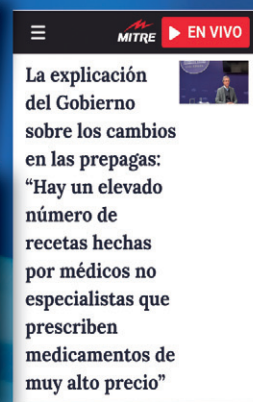
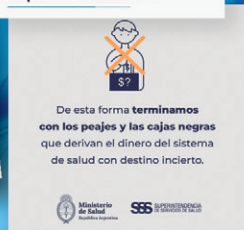


Medicina Global Médicos

La revista de salud y calidad de vida

QUO VADIS SALUD



DEBATE
ENTRE LA CONFUSIÓN Y EL OXÍMORON
Por el Dr. Mario Glanc



OPINIÓN
EL CONOCIMIENTO COMO FUERZA EMANCIPATORIA
Por la Dra. Lilliana Chertkoff



DEBATE
CARTILLAS Y CAPITAL HUMANO EN SALUD
Por el Dr. Marcelo García Dieguez

Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO



Besoterapia

En SanCor Salud impulsamos nuevas especialidades que le hacen bien a tu salud.



SanCorSalud

Grupo de Medicina Privada

La buena salud es todo

Conocenos en sancorsalud.com.ar



La red de emergencias médicas
más grande del país

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



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA✓

IONet

www.sifeme.com

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

Revista bimestral


EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCIÓN, REDACCIÓN,
ADMINISTRACIÓN
Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 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.

GRAGEAS	6
ACTUALIDAD	
COMPROMISO CON LA CAPACITACIÓN: ACUDIR SERÁ SEDE DE PRÁCTICAS DE LA DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN TRASLADO NEONATAL Y CONTINÚA AMPLIANDO LA OFERTA DE CURSOS DEL CCEA	8
DEBATE	
ENTRE LA CONFUSIÓN Y EL OXÍMORON Por el Dr. Mario Glanc - Doctor en Medicina - Director Académico IPEGSA	10
COLUMNNA	
¿A QUIÉN PERTENECEN LOS HOSPITALES PÚBLICOS? Por el Dr. Hugo E. Arce - Doctor en Ciencias de la Salud - Miembro el Grupo PAIS	12
OPINIÓN	
ECONOMÍA CIRCULAR EN EL SECTOR SALUD: UN ENFOQUE SOSTENIBLE Por el Lic. Ariel Goldman - Profesor universitario	14
DEBATE	
CARTILLAS Y CAPITAL HUMANO EN SALUD Por el Dr. Marcelo García Dieguez - Médico - Profesor Asociado - Universidad Nacional del Sur	16
COLUMNNA	
EL HOSPITAL LÍQUIDO Por el Dr. Carlos Felice - Presidente de OSPAT - Secretario General de Unión de Trabajadores del Turf y Afines	18
OPINIÓN	
SURGE - BENEFICIOS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN TECNOLÓGICA Por la Lic. Laura Díaz - Subgerente de Reintegros S.U.R. y Mecanismo de Integración de OSIM	20
COLUMNNA	
ES TIEMPO DE LA EMPRESA SANITARIA Y EL MANAGEMENT Por Carlos Vassallo Sella - Profesor Salud Pública UNL - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB)	22
OPINIÓN	
TELECONSULTA: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN Y COBERTURA DE SALUD QUE SE AFIANZA Y SE EXPANDE Por el Dr. Maximiliano Ferreira - Exgerente Operativo de Subsidios por Reintegros de la SSSalud	24
OPINIÓN	
EL CONOCIMIENTO COMO FUERZA EMANCIPATORIA Por la Dra. Liliána Chertkoff - Médica sanitarista - Epidemióloga	26
COLUMNNA	
DESACOPLE CATASTRÓFICO: DE LA DISYUNCIÓN A LA DES-CIVILIZACIÓN Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina - Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)	28
PRIMERA PLANA	
SALUD PARA LLEVAR... POR FAVOR Por Georgina Rosell - Socia y Directora Senior Healthcare Europa - Javier Marín - Director Senior Healthcare Américas - En este Informe también ha colaborado Giovanna Braga - Consultora de Healthcare	30
COLUMNNA	
LA DESCENTRALIZACIÓN Por el Prof. Armando Mariano Reale - Especialista en Salud Pública y Sistemas de Salud - Miembro del Grupo PAIS	34
OPINIÓN	
LAS PENAS SON DE NOSOTROS... LAS PROTEÍNAS SON AJENAS... Por el Dr. Mauricio Klajman - Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina - U.B.A	36
COLUMNNA	
EL MANEJO POLÍTICO DE LA PANDEMIA Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Especialista Médico en Salud Pública - Presidente del Grupo PAIS	38
VOCES	
ACERCA DE LA OBLIGATORIEDAD DE INSCRIPCIÓN DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA EN EL REGISTRO DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD (R.N.A.S.) Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados	40
VOCES	
"EL ALGORITMO DE LA EMPATÍA: CÓMO LA IA TRANSFORMA LA MEDIACIÓN SANITARIA" Por las Dras. Alicia Gallardo e Ingrid Kuster - Abogadas - Mediadoras - Consultoras en Mediación Sanitaria	42
INFORME ESPECIAL	
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA COBERTURA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE TRABAJADORES FORMALES Y RÉGIMENES ESPECIALES EN ARGENTINA, URUGUAY, PARAGUAY, BRASIL, CHILE Y MÉXICO Por el Dr. David Aruachan - Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud	46
COLUMNNA	
SE FUE UN GRANDE Y UN GRAN AMIGO Por el Dr. Rubén Torres - Presidente del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA)	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.



Nuevo podcast con Rebeca Hwang y Sebastián Campanario



Escuchá la
temporada completa.

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.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.A.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 6-1408-1. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

OSIM CELEBRÓ SU ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA

El martes 24 de septiembre se llevó a cabo la Asamblea Anual Ordinaria correspondiente al ejercicio N° 52 de la Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica y demás actividades empresarias (OSIM) en su sede social.



Sr. Marcelo Carniglia, Director General de OSIM, Ing. Juan Irigoín, Director General del Hospital Británico, Dra. Mariana Sciarretta, Directora Comercial y de Relaciones Institucionales del Hospital Británico y Dr. Horacio Martínez, Presidente de OSIM.

La misma tuvo como objeto la aprobación del Balance, Memoria y Estados Contables correspondientes al período julio 2023 – junio 2024 conforme lo establecido en su estatuto social.

Una vez finalizado el acto asambleario, se destacó la labor y el trabajo conjunto con el Hospital Británico. El Dr. Horacio Martínez, Presidente de OSIM, junto con el Director General, Sr. Marcelo Carniglia, hicieron entrega de una placa conmemorativa al Ingeniero Juan Irigoín, Director General del Hospital Británico y a la Dra. Mariana Sciarretta, Directora Comercial y de Relaciones Institucionales con motivo de la celebración de su 180 aniversario y recordando el primer trasplante de medula ósea llevado a cabo en 1986 financiado por OSIM.

La asamblea contó con una amplia convocatoria de beneficiarios de la entidad y representantes de recursos humanos de las empresas afiliadas lo que permitió reafirmar, una vez más, el compromiso y la confianza de nuestros afiliados.

Continuamos fortaleciendo la calidad de las prestaciones y bregando por la sustentabilidad de la Obra Social en lo administrativo, económico y financiero. ■



LIBROS

Una vida plena para los adultos mayores

Construyendo puentes que promuevan la participación activa intergeneracional



El libro *Una vida plena para los adultos mayores* de reciente publicación del Dr. Ignacio Katz, en colaboración con Martina Tálamo y Graciela Ahumada, invita a pensar respuestas a las problemáticas que afrontan los adultos mayores en un marco de creciente envejecimiento poblacional.

El contenido del texto trasciende la mirada biomédica tradicional e invita a transitar un sendero responsable que se oponga al menoscabo hacia los adultos mayores, superando los meros límites de su funcionalidad entrelazada con la rigidez y la firmeza que acompaña esta etapa.

En esta oportunidad, el lector podrá verse inmerso en el pensamiento y la búsqueda de una línea de conducta para la sociedad actual, con la cual se pretende abordar conceptos de investigación y acción para sustentar y mejorar esta etapa que comúnmente llamamos nueva longevidad, impulsando una mejor calidad de vida que propicie desplegar la potencialidad magnificando la dignidad humana. Se trata de exponer criterios de participación activa según rasgos constitutivos individuales, tejiendo un ensamble comunitario dentro de un proyecto productivo intergeneracional que sustente su vigencia.

Producto de observaciones, reflexiones y experiencias que posibilitan el discernimiento del tema, el doctor Ignacio Katz desmonta el instaurado estereotipo de la vejez y advierte que el paso de los años puede ser enriquecedor y traer un inmenso crecimiento en el devenir de la vida. Es en virtud de un estudio que se fundamenta en más de tres décadas de labor asociadas a la temática que se pretende comunicar su visión.

Los valores éticos de la Universidad de Concepción del Uruguay promueven el compromiso de escotar el propósito permanente e inmensurable del trabajo propio del autor, involucrarse con la acuciante problemática descrita en la obra y trabajar en procesos de integración y cooperación con otras instituciones, convocando a diversos actores de la universidad y estamentos de la sociedad, para favorecer procesos formativos de investigación y extensión que aseguren la participación de toda la comunidad universitaria y la ciudadanía. ■

ACCEDÉ A NUESTRO SANATORIO FINOCHIETTO



0810-122-0400 Llamanos y asociate hoy con descuento por un año

Medifé
estamos con vos

COMPROMISO CON LA CAPACITACIÓN

Acudir será sede de prácticas de la Diplomatura Universitaria en Traslado Neonatal y continúa ampliando la oferta de Cursos del CCEA

Este año y por medio de un convenio, la Universidad Nacional de Tres de Febrero junto con el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, lanzaron la Diplomatura en Traslado Neonatal (TN). Esta importante formación responde a la necesidad fundamental de entrenar y capacitar al personal de salud (profesionales médicos, de enfermería y técnicos) que se desempeña en áreas de cuidados y traslados neonatales, para mejorar la condición del paciente trasladado.

La Dirección Académica de esta Diplomatura se encuentra a cargo del Dr. Nicolás Morcillo y la Dra. Patricia Bellani, Coordinadora de Neonatología en Acudir Emergencias Médicas, quien aporta su vasta experiencia y compromiso con la excelencia en el cuidado neonatal. La Dra. Bellani ha trabajado incansablemente para asegurar que este programa educativo otorgue a los alumnos las competencias necesarias para enfrentar los desafíos del transporte neonatal con los más altos estándares de calidad y seguridad.



Clase virtual sincrónica de la Diplomatura TN en aula del Htal. Garrahan.

Acudir Emergencias Médicas será una de las sedes para la realización de prácticas de los alumnos de esta Diplomatura, brindándoles la oportunidad de aplicar sus conocimientos en un entorno real, bajo la supervisión de profesionales experimentados, encabezada por la Dra. Débora Vizcaíno -Directora Médica de Acudir-, quien expresa que “es muy valioso que surjan nuevas carreras que atiendan las demandas sociales en asuntos vinculados a la salud y nos complace enormemente que parte de la formación se concrete en nuestra casa, a bordo de nuestras UTIM de Traslados Neonatales”. Asimismo, la Dra. Vizcaíno destacó que “continuamos trabajando para fortalecer nuestro compromiso con la formación de quienes salvan vidas, a través de la ampliación de la oferta de Cursos que dicta el Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir (CCEA)”.

Con el aval internacional de la American Heart Association (AHA), el Centro cuenta con una amplia sala totalmente equipada, un staff de instructores certificados y un programa de formación y actualización permanentes. “Nuestra propuesta académica contempla 12 Cursos de capacitación y entrenamiento para personal de la medicina prehospitalaria, equipos operativos de salud y de emergencias para protección civil y para conductores. A través de la tienda online ccea.acudiremergencias.com.ar se puede adquirir cualquiera de los cursos, como también consultar detalles sobre contenidos o fechas disponibles”, comenta el Dr. Daniel Maffei, Gerente del CCEA.

Cursos con certificación Internacional AHA:

- Hartsaver (RCP, DEA y Primeros Auxilios)
- Basic Life Support (BLS)
- Advanced Cardiac Life Support (ACLS)
- Pediatric Advanced Life Support (PALS).

Cursos certificados por el CCEA:

- Emergencias Pediátricas
- Primera Respuesta Prehospitalaria
- Manejo avanzado de la vía aérea
- Triage y categorización telefónica
- Módulo Integral del Paramédico
- Móviles de emergencias y traslados
- RCP, DEA y Primeros Auxilios (in-company)
- Taller de venopunción.



Dra. Débora Vizcaíno (Directora Médica de Acudir), Dra. Patricia Bellani (Coordinadora de Neonatología de Acudir) y el Dr. Nicolás Morcillo (Director de la Diplomatura de Traslado Neonatal).



Dr. Daniel Maffei y Dra. Débora Vizcaíno, Gerente del Centro de Capacitación y Entrenamiento y Directora Médica de Acudir, respectivamente.

- 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.

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

0800 444 6773
Atención al Beneficiario

0800 444 0206
Urgencias y Emergencias



ENTRE LA CONFUSIÓN Y EL OXÍMORON



Por el Dr. Mario Glanc (*)

Reiteradamente, desde esta columna se ha sostenido que de un modo casi imperceptible las iniciativas de la actual gestión sanitaria vienen modelando una reforma sustancial del sistema tal como lo conocimos hasta este momento.

Este avance sutil hasta hace poco, intenso en las últimas semanas, se asienta en dos principios centrales: la reducción de costos en el sector público y la desregulación compulsiva del modelo. Y todo sin consideración de las condiciones socio económicas en las que se desenvuelve la iniciativa.

Como si los desesperantes niveles de pobreza e indigencia no incidieran en la planificación, la ejecución y los resultados de un programa de salud. Como si la sobredemanda de atención en un sector público pauperizado no requiriera una adecuación de los supuestos y prioridades de gasto.

En un mercado imperfecto fragmentado y cristalizado desde hace más de 50 años, el ahorro a como dé lugar sin consideración del costo beneficio, y la introducción intempestiva de mecanismos de supuesta competencia entre actores desiguales, generan la sensación de confusión a la que alude el primer término del título de la nota.

Desconcierto colectivo en un sector que a pesar de su crisis terminal no atina a formular una respuesta alternativa. Es que hay otra razón en juego.

Existe una contradicción esencial entre el concepto de salud pública y la concepción libertaria de la vida, en la medida que ésta antepone la idea de salud individual al de la mirada poblacional, omite su meritividad, sus externalidades y rechaza la necesidad de la intervención del Estado en tanto regulador y compensador de sus imperfecciones como mercado.

Resulta un oxímoron asociar la idea de la “eliminación del Estado a favor de la soberanía individual en un capitalismo de libre mercado”, en el que... “la aplicación de la ley, los tribunales y todos los demás servicios de seguridad serían proporcionados por competidores con fondos privados en lugar de impuestos y el dinero se proporcionaría de manera privada y competitiva en un mercado abierto” (Rothbard, M. 1973) con el concepto de Salud Pública, entendida como “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad” (OMS 1997. Glosario).

No puede haber salud pública, si no se asume su acceso afectivo como derecho inalienable para toda la población y no se entiende la justicia de su pleno ejercicio colectivo.

Libertarismo y Salud Pública, constituyen un oxímoron, porque la asignación de los recursos a través de la economía de mercado es antitética con el desarrollo de políticas públicas orientadas hacia la equidad en el acceso efectivo a la atención sanitaria.

Así entonces, el declamado reordenamiento del sistema no consiste en el diseño y desarrollo de acciones que hagan una vida mejor, a una sociedad más justa, sino a una reformulación de flujos económicos según los resultados de una puja distributiva que es función de los espacios de poder, y no de las necesidades ciudadanas. Un modelo en el que algunos ganan, otros sobreviven y muchos pierden.

Vayan dos ejemplos de estos días: aunque la reglamentación de la medida aún no ha sido publicada, más allá de los genuinos reparos que despierta en materia de seguridad, calidad y eficacia, la habilitación a la importación de productos farmacéuticos desde India por parte del gobierno de Mendoza, en tanto y en cuanto el comprador habilitado es sólo el Estado provincial, constituye en el mejor de los casos una falacia, porque éste lo hace a precios muy inferiores al PVC que erogan particulares.

De allí que más allá del dudoso y probablemente marginal impacto económico de la medida, al no existir otra política de medicamentos que la libre fijación de precios por parte de sus productores, el sector público se abastecerá a través de oferentes de incierto cumplimiento de los criterios exigibles (*Decreto 150/92*), los grandes compradores monopsonicos al arbitrio de los contratos que ellos mismos establezcan con la industria y el resto de las personas, seguirán haciéndolo en los montos y márgenes siderales que fijan los laboratorios y la cadena de distribución.

Por el otro lado, en el caso de la *Resolución 3284/2024* y su resultante: la inclusión compulsiva de las *Empresas de Medicina Prepaga* que capten aportes y contribuciones como agentes del seguro de salud, más allá de la salvable eliminación del peaje generado en los 90' por la subrepticia inclusión del aseguramiento privado en la *Seguridad Social*, la ausencia de una regulación clara omite entre otros aspectos el alcance de la obligatoriedad, las condiciones de ingreso a la ley 23.660, las ambigüedades que se establecen entre ésta y la ley 26.682 y la viabilidad de que las EMP permanezcan en el sistema en calidad de efectores, más allá de su condicionada incorporación como aseguradores.

En todo caso, esta explicitación de un sistema mixto a la usanza de las ISAPRES chilenas, consolida un mercado competitivo imperfecto de confluencia público-privada restringido a una población cada vez más acotada, y deja librado al designio, la voluntad política y la sustentabilidad financiera de cada jurisdicción provincial al resto.

Y lo hace sin considerar las asimetrías dentro y entre los dos grupos, sin evaluar cuál serán los incentivos positivos para que sean los usuarios, los que modifiquen su situación actual, y -muy importante- adónde irán a parar los recursos “transaccionales” (peajes) en juego.

En otras palabras, y al sólo efecto de trazar analogías: ISAPRES desreguladas para el 25% de la PEA (INDEC 2024), pero sin aseguramiento FONASA para quien no cuente con lo que alguna vez conocimos como *Seguridad Social* y que hoy, en nuestro país es casi un privilegio.

Un modelo mixto en el que quien más percibe, más recibe, con actores concentrados que entran de modo incierto al financiamiento público y un sector público desfinanciado que mientras propone falacias renuncia u omite atender necesidades críticas de salud pública, tales como que, alegando incuestionables argumentos constitucionales, se formule la posible transferencia de hospitales nacionales a las provincias, pero sin comprometer los recursos que lo hagan posible.

Despejar la confusión es necesario. Comprender el rumbo al que nos encaminamos, indispensable. Corregirlo, imprescindible. ■

(*) 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 cosegueros, 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

¿A QUIÉN PERTENECEN LOS HOSPITALES PÚBLICOS?



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

En 1957 una Comisión Asesora de OPS-OMS, recomendó al gobierno de la Revolución Libertadora transferir los hospitales nacionales a las provincias, tras un largo período de inversiones nacionales en servicios de salud.

Mediante la Ley de Presupuesto del ejercicio 1992, el Ministro de Economía Domingo Cavallo logró hacer lo mismo con los últimos 14 hospitales de la órbita nacional hacia la Municipalidad y la Provincia de Buenos Aires.

