiosas

inversiones en investigación y desarrollo, que obviamente luego se trasladan al precio de venta local.

Accesoriamente al esclarecimiento de los precios, no habría que descuidar la demanda de los productos, tarea dificultosa en Argentina por atomización del sistema de salud, sumado a los inconvenientes vinculados al acceso de la información.

Conocidas las variables precio y cantidad, condiciones necesarias para el análisis económico, darían paso a decisiones conducentes a lograr una mayor eficiencia y transparencia en el mercado local, el cual, como en los países centrales opera en un mercado de competencia imperfecta, con el apoyo de entidades vinculadas a la evaluación de tecnologías, e incentivos a la producción local. ■

(*) INSTITUTO DE ECONOMIA DEL BIENESTAR (IdEB)

Referencias:

1. Los porcentajes de los derechos de importación suelen variar dependiendo del tipo de medicamento especial que se trate, para una estimación con mayor nivel de exactitud, sería preciso conocer la posición arancelaria de cada uno de los productos.
2. Ver Superintendencia de Servicios de Salud - Informe del Observatorio de Precios, enero 2017. El estudio analiza datos de más de 750000 compras de medicamentos de alto costo por parte de 230 obras sociales, correspondientes a 76 patologías, 101 principios activos y 228 marcas comerciales. El estudio encuentra que para el 65% de los principios activos existe una única marca comercial, para el 8% existen dos marcas comerciales y para el 10% existen tres marcas comerciales. Solo un 17% de los principios activos tienen cuatro o más marcas comerciales.
3. También hay un sobre costo que podríamos denominar "afinidad"; es decir, un plus no explicado solo por ineficiencias, sino más bien por corrupción.
4. En general las droguerías mantienen convenios de largo plazo con los financiadores a los cuales les provee los medicamentos especiales. Existen diversos mecanismos de contratación, algunos incluyen contratos por un determinado tiempo (por ejemplo, un semestre) y en otros casos participan en compulas de precios mensuales (por ejemplo, a través de la plataforma de Bionexo). Existen en el mercado droguerías que buscan destacarse por el servicio mientras que otras apuntan a ofertas coyunturales.

LA PANDEMIA DESPUÉS DE LA PANDEMIA



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

Hay varias pandemias que le siguieron a la pandemia del Covid-19, la pandemia emocional, la económica, la psicológica, la laboral, a lo que se le suma la pandemia de demandas judiciales contra los Estados y laboratorios por efectos adversos, como consecuencia de la vacunación.

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19, la humanidad ha enfrentado uno de los desafíos de salud pública más grandes de la historia reciente. En este contexto, las vacunas han surgido como la herramienta más eficaz para controlar la propagación del virus y reducir la mortalidad.

Sin embargo, la rapidez con la que se desarrollaron y distribuyeron estas vacunas, ha generado controversias y demandas judiciales contra los Estados y la industria farmacéutica.

Este artículo analiza las implicaciones y los argumentos detrás de estas demandas, así como su impacto en la confianza pública y la política de salud global.

La urgencia de la situación pandémica llevó a un proceso de desarrollo y aprobación de vacunas sin precedentes en términos de velocidad. Las vacunas de AstraZeneca, al igual que otras, fueron sometidas a ensayos clínicos acelerados y aprobadas bajo autorizaciones de uso de emergencia. Este contexto excepcional ha sido uno de los principales argumentos de las demandas judiciales, que alegan que la rapidez pudo comprometer la seguridad y eficacia de las vacunas.

Hasta donde sabemos, en la Argentina existen cinco demandas colectivas contra el Estado y laboratorios fabricantes, todas ellas por presuntos daños y perjuicios ocasionados por las inoculaciones.

En las demandas, además, se plantea la “inconstitucionalidad” del artículo 4 de la ley 27.573 por el que se facultó al Poder Ejecutivo a incluir en los contratos de compras de vacunas “cláusulas que establezcan condiciones de indemnidad patrimonial respecto de indemnizaciones y otras reclamaciones pecuniarias en favor de quienes participen de la investigación, desarrollo, fabricación, provisión y suministro de las vacunas”.

En ese sentido, mediante la Resolución Conjunta N° 7/2022 del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, se estableció un procedimiento para la tramitación de los reclamos indemnizatorios a ser atendidos con recursos del Fondo de Reparación Covid-19, pero allí no se previó la con-

formación de una junta médica a los efectos de emitir dictámenes o resoluciones que determinasen la existencia y grado de la incapacidad denunciada.

Dicha norma estableció una compensación de hasta 240 haberes mínimos jubilatorios, lo que es rechazado por los demandantes damnificados, por entender que resulta insuficiente reparación del daño causado; y sostienen, además, que son los propios laboratorios quienes deben asumir las indemnizaciones que correspondan.

A las demandas colectivas mencionadas se le suma la única acción individual que he detectado en el país, que se encuentra radicada en el Juzgado Federal de Río Cuarto, por medio de la cual una mujer demanda a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y AstraZeneca, pues atribuye a la tercera dosis de esa vacuna recibida en 2022, el síndrome de Guillain-Barré, con cuadriparesia que padece en la actualidad.