A lo largo de un tortuoso proceso de 35 años de avances y retrocesos, los hospitales públicos de la jurisdicción nacional pasaron a depender de la autoridad sanitaria del territorio donde estaban instalados. El cuadro que sigue muestra el marcado impulso de las construcciones del Gobierno nacional, al término de la gestión de Ramón Carrillo (1944-1954) y próximo al derrocamiento de Perón.

Distribución de camas hospitalarias en 1946, 1951 y 1954, según jurisdicción.

Jurisdicción	1946		1951		1954	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Nacionales	15.425	23.3	27.351	23.9	46.602	34.7
Provinciales	8.100	12.2	23.278	20.3	38.296	28.5
Municipales	18.200	27.5	20.877	18.2	21.367	15.9
Universitarias	815	1.2	1.700	1.5	s/inf.	
Fundación Eva Perón			18.130	15.8	s/inf.	8.3
Obras Sociales			2.040	1.8	s/inf.	
Mutuales y privadas	23.760	35.8	21.233	18.5	16.903	12.6
Total	66.300	100.0	114.609	100.0	134.218	100.0

Fuente: Veronelli J., Rodríguez Campoamor N.: La Política Sanitaria Nacional. Cuaderno de Salud Pública, N° 617, Ed. ESPUBA, Buenos Aires, 1970-71: 11-23.

Durante la gestión del Ministro Arturo Oñativia (1963-1966), dos funcionarios destacados, Ezequiel Holmberg y Alberto Mondet, se hicieron cargo de la redacción de un proyecto de ley destinado a descentralizar la gestión de los hospitales públicos, de modo que tuvieran mayor autonomía decisoria, adquirieran personería jurídica e involucraran a las fuerzas vivas de la comunidad (cámaras de comercio, asociaciones civiles, organizaciones gremiales) en el sostenimiento de los servicios.

Tras el derrocamiento de Arturo Illia en julio de 1966, aquellos funcionarios fueron designados en las más altas posiciones sanitarias del gobierno de la Revolución Argentina. De modo que en 1967, lograron la sanción de la Ley 17.102 -en realidad Decreto-Ley-, denominada de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) que, hasta el momento actual, es el más avanzado instrumento legislativo con que contamos en materia hospitalaria.

Para llevarla a la práctica se seleccionaron algunos nosocomios: el hospital de Gral. Pico (La Pampa), el de Comodoro Rivadavia, los hospitales departamentales de Misiones (El Dorado, Puerto Iguazú y Oberá) y otros. En Santa Fe, mediante una norma provincial, la Ley 6.312, se aplicó a todos los hospitales públicos (unos 250 establecimientos), bajo la denominación de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCo). Esta modalidad administrativa adquirió mayor notoriedad, cuando en la década del 80 se encuadró como SAMIC al Hospital de Pediatría "Juan Garrahan".

El principio fundacional de los SAMIC, la *participación comunitaria*, fue *prolijamente* evitado en todas las iniciativas posteriores, que adoptaron este formato institucional para lograr una mayor descentralización administrativa. Los hospitales de Gral. Pico y Cdro. Rivadavia fueron cedidos a las respectivas provincias. En los de Misiones y Santa Fe, los actores comunitarios fueron reemplazados por el Estado provincial, las respectivas asociaciones de profesionales y el sindicato local del personal de Sanidad. En el Hospital Garrahan la "comunidad" fue asignada al Estado nacional y al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Los hospitales nacionales transferidos a la Provincia de Buenos Aires en 1992 ("Posadas" de Morón, "Sommer" de Gral. Rodríguez y "Carrillo" de Luján), tras arduas negociaciones fueron encuadrados como SAMIC, con diversas responsabilidades locales. El más reciente Hospital "El Cruce" de Florencio Varela, también fue acordado a la responsabilidad compartida de la Provincia y los municipios vecinos. Como se ve, en ningún caso aparece un protagonista significativo que forme parte de la comunidad usuaria, no del personal o del Estado.

Aunque el concepto de participación comunitaria estaba íntimamente vinculado al de financiación "multicéntrica", y a aliviar el peso del creciente gasto asistencial en el presupuesto público, en la práctica los nosocomios descentralizados sólo adecuaron sus circuitos administrativos, para facturar prestaciones a obras sociales y medicina prepaga.

Si la participación comunitaria fue ambigua, pese al formato de SAMIC, más aún lo fue que las instituciones asumieran su condición de "personas jurídicas", dejaran de ser entidades totalmente dependientes del presupuesto estatal, con estatutos propios, regímenes de personal específicos para su funcionamiento, plan de inversiones al comienzo de cada ejercicio y balance de resultados al cierre, como correspondería a una empresa pública de servicios.

Por el contrario, en la mayoría de los casos, los establecimientos adoptaron regímenes de personal de empleados públicos, sin diferenciación alguna con las oficinas burocráticas de los ministerios a los que pertenecían, y los mismos encuadramientos sindicales.

Camas de internación de agudos por jurisdicción en 1995 y 2016.

Año de registro	1995		2016	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Camas disponibles:				
Públicas	84.094	54.0	73.731	54.9
Privadas (a)	71.655	46.0	60.599	45.1
Total	155.749	100.0	134.330	100.0

Fuentes: Ministerio de Salud y Acción Social, catastro 1995; SIISA, Ministerio de Salud, marzo 2016. (a) Incluye camas de Obras Sociales. Elaboración propia en base a datos disponibles.

La información de las 6 décadas posteriores, muestra que el sector privado fue el más dinámico en la producción de servicios de salud, dado que contaba con la orientación favorable de las obras sociales y la medicina prepaga. Los trabajadores agremiados, e incluso los empleados de servicios públicos optaron por nosocomios privados para una atención a la que consideraban más digna. También los hospitales descentralizados procuraban evitar la desigualdad preferencial de los usuarios. Por ese motivo, en algunos casos se asignaron formas jurídicas *no presupuestarias* a establecimientos construidos en ámbitos provinciales y municipales.

En el cuadro precedente llama la atención que, después de la etapa de expansión de la Seguridad Social, entre las décadas del 70 y 90 (155.000 camas), la cantidad total de plazas en 2016 era equivalente a las de 1954 (unas 134.000 camas), pero la proporción de las privadas era muy superior (de 12,6% a 45,1%), para una población que al menos se había duplicado.

Cabría preguntarse cuáles serían los objetivos de inversión, que deberían reservarse las jurisdicciones estatales, si admitiéramos la hipótesis de que la totalidad de la población usuaria de servicios públicos contara con una cobertura, ya sea de obra social, un prepago, o la cobertura universal de salud. ¿Podrían los hospitales autofinanciarse?

Como ocurre en otros países (Francia p.ej.), es probable que el Estado se atribuya las iniciativas patrimoniales, como construcciones y equipamiento, dejando la operatoria corriente del nosocomio en manos de las cuentas de gestión, incluyendo los bienes de consumo y la retribución del personal. ¿Estamos dispuestos a un debate profundo? ■

(*) Médico sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Miembro del Grupo PAIS.

CONECTAMOS SALUD.

Planes para empresas.



Omint PYME

Calidad Médica Nacional

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. ÓRGANO DE CONTROL DE LAS EMPRESAS DE
MEDICINA PREPAGA. - WWW.SSSALUD.GOB.AR 0800-222-72583 R.N.E.M.P. N°1336

ECONOMÍA CIRCULAR EN EL SECTOR SALUD

UN ENFOQUE SOSTENIBLE



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La economía circular es un modelo económico que busca minimizar el desperdicio y hacer un uso más eficiente de los recursos. En lugar de seguir el modelo lineal tradicional de “extraer, producir, usar y desechar”, la economía circular promueve la reutilización, el reciclaje y la recuperación de materiales. Este enfoque es especialmente relevante en el sector salud, donde la gestión de residuos y la sostenibilidad son cruciales.

El sector salud es uno de los mayores generadores de residuos, donde en los hospitales el 80% son asimilables a residuos domiciliarios y el 20% restante son residuos peligrosos. Por lo tanto, la implementación de prácticas de economía circular puede no solo reducir el impacto ambiental, sino también generar ahorros significativos y mejorar la eficiencia operativa.

Esta no es solo una estrategia para la sostenibilidad ambiental del sistema, sino que también tiene un impacto positivo en los determinantes de salud, por ende, en la salud individual de los ciudadanos. Consecuentemente, la economía circular contribuye a mejorar la salud de la población al mejorar el medio ambiente, influir en los estilos de vida, optimizar los sistemas de asistencia sanitaria y promover el desarrollo económico.

Un aspecto clave es la optimización del ciclo de vida de los productos. En el contexto sanitario, esto implica repensar cómo se diseñan, utilizan y gestionan los materiales y equipos médicos. Por ejemplo, la implementación de sistemas de recuperación y reacondicionamiento de dispositivos médicos puede no solo reducir desechos, sino también ofrecer acceso a tecnologías de salud en comunidades que de otro modo no podrían permitírselas.

Además, la adopción de prácticas de economía circular impulsa la innovación en el sector salud. Muchas empresas tecnológicas están desarrollando soluciones innovadoras para el sector salud, como dispositivos médicos biodegradables y sistemas de gestión de residuos inteligentes. Europa, en particular, ha desarrollado varias iniciativas al respecto.

El Proyecto HEALCIER

El proyecto HEALCIER es una iniciativa europea que busca mejorar la competitividad de la cadena de valor de la asistencia sanitaria mediante la economía circular, incentivando los siguientes puntos:

- ✓ Selección de materiales valorizables: se han implementado técnicas para seleccionar y valorizar materiales que anteriormente no se reciclaban, como ciertos tipos de plásticos y metales.

- ✓ Innovación en procesos: el proyecto promueve la innovación en los procesos de gestión de residuos, incluyendo la utilización de tecnologías avanzadas para la separación y reciclaje de materiales.
- ✓ Reducción de impacto ambiental: a través de la implementación de estas prácticas, los hospitales participantes han logrado reducir significativamente su impacto ambiental y mejorar la sostenibilidad de sus operaciones.

Desafíos a superar

Aunque la economía circular ofrece numerosos beneficios, su implementación en el sector salud también enfrenta desafíos.

En principio, la transición hacia estos nuevos modelos puede requerir inversiones significativas. Adaptar infraestructuras, desarrollar nuevas tecnologías y capacitar al personal son procesos costosos que pueden ser una barrera para muchas organizaciones. Además, implementar nuevas prácticas puede ser logísticamente complejo.

Otras barreras a enfrentar serán las regulaciones existentes que a menudo están diseñadas para un modelo económico lineal. Adaptar estas regulaciones para apoyar la economía circular puede ser un proceso lento y complicado. Cambiar de un modelo económico lineal a uno circular requiere un cambio de mentalidad tanto en las organizaciones como en los consumidores. La resistencia al cambio puede dificultar la implementación de estas prácticas.

Finalmente, para su implementación efectiva se requiere conocimientos y habilidades específicas que no siempre están disponibles. La falta de capacitación y experiencia puede ser un obstáculo significativo.

A pesar de estos desafíos, la economía circular sigue siendo una estrategia viable para mejorar la sostenibilidad y la eficiencia en el sector salud. Abordar estos puntos negativos requiere una planificación, inversión cuidadosa y un compromiso firme con la sostenibilidad del proyecto.

Como conclusión

La economía circular en el sector salud es una estrategia prometedora para mejorar la sostenibilidad, reducir costos y fomentar la innovación. A través de la reutilización, el reciclaje y la recuperación de materiales, los centros de salud pueden minimizar su impacto ambiental y contribuir a un futuro más sostenible a la vez que generan ahorros y/o mayores ganancias.

La colaboración entre distintos actores es esencial para el éxito de esta transición. Esto incluye no solo a los proveedores de servicios de salud, sino también a fabricantes, responsables de políticas, investigadores y la comunidad en general. Establecer alianzas estratégicas puede facilitar el intercambio de conocimientos y recursos, promoviendo un enfoque más holístico para abordar los desafíos del sector.

Además, la educación y capacitación del personal son fundamentales para integrar prácticas de economía circular en la cultura organizacional de los centros de salud. Proporcionar formación sobre la importancia de la sostenibilidad y cómo implementarla en el día a día puede empoderar al personal para que se convierta en agentes de cambio, identificando oportunidades para mejorar la eficiencia y reducir el desperdicio.

Finalmente, este modelo económico no solo representa una responsabilidad ambiental, sino que también puede mejorar la calidad del servicio. Al reducir costos y fomentar la innovación, los centros de salud estarán en una mejor posición para ofrecer atención de calidad y, al mismo tiempo, contribuir a un futuro más sostenible. En conclusión, la economía circular en el sector salud no solo es una opción viable, sino una necesidad imperante para enfrentar los retos ambientales y económicos del futuro. ■

(*) Profesor universitario.



Acompañarte
es siempre
el mejor plan

GALENO

CARTILLAS Y CAPITAL HUMANO EN SALUD



Por el Dr. Marcelo García Dieguez (*)

Desde la asunción del nuevo gobierno, han sido pocas las normas propuestas en la anunciada reforma del Estado vinculadas a la salud. No se han realizado grandes modificaciones ni en el esquema de aportes al sistema de salud, ni en la organización del subsector de la seguridad social.

Es cierto que, frente a las urgencias del país, la salud, aún en crisis histórica, quizá no ocupa un lugar prioritario. Algunas de las regulaciones conocidas incluyen medidas sobre las prepagas, la eliminación de intermediarios para captar agentes del sistema laboral, y la implementación de la receta electrónica. Otras, sin embargo, quedaron relegadas en el proyecto original de la Ley de Bases.

Recientemente se ha publicado la Resolución 3934/2024 de la Superintendencia de Servicios de Salud, la cual establece reglas sobre los planes de salud, la obligación de informar si estos son abiertos o cerrados, y la cobertura médico-asistencial de prácticas, además de transparentar una cartilla de prestadores.

La medida responde a la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, promoviendo una prescripción más responsable y transparente, en particular para medicamentos de alto costo.

Podemos preguntarnos si esto tiene implicancias para el capital humano en salud. La consecuencia directa es que limita la flexibilidad de los profesionales al restringir la emisión de recetas y otras prescripciones a aquellos médicos que formen parte de las cartillas de las obras sociales y prepagas.

Esta limitación podría reducir la demanda de quienes trabajan fuera de estas cartillas, ya que disminuye la posibilidad de atraer pacientes de estos sistemas para consultas en clínicas y consultorios privados. A primera vista, esta consecuencia no parece ser perjudicial, ya que incrementa la responsabilidad de los profesionales en el sistema y en los costos derivados de sus decisiones.

La sostenibilidad del sistema de salud depende no solo de la regulación de costos, sino también del desarrollo adecuado del capital humano. Este cambio, sin embargo, no parece vinculado a que la fidelidad a la cartilla se traduzca en un mayor ingreso para los profesionales.

Por otro lado, para las obras sociales más pequeñas y en zonas con menor acceso a profesionales, particularmente en ciertas especialidades, esta medida puede dejar a algunos pacientes sin atención adecuada, ya que podrían no encontrar médicos en sus cartillas o verse obligados a trasladarse a otra localidad para recibir atención, reduciendo la accesibilidad.

Existe una consecuencia menos directa que merece ser analizada en el contexto del multiempleo. Este es un fenómeno extendido en el sector salud en la Argentina, impulsado por bajos salarios y la necesidad de aumentar ingresos trabajando en distintas instituciones.

En general, el registro de los diferentes trabajos de un profesional está vinculado a la forma de pago. Así, es sencillo identificar empleos en relación de dependencia con su correspondiente registro formal, ya sea en funciones asistenciales, docentes o de gestión.

No obstante, el análisis del trabajo realizado en el ejercicio libre de la profesión, donde los profesionales facturan según su actividad, es más complejo. Considerando que cada cambio de reglas, lugar de trabajo o supervisores implica un contexto diferente, el acceso a esta información se vuelve casi imposible.

Por ejemplo, un profesional que trabaja en un hospital público y da clases en una universidad es identificable, al igual que alguien que hace guardias en dos hospitales distintos. Sin embargo, si alguien pertenece a la cartilla de varias obras sociales y, para asistir a sus pacientes, se desplaza entre distintos policonsejos, estos trabajos no pueden identificarse con facilidad. Además, si un profesional trabaja en un sistema capitado con 1.000 afiliados y, simultáneamente, en otro sistema con 500, no existen herramientas para identificar esto.

Este contexto de ejercicio libre de la profesión, en el que los profesionales se mueven de un consultorio a otro, o de una obra social a una prepaga, influye en el estrés, el cansancio y la calidad del trabajo profesional. La transparencia en las cartillas podría permitir identificar esta diversidad de tareas.

En la Argentina, la crisis de ingresos en el sector salud se ha visto agravada por la inflación y la escasa actualización de salarios en instituciones públicas y privadas. Los ingresos insuficientes generan desmotivación y fuga de talento, además de dificultar la sostenibilidad laboral de los médicos.

Es fundamental contar con más información sobre el trabajo de los profesionales de la salud, en particular de los médicos, y sus movimientos, para poder prevenir el agravamiento de la crisis de capital humano.

En las grandes ciudades, la accesibilidad a servicios se sostiene debido a la mayor oferta, pero en localidades menos atractivas, la crisis será cada vez más evidente, y el éxodo profesional no cesará.

Para equilibrar los objetivos financieros de la resolución con el bienestar y desarrollo del capital humano en salud, las obras sociales y prepagas deberían considerar incentivos para los profesionales que se adhieran a la cartilla y cumplan las nuevas normas.

Asimismo, deberían contemplarse ciertas flexibilidades en zonas desfavorecidas y en especialidades de difícil acceso. Además, la constitución de una base de datos de los profesionales en las cartillas permitiría conocer mejor el comportamiento del capital humano en el subsector de la seguridad social, donde la relación de dependencia no es la norma, y el ejercicio libre de la profesión dificulta la cuantificación del multiempleo. ■

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

CARRERAS DE POSGRADO

Doctorado en Ciencias de la Salud
Dict. CONEAU N° 437/16

Maestría en Salud Pública
Dict. CONEAU N° 517/19

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica
Res. CONEAU N° 111/18

Maestría en Gerontología Clínica
Sede Buenos Aires: Res. CONEAU N° 123/14
Sede La Rioja: Dic. CONEAU N° 388/13

Especialización en Medicina Legal
Res. CONEAU N° 19/18

Especialización en Nutrición
Res. CONEAU N° 614/17



Consultá también por
Diplomaturas y Cursos de Posgrado.

Seguí capacitándote
en Fundación Barceló.

informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar



EL HOSPITAL LÍQUIDO



Por el Dr. Carlos Felice (*)

La pandemia de Covid-19 ha servido como un catalizador para una transformación inevitable, un cambio de paradigma que desafía las rigideces de los modelos asistenciales tradicionales.

Nos encontramos ante un escenario donde los hospitales, otrora sólidos baluartes de la atención médica, comienzan a desintegrar sus fronteras físicas, diluyéndose en un entorno líquido, maleable y accesible.

Este “hospital líquido” no es un simple avance tecnológico; es una manifestación de la modernidad líquida, donde las viejas certezas de la atención médica fija y jerárquica son sustituidas por una fluidez que permea los límites entre el espacio del paciente y el del profesional sanitario.

La digitalización de los procesos asistenciales refleja esta disolución. Ya no es necesario estar confinado en los muros del hospital para recibir atención.

Las consultas online, las plataformas de telemonitorización y telerehabilitación son ahora las herramientas que permiten que el cuidado de la salud fluya más allá de las barreras geográficas.

En un mundo líquido, las relaciones entre los individuos y las instituciones se redefinen: el paciente, anteriormente pasivo, ahora se convierte en un actor activo, copartícipe del proceso de sanación, al tiempo que las tecnologías facilitan este nuevo diálogo.

Este modelo favorece la continuidad asistencial y que el paciente se corresponsabilice aún más, si cabe, sobre su salud, ya que permite que se implique en las decisiones y procedimientos.

Aquí las herramientas digitales cumplen un papel muy importante porque no solo brindan ese importante canal de información, sino que representan una vía de acceso al profesional sanitario más eficaz y una forma de fidelizar y de establecer relaciones en el largo plazo entre el profesional sanitario y los pacientes.

El “hospital líquido” se configura como un espacio multimedia, interactivo y desmaterializado, donde la medicina colaborativa toma el centro del escenario.

Las conexiones que antes estaban ancladas en un espacio físico fijo, ahora se despliegan en redes virtuales, en las que el conocimiento médico y la asistencia sanitaria se comparten sin fricciones, y donde el tiempo y el espacio son maleables.

Por otro lado, también permite una gestión de recursos centrado en mejores tiempos de calidad de atención a menor costo, ya que, al desatarse de los rígidos tiempos de hospitalización, el tratamiento de los problemas de salud puede resolverse antes, más rápido, en este ámbito fluido.

Sin embargo, como Bauman sugirió en sus reflexiones sobre la modernidad líquida, la flexibilidad trae consigo inseguridades. No todos los pacientes, especialmente los de mayor edad o los más vulnerables, pueden adaptarse fácilmente a estas tecnologías.

En cuanto a los retos, hay que tener en cuenta que las nuevas tecnologías suelen ser inaccesibles para las personas de edades más avanzadas, muchas de ellas enfermas crónicas o con algún tipo de discapacidad.

Por eso, es importante una formación adecuada de la población en competencias digitales básicas, así como poner los medios necesarios para su implementación.

De esta forma, la “liquidez” de este modelo asistencial presenta nuevas barreras: aquellas relacionadas con la alfabetización digital y el acceso a las herramientas tecnológicas.

El hospital líquido también favorece la formación de los pacientes a través de portales temáticos o de las redes sociales, donde publicar información de interés para el paciente, así como determinadas iniciativas de los centros hospitalarios.

De este modo, pueden acceder a información contrastada y fiable sobre una determinada enfermedad, así como conocer a otras personas afectadas con su misma patología.

Así, mientras algunos flotan con facilidad en esta nueva realidad líquida, otros pueden quedar atrapados en sus márgenes.

La transición hacia un modelo de hospitales líquidos

Una transformación de los centros sanitarios líquidos solo puede conseguirse mediante un impulso a la innovación y la humanización de los mismos.

Para ello, se necesitan líderes que estén formados y cuenten con conocimientos en la materia, como los que se obtienen a través del Máster en Gestión Sanitaria online de UNIR, que prepara para ser un experto en la planificación y administración de un centro sanitario, o bien con el Máster en Seguridad del Paciente online de UNIR, único título oficial en medicina preventiva y calidad de la atención sanitaria, el cual pretende aportar los mejores conocimientos para la aplicación de prácticas seguras en el ámbito sanitario.

En definitiva, el hospital líquido representa el presente y el futuro de la sanidad, pero también una profunda transformación en la manera en que la sociedad aborda la salud y el cuidado.

En este espacio de constante flujo y cambio, es necesario que los líderes sanitarios abracen la innovación y, a la vez, humanicen sus prácticas.

Los hospitales líquidos representan una oportunidad hacia un nuevo modelo de cuidados en salud y una medicina colaborativa donde el paciente es el pilar principal del proceso y un protagonista más de ese nuevo diálogo en salud.

De esta manera, podrán guiar a la sociedad hacia una medicina donde el paciente no es solo un receptor, sino un actor fundamental en la construcción de su propio bienestar.

En la modernidad líquida de la salud, todos somos responsables de mantener a flote este nuevo orden. ■

(*) 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).

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:



¡Ingresa al
mundo UOCRA
estés donde estés!

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**



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

SURGE - BENEFICIOS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN TECNOLÓGICA



Por la Lic. Laura Diaz (*)

El 29 de marzo de 2023 se publicó en el Boletín Oficial el nacimiento del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE), a través de la Resolución 731/2023.

Esta nueva plataforma promueve ventajas innovadoras como la digitalización en la carga de los expedientes y la simplificación en la gestión, reemplazando al SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) creado por el artículo 2º de la Resolución 1200/12. Cabe aclarar que más allá de la implementación del SURGE, ambos sistemas conviven en la actualidad.

Sin embargo, la promesa de innovación trajo aparejada una serie de desafíos que pueden presentar distintos niveles de complejidad, requiriendo enfoques variados para su resolución efectiva.

Este nuevo sistema anunciado en octubre de 2023 y que se pondría en marcha con las prestaciones brindadas a partir del 1º de abril de 2023, estuvo disponible íntegramente en enero de 2024 presentando algunas dificultades en lo referente a los empadronamientos y las migraciones iniciales necesarias entre los sistemas SUR a SURGE.

Algunas de estas dificultades concluyeron en que el 24 de mayo de 2024 se haya dictado la resolución 665/2024, extendiendo el plazo para la presentación de las solicitudes a través del SURGE a dieciocho meses.

Hay que tener presente que originalmente el plazo de presentación de los expedientes mediante SUR era de 24 meses, con SURGE pasó a ser de 12 meses y actualmente luego de la mencionada resolución, se estableció en 18 meses.

Las presentaciones se realizan de manera mensual para tecnologías y patologías de uso único o crónicas, siendo factible su incorporación al sistema a partir del mes posterior de la efectivización del pago.

Uno de los principales objetivos del SURGE consiste en lograr que los legajos sean completamente electrónicos, permitiendo una total digitalización de la documentación y la incorporación de la misma en la nueva plataforma, reduciendo la carga administrativa y mejorando considerablemente el acceso a la información.

Sin embargo, la obra social debe seguir conformando y resguardando un legajo físico para responder ante una eventual auditoría de la autoridad de aplicación.

En OSIM tenemos una fuerte cultura en lo referido a la

“Un nuevo sistema superador, que permite procedimientos más claros, sencillos y directos mediante la simplificación de procesos internos y la interacción digital”, fue una de las frases esperanzadora sobre el lanzamiento del SURGE.”

digitalización y despapelización, y apoyamos fuertemente esa metodología de trabajo, no sólo para expedientes SUR/SURGE sino también para otros procesos, tales como el de Mecanismo de Integración.

Entendemos que la celeridad en estos circuitos es de vital importancia ya que el uso racional de los recursos es imprescindible para el mantenimiento equilibrado de nuestras organizaciones.

Un avance relevante es la puesta en marcha de la lógica que permite las validaciones automáticas de la información que brindan los organismos ANSES, AFIP, ANMAT, INCUCAI y RENAPER, aportando la trazabilidad entre el beneficiario, la prestación otorgada y los pagos realizados por la obra social y facilita que posteriormente se pueda presentar el expediente correspondiente con la menor cantidad de inconsistencias posibles.

Es importante mencionar que con la implementación del SURGE, por un lado, fueron excluidas una serie de patologías (cáncer de hígado, leucemias, linfomas, etc.) y tecnologías a reintegrar (bombas e insumos para diabetes, cirugías neurológicas, etc.).

Por el otro, aquellas que quedaron incluidas fueron moduladas asignándoles un monto máximo de recupero estipulado por mes independientemente del número de unidades utilizadas para cada tratamiento durante ese período.

Por último, es esencial actualizar periódicamente los montos máximos establecidos para evitar el desfinanciamiento de las obras sociales, lo que permitirá mantener el poder adquisitivo de los importes recuperados, adaptándose al proceso inflacionario que viene afectando a nuestro país.

Aunque el camino hacia la plena operatividad del SURGE ha presentado múltiples dificultades de variada complejidad, estamos convencidos de que las mejoras previstas en la plataforma representan un avance significativo hacia una administración más moderna y eficiente de los recursos de la seguridad social extendiendo sus beneficios a todos los usuarios del sistema de salud. ■

Bibliografía:

Resoluciones Superintendencia de Servicios de Salud: 1200/2012 - 731/2023 - 665/2024.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/implementacion-del-nuevo-sistema-unico-de-reintegros-por-gestion-de-enfermedades-surge-0>

(*) Lic. en Administración. Subgerente de Reintegros S.U.R. y Mecanismo de Integración de OSIM.



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

ES TIEMPO DE LA EMPRESA SANITARIA Y EL MANAGEMENT



Por Carlos Vassallo Sella –
vassalloc@gmail.com

Es el tiempo de los gestores. Se terminó el juego de pedir más presupuesto sin mostrar resultados. El sector público debe aprender y desarrollar capacidad de gestión. Shrank et al. (Shrank WH et al, 2019), siguiendo la nomenclatura de Berwick (Berwick DM, Harckbart AD, 2012), señalaba (y cuantificaba) 6 fuentes de despilfarro en los sistemas sanitarios:

1. **Fallos en la prestación de la atención sanitaria**, que incluiría problemas de ejecución deficiente de la atención (problemas de calidad), no adopción de tratamientos o prácticas de efectividad demostrada (infrautilización) y efectos adversos evitables.
2. **Fallos en la coordinación de la atención** que dejarían a los pacientes atrapados en los “agujeros” de una atención fragmentada, con demoras, retrasos diagnósticos y complicaciones, ingresos y reingresos evitables. Un problema que afectaría especialmente a pacientes crónicos y complejos.
3. **Sobreutilización y atención de bajo valor**, referido a tratamientos y pruebas diagnósticas que no benefician a los pacientes y que en muchos casos son el origen de cascadas de otras pruebas y tratamientos aún más innecesarios y de efectos adversos.
4. **Complejidad administrativa y rigidez burocrática**: referida al conjunto de normas y reglas ineficientes que no aportan valor a los pacientes y la sociedad y que consumen el tiempo del personal (sanitario y no sanitario, y también de los pacientes y sus familias) en actividades innecesarias o que pueden realizarse de formas menos costosas.
5. **Precios “excesivos”**: cuando -por reflejar situaciones de monopolio o sistemas de reembolso inadecuados- se alejan de las cifras esperables en “mercados competitivos” o en relación con el valor añadido de los tratamientos y las innovaciones respecto a las alternativas.
6. **Fraude, abuso y mal gobierno**: que no sólo incluye los costes del propio fraude o la gobernanza inadecuada, sino también los costes de la vigilancia para evitar el fraude y, al extremo, generan buena parte de los costes burocráticos. Incluiría también el fraude y abuso de los propios usuarios.

El despilfarro cuesta vidas e impide llegar a toda la población con los servicios. Evita que los ahorros permitan financiar aquellas necesidades y prioridades sanitarias que resultan claves para asegurar la calidad y esperanza de vida de la población.

No hay plata significa que los gestores deben aprender a reasignar recursos. Es decir, asignar recursos en las áreas que generan mejores resultados y trabajar sobre las ineficiencias, los costos de transacción y todo aquello que no permita alcanzar la productividad esperada.

En el caso del sector público no se puede pedir compromiso y responsabilidad de los gestores sin modificar el entorno y la naturaleza de las organizaciones donde se desempeñan. Es muy diferente conducir un organismo público que una empresa pública. La autonomía de gestión acompañada de la responsabilidad fiscal constituye la clave para avanzar en el camino de mayor eficiencia.

La empresa (concepto asimilable *azienda* en italiano) es una forma de proveer un servicio que utiliza bienes económicos (que son tales en cuanto al límite que tienen respecto a las necesidades) e instrumento a través del cual la sociedad persigue diferentes finalidades según sus diversos organismos.

Esas finalidades pueden ser económicas (empresas constituidas para acrecentar el valor económico, en forma sintética la rentabilidad) y no económicas (como es el caso de los hospitales u otras organizaciones sanitarias).

Podemos decir entonces que la empresa sanitaria es un fenómeno económico y no está ligado a una particular forma jurídica. No se tiene una empresa simplemente porque se constituye una sociedad por acciones sino cuando los resultados operativos (niveles cualitativos de los servicios prestados) y económicos (equilibrio) dependen de manera relevante de factores controlables por decisiones tomadas por sus propios órganos de gobierno.

En Italia la *azienda* es una organización de bienes y capital humano, orientada a la satisfacción de necesidades a través de la producción, la distribución o el consumo de bienes económicos y servicios hacia el cliente, estructurada según una organización empresarial y administrada siguiendo una administración empresarial (governance) por parte del management.

Estamos frente a una empresa si la distribución de los poderes decisionales es tal de hacer depender los resultados de la “calidad del funcionamiento interno”.

Es importante que los vínculos no sean demasiado rígidos porque anularían la autonomía decisional, ni tampoco demasiado débiles dado que disminuiría el esfuerzo de los órganos de la empresa por buscar una mejor combinación de los factores productivos.

La empresa es una **entidad unitaria y coordinada** y no un simple agregado de personas y de intereses en la cual se establecen reglas de funcionamiento. La tutela de la salud es el fin, el funcionamiento de los sistemas y de las empresas es el medio que crea sinergia, o sea consiente a los portadores de intereses distintos (y que permanecen diversos) de perseguirlos mejor tanto en la forma como en los resultados de lo que se haría de manera individual.

Pacientes, médicos, enfermeras, otros profesionales, proveedores de bienes, entes públicos responsables de la tutela de la salud, deben encontrar en el buen funcionamiento de la empresa una convergencia de intereses, en tanto pueden encontrar conveniente y más satisfactorio respuestas para sus respectivos intereses.

La empresa está constituida por personas diversas y de la convergencia de intereses diversos, pero se convierte en una entidad autónoma y distinta de cada uno de ellos: se convierte en un “patrimonio” un “capital” para toda la sociedad que a través de la empresa organiza respuestas a las necesidades de todos y de sus componentes.

Es hora de avanzar en este camino de convertir a las organismos sanitarios en empresas públicas porque así lo demanda la magnitud de recursos que administran y la complejidad de la gestión. No se puede manejar un hospital con las manos atadas y prisionero de los sindicatos que terminan apropiándose de la gestión.

Hace ya mucho tiempo Francia administrada por los socialistas dejó de pasarle un presupuesto cerrado a las empresas públicas y los hospitales y comenzó a financiar vía contratos programa. Los Ministerios de Economía y Finanzas en conjunto con los Ministerios de Salud establecen metas y objetivos a cumplir por parte de las empresas públicas antes de financiar las organizaciones. La autonomía va acompañada de responsabilidad fiscal y en línea con la política económica y fiscal.

Seguir financiando la oferta nos permite decir que se llega a un momento donde se hace indistinguible quien trabaja bien y quien lo hace mal. Es una forma de ocultar las ineficiencias, pero también los chanchullos y negociados internos.

Como las organizaciones públicas no tienen que exponer resultados (política del *siguiente*) se apela a grandes declaraciones acerca de que se atacan funciones esenciales para de esa manera ocultar y negarse a transparentar la performance de la gestión de organismos públicos.

El mundo de la sanidad es demasiado complejo para dejarlo en manos de los médicos o de los gestores. Es necesario construir nuevas capacidades y competencias que puedan encontrar el volumen adecuado para gestionar todos los elementos fundamentales del management o el policy making de la salud.

Los profesionales clínicos y gestores deben encontrar los cuadros de interpretación adecuados para comprender como gestionar la complejidad de su trabajo e identificar las mejores trayectorias estratégicas de desarrollo y cambio en la propia unidad organizativa o de la empresa sanitaria.

Parafraseando el famoso libro de John Gray, los médicos son de Venus y los gestores son de Marte. Es decir, vienen de mundos distintos. Y para entenderse, es preciso que encuentren un lenguaje común, que construyan un lenguaje común a partir de la gestión sanitaria. ■

(*) Profesor Salud Pública UNL. Coordinador Máster Salud de la Universidad de Bologna (sede Buenos Aires) - Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB). www.ideblatam.org

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

TELECONSULTA: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN Y COBERTURA DE SALUD QUE SE AFIANZA Y SE EXPANDE



Por el Dr. Maximiliano Ferreira (*)

La pandemia de Covid-19 revolucionó numerosos aspectos de nuestra vida diaria, y el acceso a la atención médica no fue la excepción. Con el dictado del Decreto N° 297/2020, el Poder Ejecutivo Nacional estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), a partir del cual surgieron nuevas regulaciones con el objeto de fomentar el uso de plataformas de teleconsulta y habilitar las recetas digitales o electrónicas. Como consecuencia de ello en agosto de 2020, se aprobó la Ley N° 27.553, que habilitó la prescripción a través de receta electrónica y la teleasistencia para el ejercicio de la medicina.

Durante los momentos más críticos de la crisis sanitaria, la teleconsulta, tanto en clínicas generales como en especialidades, se convirtió en una herramienta fundamental para dar continuidad a los servicios médicos, pero su impacto ha trascendido la emergencia. Hoy, con la consolidación de plataformas digitales, la receta electrónica obligatoria y el surgimiento de seguros médicos a través de fintechs, el sistema de salud ha alcanzado un nuevo nivel de accesibilidad y eficiencia que parece no detenerse.

Se abren diferentes aristas, incógnitas y cuestionamientos a estas nuevas formas en la cobertura de salud de los usuarios y beneficiarios.

Beneficios económicos para financiadores de salud

Uno de los grandes ganadores de la adopción masiva de la teleconsulta ha sido, sin duda, el sector financiero de la salud. Para financiadores, como las aseguradoras y los sistemas de salud pública, la telemedicina ofrece una solución que reduce significativamente los costos operativos y los tiempos de los turnos disponibles y ofrecidos por las entidades prestadoras de salud. La teleconsulta permite que médicos y pacientes se conecten sin necesidad de ocupar instalaciones físicas, eliminando gastos de infraestructura, limpieza, mantenimiento y demás costos asociados a las visitas presenciales.

Adicionalmente, la posibilidad de brindar atención desde cualquier lugar y en cualquier momento, reduce tiempos de espera y optimiza la distribución de recursos. Esto implica que más pacientes pueden ser atendidos con mayor rapidez y a menores costos. Incluso en especialidades donde tradicionalmente las consultas requerían una evaluación física, la telemedicina ha mostrado ser útil para seguimiento y consultas de rutina, aliviando la carga del sistema.

Accesibilidad y tasa de uso

El aumento en el uso de dispositivos móviles y plataformas digitales ha sido clave para que la teleconsulta alcance un nivel sin precedentes de accesibilidad, en nuestro país, por ejemplo, el último relevamiento efectuado por el INDEC indicó que existen 1,3 dispositivos móviles por habitante.

Para millones de personas, una consulta médica ahora está al alcance de un clic, desde la comodidad de su hogar. En lugar de perder horas en el tráfico o en salas de espera, los pacientes pueden acceder a su médico mediante una videollamada o incluso recibir orientación a través de chats y mensajería.

La tasa de uso de estas plataformas ha crecido de manera exponencial, sobre todo entre las generaciones más jóvenes y en zonas donde la infraestructura médica es limitada. Para muchas personas que viven en áreas rurales o aisladas, la teleconsulta no solo es una comodidad, sino una necesidad. Este crecimiento también se ha visto favorecido por la obligatoriedad de la receta electrónica, que permite a los médicos prescribir tratamientos y hacer seguimientos a distancia, y a los pacientes obtenerlos en farmacias sin complicaciones.

Satisfacción de los pacientes

Si bien la telemedicina no puede reemplazar completamente la experiencia de una consulta presencial, los estudios demuestran que la mayoría de los pacientes están satisfechos con el servicio. Las encuestas han revelado que los beneficiarios valoran especialmente la rapidez y conveniencia de las consultas virtuales, así como el hecho de no tener que desplazarse. En muchos casos, los pacientes afirman que la calidad de la atención recibida en una consulta virtual no difiere de la presencial, sobre todo en situaciones de consultas generales o seguimientos médicos.