Por otra parte, existen demandas en los Estados Unidos y en el Reino Unido, donde un grupo de personas acusan al fabricante AstraZeneca de haber manifestado reacciones adversas a la vacuna contra el Covid-19.

Por ejemplo, Brienne Dressen, una ciudadana estadounidense fue diagnosticada de “neuropatía post-vacuna”; y, en consecuencia, demandó a AstraZeneca, alegando haber quedado “permanentemente discapacitada” tras participar en un ensayo clínico de la vacuna contra el Covid-19.

La mujer, de 42 años y ex profesora de Utah, denunció a la empresa por presunto incumplimiento de contrato, al afirmar que la empresa no proporcionó atención médica para sus efectos secundarios, tal como había prometido.

El laboratorio, por su parte, a través de un documento legal que presentó ante el Tribunal Superior, sostuvo que su formulación “*puede, en casos muy raros, causar TTS*”, es decir, síndrome de trombosis con trombocitopenia, que provoca que las personas tengan coágulos de sangre y un recuento bajo de plaquetas en sangre.

Sostuvo el fabricante que la seguridad del paciente siempre fue su máxima prioridad y que las autoridades reguladoras cuentan con estándares claros y estrictos para garantizar el uso seguro de todos los medicamentos, incluidas las vacunas.

Añadieron que, a partir del “*conjunto de pruebas obtenidas en ensayos clínicos, se ha demostrado continuamente que la vacuna AstraZeneca-Oxford tiene un perfil de seguridad aceptable y los reguladores afirman sistemáticamente que los beneficios de la vacunación superan los riesgos de posibles efectos secundarios extremadamente raros*”.

Si bien es cierto que el desarrollo acelerado de las vacunas ha generado preocupaciones legítimas sobre la seguridad, también es importante reconocer que las vacunas pasaron por rigurosos procesos de evaluación científica antes de ser aprobadas. Las agencias reguladoras en todo el mundo, como la EMA y la FDA, supervisaron y aprobaron el uso de estas vacunas, basándose en datos de ensayos clínicos que demostraron su eficacia y seguridad.

Sin embargo, el tema de la responsabilidad aparece como el principal argumento de los demandantes, quienes sostienen que tanto los fabricantes como los gobiernos no fueron lo suficientemente transparentes sobre los posibles efectos secundarios y riesgos asociados con las vacunas. En algunos casos, se alega que la información sobre eventos adversos graves no se comunicó adecuadamente al público.

La transparencia es fundamental para mantener la confianza pública en las vacunas. Si bien los efectos secundarios graves

“ La urgencia de la situación pandémica llevó a un proceso de desarrollo y aprobación de vacunas sin precedentes en términos de velocidad. Las vacunas de AstraZeneca, al igual que otras, fueron sometidas a ensayos clínicos acelerados y aprobadas bajo autorizaciones de uso de emergencia. Este contexto excepcional ha sido uno de los principales argumentos de las demandas judiciales, que alegan que la rapidez pudo comprometer la seguridad y eficacia de las vacunas. ”

son extremadamente raros, es esencial que se comuniquen de manera clara y honesta. La falta de transparencia puede alimentar la desconfianza y el escepticismo, lo cual es contraproducente hacia los desarrollos de nuevas tecnologías en el futuro.

Muchas de las demandas buscan compensación por daños supuestamente causados por las vacunas. Como he mencionado, en algunos casos, se han reportado efectos secundarios graves, aunque raros, como trombosis, síndrome de Guillain-Barré, daños neurológicos o permanente discapacidad. Este es un punto

complejo, ya que la correlación entre la vacuna y los efectos adversos no siempre implica causalidad directa.

Los sistemas de compensación por daños relacionados con vacunas existen en varios países y son una forma de asegurar que aquellos que sufren efectos adversos tengan un recurso. Sin embargo, estas demandas deben equilibrarse con la necesidad de proteger a los fabricantes de vacunas de una carga legal excesiva que podría desincentivar la innovación y producción de nuevas vacunas o tecnologías.

Las demandas judiciales contra los laboratorios y los Estados pueden tener un impacto significativo en la salud pública. En primer lugar, pueden erosionar la confianza pública en las vacunas, lo cual es especialmente perjudicial durante una pandemia y de cara al futuro, máxime si se tiene en cuenta que la vacunación masiva es esencial para alcanzar la inmunidad de grupo y controlar la propagación de virus.

Además, las demandas pueden tener un efecto disuasorio en las farmacéuticas, desincentivando la inversión en investigación y desarrollo de nuevas vacunas. Si las empresas temen repercusiones legales desproporcionadas, pueden estar menos propensas a asumir los riesgos necesarios para desarrollar soluciones innovadoras en tiempos de crisis.

La judicialización masiva genera una tensión entre la necesidad de una respuesta rápida y efectiva ante situaciones pandémicas como la vivida recientemente y las preocupaciones legítimas sobre la seguridad y responsabilidad.

Es crucial que se mantenga la transparencia y se aborden de manera justa las reclamaciones de daños, sin desincentivar la innovación y la producción de vacunas.