No obstante, también existen casos en los que los pacientes prefieren una consulta presencial, especialmente en situaciones que requieren un examen físico detallado. Pero incluso en estos casos, la teleconsulta ha demostrado ser eficaz para la orientación previa, derivación y seguimiento.

Nuevos esquemas de seguros médicos accesibles

Otro aspecto revolucionario es la aparición de seguros médicos a través de fintechs, específicamente Mercado Pago, la plataforma financiera de Mercado Libre, ha lanzado un servicio vinculado a la salud que permite acceder a teleconsultas médicas y reintegros en medicamentos recetados mediante la contratación de un seguro de vida o de accidentes personales. Esto surge como una respuesta a las dificultades que muchas personas enfrentan

para acceder a servicios de salud, especialmente considerando que más de 16 millones de personas en la Argentina no tienen cobertura médica privada.

El servicio ofrece consultas médicas las 24 horas, turnos con especialistas y reintegros del 50% en medicamentos, todo gestionado digitalmente a través de Mercado Pago.

Si bien una primera lectura podría ser que estas opciones han democratizado aún más el acceso a la atención médica al ofrecer seguros sin requisitos de preexistencias y con costos muy bajos, habrá que ver cómo se desarrollan y si proliferan en el futuro, debido al escaso y endeble marco regulatorio para proteger sobre todo los derechos de los usuarios.

A diferencia de los seguros de salud tradicionales, estos planes permiten a los usuarios pagar solo cuando utilizan el servicio, lo que facilita que más personas accedan a cobertura médica sin verse obligadas a contratar costosos planes anuales.

El modelo de pago por uso es especialmente atractivo para personas jóvenes y saludables que no ven la necesidad de pagar una prima mensual elevada, por un servicio que utilizan esporádicamente.

Evolución de la telemedicina en las provincias

Por su parte, las provincias también empiezan a desarrollar e implementar novedosos sistemas de asistencia médica. El Ministerio de Salud de Tucumán avanza en la implementación de Tele-Enfermería en el Hospital Virtual para mejorar el acceso a la salud, especialmente en áreas rurales. Destacan que el objetivo es conectar a las personas en zonas alejadas con especialistas mediante videollamadas. Las enfermeras en estas áreas podrán colaborar con médicos del hospital virtual para resolver casos o referir pacientes a hospitales cercanos. Este servicio, que complementa otras áreas de telemedicina, busca ampliar el acceso a la atención y optimizar recursos médicos especializados en la provincia.

Algo similar ha desarrollado el Ministerio de Salud de Salta quien inauguró un consultorio de telemedicina en el Hospital Ramón Villafañe, en Apolinario Saravia, el primero de la provincia con este servicio, pero que -sostienen- es el inicio de un proyecto más amplio para ser implementado en toda la provincia, beneficiando a comunidades con acceso limitado a servicios médicos.

Un futuro impulsado por la tecnología

La pandemia de Covid-19 aceleró la transformación digital en la atención médica, y ahora que la crisis ha pasado, la teleconsulta sigue demostrando su valor. Gracias a la combinación de tecnología, regulación adecuada (como la receta electrónica) y nuevos modelos de seguros, el sistema de salud es más accesible y eficiente. Para los financiadores, los beneficios económicos son claros, mientras que los pacientes disfrutan de una mayor comodidad y rapidez en su atención. A mi criterio, este es solo el comienzo de una nueva era para la atención de la salud, donde la tecnología seguirá siendo protagonista, inclusive ya hay algunos ensayos donde la interacción, diagnóstico y prescripción médica proviene de la inteligencia artificial y no de un galeno.

Si bien aún queda un largo camino por recorrer en aspectos claves como infraestructura, accesibilidad, mejora de los servicios de Internet y regulaciones legislativas, no cabe duda de que estamos presenciando la mayor transformación y cambio de paradigma en la cobertura de salud a nivel mundial. ■

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



UCA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2025

GRADO - MARZO 2025

- Medicina
- Odontología
- Licenciatura en Criminalística - **NUEVA**
- Licenciatura en Enfermería
- Licenciatura en Fonoaudiología- **NUEVA**
- Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría
- Licenciatura en Nutrición
- Tecnicatura Universitaria en Hemoterapia e Inmunohematología
- Tecnicatura Universitaria en Laboratorio de Análisis Clínicos
- Tecnicatura Universitaria en Laboratorio de Anatomía Patológica · **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Gestión de Servicios de Salud - **NUEVA**
- Ciclo de Licenciatura en Hemoterapia e Inmunohematología - **NUEVA**

MÁS
INFORMACIÓN



EL CONOCIMIENTO COMO FUERZA EMANCIPATORIA



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

Contexto

El huracán Milton en su paso por el golfo de México, La Florida, y otras regiones del Caribe, arrasó con el hogar de más de 3 millones de personas, sin distinción alguna de grupo social, género, ni pertenencia política...

Cuando aún el sureste de EE.UU no se recuperaba de la pesadilla del anterior, Helen, con 220 muertes y daños referidos a la extensión de fenómenos biológicos, ambientales, humanos, físicos y psicoemocionales.

Memorias emotivas que arrastrarán varias generaciones con una multiplicidad de dimensiones que atraviesan estas catástrofes imposibles de fragmentar.

Fenómenos sumados a los impactos de ecosistemas de toda la región y el Caribe, inundaciones en Europa, Asia, América, África, Oceanía que evidencian el cambio climático que trae miserias, hambrunas, migraciones...

Simultáneamente en América del Sur... Brasil, Bolivia, Perú, Argentina, se incendiaron enormes extensiones y más de 12 millones de hectáreas perdidas bajo las llamas solo en el Amazonas.

Es una magnitud (*morbimortalidad*) epidemiológica compleja que exige mucho más que una descripción académica, interdisciplinaria, transdisciplinaria e internacional de equipos trabajando en investigaciones colaborativas integrales, para medir el daño en la vida, en la trama socio/económica /política /cultural con réplicas sísmicas en varias generaciones que **podríamos prevenir...** ⁽¹⁾

Profesionales formados en la Argentina, de diferentes estratos sociales tienen la dinámica para afrontar estos contenidos, conforman hoy equipos en programas planetarios de todo orden, que cada día requieren más expertos que no podremos ofrecer si continua la devastación del presupuesto educativo.

Esto exige científicos formados en universidades con paradigmas sistémicos, *que van más allá de las fluctuaciones de la bolsa, donde las finanzas no tienen respuestas.*

Constelaciones de académicos que trabajen en comunión, para preservar el único hogar que tenemos y compartimos con plantas, animales, ríos, mares, atmósfera: nuestra biósfera, **única en todo el sistema solar, nuestro planeta la tierra.**

Cada uno de los elementos que la componen están interactuando en el clima, sus eventos penetran el total de sus manifestaciones. ⁽²⁾

Pedro Jaureguiberry, investigador del Instituto Interdisciplinario de Biología Vegetal del Conicet-Universidad Nacional de Córdoba ganó en junio de 2024, el premio análogo en Ecología al Nobel en el campo de la sostenibilidad y la conservación de la biodiversidad.

La educación pública, gratuita y federal hoy, transita, uno de los desastres más críticos de su historia con el recorte de su presupuesto del 42% en comparación con el año 2023.

"Entre 2023 y 2024 (con datos al 22 de septiembre), el **recorte de fondos para las universidades** fue del **30%**. En ese mismo lapso, las caídas fueron del 71% para Conectar Igualdad, 64% para infraestructura y equipamiento, 57% para acciones de formación docente, 57% para formación tecnológica, 55% para fortalecimiento edilicio de jardines de infantes y 54% para becas a estudiantes: esos programas se dirigían a los **niveles educativos obligatorios** (inicial, primaria y secundaria).

A estos recortes hay que sumarle la eliminación, en enero, del **Fondo Nacional de Incentivo Docente** (FONID), que suponía un aporte de la Nación a los salarios docentes (con una caída del 93%) informe del Observatorio de Argentinos por la Educación. ⁽³⁾

La Argentina tiene una larga trayectoria científico-académica de sus universidades públicas, gratuitas y federales, validada por sus cinco premios Nobeles: en 1947 Bernardo Houssay - U.B. A., Federico Leloir - 1970 - U.B.A., Adolfo Pérez Esquivel - 1980 U.N.L.P. y Cesar Milstein - 1984 - U.B.A.

Citar la extensa lista de premios y reconocimientos a profesionales formados por estas instituciones públicas y gratuitas, que presiden o lideran emblemáticas organizaciones, excede el espacio de esta nota.

Acreditadas por jurados internacionales entre las 100 mejores del mundo, la U.B.A en la lista de las 10 más relevantes, a las que se suman extensos reconocimientos de las universidades creadas en los últimos años. ⁽³⁾

En nuestro país en 63 universidades públicas estudia el 80% de los 2,5 millones de estudiantes, según los datos oficiales del Departamento de Información Universitaria. ^{(4) (5)}



Cumplen un rol esencial en la movilidad social, en las determinaciones antropológicas de espacios de intercambio político, cultural, tienen la capacidad de cuestionarse a sí mismas de reflexionar sobre sus desafíos frente a las exigencias de una nueva era.

Necesitan constituir el ágora de una Nación con la capacidad de recrearse a sí mismas, de discutir, de discrepar. Rodrigo Arim, rector de la Universidad de la República/Uruguay considera que el conocimiento es una pieza fundamental del bienestar colectivo, indispensable para reducir desigualdades. ⁽⁶⁾

Criterios que compartimos constelaciones de académicos en paradigmas que día a día, deben enriquecer el haber de la ciencia que nos exigen una metamorfosis permanente, como eje de su esencia. ⁽⁷⁾

En un mundo injusto de severas desigualdades atravesado por la policrisis. ⁽⁸⁾

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

Las universidades públicas, gratuitas y federales representan un eje de transformación indispensable para enfrentar los desafíos de este tiempo, no podemos perder estos recursos imprescindibles para abordar la realidad de nuestro país y del mundo.

La Argentina cuenta con una pléyade de investigadores, profesionales altamente capacitados y estudiantes comprometidos por un destino más digno y justo. ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Una extensa mayoría, están bajo la línea de pobreza, con

suelos paupérrimos, gran exigencia laboral, como la de los médicos en los hospitales, e instituciones de los tres subsistemas de salud (público, obras sociales y privado). Muchos otros emigran a regiones que los reconocen y amparan ¡Una historia reiterativa! ¿Hasta cuándo?

Es posible encontrar nuestro hilo de Ariadna para salir de este laberinto, para el cual necesitamos integrarnos, no es posible, por ejemplo, que las sociedades científicas estén disgregadas en enfrentamientos estériles, lo que se replica en los diversos grupos y asociaciones. Es una situación que nos demanda un sobre esfuerzo, encontrar el “Fuego Sagrado”.

“En las manos de la humanidad están las llaves de su salvación” Edgar Morin. ■

Bibliografía:

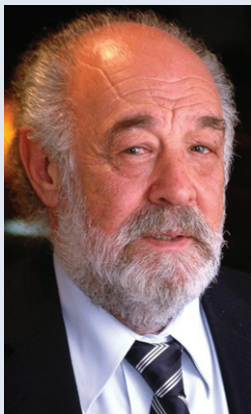
1. Naciones Unidas - Acción por el clima <https://www.un.org/es/climatechange/reports>
2. Morin E. - Los Siete Saberes Necesarios Para la Educación del Futuro. ISBN: 09789582005993 Bogotá Colombia 1999 Pág. 132 - Ed. Magisterio.
3. <https://www.topuniversities.com/world-university-rankings>
4. Informe del Observatorio de Argentinos por la Educación <https://universidadeshoy.com.ar/nota/76755/la-inversion-educativa-nacional-se-redujo-40-en-2024-es-la-caida-mas-grande-desde-1992/>
5. <https://elpais.com/america-futura/2024-09-17/la-universidad-publica-argentina-un-referente-en-latinoamerica-en-riesgo.html>
6. Rodrigo Arim - <https://www.gaceta.unam.mx/las-universidades-debemos-ser-el-agora-de-la-nacion-rodrigo-arim/>
7. Edgar Morin - El método. ISBN: 09788437623320 - Madrid - España 2006. Pág. 456. Lecciones de un siglo de vida. ISBN: 09788449339318 2022. Ed. Paidós Ibérica - España. Pág. 112.
8. Chertkoff Liliana - La Salud en la Policrisis. https://www.revistamedicos.ar/numero_actuall/chertkoff.htm
9. Le Monde Diplomatique - El Atlas de las desigualdades - Claves para entender un mundo injusto ISBN 978987614624 - Ed. Capital Humano.
10. Milstein Cesar - 1984 <https://www.instagram.com/reel/DBKAKUWPPc0/?igsh=MXN6ZW1kMW1mM3UzMA==>

(*) Médica sanitarista - Epidemióloga / Docente Libre - Dto. de Salud Pública y Humanidades - Facultad de Medicina - U.B.A



www.sanidad.org.ar

DESACOPLE CATASTRÓFICO: DE LA DISYUNCIÓN A LA DES-CIVILIZACIÓN



"El conocimiento de los hechos es imposible sin la visión de la esencia".
Edmund Husserl

Por el Dr. Ignacio Katz (*)

En un reciente debate público respecto a los dilemas en la educación médica retomé unas distinciones que alguna vez he mencionado en estas páginas: mientras un *problema* requiere de un correcto planteo para su solución; un *dilema* nos obliga a discernir y elegir entre opciones, lo cual implica un carácter político (en el sentido preciso del término) y, por lo tanto, también ético.

Pero la actual condición sanitaria se asemeja menos a un problema o a un dilema que a un verdadero *drama*; lo que nos impone "*tender a lo real y para ello partir de lo real*", como expresaba Ígor Markévich. Nos encontramos, más que frente a un estado de desconocimiento, ante la incomprensión, producto de la *vorágine* de los elementos componentes del campo de la salud. Es decir que la crisis sanitaria ya es inocultable, pero permanece ininteligible.

No sólo respecto al plano científico y tecnológico, sino también de los otros constituyentes de esa vorágine (aglomeración confusa de los sucesos) como lo son los determinantes ético, político y económico. Los cuatro conceptos anteriores (problema, dilema, drama, vorágine) impactan sobre los cinco factores nodales (científico, tecnológico, ético, político y económico), que interactúan y se interrelacionan, conformando un complejo entretejido multiplanar. Lo que no debe desviarnos del norte: **la atención de la salud.**

Frente a esta realidad, destaca la ausencia de una "*mesa de trabajo*" que dé base a una imprescindible *planificación estratégica*, que se aboque a las dificultades que atraviesa la *gobernanza sanitaria*. Gobernanza que se muestra totalmente desenfocada de los problemas esenciales del área y sólo toma los perfiles que el mercado le señala en lo referente a sus componentes: prepagas, laboratorios y clínicas. En lugar de enfocar en la atención a los pacientes como cobertura universal mediante una *gestión integral*.

Recordemos lo planteado por Edmund Pellegrino, padre de la bioética en Estados Unidos, quien sostenía que la finalidad de la medicina -*curar*- determina las virtudes y las obligaciones del profesional de salud. Es decir, el fin último de la medicina es el que determina internamente toda la ética que orienta la práctica médica. En ese sentido, afirmaba que "*la medicina es la más humana de las ciencias*".

Visto en su devenir, es claro que el drama actual no fue producto de fenómenos naturales ni efecto de una sumatoria accidental de hechos fortuitos. Se trata más bien del despliegue de un proceso de arrastre, que en el transcurso del tiempo adquiere aspectos crecientemente negativos.

Efectivamente, arribamos a esta condición de *indefensión sanitaria* producto de haber desatendido la clásica ecuación que articula *salud pública con gobernanza eficiente*, resultado de instituciones fallidas y deficientes. En un contexto social donde prevaleció la ceguera cognitiva sumergida en un relato irresponsable.

Un estudio del campo sanitario desagregado sigue mostrando hoy:

- 1) La ausencia clave de una política sanitaria (y su consecuente falta de gobernanza).
- 2) Instituciones defectuosas en un ámbito de negligencia e irresponsabilidad y, por lo tanto, consecuencias que muestran el claro **desacople** que desembocó en el caos y la anomia, causales de la actual *catástrofe sanitaria*.

Volviendo a la educación médica, en cuanto a las instituciones formadoras de profesionales (facultades de medicina) es notoria su "desorientación" en relación a las necesidades del país, en lo que respecta a las especialidades requeridas como prioritarias. En un sistema cuasi "*prêt-à-porter*", a preferencia del alumnado, sin orientarlo hacia la necesidad demandante; sin fortalecer un desarrollo ni plantear un proyecto de nación. Como bien expresó Marcelo Rabossi, "*es imposible pensar en un modelo de universidad si no se tiene definido un proyecto de desarrollo del país*".

El desacople entre la carrera de medicina y el propósito de la profesión es consecuencia además de la inexistencia de un vigoroso *ente de vinculación* con la producción de salud. Esto es, un elemento de entrecruzamiento, dependiente de la Subsecretaría de Políticas Universitarias, que enlace e intercambie necesidades y demandas con aportes y soluciones para esos requerimientos. Este ente se fundamentaría en la *correspondencia* entre el COFESA (Consejo Federal de Salud), el CFE (Consejo Federal de Educación) y sunexo universitario, la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). Debe activar su desempeño acorde a una finalidad: contribuir y producir los profesionales especializados requeridos para salir del abismo actual.

La reticencia a adoptar este tipo de innovaciones, nos recuerda a lo expresado por el maestro Eduardo Braun Menéndez, cuando decía: "*no es que yo piense cincuenta años más adelante del momento actual, sino que en nuestro país muchos piensan con cincuenta años de atraso. Lo grave es que creen que hemos llegado a la perfección y que no tenemos nada que aprender*".

Como vemos, sufrimos de múltiples desacoples o disyunciones que obturan un proceso virtuoso de sinergia o simple coordinación. La *disyunción* implica una separación, un desajuste o una incompatibilidad entre elementos que previamente estaban conectados o que, en teoría, deberían funcionar juntos de manera armónica. En el contexto de la civilización, puede referirse a la desconexión entre las instituciones, valores, comportamientos, estructuras económicas o políticas. Por ejemplo:

“ Nos encontramos, más que frente a un estado de desconocimiento, ante la incomprensión, producto de la *vorágine* de los elementos componentes del campo de la salud. Es decir que la crisis sanitaria ya es inocultable, pero permanece ininteligible. ”

- Disyunción entre valores éticos y avances tecnológicos: el avance tecnológico puede ir mucho más rápido que la reflexión ética sobre sus usos. Esta disyunción puede generar fenómenos como la erosión de la privacidad, la explotación laboral a gran escala o el uso de tecnologías para fines destructivos.
- Disyunción entre las instituciones sociales y la vida cotidiana: cuando las instituciones (gobiernos, sistemas educativos, judiciales, etc.) pierden la capacidad de ajustarse a las realidades diarias de la gente, se crea una sensación de distanciamiento y desconfianza, como lo señalaron los flamantes nobeles de economía, lo que debilita la estructura civilizatoria.
- Disyunción entre economía y bienestar social: si la economía se desconecta del bienestar de la mayoría de la población, generando desigualdad extrema, esto puede conducir a la inestabilidad social, donde las bases de la civilización (seguridad, cohesión social, cooperación) se debilitan.

Los elementos disyuntivos pueden tener un sector común en el espacio y el tiempo, en el sentido de que pueden coexistir dentro de un mismo marco geográfico, temporal o institucional. Sin embargo, esa coexistencia no garantiza una interacción armónica o funcional. Por caso, diferentes facciones políticas (por ejemplo, el gobierno y las élites, versus los movimientos sociales o las mayorías populares) pueden compartir un mismo escenario político y temporal, pero estar profundamente disyuntivas en cuanto a sus intereses y objetivos, generando crisis de gobernabilidad. O distintos grupos socioeconómicos pueden compartir el mismo marco temporal, pero con vivencias y realidades radicalmente diferentes, lo que provoca una disyunción que mina la cohesión social.

La *des-civilización* podría ser vista como la manifestación de múltiples disyunciones que se acumulan y hacen que una sociedad pierda su capacidad de mantener un nivel de desarrollo humano, cultural y material que garantice su estabilidad y progreso. Cuando las instituciones fallan en corregir estas disyunciones o se vuelven impotentes frente a ellas, el proceso de des-civilización avanza.

En salud, lo mismo que en otras áreas claves del desarrollo humano y social, se requiere de concentrar esfuerzos para revertir este proceso e iniciar una ardua pero indispensable tarea si pretendemos ser más que un aglomerado de individuos y corporaciones, y merecer el título de nación. ■

(*) Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Director Académico de la Especialización en "Gestión Estratégica en organizaciones de Salud", Universidad Nacional del Centro - UNICEN; Director Académico de la Maestría de Salud Pública y Seguridad Social de la Universidad del Aconcagua - Mendoza; Coautor junto al Dr. Vicente Mazzáfero de "Por una reconfiguración sanitaria pos-pandémica: epidemiología y gobernanza" (2020). Autor de "Una vida plena para los adultos mayores" (2024) "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, Twitter, LinkedIn

SALUD PARA LLEVAR... POR FAVOR

LOS CUIDADORES TIENEN UN ROL IMPORTANTE PARA ALCANZAR METAS DE SALUD. PERO AL CUIDADOR, ¿QUIÉN LO CUIDA?

INTRODUCCIÓN

Que un paciente alcance los objetivos esperados en el cuidado de su salud depende, en gran medida, del diagnóstico, del tratamiento y del cuidado médico. Pero también de los cuidadores, quienes suelen ser familiares que brindan la mayor parte de los cuidados a largo plazo y que en su gran mayoría carecen de recursos para mantener su salud, su bienestar y su seguridad financiera.

El tema de los cuidadores familiares es un problema de salud pública en sí mismo. Por ello, **es urgente reconocer su relevancia en la vida del paciente en tratamiento**, junto con los desafíos asociados a la recuperación de una enfermedad grave o incluso frente a problemas crónicos o enfermedades no transmisibles como la diabetes, el cáncer o las enfermedades inmunológicas que suelen impactar la movilidad de las personas e incluso la capacidad para tomar alimentos o medicamentos.

Una misión que, de acuerdo con investigaciones realizadas en diferentes países que veremos más adelante, **recae principalmente en las mujeres**. En la mayoría de los casos, además, no existe retribución alguna, por lo que estos servicios pueden generar un quebranto financiero para los familiares que dedican su tiempo al cuidado de los pacientes.

Este documento refleja la situación de los cuidadores que, aunque pueda variar de país a país, es un componente esencial para la recuperación de la salud de muchos pacientes con enfermedades devastadoras. Y, además, recomienda acciones para fortalecer y apoyar el trabajo que desarrollan los familiares y especialmente las mujeres.

“La cuestión de los cuidadores familiares es un problema de salud pública en sí mismo. Por ello, es urgente reconocer su relevancia en la vida del paciente en tratamiento”.

EL VALOR DE LOS CUIDADORES EN LA MEJORA DE LA SALUD

El reporte *Caregiving in the US*, realizado en 2020 por *The National Alliance for Caregiving*, concluye que el rol de los familiares que toman funciones de responsabilidad para



cuidar a otra persona enferma o discapacitada puede ser un gran desafío. Sin embargo, el impacto en la salud de los pacientes ha quedado demostrado en los indicadores publicados, según los cuales **las personas que recibieron cuidados mejoraron su salud y sus capacidades funcionales más de 6 puntos porcentuales en promedio** comparado con un reporte de 2015. Entre otros aspectos, señalan una mejora en las condiciones físicas y en la salud mental y emocional, así como en problemas de memoria que incluyen el Alzheimer. Es decir, los cuidadores no sólo se encargan de asistir y proveer de medicamentos, sino también de ayudar en la recuperación total de los pacientes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Y esta calidad de vida implica la recuperación de la salud del paciente en problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles.

“Entre otros aspectos, señalan una mejora en las condiciones físicas y en la salud mental y emocional, así como en problemas de memoria que incluyen el Alzheimer”.

RETRATO DEL CUIDADOR

De acuerdo con el estudio “Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre México, Puerto Rico y Colombia”, realizado por la Universidad Católica de Puerto Rico, un cuidador o cuidadora es una persona que se hace cargo de dar asistencia a una persona que tiene dependencia. Existen **cuidadores formales e informales**. Dentro de los segundos cabe destacar el cuidador primario, que es la persona que se encarga de las mayores necesidades de un paciente.

Son personas que tienen múltiples roles en el día, se encargan de necesidades físicas y no necesariamente tienen una formación. El **cuidador secundario** es aquel que apoya al cuidador primario, pero no todas las familias disponen de múltiples cuidadores.

Recientemente se han observado cambios demográficos. Se pensaba que los cuidadores informales eran únicamente mujeres, pero, aunque todavía es así en la mayoría de los casos, el hombre ya participa más como cuidador, sobre todo cuando se trata de cuidar a niños pequeños. Por otro lado, la mitad de los cuidadores cuenta ya con educación básica.

DATOS DEMOGRÁFICOS

En el anteriormente citado reporte “*Caregiving in US*” se afirma que los cuidadores de adultos de los **Estados Unidos de América** tienen 49,4 años en promedio; sin embargo, el 35% tienen entre 50 y 64 años; además, mientras que la mayoría de los cuidadores de adultos cuidan a una sola persona (76%), el 24% cuida a dos o más adultos, lo cual ha aumentado significativamente desde 2015 (18%). Este hallazgo, en combinación con la mayor prevalencia de la prestación de cuidados, sugiere una nación de estadounidenses que continúan ofreciendo cuidados no remunerados a familiares, amigos y vecinos que puedan necesitar asistencia debido a necesidades de salud o funcionales.

49,4 es la media de edad.

35% tiene entre 50 y 64 años.

24% cuida a dos o más adultos.

(Fuente “*Caregiving in US*”, 2020).



El estudio de la Universidad Católica de Puerto Rico sobre el perfil del cuidador en **México, Puerto Rico y Colombia** contó con una muestra de 1.177 personas, en la que se destacan varias características comunes entre los cuidadores informales de los países incluidos. Se observa **una predominancia de mujeres (82%)**, muchas de ellas **no casadas (51%)** y con al menos **un hijo viviendo con ellas (61%)**. Además, una gran mayoría de estos cuidadores son **familiares del adulto mayor (92.7%)**, principalmente hijas que cuidan de uno o ambos padres.

Un dato significativo es que el **59%** de estos cuidadores ha estado asumiendo esta responsabilidad **por al menos cuatro años**, y casi **el 90% no posee formación profesional** en cuidados de salud para adultos mayores, aunque muchos tienen estudios universitarios. Los cuidadores informales asumen una **amplia variedad de tareas diarias**. Y, a pesar de que el estudio se realizó en tres países, refleja una realidad global en la que entre las tareas más comunes se encuentran la **preparación de alimentos (64.8%)**, la **administración de medicamentos (57.9%)**, la **limpieza del hogar (69.5%)** y el **transporte** para citas médicas o compras (81.1%). Estas actividades muestran el nivel de compromiso y dedicación requerido de los cuidadores, quienes a menudo deben equilibrar estas responsabilidades con sus trabajos a tiempo completo y sus roles dentro de la familia.

82% son mujeres.

59% ha asumido los cuidados durante más de cuatro años.

90% no posee formación profesional.

(Fuente: “*Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre México, Puerto Rico y Colombia*”, 2023).

En **Europa**, un estudio sobre la actuación informal de cuidadores, realizado por la *European Social Survey* en 20 países, constató que las mujeres tenían un 33% más de probabilidades de proporcionar cuidados que los hombres y un 60% más de probabilidades de proporcionar cuidados intensivos. La prestación de cuidados era más probable entre los encuestados en la franja etaria de 50-59 años.

El análisis mostró que los encuestados con nivel educativo medio y superior tenían un 18% más de probabilidades de proporcionar cuidados que los encuestados con nivel educativo más bajo, **pero este efecto educativo fue impulsado solo por las mujeres**. Esto se debe, principalmente, al hecho de que las personas con menor nivel educativo tenían diferentes distribuciones etarias y estatus de empleo.

Aunque los grupos con mayor nivel educativo pueden ser más conscientes de las formas de movilizar cuidados formales, esto aparentemente no implica que no asuman la tarea de cuidar personalmente. La cuestión de la disponibilidad de tiempo es frecuentemente sugerida como una razón para que las personas no proporcionen cuidados. En esta línea, se evidenció que, en comparación con los trabajadores a tiempo completo, **varias categorías de no empleados prestaban cuidados informales con más frecuencia**, especialmente personas cuya principal actividad diaria eran los trabajos domésticos, pero también desempleados y jubilados.

33% más de probabilidades de proporcionar cuidados si se es mujer.

50-59 años es la franja etaria mayoritaria.

18% más de probabilidades de proporcionar cuidados si se posee un nivel educativo medio o superior.

(Fuente: “*European Social Survey*”).

EL COSTO E IMPACTO FINANCIERO DE LOS CUIDADORES

Si bien el cuidado familiar es gratificante, puede ser un desafío. Y cuando los cuidadores no cuentan con el apoyo que necesitan, su salud, bienestar y calidad de vida a menudo se ven afectados. Su **futuro financiero también puede correr riesgo**. Tan sólo en EE.UU, y de acuerdo con el Departamento de Salud, la pérdida de ingresos debido al cuidado familiar se estima en 522 mil millones de dólares cada año. Cuando los desafíos se vuelven abrumadores y los cuidadores familiares ya no pueden brindar apoyo, las personas a las que cuidan a menudo no tienen otra opción que mudarse a hogares de ancianos o a otras instituciones como hogares de acogida, cuyo costo generalmente corre a cargo de los contribuyentes.

De acuerdo con la OMS, en enfermedades como la demencia, el tipo y el nivel de los servicios prestados por los sectores de la salud y la asistencia social también determinan el nivel de los cuidados informales, que son proporcionados principalmente por familiares. **Los cuidados informales representan aproximadamente la mitad del costo mundial de la demencia**, mientras que los costos de la asistencia social suponen más de un tercio.

En los países de ingresos bajos y medios, la mayor parte de los costos de la atención de la demencia son atribuibles a los cuidados informales (65%). En los países más ricos, los costos de los cuidados informales y la asistencia social representan cada uno aproximadamente el 40%. En 2019, los cuidadores pasaron una **media de cinco horas al día proporcionando apoyo para la vida diaria** a la persona con demencia que cuidaban; el 70% de esos cuidados fueron

proporcionados por mujeres. Dado el estrés financiero, social y psicológico al que se enfrentan los cuidadores, el acceso a la información, la formación y los servicios, así como el apoyo social y financiero, es especialmente importante. En la actualidad, el 75% de los países informan de que ofrecen algún nivel de apoyo a los cuidadores, aunque, de nuevo, se trata principalmente de países de ingresos altos.

“Cuando los desafíos se vuelven abrumadores y los cuidadores familiares ya no pueden brindar apoyo, las personas a las que cuidan a menudo no tienen otra opción que mudarse a hogares de ancianos”.

ENFERMEDADES QUE MÁS REQUIEREN EL SERVICIO DE CUIDADORES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, **los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias** cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Y, por tanto, también mejora la calidad de vida de los cuidadores. Una amplia gama de enfermedades requiere de cuidados paliativos en los que el cuidador tiene un rol importante. Y la mayoría de los adultos que los necesitan padecen dolencias crónicas tales como **enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%) o enfermedades respiratorias crónicas (10.3%)**.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN: UNA NECESIDAD DE CUIDADO PERSONAL

Los datos más recientes sobre el envejecimiento poblacional muestran que la población global está envejeciendo a una tasa sin precedentes. Según un informe de la ONU, **el número de personas con 65 años o más debería duplicarse para 2050**, alcanzando los 1,6 mil millones, en comparación con los 761 millones en 2021. Este envejecimiento poblacional se ve impulsado por mejoras en la salud, mayor acceso a la educación y reducciones en la tasa de fertilidad, resultando en una expectativa de vida global que subió a 71 años en 2021, aproximadamente 25 años más que en 1950. El Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos publicó datos sobre **el aumento del envejecimiento** y, por consiguiente, el aumento del riesgo de enfermedades crónicas como demencia, problemas cardíacos, diabetes tipo 2, artritis y cáncer, que son algunas de las principales causas de gastos en salud. El riesgo de demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, aumenta con la edad y es más común en adultos mayores de 65 años.

Estas **enfermedades físicas y mentales** requieren una atención y ayuda considerable para que los pacientes puedan realizar sus actividades diarias, lo que los vuelve muy dependientes de los cuidadores.

Esto sugiere que la sociedad, a medida que la población envejece, puede necesitar un número cada vez mayor de cuidadores para hacer frente al aumento de la demanda de atención médica y cuidado.

LOS CUIDADORES TAMBIÉN SE ENFERMAN

“Los cuidadores familiares en Estados Unidos, ya sea que cuiden a niños, adultos jóvenes o adultos mayores, con frecuencia experimentan altos niveles de estrés, frustración y agotamiento”,



dijo Miriam E. Delphin-Rittmon, Ph.D., subsecretaria de Salud Mental y Uso de Sustancias e integrante del Equipo de Liderazgo Ejecutivo de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés). “Para quienes cuidan a personas con enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias, puede resultar especialmente difícil saber a quién acudir en busca de ayuda. Esta estrategia nacional establece las acciones cruciales que estamos tomando con socios en todo el país para aumentar el acceso a los servicios y apoyos que nuestras familias merecen”.

En cuanto a **la salud mental de los cuidadores**, el ya citado estudio de la Universidad Católica de Puerto Rico reveló que el 55.7% de los cuidadores informales presentan niveles de depresión que varían de leve a severo. En México, los hallazgos indican que el 60% de los cuidadores muestra algún grado de depresión y ansiedad, relacionados con la dificultad para manejar el estrés y la frustración de sus responsabilidades de cuidado. Y, en Colombia, más de la mitad de la muestra de 199 entrevistados tiene un nivel de depresión entre leve y severo.

Además, **el envejecimiento acelerado de la población en Latinoamérica**, así como la “paradoja hispana del cuidado”, destacada también por el estudio, donde los latinos prefieren cuidar a sus mayores en casa por más tiempo en comparación con la cultura general en los Estados Unidos, gastando menos en hogares de cuidado, pero dedicando más tiempo a estas tareas sin remuneración, presenta desafíos significativos para los cuidadores informales.

Según investigaciones del Instituto de Política Pública de AARP, que evaluó a los cuidadores en Estados Unidos, entre el 17% y el 35% de los cuidadores familiares consideran su salud como regular o mala. Los más propensos a calificar el **estrés físico del cuidado** como “alto” son aquellos que brindan cuidado por un año o más, los cuidadores mayores, los cuidadores de personas con Alzheimer o demencia, y aquellos que conviven con la persona a la que cuidan. El impacto físico y emocional del cuidado de personas con demencia resultó en costos estimados de salud de \$ 9,7 mil millones en 2014.

Los cuidadores que proporcionan cuidado a personas con demencia corren el riesgo de comprometer sus sistemas inmunológicos hasta por 3 años después de la experiencia de cuidado, aumentando así sus **probabilidades de desarrollar una enfermedad crónica**. En el caso de la demencia, por ejemplo, según el “Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019: actitudes hacia la demencia”, más del 50% de los cuidadores de personas con esa dolencia afirmaron que su salud había sufrido como resultado de sus responsabilidades de cuidado, y más del 60% de los cuidadores de demencia manifestaron que su vida social había sufrido como consecuencia de sus responsabilidades de cuidado.

“El 55,7% de los cuidadores informales presentan niveles de depresión que varían de leve a severo”.



ALGUNOS AVANCES ENFOCADOS EN MEJORAR LAS CONDICIONES DEL CUIDADOR

El gobierno de **EE.UU.**, a través del departamento de Salud y Servicios Humanos, publicó en 2022 la estrategia nacional para cuidadores familiares con más de 350 acciones que pueden adoptarse desde el gobierno, pero también desde el sector privado para construir un sistema que apoye a los cuidadores familiares.

En América Latina y el Caribe, muchos países carecen de servicios de apoyo articulados por una política nacional para la atención de personas mayores en situación de dependencia. **Uruguay** fue el primer país en establecer una política nacional de cuidados mediante el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en 2015. El SNIC busca ofrecer acceso universal a cuidados de calidad para personas mayores, personas con discapacidad y niños. El sistema se financia con ingresos generales e incluye un sistema de coparticipación basado en el nivel de ingresos. Además, prioriza la formación y profesionalización de cuidadores remunerados.

El gobierno de **Chile** implementó el sistema Chile Cuida en 2017 como parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (SNAC), que actualmente opera en 22 de los 346 municipios del país. Está destinado a personas con dependencia moderada o grave y a sus cuidadores, centrándose en los hogares más vulnerables. Los municipios coordinan los servicios, que incluyen asistencia domiciliar, centros de día y cuidados residenciales, entre otros. El sistema se financia con recursos fiscales nacionales y locales, pero carece de una ley nacional que regule su funcionamiento, lo que dificulta garantizar la cobertura y la calidad de los servicios.

Costa Rica desarrolló un plan progresivo de 10 años para crear y expandir un sistema de cuidados a largo plazo, con el objetivo de aumentar la cobertura y la equidad para personas mayores y cuidadores. La elegibilidad se basa en los niveles de habilidad funcional. El plan incluye gobernanza, sistemas de información integrados, fortalecimiento de la prestación de servicios, medidas contra la desigualdad de género y un sistema de garantía de calidad. Costa Rica es uno de los primeros países de ingresos medios en tener una política nacional de cuidados a largo plazo.

En **Brasil** existe un Documento Orientador de Políticas de Apoyo al Cuidador Familiar, que tiene como objetivo presentar a los gestores y a los agentes políticos brasileños algunas de las líneas estructurales para el diseño e implementación de una política integrada y multinivel de apoyo a los cuidadores familiares en Brasil. Sin embargo, solo este año se está elaborando una propuesta de Política Nacional de Cuidados y un Plan Nacional de Cuidados.

En **México** algunas entidades federales cuentan con apoyo a cuidadores. Sin embargo, esta política de bienestar no está generalizada y es poco conocida.

Otros países como **Argentina, Colombia, Panamá, Perú y República Dominicana** están discutiendo o elaborando planes nacionales de atención para personas en situación de dependencia, con un enfoque en la equidad de género y en la prestación de servicios domiciliarios. Esta tendencia refleja la desinstitucionalización de los cuidados, preferida tanto por razones de costo como por las preferencias personales de la población dependiente.

“Muchos países carecen de servicios de apoyo articulados por una política nacional para la atención de personas mayores en situación de dependencia”.