En última instancia, la confianza pública y una política de salud basada en la ciencia son esenciales para superar la pandemia y prepararnos para futuros desafíos de salud global. ■

(*) Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud.



La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar



Praxis | Médica
Más de 400 clínicas y más de 2000 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.

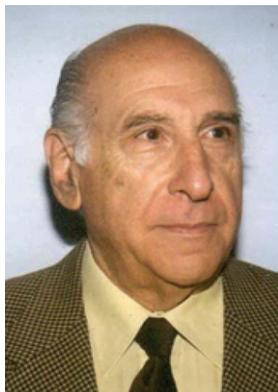
Nuestras publicaciones





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

LA CONSULTA



"Un buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad".

William Osler

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El encuentro entre un médico y un paciente es el primer y más antiguo eslabón en la relación médico paciente, para resolver situaciones agudas o crónicas, las que necesitan de un continuo seguimiento.

La consulta contiene en sí dos componentes, el de la ética del conocimiento que identifica al buen médico y la ética humana en la que el enfermo es considerado una persona. Por tal razón es erróneo pensar que sólo el aumento de los recursos sanitarios produce mayor impacto en el estado de salud de una población.

A través de la consulta se puede organizar el proceso de atención médica por medio de tres modelos que dependen de las características e intereses tanto del médico como del paciente.

La centrada en el profesional como eje en el que pivotean las decisiones en la que la relación médico paciente es débil. Es una modalidad frecuente en la medida que se desarrollen los medios de comunicación y el mercado tecnológico. No obstante, esta modalidad paternalista puede ser una alternativa cuando se advierten limitaciones socioculturales en el paciente.

La centrada en los recursos los que se convierten en los determinantes de la práctica a través de las prescripciones diagnósticas y terapéuticas. La consulta resulta en un instrumento expensor del gasto lo que no implica mayor calidad, adquiriendo cierto perfil de deterioro ético. No obstante, existen pacientes que muestran mayor grado de satisfacción al evaluar el conocimiento del médico en acuerdo a sus expectativas.

La centrada en el paciente que considera su autonomía como factor determinante en la toma de decisiones. Es la consulta de las especialidades clínicas cuyo propósito es el de establecer una relación colaborativa entre personas, familiares y eventualmente profesionales, aspectos que deben considerarse al momento de su valoración económica.

La evidencia señala que esta modalidad mejora los resultados clínicos, contribuye a mejorar la salud por medio de cambios en el estilo de vida, reduce el uso de recursos prescriptivos ya que ellos han sido seleccionados por el médico luego del interrogatorio y el examen semiológico.

En definitiva, mejora la calidad de la atención al contribuir a la reducción de la variabilidad de la práctica médica. Asimismo, reconoce cinco grandes dimensiones: 1) La perspectiva psicosocial que considera la intervención de factores biológicos, sociales y psicológicos; 2) La de interpretar la experiencia que el enfermo tiene sobre su enfermedad; 3) Las responsabilidades igualitarias del médico y del paciente; 4) La alianza terapéutica; 5) La actitud del médico que no debe restringir el comportamiento del paciente.

Cualquiera fuese el tipo de consulta sus principales objetivos según el American Board Of Interna Medicare son: 1) Hacer que el paciente se sienta cómodo de manera que pueda comunicarse con la mayor libertad posible; 2) Superar las barreras debidas a la comunicación sean auditivas, idiomáticas o culturales; 3) Atenuar la ansiedad excesiva del paciente o síndrome orgánico funcional; 4) Facilitar la comunicación por medio de preguntas indirectas con respuestas abiertas, permitiendo a los pacientes narrar su propia historia; 5) Obtener una Historia Clínica en un contexto amplio que incluya las condiciones de vida del paciente; 6) Evitar el lenguaje técnico; 7) Considerar diferentes hipótesis con el propósito de solicitar información adicional; 8) Evaluar el perfil y personalidad del paciente para adecuar el estilo de la entrevista, toda vez que algunas personas requieren información muy detallada como los obsesivos, en tanto que otros pueden responder mejor a un enfoque paternalista; 9) Evaluar los aspectos positivos y negativos de la relación familiar; 10) Formular estrategias terapéuticas incluyendo elementos tranquilizadores y confortarlo en acuerdo a las acciones futuras.

En orden a ello los componentes de una consulta clínica están alineados con objetivos de calidad: 1) Exploración de la enfermedad y de la experiencia del enfermo; 2) Comprensión de la persona como un todo; 3) Definición del problema y de las prioridades; 4) Promoción de la prevención y del autocuidado; 5) Exitosa relación médico paciente basada en una real comunicación y no en un simple intercambio de información; 6) Entender que los pacientes necesitan saber que el médico ha entendido su problema.