3 CLAVES PARA CUIDAR A LOS CUIDADORES Y ASEGURAR ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y CONTRIBUIR CON UN SISTEMA SOSTENIBLE DE SALUD ACCESO A DATOS DE NECESIDADES

Existe la necesidad de abordar las necesidades de los cuidadores, impulsar una regulación que mejore sus condiciones y que se les reconozca como componente esencial en la recuperación de la salud del paciente. Gobiernos, empresas y organizaciones de la sociedad civil deben conocer al paciente, sus necesidades, y el impacto que tienen las enfermedades en la familia en general. En la actualidad, gracias al **análisis de grandes volúmenes de datos, a la clasificación y al acceso a fuentes de información**, cada vez es más fácil obtener los datos que permitan conocer el número de personas que se dedican a cuidar pacientes, así como los desafíos que enfrentan en cada una de las enfermedades que más impactan en la recuperación y que requieren cuidados. Y a partir de este análisis, colaborar con terceros interesados para impulsar políticas públicas que permitan el reconocimiento del valor que aportan los cuidadores y el establecimiento de programas de apoyo.

PROGRAMAS DE APOYO A CUIDADORES

Actualmente, algunos gobiernos cuentan con iniciativas para fortalecer con recursos financieros el trabajo de los cuidadores. Sin embargo, todavía no es una actividad generalizada. Se pueden ver algunas iniciativas en plataformas políticas, pero **hay poco conocimiento del impacto real y poco interés en desarrollar los programas de apoyo**. Algunas empresas del sector salud cuentan con programas de apoyo a pacientes, pero no incluyen proyectos que podrían mejorar el proceso de la enfermedad como cursos para entender mejor la importancia de los cuidados paliativos y cómo contribuir a la recuperación más rápida del paciente.

POCA CONVERSACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Existe un día, en el mes de octubre, que recuerda el valor de los cuidados paliativos. Pero, a pesar de ello, es muy poca la conversación que se genera sobre ellos. Y, por lo tanto,

existe poca sensibilización sobre el rol de los cuidadores, el impacto de esa clase de cuidados sobre su salud física y mental y, además, el impacto sobre sus finanzas, primero por no tener ingresos y segundo por tener que buscar opciones de empleo flexibles para poder dedicar tiempo a cuidar al paciente en su familia. Es esencial la ampliación de los programas de formación con los que cuentan organismos como la OMS para que los cuidadores puedan continuar ofreciendo **servicios con mayor calidad y mayor impacto**, sin comprometer su propia salud y bienestar.

Campañas de comunicación que destaquen el rol del cuidador no sólo ayudarán en la sensibilización y el mayor involucramiento de más personas como cuidadores, sino que ayudarán en el impulso de las políticas públicas, en la integración de los cuidadores a los sistemas de salud y en el reconocimiento de una labor que contribuye en gran medida a la recuperación de los pacientes y a la disminución del impacto en la vida familiar, así como a la incorporación a la vida productiva.

“Cuidar a los cuidadores no solo mejora su bienestar, sino también la sostenibilidad del sistema de salud”.

CONCLUSIÓN

Los estudios realizados en Latinoamérica, así como en Estados Unidos y Europa, destacan similitudes significativas en el perfil y las responsabilidades de los cuidadores informales. En todos los contextos, **las mujeres predominan como cuidadoras**, asumiendo tareas esenciales y complejas **sin recibir formación profesional**. La mayoría de estos cuidadores son familiares cercanos. En conjunto, estos hallazgos subrayan la creciente carga de los cuidadores informales y la necesidad de apoyo y reconocimiento para estas personas que desempeñan un papel crucial en el bienestar de los pacientes y que se vuelven importantes para lograr que los pacientes recuperen su salud.

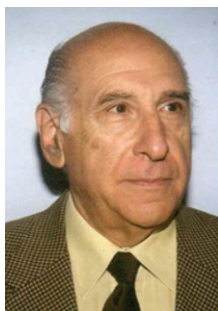
Además, la salud mental de los cuidadores es una dimensión crucial que merece atención y apoyo urgente.

El rol de cuidar, aunque gratificante, conlleva un peso significativo sobre la salud emocional y psicológica de los cuidadores. De forma general, estudios revelan altos niveles de depresión y ansiedad entre los cuidadores informales. Esta carga se agrava en contextos donde las estructuras de apoyo son insuficientes, y la tendencia cultural de cuidar a los mayores en casa sin remuneración añade un mayor sacrificio personal. Por lo tanto, para proteger la salud mental de los cuidadores, **es esencial que los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas implementen medidas de apoyo efectivas**. Iniciativas como la estrategia nacional de EE. UU. ofrecen un modelo para seguir, proponiendo acceso a servicios de salud mental, formación especializada y apoyo financiero. Cuidar a los cuidadores no solo mejora su bienestar, sino también la sostenibilidad del sistema de salud en una sociedad que envejece rápidamente y donde las demandas de atención seguirán aumentando. ■

AUTORES: Georgina Rosell - Socia y Directora Senior Healthcare Europa - grosell@llyc.global
Javier Marín - Director Senior Healthcare Américas - jmarin@llyc.global. En este Informe también ha colaborado **Giovanna Braga** - Consultora de Healthcare.

**LLYC
IDEAS**

LA DESCENTRALIZACIÓN



"Cuando le doy a un ministro una orden, le dejo que encuentre la forma de llevarla a cabo".

Napoleón Bonaparte

Por el Prof. Armando Mariano Reale (*)

El objetivo de la descentralización es que la toma de decisiones no quede concentrada en pocas áreas o personas y se delegue hacia otras que cuentan con mayor autoridad, conocimiento y libertad.

De esta forma las decisiones son ágiles y oportunas, lo que importa cuando el problema debe ser resuelto con rapidez en el corto plazo. Al mismo tiempo, se da oportunidad a que los mandos superiores puedan ocuparse de temas estratégicos de mayor trascendencia.

La toma de decisiones es el corazón de la descentralización al crear poder cuando cae en una misma instancia organizativa. A su vez se produce una centralización que en teoría supone una mayor eficiencia respecto a una dispersa.

Se pueden distinguir distintos tipos de descentralizaciones, ya sea por desempeño, geográfico o operativo o por departamentos, en lo que hace a la concentración de recursos. En particular interesa la modalidad gerencial que atañe sólo a la hora de decidir quienes tendrán el control central en la organización.

Cabe señalar que si la jerarquía sobre la que recaen todas las decisiones se torna rígida se sabotea la producción, lo que conduce a la ineficiencia.

Cuando analizamos la estructura matricial de un hospital podemos distinguir una vinculada al conocimiento y otra correspondiente a las áreas de aplicación de esos conocimientos.

Las decisiones más descentralizadas son las que toman los profesionales que se caracterizan por los siguientes elementos:

- a) La medición de los resultados en términos de salud es difícil.
- b) El trabajo es altamente variable y complejo.
- c) La actividad carece de tolerancia a los errores y a la ambigüedad.
- d) Las actividades requieren alto grado de coordinación entre los diferentes grupos.
- e) El trabajo requiere especialización.

Las actividades centralizadas correspondientes a las áreas de gestión en la aplicación de los conocimientos se caracterizan por:

- a) El control sobre el trabajo de los responsables en generar resultados es escaso.
- b) Existen líneas de autoridades y desempeño duales que requieren coordinación.
- c) Hay decisiones que otros ejecutan.
- d) La lealtad de los integrantes de la organización es hacia la profesión y no hacia la organización.

En este contexto se deben distinguir qué centralizar y qué descentralizar en una instancia organizativa para la mejor gestión de los recursos humanos, profesionales y no profesionales, con el propósito de facilitar el control en la búsqueda de una estructura organizativa que se alinee con las necesidades del contexto en que se desempeña.

La descentralización de un hospital es una operación compleja por lo que se le presta autonomía.

En cambio, la descentralización de funciones entre el hospital y su instancia jerárquica es simple, si bien supone una ruptura frente a un modelo convencional de las organizaciones centralizadas, que involucran no sólo la división del trabajo sino también la toma de decisiones, de modo tal que los mandos superiores se concentran en la estrategia a largo plazo.

En este contexto el cargo de director es clave por lo que se requiere de profesionales capacitados a tal efecto. Sin embargo, es lamentable ver cuando su elección se hace por caminos políticos con la que el director adquiere cierta dependencia.

En consecuencia y según los principios de Smith llega al punto de incompetencia en el que tiene dos alternativas, busca consejeros y asesores u opta por hacer lo que sabe y no lo que debe.

En cambio, la descentralización de funciones operativas del nivel central hacia el hospital es relativamente sencilla y reduce el peso burocrático de la centralidad simplificando su estructura con la consiguiente reducción del presupuesto central.

Entanto ello ocurre el hospital necesita gestionar un presupuesto ajustado a la demanda y a su capacidad resolutive, tanto diagnóstica como terapéutica, la que debe ser planificada por el nivel central.

Estos presupuestos deben elaborarse no sólo teniendo en cuenta las áreas intensivas y de hospitalización, sino afectando parte de él, a los servicios de atención ambulatoria incluyendo partidas y cargos para dicha modalidad.

Es importante que el plantel de guardia en las emergencias corresponda a los servicios de modo tal que cumplan funciones con horas adicionales para la guardia, modificando el actual sistema de plantel de guardia con horas en internación que suelen ser improductivas y sólo sirven de espera a que se produzca una vacante. ■

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



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

LAS PENAS SON DE NOSOTROS... LAS PROTEÍNAS SON AJENAS...



"Las penas y las vaquitas se van por la misma senda. Las penas son de nosotros las vaquitas son ajenas".
El arriero va / Atahualpa Yupanqui

Por el Dr. Mauricio Klajman (*)
dr.mklajman@gmail.com

Los datos publicados por el INDEC son tremendos: la pobreza creció 11 puntos, hasta llegar al 52,9% de la población solo en los 31 aglomerados urbanos que el organismo mide, mientras la indigencia pasó del 12% al 18%. La indigencia se duplicó, desde el 9,3% en el primer semestre del año pasado. Además, los pobres de hoy son más pobres que quienes estaban en esa situación durante el gobierno anterior.

La gigantesca cifra de 15,6 millones de pobres y, dentro de ellos, de 5,4 millones de indigentes se agrava en el corte etario, ya que, entre el nacimiento y los 5 años, el 64% son pobres y entre ellos el 23,3% indigentes, es decir que no cubren los requisitos mínimos alimentarios.

El INDEC sólo mide en 31 ciudades, en las que viven menos de 30 millones de personas, es decir que no lo realiza a otros 17 millones que residen en el resto del país.

Además, no mide -o no lo sabemos- los trabajadores rurales, que no se caracterizan en general por grandes ingresos.

Si las proporciones fueran las mismas, tenemos casi 25 millones de pobres, de los cuales ocho y medio son indigentes. Es decir, cinco millones más de pobres y tres de indigentes. ⁽¹⁾

El kwashiorkor es un tipo de malnutrición que se caracteriza por una deficiencia grave de proteínas. Provoca retención de líquidos y distensión abdominal. Afecta con mayor frecuencia a los niños, en particular en países en desarrollo con altos niveles de pobreza e inseguridad alimentaria.

El kwashiorkor es una grave carencia de proteínas en los niños, mientras que el marasmo es una grave carencia de nutrientes y una ingesta calórica inadecuada. Esta es la principal diferencia entre ambos. El kwashiorkor y el marasmo son las deficiencias más frecuentes y afectan con frecuencia a bebés y niños de entre 1 y 5 años.

Si consideramos las cifras mencionadas anteriormente y debemos creerle al INDEC la pregunta es: ¿Cuánto tiempo falta para la aparición de estas deficiencias alimentarias por la baja ingesta de proteínas y calorías suficientes en nuestros niños?

En comparación con el consumo promedio de los últimos diez años, en 2024 cada habitante consumirá cerca de 22 kilos menos por persona de carne (proteínas de alta calidad), con una caída del 13,3%.

En simultáneo, cayó también el consumo de lácteos: un 17,6% en el primer semestre de 2024.

El indicador de pobreza en la Argentina habría llegado en el primer trimestre de 2024 al **55,5% de la población** y la indigencia **pasó del 9,6% al 17,5%** en el mismo período, de acuerdo con las estimaciones del *Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (ODSA-UCA)*.

Según ese mismo sondeo casi 25 millones de personas (24,9 millones, residentes en áreas urbanas del país) habrían estado en situación de pobreza por debajo de la canasta básica total (CBT). ⁽²⁾⁽³⁾

Estos incrementos se atribuyen en gran parte al impacto de la inflación de los últimos meses y a la suba principalmente en el rubro alimentos que afectó a los grupos de menores ingresos de la sociedad.

El mismo estudio asegura que unos 7,8 millones de personas están en un estado de pobreza extrema o indigencia, por debajo de la canasta básica alimentaria (CBA). **En el tercer trimestre de 2023 el indicador de pobreza era del 44,7%, ya era escandaloso...**

En realidad, no sabemos el estado nutricional de nuestras infancias en la provincias más desfavorecidas. Pero con las cifras oficiales de pobreza cuesta no imaginarse una realidad que nos debería preocupar seriamente.

En el relevamiento también se menciona el estado de la educación y del trabajo en la Argentina. Sobresale el dato de que **el 23% de los niños y niños de entre 3 y 5 años no asiste a establecimientos educativos formales**, el 0,4% de los que tienen entre 6 a 12 años no va a la escuela primaria, el 9,1% asiste con sobre edad a la escuela primaria y **el 35,3% de los jóvenes de 18 a 29 años no terminó la secundaria**.

"Estos indicadores expresan valores adversos a pesar de que el sistema general de gestión pública (80,7% de los alumnos de menos de 18 años) se ve fortalecido por la acción de la gestión privada (12,6% en establecimientos privados laicos y 6,8% en establecimientos religiosos)", subraya.

Acerca del escenario laboral dice que "las desigualdades de la estructura productiva y la escasa generación de empleo y de empleo de calidad, **el 32,5% de los ocupados son trabajadores que residen en hogares en situación de pobreza**, el 30,9% de los ocupados trabaja en la economía social y, al considerar a la población económicamente activa el 26,5% tiene un empleo precario y el 24,3% un subempleo inestable".

Como sabemos aumentó la desocupación a niveles alarmantes. Todos los días cierran pymes y comercios. En la ciudad de Buenos Aires se calculan, según cifras de algunas ONG'S en más de 7200 las personas en situación de calle, más de 700 son niños (según la ONG Proyecto 7).

Todo este tétrico panorama es producto de años de abandono y falta de gestión de distintas administraciones.

El sistema de salud y las consecuencias de romper el pacto solidario

Pensemos cual es la estrategia de lo que está sucediendo, aunque la intuimos y ya hay hechos que la evidencian:

Aumenta el desempleo por lo tanto hay menor aporte a las obras sociales sindicales y el incremento de las cuotas de la medicina prepaga se va tornando insostenible incluso para los que conservan el trabajo.

Al mismo tiempo se produce una baja significativa en los salarios en general y en particular a los miembros del equipo de salud. Los ingresos de los médicos son insostenibles, si el pluriem-

pleo era una deficiencia del sistema ahora se tornará inviable para la subsistencia de los profesionales.

Al “caerse” del sistema por el desempleo acompañado de la disminución en la distribución de la renta nacional per cápita resulta una combinación mortal para el sistema prestacional. Sea cual fuere el subsistema.

Las guardias hospitalarias están estalladas, con el consiguiente estrés para los que trabajan en ellas. Así como los consultorios externos, donde se registran ausencias porque el aumento del transporte en algunas capas sociales hace inviable su sostenimiento, incluso para ir a esas consultas.

Igualmente, los profesionales del equipo de salud tienen problemas dado el costo del transporte y la subsistencia, por los bajos ingresos que perciben. No se cubren las residencias por los magros salarios, dejándonos huérfanos de especialidades claves para el sistema.

Esto como imaginamos traerá un agravamiento de las patologías dada la historia natural de las enfermedades, con evoluciones que hace tiempo no se veían en el sistema, acompañado del aumento desmesurado de los medicamentos, que hacen abandonar tratamientos o por baja de la cobertura por desempleo o por decisión de los financiadores.

Hace falta ya más salud pública para compensar toda esta injuria al sistema solidario construido desde hace mucho en nuestra República. Ya necesitamos más “Hospital Público”.

Hay otros detalles que no son menos importantes: la libre afiliación a la medicina prepaga desfinanciará a la seguridad social, sobre todo a las medianas y pequeñas obras sociales. ⁽⁴⁾

En una reciente jornada de salud un alto funcionario dijo que venía a que compitan el sector privado con la seguridad social. ⁽⁵⁾

Es una aberración y además es no entender nada del sistema de salud, son dos sectores absolutamente diferentes, uno solidario y el otro comercial.

Incluso regulado por leyes ad-hoc, siendo necesario un debate con la participación del Congreso y los diferentes actores para reformarla, dada la importancia que reviste.

Aunque el funcionamiento de nuestros representantes sea muchas veces no el esperado por los votantes, tal como pasó con el tema jubilados y del **presupuesto universitario**, un escándalo que rompe con más de cien años de lucha para lograr la movilidad social ascendente de las clases más desprotegidas y es ejemplo en el mundo.

Universidades donde se formaron los Premios Nobel del único país sudamericano con ese número. Con la UBA considerada entre las mejores del mundo.

¿Que se piensa hacer?... eliminar de un plumazo las obras sociales nacionales, que son producto de la tradición solidaria del pueblo argentino... o que solamente tengan salud los sectores más privilegiados de la sociedad.

En columnas anteriores veníamos aportando ideas de **reformas absolutamente necesarias y posibles para mejorar el Sistema de Salud**, ahora entramos en un período neblinoso que no sabemos cuándo ni cómo saldremos del atolladero... aunque esto ya lo vivimos.

No claudicaremos en nuestra lucha por la equidad y la justicia social... y esto también lo vivimos... ■

Bibliografía:

- 1) INDEC / Encuesta permanente de Hogares / Primer semestre 2024. https://www.indec.gov.ar/uploads/infomdesdeprensa/eph_pobreza_09_241C2355AD3A.pdf
- 2 y 3) Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (ODSA-UCA) / primer semestre 2024.
- 4) Ley 18.610.
- 5) Jornada de Salud de ACAMI/2024.

(*) Docente Libre / Dto. de Salud Pública y Humanidades Médicas - Facultad de Medicina / U.B.A



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

EL MANEJO POLÍTICO DE LA PANDEMIA



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Recientes declaraciones del exministro de economía de la Nación, Martín Guzmán, han reavivado una polémica sobre la gestión de la pandemia de la Covid-19 en nuestro país.

El 2 de septiembre próximo pasado, Infobae tituló en una nota en su sitio web lo siguiente: Martín Guzmán aseguró que la cuarentena por la pandemia se extendió porque “*fue una bandera política que hacía más fuerte al Gobierno*”.

El exministro de Economía de Alberto Fernández admitió en una entrevista que las restricciones sanitarias que se adoptaron fueron “*más largas de lo que debieron haber sido*”. En el cuerpo de la nota se lee:

“Por mucho tiempo era ‘no, no se puede’. Después creo que pasó a ser un problema más político, una bandera política el hecho de que la administración de la pandemia es lo que hacía fuerte al Gobierno. Entonces en ese caso lo que yo les decía es sepamos que le va a afectar más a la capacidad de recuperación del salario real formal e informal porque entonces a mediados de 2021 el trabajador formal ya estaba recuperando el salario, pero el informal seguía cayendo. Eso tenía que ver mucho con las restricciones sanitarias”, explicó.

“La extensión fue más larga de lo que debió haber sido. Desde el punto de vista, dada la información técnica que tenía, fue más larga de lo que debía haber sido”, reconoció. La pandemia dejó 130 mil víctimas fatales y la segunda ola de contagios se produjo en mayo de 2021 cuando se establecieron restricciones extremas durante 9 días. Luego de ese período lentamente la actividad fue volviendo a la normalidad en nuestro país.

Al respecto de esta confesión del exministro de economía, recopilé una serie de párrafos escritos en diferentes artículos que publiqué en esta misma revista en donde advertía el manejo político de la pandemia y el daño que esto provocó.

No solo fue la cantidad de muertos que pudieron evitarse con una vacunación adecuada, sino también el desastre económico que estas decisiones provocaron, el impacto en el estado de la salud mental de gran parte de la población y la oportunidad perdida de reformar y fortalecer el sistema de salud.

En la edición 119 de noviembre del 2020 en un artículo denominado “*Algunas respuestas que va dejando la pandemia en Argentina*”, escribí lo siguiente:

Las decisiones tomadas tuvieron un carácter netamente político, no sanitario. No me refiero a política sanitaria, ni política estratégica. Política en su acepción más transaccional, electoralista. Se tomaron las decisiones mirando análisis de encuestas y Big Data sobre el humor de la población y la variación en la imagen positiva del gobierno y sus funcionarios.

La decisión de flexibilizar el ASPO (el 18 de julio) y pasar de fase 1 a fase 3 en el AMBA, en una etapa clara de aumento de la pendiente de la curva (o sea, en el peor momento que se podría haber elegido para adoptar esta medida de relajación), estuvo influenciada por la caída de la imagen del gobierno y el aumento del descontento social con estas medidas.

Finalmente, el 8 de octubre el presidente en conferencia de prensa y con anuncios de cierta flexibilidad admitió que la decisión de estas aperturas era política, no epidemiológica. La imagen negativa del gobierno y sus dirigentes superaban ampliamente a la positiva.

También el manejo de la vacunación fue vergonzoso, muy poco transparente y con tintes políticos. En la edición 121 de marzo de 2021 de esta misma revista publiqué el artículo “*Gobernanza en Salud: el Plan Estratégico para la vacunación contra el Covid-19 en Argentina*”. En el mismo decía:

Pero la gran oportunidad que daba el tener la vacuna en tiempo récord traía una expectativa e ilusión a toda la ciudadanía que fue totalmente desaprovechada. Podría haber significado un inicio mejor del 2021. Hoy reina el descrédito, la desconfianza y una gran incertidumbre en momentos críticos en donde debiera haber reinado la transparencia, la honestidad y el sentido común.

Otro tiro en el pie que nos damos desde el propio sistema de salud, desde supuestos grandes sanitarios que venían a poner la salud en marcha y a mejorar la equidad. Sin embargo en una acción concreta y crítica como lo es el plan de vacunación, la inequidad, la falta de transparencia, la falta de sentido común aumentó descaradamente.

Desde la elección y compra de los Kits diagnósticos (por qué los de Abbott si y no los Neo Kits o por qué no los dos, por ejemplo) hasta el manejo de la información epidemiológica. La información sobre cantidad de casos positivos es desastrosa. No solo de la cantidad de casos sino también de muertos, nunca se cargó en tiempo real, por el contrario, se hizo con enormes desfases de tiempo generando errores garrafales.

Tanto es así que Our World in Data, una página en tiempo real sobre los números de la pandemia, con base en la Universidad de Oxford, informó que la Argentina dejó de formar parte de su mapa de datos porque las cifras oficiales agregadas por el Gobierno no reúnen la calidad suficiente para reflejar el alcance de las pruebas.

“ Las decisiones tomadas tuvieron un carácter netamente político, no sanitario. No me refiero a política sanitaria, ni política estratégica. Política en su acepción más transaccional, electoralista. Se tomaron las decisiones mirando análisis de encuestas y Big Data sobre el humor de la población y la variación en la imagen positiva del gobierno y sus funcionarios. ”

La falta de gobernanza con respecto al plan de vacunación comenzó a mostrarse ya desde la elección de la vacuna a aplicar. Al día de hoy no queda claro el por qué se decidió por la Sputnik V y no la de Pfizer cuando éramos uno de los países prioritarios para esa empresa por haberse desarrollado aquí uno de los ensayos clínicos que más aportó al estudio mundial.

No hubo transparencia, integridad, rendición de cuentas ni capacidad política tampoco en estos casos, atributos esenciales de la gobernanza. Finalmente, el caso que termina eyectando del gobierno al Ministro de Salud, es la frutilla de todo este desmanejo y falta de gobernanza.

No fue solo la gravedad de un vacunatorio en el Ministerio para personas consideradas VIP. Fue una acción masiva en todo el país. Se permitió la vacunación de personas a quienes no les correspondía, dejando postergadas a las personas esenciales en un marco de extrema escasez de vacunas.

La información que seguramente procesaban en el Ministerio mostraba quienes se vacunaban, grupos etareos, grupos de riesgo, etc. No se ejerció ninguna acción correctiva en la medida que se fueron observando esos datos.

Por el contrario, se llegó al extremo de hacer estas excepciones la norma. Se politizó la vacunación con puestos callejeros montados por agrupaciones políticas claramente identificadas para la inscripción para la vacunación.

En la edición 122 de mayo de 2021 en el artículo “La gestión de la segunda ola” escribí:

A este dilema que se enfrenta el gobierno se llega por varias causas. En primer lugar, analizábamos en la edición anterior una crisis de gobernanza, esto es falta de transparencia, rendición de cuentas y buenas prácticas de gobierno.

Esta falta de gobernanza se observó tanto en el manejo de la información (Our World Data sacó a la Argentina de su base de datos por la pésima calidad de su información), como en la gestión de la política de testeos y especialmente en la implementación del plan estratégico de vacunación.

Un segundo aspecto está relacionado con el manejo del ASPO tan prolongado del año pasado. Se anunciaban restricciones cada 15 días dejando entrever que al finalizar ese período se saldría de ellas.

Sin embargo, se prolongaron por siete meses lo que detonó la paciencia y salud mental de la población que ya no quiere saber más nada con medidas totalmente restrictivas. Malgastamos la bala de plata, o sea la única medida realmente eficaz en momentos de colapso del sistema.

Un tercer aspecto tiene que ver con el manejo escandaloso del Plan Estratégico de Vacunación y la salida eyectada del Ministro de Salud. La vacunación fue anunciada como la solución y final de la pandemia. Se generaron enormes expectativas en la población. Se hicieron anuncios rimbombantes de fabricación local de vacunas, de aplicación de millones de dosis en épocas tempranas de este año y sin embargo nada de eso ocurrió.

Fallaron todas las apuestas. Nuevamente un manejo turbio y poco transparente en cuanto a las adquisiciones de las vacunas (ya había pasado con los test) hasta el salteo de los grupos de riesgo para vacunar militantes políticos jóvenes mostraron la peor cara de la administración de esta pandemia.

Los dichos del exministro Martín Guzmán motivaron un acción judicial de un fiscal. Esperemos que esa investigación de luz a los oscuros manejos políticos que se hicieron en la pandemia para que exista un “Nunca Más” en salud.

Sería interesante conocer quienes se beneficiaron políticamente y en otros aspectos con una ASPO tan prolongada y con el manejo del plan de vacunación. Por ejemplo, si existieron beneficios económicos en elegir una vacuna por sobre otra. O quienes fueron los funcionarios beneficiados por los vacunatorios VIP entre otros manejos oscuros. ■

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



LÍDERES EN CONSULTORIA Y GESTIÓN DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL



RECURSOS HUMANOS

CAPACITACIÓN

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

www.prosanity.com.ar

ACERCA DE LA OBLIGATORIEDAD DE INSCRIPCIÓN DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA EN EL REGISTRO DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD (R.N.A.S.)



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

La recientemente publicada Resolución N° 3284/2024 de la SSSalud establece la **obligatoriedad de inscripción en el Registro de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.)** para todas las entidades comprendidas en el **artículo 1° de la Ley N° 26.682, con encuadre en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660**, a partir del 1° de diciembre de 2024. La obligatoriedad está relacionada con aquellos sujetos que ofrecen planes de salud financiados total o parcialmente con fondos de la seguridad social.

Cabe recordar que el **Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/23** introdujo un cambio clave en la normativa de salud, permitiendo que las Empresas de Medicina Prepaga recibieran aportes y contribuciones de manera directa, lo cual se formalizó con la introducción del **inciso i)** en el artículo 1° de la **Ley N° 23.660**. Este cambio tenía como objetivo, según explicitaron los considerandos de la norma ya citada, generar mayor competencia en el sector salud ⁽¹⁾, evitando intermediaciones y facilitando el acceso directo a los fondos de la seguridad social.

Sin embargo, es importante destacar que, si bien el **DNU N° 70/23** establece que la inscripción en el R.N.A.S. es un requisito para recibir obligatoriamente aportes y contribuciones y aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud, la inscripción sigue siendo **OPTATIVA**. Dicho de otro modo, la inscripción es un mecanismo para que aquellas que **deseen** recibir estos aportes de forma directa puedan ser elegibles.

¿De dónde surge (normativamente) esa decisión?

El **Decreto N° 171/24** modificó el artículo 1 del Anexo I del **Decreto N° 576/93**, estableciendo que **los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682**, que **PRETENDAN** ser elegibles para el ejercicio del derecho de la libre elección del Agente del Seguro de Salud (previsto en el Decreto N° 504/98), **debían inscribirse en el R.N.A.S.**

Este decreto ratifica que la inscripción es opcional para aquellas Empresas de Medicina Prepaga que desean ser elegibles para recibir aportes de la seguridad social, limitando este requisito a las **Empresas de Medicina Prepaga de tipo A y B**, según la tipificación de la **Superintendencia de Servicios de Salud**. ⁽²⁾ Las Empresas de Medicina Prepaga de tipo C quedan excluidas, por lo tanto, no deben ni pueden inscribirse.

A su vez, la **Resolución N° 232/2024 SSSalud**, siguiendo con la línea de reformas introducidas por el Decreto de Necesidad y Urgencia n°70/23, dispuso la creación del Registro Nacional de Agentes del

Seguro, al cual se encuentran obligatoriamente integradas las obras sociales ya inscriptas y se suman las entidades (empresas de medicina prepaga) incluidas en el inciso i) del artículo 1 de la ley 23.660. En nuestra opinión, aquí se refuerza la característica de la opción para inscribirse desde que su artículo 2° señala expresamente que “*las entidades comprendidas en el artículo 1 de la Ley n° 26.682 que decidan ⁽³⁾ aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud, deberán solicitar su inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE AGENTES DEL SEGURO (RNAS) con encuadre en el inciso i) del artículo 1° de la ley 23.660*”.

Por lo que vemos, la norma de origen y las que se fueron dictando en su consecuencia, tienen como punto de partida la recepción obligatoria y directa de los aportes y contribuciones. Y ese es el nudo de la cuestión, sobre el que volveremos más adelante.

Si bien no tiene directa vinculación con los mecanismos de inscripción que impone la norma que analizaremos seguidamente, el Decreto de Necesidad y Urgencia 600/24 que modifica -en algunos aspectos- el anterior DNU 70/23, equiparando los aportes al Fondo Solidario de Redistribución para las obras sociales sindicales y las de dirección, a las que suma las Empresas de Medicina Prepaga que se inscriban en virtud de la inclusión del inciso i) del artículo 1 de la ley 23.660 (con la modificación del DNU 70/23). ⁽⁴⁾ Pero quizás el cambio más relevante para el tema que aquí estamos tratando es el vinculado a la diferencia de tratamiento que la norma establece para los afiliados que ingresen a una obra social, respecto de los que opten por una empresa de medicina prepaga. Aclaremos que cuando hablamos de obra social, lo hacemos sin distingo entre sindicales, de empresa o de personal de dirección.

Para ello, se hace necesario transcribir un par de artículos del DNU porque modifican el decreto reglamentario de la ley 23.660 y también de la ley 23.661:

ARTÍCULO 3°.- Sustitúyese el artículo 3° del Anexo I del decreto n° 576/93 y sus modificatorios por el siguiente: “**ARTICULO 3°.-** Las entidades inscriptas en el Registro del artículo 6° de la Ley N° 23.660 deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio vigente según la pertinente Resolución del MINISTERIO DE SALUD y el Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y sus modificatorias. Las entidades inscriptas comprendidas en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 podrán solicitar el pago de una cuota y tomar a cuenta los aportes y contribuciones obligatorios para ofrecer a sus beneficiarios planes superadores. En estos casos, será de aplicación la Ley N° 26.682, en particular los artículos 9°, 10 y 12 de dicha norma. Cuando, por cualquier motivo, finalice la contratación del plan el beneficiario podrá optar por cualquier otro Agente del Seguro sin limitación temporal”.

Por su parte, reafirmando la diferente condición de cobertura entre obras sociales y empresas de medicina prepaga, el artículo 4° del DNU 600/24 dice textualmente:

ARTICULO 4°.- Sustitúyese el artículo 1° del Anexo II del Decreto N° 576/93 y sus modificatorias por el siguiente: **ARTICULO 1°.-** Los Agentes del Seguro no podrán:

- a) Supeditar la afiliación al cumplimiento de ninguno de los requisitos no previstos en la ley o sus reglamentaciones;
- b) Efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria;
- c) Realizar examen psico-físico o equivalente, cualquiera sea su naturaleza, como requisito para la admisión;
- d) Establecer períodos de carencia, salvo con relación a lo previsto en el inciso c) del artículo 5° de la Ley N° 23.661 y
- e) Decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.

Los supuestos previstos en los incisos a), b), c) y d) no son aplicables para los agentes del Seguro de Salud comprendidos en el inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660 que ofrezcan sus servicios en el Sistema de Salud dentro del marco de la Ley N° 26.682. En virtud de ello, para los referidos Agentes se aplicarán los artículos 9°, 10 y 12 de la última de las leyes citadas”.

Dos cuestiones muy notorias para resaltar de esta norma:

1. Que las empresas de medicina prepaga que se inscriban en el RNAS podrán tener un tratamiento distinto (más restrictivo) para con los usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. ⁽⁵⁾
2. Que la norma aquí analizada no modifica la potestad voluntaria de los sujetos comprendidos en el artículo 1 de la ley 26.682 de inscribirse en el RNAS.

Finalmente, se dictó la **Resolución N° 3284/2024 SSSalud**, que en su artículo 1°) dice que:

ARTÍCULO 1°: *A partir del 1° de diciembre de 2024, todas las entidades comprendidas en el artículo 1° de la Ley N° 26.682, que ofrecen planes de salud financiados, total o parcialmente, con fondos provenientes de la seguridad social, deberán estar inscriptas en el Registro de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.), conforme al inciso i) del artículo 1° de la Ley N° 23.660.*

- Hasta aquí hemos analizado las distintas normas (Decreto de Necesidad y Urgencia, decreto simple, resoluciones de la SSSalud) en donde la inscripción en el RNAS se establece de manera voluntaria. Pero esta resolución convierte la inscripción en ese registro en **requisito obligatorio** para continuar con sus actividades en este sector salud. ⁽⁶⁾

ARTÍCULO 2°: *La inscripción mencionada en el ARTÍCULO 1° habilitará a las entidades a ofrecer planes de salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en las Leyes NROS. 23.660, 23.661, 26.682, sus modificatorias y reglamentarias.*

- Este artículo no hace más que ratificar las disposiciones introducidas por el Decreto de Necesidad y Urgencia n° 600/2024 al que ya hicimos referencia precedentemente.

Conclusión

La Resolución N° 3284/2024 de la SSSalud, al imponer la inscripción obligatoria en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud (R.N.A.S.) para las Entidades de Medicina Prepaga (E.M.P.) que ofrecen planes financiados con fondos de la seguridad social, parece funcionar como un **castigo** hacia aquellas Empresas de Medicina Prepaga que no se inscribieron bajo el marco normativo anterior.

Queda claro que la inscripción obligatoria impuesta por una norma de rango inferior a un Decreto que sólo permite (no obliga, no es imperativo) la inscripción en el RNAS, permite analizar el cuestionamiento en el ámbito judicial.

No obstante, lo expuesto, entendemos que la estructura actual del sistema de salud argentino, basada en mecanismos de vinculación entre las Empresas de Medicina Prepaga y las Obras Sociales, se mantendrán vigentes por dos razones principales: **los costos económicos y el efecto individual traducido en la voluntad de los afiliados.**

- 1) Con respecto a los **costos**, aunque la intención de la norma es eliminar la intermediación y la triangulación de fondos entre las Obras Sociales y las Empresas de Medicina Prepaga, implementar sistemas operativos propios para gestionar los aportes puede resultar más oneroso para las Empresas de Medicina Prepaga que continuar abonando un “fee” por la tan cuestionada “intermediación” a las OOS, generando un efecto inverso al pretendido. Habrá que analizar, quizás individualmente, cuáles son las empresas que aumentarán sus costos teniendo en cuenta los servicios que brindan las obras sociales intermediadoras de aportes y contribuciones.
- 2) Por otro lado, debemos poner de relieve que la inscripción obligatoria no supondrá un traspaso compulsivo de los usuarios de las obras sociales a las empresas de medicina prepaga. Este proceso de cambio depende exclusivamente del **ejercicio voluntario de cada afiliado**, lo que reduce el efecto de la norma a un nivel individual, en lugar de uno masivo. Esta **voluntad**, ejercida a través de la opción de cambio, es un factor fundamental que entorpecen los fines que se tuvieron en mira al dictarse esta resolución. El impacto que busca generar la

norma no se materializará de modo automático en la práctica, por cuanto **los afiliados no pueden ser transferidos compulsivamente de una Obra Social a una Empresa de Medicina Prepaga.**

Aunque la inscripción sea obligatoria desde un punto de vista administrativo -con los cuestionamientos que señalamos desde el análisis legal- no transformará la realidad operativa del sector salud. Las dinámicas de financiamiento y gestión entre las Empresas de Medicina Prepaga y las Obras Sociales, basadas en acuerdos preexistentes, entendemos que se mantendrán sin cambios profundos en la estructura actual del sistema.

Por otro lado, la norma confunde percepción directa de aportes con inclusión de aportes y contribuciones en el valor de la cuota. Si lo que pretende con la obligatoriedad de la inscripción es que las personas no mantengan la doble afiliación, sostenemos que no es este el camino para poder lograrlo. Dicho de otro modo, entender que la integración de aporte y contribución en el valor de la cuota pueda ser un argumento para inscribirse de manera obligatoria, avanza sobre la libertad de contratar tanto del usuario del sistema como de las propias instituciones que lo conforman.

Es importante señalar que no todas las vinculaciones entre obras sociales y empresas de medicina prepaga suponen transferencia de aportes. Hay gran cantidad de agentes del seguro de salud (tanto obras sociales sindicales como de dirección o de empresa) que contratan cobertura y servicios (planes) de la medicina prepaga. Donde no hay una doble afiliación y donde la Empresa de Medicina Prepaga se transforma en un prestador liso y llano de los afiliados de la obra social. ¿Estará también obligada a inscribirse por esta vinculación?

Por otra parte, es una verdad de Perogrullo señalar que todos los pagos que efectúa una obra social tienen como fuente de financiamiento los aportes y contribuciones. Salvo los pagos de bolsillo (de los usuarios) y lo que pueda percibir del Fondo Solidario de Redistribución, el ingreso del agente del seguro de salud se nutre con aportes y contribuciones. Huelga señalar que el Fondo Solidario de Redistribución también se alimenta de aportes y contribuciones.