En la gestión de la atención ambulatoria es importante considerar los factores que obstaculizan y los que contribuyen a una prestación de calidad: 1) El ámbito en que se desarrolla la consulta, que debe ser confortable y garantizar la privacidad; 2) El tiempo que debe ser programado y suficiente; 3) El lenguaje médico comprensible y amigable; 4) El cambio de médicos afecta al seguimiento y eleva el número de prescripciones, aun contando con historias clínicas adecuadas; 5) El uso desmedido de tecnologías, cada vez más sofisticadas que van reemplazando la exploración básica necesaria para tener una aproximación diagnóstica; 6) La superespecialización que si bien brinda prestigio y reconocimiento económico, compromete la integridad del examen clínico; 7) La influencia de la propaganda, el periodismo y la comunicación social; 8) El organigrama vertical de los hospitales organizados por especialidades y cargos en internación, sin dotación para puestos en atención ambulatoria; 9) La medicalización del paciente intoxicado con información que mal interpretar en acuerdo a sus conocimientos.

La calidad de la consulta ha tenido avances y retrocesos debido a: 1) la capacidad clínica del profesional, lo que supone algún tipo de selección, sin que ello obstaculice la libre elección y el control de la libertad de cambio; 2) El grado de fragmentación del sistema cuando prevalece una suerte de jerarquía en función de los niveles de complejidad; 3) El valor del honorario médico calculado en base a la hora médica.

La consulta tiene una eficacia práctica y simbólica basada en una adecuada relación médico paciente en donde el tiempo es un recurso necesario y un indicador de calidad. La duración de la consulta es un tema polémico que indica aspectos sociales, técnicos, organizacionales y personales, ninguno de por sí definitorios, pero que deben tomarse en cuenta en la asignación de tiempos según fuera la especialidad, ya que algunas incluyen maniobras o procedimientos manuales o instrumentales.

El tiempo puede ser objetivo o subjetivo. El tiempo objetivo es un indicador del proceso de atención: pacientes por hora, tiempo de espera, cantidad de prescripciones diagnósticas por consulta, entre otras. En cambio el tiempo subjetivo es el del paciente que puede sentirlo largo en la espera y corto en la consulta.

La brevedad de la consulta en medicina general es motivo de

preocupación y de análisis. Una encuesta de la Asociación Médica Británica encontró que el 92% de los 15.560 médicos de cabecera estiman que una duración de diez minutos en atención primaria resulta adecuada. En cambio, en otros países estimaron tiempos distintos como en Francia que considera adecuados 17 minutos para el médico general o 20 minutos en el caso de Suecia. Estas diferencias se estiman vinculadas al nivel de competencia que tienen asignados los profesionales en esos sistemas.

Asimismo, algunos estudios señalan ciertos aspectos de índole técnica que aumentan la duración de la consulta: 1) Los médicos de mayor edad, los de práctica general y los de salud mental; 2) Las consultas de primera vez o ulteriores por problemas nuevos; 3) Los pacientes de edad avanzada o con problemas sensoriales; 4) El grado de privatización en el que el pago por consulta es lo habitual.

Otro elemento por considerar es la duración de la consulta es la modalidad de retribución al profesional, toda vez, que éste tiende a maximizar la unidad de pago. La retribución por consulta presta mayor satisfacción tanto al profesional como al paciente, lo que facilita su seguimiento y aceptación del tratamiento, si bien supone incentivos a la frecuencia y expansión del gasto. En cambio, en el salario interesa el número de horas y no la producción, en tanto que en la cápita se procuran cupos sin selección adversa.

Un tema que trae controversias, cuando no conflictos, es determinar el valor de la consulta. Hace años con el uso de nomencladores valorizados se determinó su valor calculando lo que debería ganar un médico por mes dividido por la cantidad de consultas que podría realizar en 12 horas semanales.

Este cálculo regulatorio no resolvió el problema ya que la distribución de los pacientes no es uniforme y dependen de distintas variables vinculados a las características cuali y cuantitativas de la oferta y la demanda del sistema de atención médica, que llevó al aumento de su valor económico en un modelo de contratación de prácticas nomencladas y valorizadas. Estos listados eran objeto

de cierta regulación a propósito de los convenios entre obras sociales y gremios médicos y sanatoriales, con el mecanismo de las paritarias, que incluían un valor diferencial para los acuerdos con las organizaciones prepagas.

Con la desregulación de las obras sociales y la segmentación de la población según su capacidad económica, el honorario de la consulta está vinculado al plan de cobertura, desde los más abiertos hasta los más regulados. En la práctica esta intermediación hace que el médico necesite integrar el listado de la oferta profesional de la organización financiadora del plan y por otro cierta regulación del valor económico de la consulta. En orden a ello, los profesionales que a través de su empatía y preocupación por solucionar el problema que aflige al beneficiario, que al reconocer su capacidad médica también reconoce un honorario adicional.

En los centros de atención ambulatoria es la consulta la que le presta su capacidad resolutoria en la medida que dispongan del apoyo diagnóstico y la coordinación con especialidades de manera oportuna y suficiente. En su defecto esa demanda se traslada a las guardias hospitalarias, lo que señala el fracaso de la organización de la atención ambulatoria.

Los esfuerzos para construir un “Sistema de Atención Médica” entorno a dos niveles de atención, el primario con su médico de cabecera y el especializado, no ha prosperado, con excepción de algunos planes de proveedores de servicios médicos privados. ■

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

Médicos

LA REVISTA LÍDER DEL SECTOR SALUD

“Con más de 26 años de trayectoria en el mercado es hoy la revista más leída, consultada y difundida en su segmento”.



Seguinos en:

✉ @RevistaMedicos 📱 @revista_medicos 🌐 Revista Médicos 📘 Revista Médicos

www.revistamedicos.com.ar

“INNOVANDO EN SALUD: CREACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MEDIACIÓN PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS”



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

¿Qué sucede en una mediación?

Los pacientes se quejan, los compañeros de trabajo discuten, los proveedores demandan, las obras sociales niegan, las compañías de seguros desafían, los médicos no están de acuerdo y el departamento legal apela. La atención médica tiene más que su parte de conflicto. Es tangible y concreto y proporciona más visibilidad de la que cualquiera de nosotros quiere y con la que se siente cómodo.

Frente a todo esto es que como mediadoras muchas veces nos preguntan qué sucede dentro de una oficina o espacio en donde ocurre la mediación. “*Vemos que las personas entran con una cara y salen con otra*”, solemos escuchar.

La mediación en el ámbito sanitario es vista como parte de los nuevos sistemas y procedimientos para el manejo del conflicto entre profesionales y usuarios en un hospital, lo que permite gestionar mejor los cambios y utilizar el diálogo como eje central de las intervenciones en la relación clínica.

Esta impacta en la seguridad de los pacientes y en el clima laboral, y permite desjudicializar los conflictos. Además, algunos estudios demuestran que cuando se entrena en mediación a los profesionales se mejora el trato con los usuarios de los servicios de salud y se evitan posibles litigios.

Entonces hoy veremos un poco más sobre que significa mediar y cómo es participar de una mediación.

¿Es una conversación?

Si lo es; con una facilitación del diálogo entre los asistentes por parte del mediador desde su imparcialidad o neutralidad (concepto de mucho debate respecto de si es posible o no serlo realmente).

La mediación es un proceso que conduce el mediador; solo conduce, no resuelve, no impone soluciones al conflicto. Los protagonistas de la historia son las partes.

Si es un proceso, entonces pensamos en un orden para que la conversación tenga un hilo conductor hacia un posible acuerdo o como mínimo en un acercamiento que permite mirar el conflicto desde otra perspectiva. Quizás luego de eso los acuerdos suceden, o entramos en una desescalada que da oportunidad a otro tipo de diálogos.

Ese orden para el diálogo tiene como principio un breve *discurso* por parte del mediador para explicar en qué consiste el proceso, su confidencialidad, cuál es su rol, algunas reglas de juego, y sobre todo para instar a los asistentes a que se respeten, se escuchen y colaboren con el procedimiento, con miras a lograr un acuerdo o transformar la relación.

Incluso si la mediación no se resuelve, el proceso en sí permite que los problemas se pongan sobre la mesa, con una oportunidad para la discusión en un marco seguro. Permite a las personas la oportunidad de irse a casa o volver al trabajo y considerar las muchas opciones presentadas ante ellos en la mediación.

Hemos escuchado muchas veces que, aunque la mediación no tuvo éxito, las partes pudieron trabajar juntas de manera más efectiva después de tener la oportunidad de expresar sus quejas, emociones, sentires.

En la mesa de mediación el único adversario al que hay que enfrentar es el conflicto, se despliegan una serie de herramientas de diversas disciplinas (comunicación, negociación, PNL, oratoria, comunicación no verbal, etc.) que están destinadas a comunicarnos más y mejor en pos de ese acuerdo o transformación.

Luego el mediador y la parte reclamada escuchan (sin interrumpir) a la parte que reclama, quien tiene la oportunidad de explicar en qué consiste el conflicto desde su punto de vista, y cual sería desde su enfoque una posible solución. Del mismo modo, la parte reclamada expone su mirada respecto del conflicto planteado y también una posible solución desde su punto de vista.

Mientras se plantea el conflicto, generalmente ocurre que en esta primera etapa del proceso, se expresan todas las disconformidades y enojos y se vuelcan en la mesa todas las emociones negativas que el mediador deberá filtrar y traducir mediante la técnica denominada “parfraseo” o sea el mediador permite expresar las emociones en un marco de respeto, y al mismo tiempo contiene a ambas partes para tratar de reducir el enojo; luego pasa en limpio el objeto del reclamo sin otras connotaciones emocionales.

A partir de allí y con el conflicto planteado se construye una *agenda* para seleccionar los temas a tratar asegurándose que las partes han dejado de lado momentáneamente las emociones, y están dispuestas a trabajar en un mejor clima, y a negociar juntamente con el mediador, en la búsqueda de distintas *opciones* de solución al problema.

Esta parte del proceso se puede hacer en forma conjunta, o sea con ambas partes o bien en *reuniones* separadas (caucus) en las que interviene el mediador con cada una de las partes, cuidando siempre que el tiempo invertido con cada parte sea el mismo; obteniendo el compromiso de confidencialidad de lo dicho en cada reunión, es decir que todo lo que cada una de las partes no quiera que el mediador traslade a la otra parte, no será trasladado. Salvo que medie autorización expresa para que así sea.

Allí el mediador insta a las partes a pensar y crear varias opciones para elegir entre ellas la que conduzca a un posible acuerdo y pueda satisfacer a los intereses de todas las partes. Es este momento del proceso en el que el mediador también ejerce un rol de ‘abogado del diablo’ entendiéndose ello como una reflexión que el mediador hace con cada parte separadamente para ayudar a que vean ventajas y desventajas de sus posiciones frente al conflicto y también puedan evaluar la conveniencia de llegar a un acuerdo y evitar un juicio ayudándolos a comparar posibilidades de éxito o fracaso en sede judicial, costos, etc.

Para ello el mediador utiliza criterios de legitimidad objetivos que son aceptados por ambas partes y aunque tengan lugar a interpretaciones ayudan a limitar la discusión a conceptos reglamentados y preestablecidos como, por ejemplo: leyes, decretos, reglamentos, etc.

Este rol de “abogado del diablo” del mediador se realiza en reuniones privadas con cada parte y sus abogados también con el fin que la parte pueda verificar y comparar esta información con la que le dio su abogado previo a la mediación.

Hecha esa evaluación cada parte tomara una decisión respecto de si su alternativa de acordar es más beneficiosa que su alternativa de transitar un juicio sopesando todas las aristas que un juicio conlleva: tiempo, costos, daño a la relación etc. (MAAN: ¿hay una mejor alternativa comparada con un acuerdo negociado?)

¡Si hay acuerdo se firma el mismo y la mediación habrá concluido con un enorme ahorro de tiempo, dinero y energía vital!

¿Por qué hablamos de Mediadores Sanitarios?

Hasta aquí describimos muy brevemente el proceso, dando paso a resaltar la necesidad de que los “*Mediadores Sanitarios*” se capaciten específicamente para mediar este tipo de conflictos.

Existen diversos programas de mediación sanitaria, tanto a nivel público como privado. Estos programas suelen ofrecer servicios de mediación para diferentes tipos de conflictos, como:

- **Conflictos entre médico y paciente:** desacuerdos sobre tratamientos, diagnósticos, información, etc.
- **Conflictos entre profesionales de la salud:** disputas entre colegas, equipos de trabajo, etc.
- **Conflictos entre pacientes e instituciones sanitarias:** reclamaciones por mala praxis, negligencia, etc.

El programa de capacitación preestablecido por el Ministerio de Justicia de la Nación, para los profesionales con título de grado que aspiran a ser mediadores, incluye materias relativas a axiomas de la comunicación, diferentes técnicas de negociación y programación neurolingüística, con una carga horaria de 80 horas de clases teóricas y 20 horas de pasantías para la práctica.

Los mediadores que intervienen en conflictos referidos al derecho de familia están obligados a cursar 30 horas de capacitación específica. Esto ya nos da indicios de que algunas materias en el ámbito de la gestión de conflictos requieren de mayor incorporación de conocimientos, especificidad, etc.

Si bien hay diferentes posturas respecto de la necesidad de una capacitación específica para los mediadores según se trate del tipo de conflictos en los que intervienen; algunos opinan que un buen mediador puede intervenir en cualquier conflicto. Tenemos otra mirada sobre el punto.

Ya sean conflictos por mala praxis médica o bien conflictos asociados a la falta de cobertura de alguna prestación, o bien a fallas de comunicación entre financiadores y usuarios u otros

referidos al sector salud, nuestra propuesta consiste en la necesidad de una capacitación específica para el *Mediador Sanitario* quien, creemos, debe conocer las características específicas de nuestro sistema de salud.

Cuando el mediador escucha los conflictos referidos al sector salud debe saber distinguir, por ejemplo, la diferencia entre el sistema público, el sistema de seguridad social (obras sociales y mutuales) y el sistema privado (empresas de medicina prepaga).

Debe saber que existen normas, decretos, resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, una agencia de evaluación de nuevas tecnologías y aun, un Programa Médico Obligatorio, que legitiman, y muchas veces respaldan las decisiones que se toman en el sector.

Porque, aunque el mediador no resuelve, para poder ayudar a ambas partes en el proceso de comunicación, no puede estar ajeno a situaciones puntuales que se van a sustanciar durante la negociación entre las partes y sus abogados, sobre todo como ya comentamos, cuando ejerce su “rol de abogado del diablo” oportunidad en la que puede ayudar a las partes y a los abogados patrocinantes a evaluar las posibilidades de éxito o fracaso que pueden obtener en sede judicial.

Como muchas veces se dijo la demanda de salud es infinita y los recursos tienen límites.

Sabemos que en los países desarrollados se está priorizando la atención neonatal antes que los tratamientos de hemodiálisis en adultos mayores.

Creemos que los procesos de mediación sanitaria conducidos por mediadores capacitados específicamente pueden ser útiles también para ejercer una suerte de función esclarecedora para los abogados patrocinantes y el usuario en general, que muchas veces desconocen cómo funcionan los sistemas de financiamiento de la salud, sus límites y dificultades.

La esencia de la función del mediador es la imparcialidad, es ayudar a las partes a acercar sus posiciones iniciales, escuchándose, con empatía, poniéndose en el lugar de la otra parte; por ello creemos que la instalación de la *Mediación Sanitaria* con profesionales, abogados y médicos mediadores, capacitados específicamente para intervenir en este tipo de conflictos, colaboraran para reducir la litigiosidad logrando que el financiador escuche la solicitud y la necesidad de la prestación por parte del usuario, y el usuario pueda también conocer las explicaciones referidas a las limitaciones que regulan el sistema.

De este modo juntos, mediante la autonomía de la voluntad de ambas partes, durante el proceso conducido por un *Mediador Sanitario*, podrán encontrar una opción creativa que responda a la necesidad del usuario, y el financiador pueda autorizar dentro del marco normativo vigente, sin necesidad de recurrir a la vía del amparo, cuya resolución depende de un tercero: el juez. ■

(*) Abogadas – Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria.

**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.



ROMPER LA BARRERA DEL NO SOBRE UN RECIENTE LIBRO



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

“Rompe la barrera del no” de Chris Voss

En este libro, el autor comparte valiosos principios de negociación basados en su experiencia como negociador de crisis en el FBI. A través de anécdotas impactantes y estrategias prácticas, Voss nos enseña cómo negociar de manera efectiva, incluso en las situaciones más desafiantes. ¡Prepárate para aprender a convertir el “no” en un “sí” y a dominar el arte de la negociación!

Presenta varios principios clave para negociar eficazmente. Aunque no se enumeran específicamente como “nueve principios” en el texto, se pueden identificar conceptos fundamentales que guían su enfoque. Aquí hay un resumen de algunos de los principios más destacados:

- 1. La importancia de la empatía:** comprender y reconocer las emociones de la otra parte es crucial para construir una relación y facilitar la negociación.
- 2. La técnica del “no”:** Voss enfatiza que un “no” puede ser el primer paso hacia un “sí”. Permitir que la otra parte se sienta segura al rechazar una propuesta puede abrir la puerta a una discusión más productiva.
- 3. Preguntas calibradas:** utilizar preguntas que comiencen con “¿Cómo?” o “¿Qué?” para guiar a la otra parte hacia la solución que deseas, evitando respuestas simples de “sí” o “no”.
- 4. Anclaje emocional:** establecer un marco emocional que influya en la percepción de la otra parte sobre lo que es justo o razonable.
- 5. Crear una sensación de urgencia:** utilizar plazos y limitaciones para motivar a la otra parte a tomar decisiones más rápidamente.
- 6. La comunicación no verbal:** ser consciente de las señales no verbales y utilizarlas para reforzar tu mensaje.
- 7. Preparación y planificación:** la preparación es esencial para cualquier negociación. Voss sugiere tener un plan claro y un “pliego de negociación” que resuma tus tácticas.
- 8. El poder de la escucha activa:** escuchar atentamente a la otra parte para entender sus necesidades y preocupaciones, lo que puede ayudarte a encontrar soluciones mutuamente beneficiosas.
- 9. Flexibilidad y adaptabilidad:** estar dispuesto a ajustar tu enfoque y estrategia en función de cómo se desarrolla la negociación.

Estos principios se entrelazan a lo largo del libro y se ilustran con ejemplos prácticos y anécdotas de la experiencia de Voss en negociaciones de alto riesgo. Chris Voss comparte varias anécdotas personales a lo largo de “Rompe la barrera del no” que ilustran sus técnicas de negociación. Aquí hay algunas de las más destacadas:

- 1. Negociaciones de rehenes:** relata su experiencia como negociador de rehenes en situaciones de crisis, donde cada decisión podía tener consecuencias fatales. Una de las anécdotas más impactantes involucra una situación en la que tuvo que utilizar la técnica del “no” para desescalar una situación tensa, permitiendo que el captor se sintiera en control y, a su vez, facilitando una salida segura para los rehenes.

- 2. El caso del secuestrador:** en una de sus negociaciones, se enfrentó a un secuestrador que estaba muy emocional y reacio a cooperar. Utilizó la técnica de la empatía y la escucha activa, reflejando las emociones del captor y validando sus sentimientos, lo que ayudó a calmar la situación y a abrir un canal de comunicación más efectivo.
- 3. La negociación con un cliente difícil:** también comparte una experiencia en el ámbito empresarial, donde tuvo que negociar con un cliente que estaba insatisfecho. Aplicó preguntas calibradas para entender mejor las preocupaciones del cliente y, al hacerlo, logró transformar una situación potencialmente conflictiva en una oportunidad para fortalecer la relación comercial.
- 4. El “cisne negro”:** menciona la importancia de identificar “cisnes negros”, que son información o factores inesperados que pueden cambiar el rumbo de una negociación. Relata cómo, en una negociación crucial, descubrió un detalle que no había sido considerado previamente, lo que le permitió obtener una ventaja significativa.
- 5. La técnica del espejo:** en una anécdota, describe cómo utilizó la técnica del espejo, que consiste en repetir las últimas palabras de la otra persona, para fomentar la comunicación y hacer que la otra parte se sintiera escuchada. Esta técnica ayudó a crear un ambiente más colaborativo y a facilitar el diálogo.

Estas anécdotas no solo ilustran las técnicas de negociación de Voss, sino que también muestran cómo estas estrategias pueden aplicarse en diversas situaciones, desde negociaciones de alto riesgo hasta interacciones cotidianas en el mundo empresarial y personal. La experiencia de Chris Voss en el FBI se **contrasta notablemente con la de los académicos de Harvard en el contexto de la negociación**, y esta comparación es un tema recurrente en “Rompe la barrera del no”. Aquí hay algunos puntos clave que destacan las diferencias y similitudes:

- 1. Enfoque práctico vs. teórico:** Voss enfatiza que su formación y experiencia en el FBI se basan en la práctica y en situaciones de vida o muerte, donde las decisiones deben tomarse rápidamente y con consecuencias reales. En contraste, los académicos de Harvard tienden a enfocarse en teorías y modelos de negociación que pueden no reflejar la urgencia y la presión de las negociaciones en situaciones críticas.
- 2. Desarrollo de tácticas:** Voss menciona que las tácticas que utilizaba en el FBI fueron desarrolladas a través de la experiencia directa y el aprendizaje en el campo, a partir de lo que funcionaba y lo que no. Esto contrasta con el enfoque más académico de Harvard, que puede basarse en estudios de caso y teorías de negociación sin la misma presión de resultados inmediatos.
- 3. Inteligencia emocional:** Voss destaca la importancia de la inteligencia emocional en la negociación, algo que ha sido fundamental en su trabajo con rehenes. Aunque Harvard también reconoce la importancia de la inteligencia emocional, Voss argumenta que su aplicación práctica en situaciones de crisis es lo que realmente marca la diferencia en el éxito de una negociación.
- 4. Adaptabilidad y flexibilidad:** en el FBI, aprendió a ser extremadamente adaptable y a ajustar su enfoque en función de las circunstancias cambiantes de cada situación. Este nivel de flexibilidad puede ser menos común en un entorno académico, donde los modelos y teorías pueden ser más rígidos.
- 5. Resultados tangibles:** Voss señala que su experiencia en el FBI ha llevado a resultados tangibles y exitosos en situaciones críticas, mientras que los académicos pueden no tener la misma experiencia directa en la obtención de resultados en negociaciones reales.

En resumen, mientras que la academia, como Harvard, proporciona un marco teórico valioso para entender la negociación, la experiencia de Voss en el FBI se centra en la aplicación práctica de tácticas en situaciones de alta presión, lo que le permite ofrecer un enfoque único y efectivo para negociar en cualquier contexto. Esta combinación de teoría y práctica es lo que Voss busca integrar en su enseñanza y en su libro. ■

(*) Doctor de la Universidad de Buenos Aires

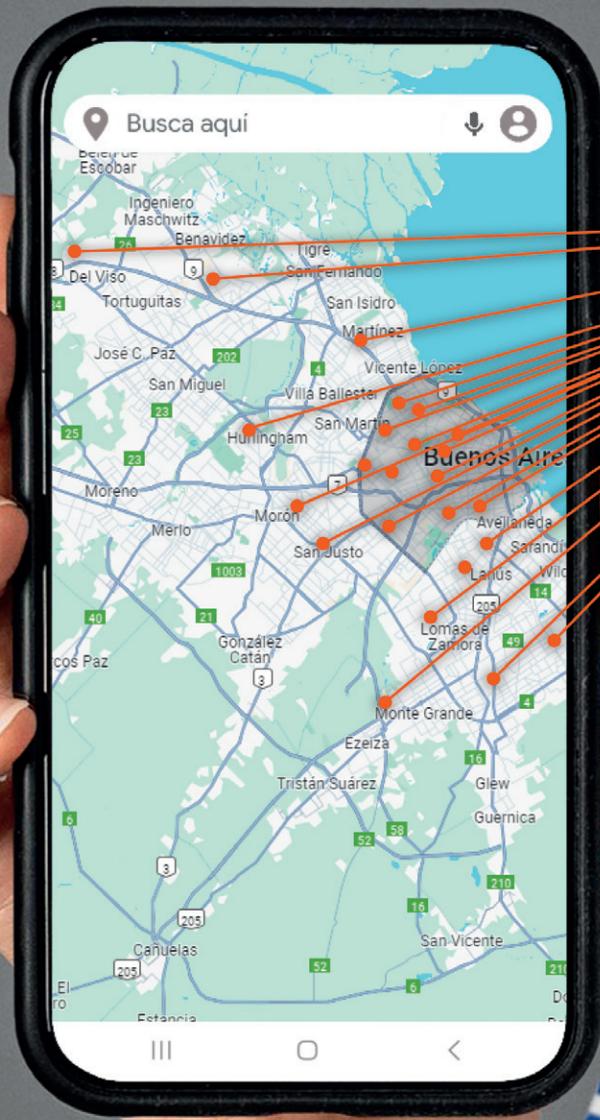


Tu tranquilidad es nuestro propósito

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



Ampliamos **la estructura.**

24 Bases Operativas propias que garantizan nuestro alcance donde más nos necesiten.

Urgencias y emergencias: 011 6009 3300

Comercial y Capacitación: 011 4588 5555



www.acudireemergencias.com.ar

acudir
emergencias médicas

La calidad es nuestra actitud.