Por último, nos formulamos algunas preguntas para responder en futuras opiniones:

- a) ¿Es mala la triangulación de aportes? Hasta el momento ha sido el mecanismo que, durante más de 20 años, ha regulado de manera casi automática el sistema.
- b) ¿La triangulación hace (hizo) que el usuario pague más? Habrá que analizarlo desde el conocimiento de los diferentes “fee” que abonan los prepagos y quién carga con él. ¿Dicho de otro modo, será que pasando directamente los aportes y contribuciones a las Empresas de Medicina Prepaga se reducirá el valor de las cuotas? ⁽⁷⁾
- c) En la doble afiliación (triangulación de aportes) ¿hay servicios que brindan las obras sociales en favor de los beneficiarios y/o en favor de las Empresas de Medicina Prepaga?

Definitivamente, habrá que analizar cuáles son los beneficios de estas normas y de las obligaciones que generan para los usuarios del sistema, incluidos los que no triangulan aportes y contribuciones porque su salario no se lo permite. ■

Referencias:

- 1) Cuando hablamos de sector salud, nos referimos a las obras sociales nacionales (leyes 23.660 y 23.661) y a las empresas de medicina prepaga (ley 26.682).
- 2) La Resolución 1950/2021 de la Superintendencia de Servicios de Salud estableció la tipificación de las empresas de medicina prepaga.
- 3) La negrita nos pertenece.
- 4) Los aportes al Fondo Solidario de Redistribución se mantienen en el 15% en el caso de las sindicales, y se reduce al 15% en el caso de las obras sociales de personal de dirección y las empresas de medicina prepaga.
- 5) No es el objetivo de este trabajo referirse a las diferentes condiciones que la norma establece para cada uno de los agentes del seguro, según se trate de los del inciso i) del artículo 1 de la ley de obras sociales que gozarán de “beneficios” que las obras sociales no tienen.
- 6) Ver la descripción de sector salud efectuada en la nota 1.
- 7) Hasta el momento y de acuerdo a nuestro conocimiento, la reducción del aporte al FSR para las obras sociales de personal de dirección no significó una reducción del valor de las cuotas que abonan sus usuarios.

“EL ALGORITMO DE LA EMPATÍA: CÓMO LA IA TRANSFORMA LA MEDIACIÓN SANITARIA”



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

En el complejo y exigente mundo de la atención médica, los conflictos son inevitables. Las tensiones entre pacientes y médicos, desacuerdos entre colegas, e incluso disputas institucionales pueden surgir en cualquier momento.

Sin embargo, estos conflictos no tienen por qué ser destructivos. Con un enfoque adecuado, pueden convertirse en oportunidades para el crecimiento, la comprensión y la mejora de la calidad de la atención.

La mediación, como proceso de resolución de conflictos basado en el diálogo y la colaboración, se ha convertido en una herramienta invaluable en el ámbito sanitario.

En este artículo, exploraremos el papel crucial de la mediación en la gestión de conflictos en el entorno médico, y examinaremos cómo las tecnologías de inteligencia artificial (IA) pueden potenciar su eficacia.

La inteligencia artificial está revolucionando la forma en que se gestionan los conflictos en el ámbito sanitario, ofreciendo nuevas herramientas y soluciones para mejorar la eficacia y la eficiencia de la mediación.

A medida que la IA continúa avanzando, podemos esperar ver aún más innovaciones en este campo, lo que permitirá a los mediadores brindar un servicio aún mejor a las partes en conflicto y promover un entorno sanitario más colaborativo y armonioso.

1. Análisis de datos y predicción de conflictos

Herramientas de análisis de texto: los algoritmos de IA pueden analizar grandes volúmenes de datos de texto, como registros médicos electrónicos, encuestas de satisfacción del paciente y comunicaciones internas, para identificar patrones y tendencias que puedan indicar la posibilidad de conflictos. Por ejemplo, un sistema de IA podría detectar un aumento en el uso de lenguaje negativo o quejas recurrentes sobre un médico o departamento específico, lo que podría señalar la necesidad de una intervención temprana.

Plataformas de gestión de riesgos: algunas organizaciones sanitarias están utilizando plataformas de gestión de riesgos

basadas en IA para identificar y evaluar los factores de riesgo de conflictos. Estas plataformas pueden recopilar datos de diversas fuentes, como incidentes de seguridad del paciente, quejas de los empleados y resultados de encuestas, para crear un perfil de riesgo de cada departamento o unidad. Esta información puede ser utilizada por los mediadores para priorizar sus esfuerzos y enfocarse en las áreas de mayor riesgo.

2. Evaluación de la personalidad y las emociones

Análisis de video y audio: los sistemas de IA pueden analizar las expresiones faciales, el lenguaje corporal y el tono de voz de las partes en conflicto para evaluar su estado emocional y su nivel de compromiso con el proceso de mediación. Esta información puede ayudar al mediador a adaptar su enfoque y a comunicarse de manera más efectiva. Por ejemplo, si el sistema detecta que una de las partes está frustrada o enojada, el mediador puede hacer una pausa y permitir que esa persona se calme antes de continuar.

Chatbots de apoyo emocional: algunos hospitales están utilizando chatbots de IA para proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Estos chatbots pueden ayudar a las personas a lidiar con el estrés y la ansiedad, y pueden ofrecer recursos e información útiles. En el contexto de la mediación, los chatbots podrían utilizarse para preparar a las partes para el proceso y para brindarles apoyo continuo durante y después de la mediación (por ejemplo, Woebot).

3. Generación de opciones y soluciones

Sistemas de recomendación basados en IA: estos sistemas pueden analizar las necesidades e intereses de las partes en conflicto y generar una lista de opciones y soluciones potenciales. Por ejemplo, en un conflicto entre un paciente y un médico sobre el plan de tratamiento, un sistema de recomendación podría sugerir diferentes opciones de tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, su historial médico y las últimas investigaciones.

Herramientas de visualización de datos: la IA puede ser utilizada para crear visualizaciones de datos interactivas que ayuden a las partes a comprender mejor el conflicto y a explorar diferentes escenarios. Por ejemplo, en una disputa sobre la asignación de recursos, una herramienta de visualización podría mostrar cómo diferentes opciones de distribución afectarían a cada departamento o unidad.

4. Facilitación de la comunicación

Traducción en tiempo real: los sistemas de traducción automática basados en IA pueden ser utilizados para facilitar la comunicación entre las partes que hablan diferentes idiomas. Esto puede ser especialmente útil en entornos sanitarios multiculturales, donde los pacientes y los proveedores de atención médica pueden provenir de diferentes orígenes lingüísticos.

Transcripción y resumen de conversaciones: las herramientas de IA pueden transcribir automáticamente las

conversaciones de mediación y generar resúmenes de los puntos clave. Esto puede ahorrar tiempo y esfuerzo al mediador, permitiéndole centrarse en la facilitación del diálogo en lugar de tomar notas. Además, las transcripciones y los resúmenes pueden ser útiles para las partes, ya que les permiten revisar las conversaciones y asegurarse de que todos estén en la misma página.

5. Seguimiento y evaluación

Plataformas de mediación en línea: algunas organizaciones están utilizando plataformas de mediación en línea basadas en IA para facilitar el proceso de mediación y realizar un seguimiento de su progreso. Estas plataformas pueden proporcionar herramientas de comunicación, como videoconferencia y chat, así como funciones de gestión de documentos y seguimiento de tareas. Además, pueden recopilar datos sobre la mediación, como la duración de las sesiones, el número de acuerdos alcanzados y la satisfacción de las partes. Esta información puede ser utilizada para evaluar la eficacia de la mediación y para identificar áreas de mejora.

Análisis de resultados a largo plazo: la IA puede ser utilizada para analizar los resultados a largo plazo de la mediación, como la reducción de las quejas de los pacientes, la mejora de la satisfacción de los empleados y la disminución de los costos legales. Esta información puede ser utilizada para demostrar el valor de la mediación y para justificar la inversión en este tipo de programas.

6. Los chatbots no reemplazan al mediador

La implementación de chatbots en la resolución de conflictos aún está en sus primeras etapas y requiere una

cuidadosa consideración de factores éticos y legales, como la privacidad de los datos y la garantía de que los chatbots no reemplacen la interacción humana esencial en situaciones sensibles.

La efectividad de los chatbots en la resolución de conflictos dependerá en gran medida de su diseño, la calidad de su inteligencia artificial y la capacidad de integrar la intervención humana cuando sea necesario.

A pesar de estos desafíos, los chatbots tienen el potencial de desempeñar un papel valioso en la gestión de conflictos en el ámbito sanitario, ofreciendo una herramienta accesible, eficiente y, en algunos casos, anónima para abordar y resolver disputas de manera temprana y constructiva.

Es fundamental recordar que la IA es una herramienta complementaria y no un sustituto del mediador humano. La empatía, la intuición y la capacidad de establecer una conexión humana siguen siendo habilidades esenciales que las máquinas aún no pueden replicar.

Al combinar la sabiduría humana con el poder de la IA, podemos crear un futuro en el que la mediación sea aún más efectiva para resolver conflictos y promover la armonía en el ámbito sanitario. ■

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



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

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA COBERTURA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE TRABAJADORES FORMALES Y RÉGIMENES ESPECIALES EN ARGENTINA, URUGUAY, PARAGUAY, BRASIL, CHILE Y MÉXICO



Por el Dr. David Aruachan (*)

Introducción

La cobertura y acceso a los servicios de salud son aspectos críticos en la evaluación de los sistemas de salud, especialmente para la población con trabajo formal y regímenes especiales como empleadas domésticas, monotributistas y peones rurales. Este informe proporciona un análisis comparativo de estos elementos en Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, Chile y México, destacando las fortalezas del sistema de obras sociales nacionales en la Argentina.

Cobertura de salud en trabajadores formales y regímenes especiales

Argentina

El sistema de obras sociales en la Argentina se caracteriza por su cobertura amplia y diversa, cubriendo una amplia gama de servicios que incluyen atención primaria, tratamientos especializados, medicamentos, y programas de prevención y promoción de la salud. La cobertura se extiende a familiares directos de los trabajadores, y se ofrece tanto a través del sistema público como de prestadores privados.

Uruguay

Posee un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que proporciona cobertura universal. La inclusión de empleadas domésticas y otros sectores informales es robusta, y los programas de prevención y promoción de la salud son ampliamente implementados. La financiación a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) asegura una distribución equitativa de los recursos.

Paraguay

En este país, el Instituto de Previsión Social (IPS) es el principal proveedor de servicios de salud para los trabajadores formales. La cobertura incluye a familiares directos, aunque la infraestructura y recursos financieros son limitados, especialmente en áreas rurales. Los esfuerzos para incluir a

trabajadores informales y sectores especiales han sido progresivos pero insuficientes.

Brasil

El Sistema Único de Saúde (SUS) en Brasil ofrece cobertura universal gratuita, accesible a todos los ciudadanos, incluyendo trabajadores informales. La infraestructura del SUS es extensa, aunque enfrenta desafíos significativos en términos de equidad y calidad del servicio, con notables desigualdades regionales.

Chile

Cuenta con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). FONASA cubre a la mayoría de la población, incluyendo trabajadores formales e informales, pero existe una disparidad significativa en la calidad y acceso a servicios entre FONASA e ISAPRE. Los altos costos del sector privado pueden ser prohibitivos para algunos trabajadores formales.

México

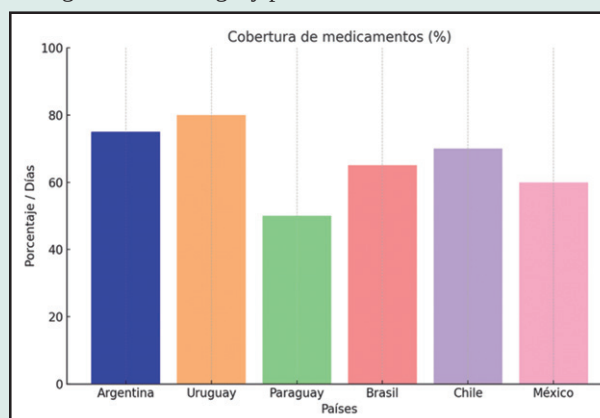
El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) proporcionan cobertura a trabajadores formales, mientras que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) ofrece servicios a personas sin seguridad social formal. La fragmentación del sistema y la variabilidad en la calidad de los servicios son desafíos importantes.

Resultados sanitarios

Las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus, trastornos mentales y enfermedades musculoesqueléticas representan el 80% de la carga de enfermedad en estos países. A continuación, se presenta un análisis comparativo de los indicadores de acceso a servicios de salud para estas patologías.

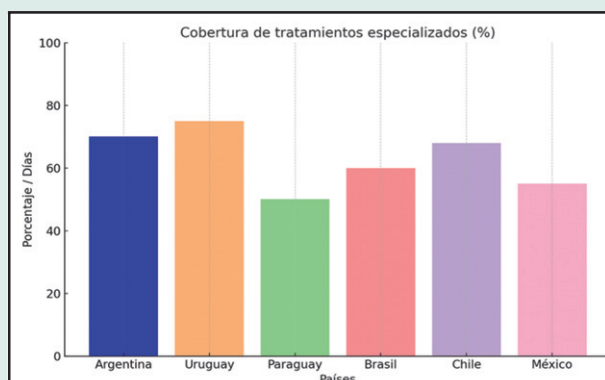
● Enfermedades cardiovasculares

Argentina destaca por su acceso a especialistas y tratamientos especializados, con una tasa de acceso a atención primaria del 85%. Brasil y Uruguay también tienen buenos resultados, aunque la sobrecarga del SUS en Brasil y las desigualdades regionales en Uruguay presentan desafíos.



● Cánceres

La cobertura integral de medicamentos y el acceso a tratamientos oncológicos son fortalezas en Argentina y Chile. En Paraguay y México, la infraestructura limitada y la variabilidad en la calidad de los servicios dificultan el acceso efectivo.



Argentina y Uruguay presentan programas robustos de manejo de EPOC y asma, con una buena cobertura de medicamentos. Brasil, aunque ofrece acceso universal, enfrenta problemas de calidad y equidad.

● Diabetes Mellitus

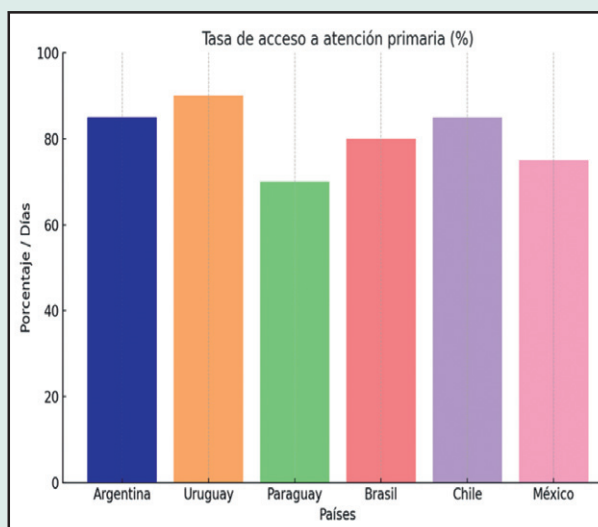
La atención a la diabetes tipo 2 es integral en Argentina y Chile, con una cobertura de tratamientos especializados superior al 65%. En Paraguay, los recursos limitados y la infraestructura deficiente afectan negativamente los resultados.

● Trastornos mentales

La inclusión de programas de salud mental en Argentina, Brasil y Chile es una fortaleza significativa. Sin embargo, la disponibilidad limitada de estos servicios en Paraguay y México subraya la necesidad de mejoras.

● Enfermedades musculoesqueléticas

El acceso a servicios de rehabilitación en Argentina y Uruguay es notablemente mejor que en Paraguay y México, donde la infraestructura y los recursos son insuficientes.



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



Fortalezas y debilidades

Argentina

● Fortalezas:

Cobertura amplia y diversa: cobertura extensa que incluye atención primaria, tratamientos especializados, y programas de prevención.

Acceso a especialistas: buena disponibilidad de especialistas y servicios de alta complejidad.

Cobertura familiar: inclusión de familiares directos en la cobertura.

● Debilidades:

Desigualdad en la calidad de servicios: variabilidad en la calidad de los servicios ofrecidos por diferentes obras sociales.

Burocracia y trámites: procesos administrativos complejos y burocráticos.

Desfinanciamiento: problemas financieros que afectan la calidad y disponibilidad de los servicios.

Uruguay

● Fortalezas:

Cobertura universal: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) proporciona cobertura universal.

Programas preventivos: amplia implementación de programas de prevención y promoción de la salud.

Inclusión de trabajadores informales: robustez en la inclusión de empleadas domésticas y otros sectores informales.

● Debilidades:

Capacidad de infraestructura: limitaciones en la capacidad de infraestructura, especialmente en áreas rurales.

Desigualdad regional: desigualdades en la calidad y disponibilidad de servicios entre regiones urbanas y rurales.

Burocracia y trámites: procesos administrativos pueden ser lentos y complicados.

Paraguay

● Fortalezas:

Cobertura familiar: cobertura para familiares directos de los trabajadores.

Instituto de Previsión Social (IPS): proveedor principal de servicios de salud para trabajadores formales.

Esfuerzos de inclusión: progresos en la inclusión de trabajadores informales y sectores especiales.

● Debilidades:

Infraestructura deficiente: limitaciones significativas en infraestructura, especialmente en áreas rurales.

Recursos financieros y humanos: escasez de recursos financieros y personal capacitado.

Calidad de servicios: variabilidad en la calidad de los servicios ofrecidos.

Brasil

● Fortalezas:

Cobertura universal: Sistema Único de Saúde (SUS) ofrece cobertura universal gratuita.

Extensa infraestructura: amplia red de hospitales y clínicas en todo el país.

Programas de salud familiar: enfoque en la prevención y atención primaria a nivel comunitario.

● Debilidades:

Inequidad en el acceso: desigualdades significativas en el acceso a servicios de salud entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos.

Sobrecarga del SUS: frecuente sobrecarga del sistema, con largos tiempos de espera y recursos limitados.

Calidad variable: variabilidad en la calidad de los servicios entre estados y municipios.

Chile

● Fortalezas:

Cobertura integral: amplia cobertura que incluye atención primaria, secundaria y terciaria.

Fondo Nacional de Salud (FONASA): proveedor principal de servicios de salud para la mayoría de la población.

Programas de Prevención: enfoque fuerte en la prevención y promoción de la salud.

● Debilidades:

Desigualdad entre FONASA e ISAPRE: diferencias significativas en la calidad y acceso a servicios entre los sistemas públicos y privados.

Cobertura limitada para informales: desafíos en la inclusión total de trabajadores informales y sectores especiales.

Costos altos en el sector privado: altos costos para los afiliados a ISAPRE.

México

● Fortalezas:

Instituciones de Seguridad Social: IMSS y ISSSTE proporcionan cobertura amplia a trabajadores formales.

INSABI: provee servicios a personas sin seguridad social formal.

Cobertura integral: incluye atención médica, hospitalaria, medicamentos y programas de prevención.

● Debilidades:

Fragmentación del sistema: fragmentación entre IMSS, ISSSTE y INSABI, lo que genera inconsistencias en la calidad y cobertura.

Recursos limitados: recursos insuficientes para satisfacer la demanda en algunos estados, especialmente en áreas rurales.

Calidad variable: variabilidad en la calidad de los servicios de salud entre diferentes regiones y sistemas de cobertura.

Cobertura y acceso a tratamientos de altísimo costo

Argentina

Cobertura:

- ✓ Las obras sociales y el sistema público de salud cubren una amplia gama de tratamientos, incluidos muchos de altísimo costo.
- ✓ El Programa Nacional de Medicamentos Oncológicos y el Programa Nacional de Medicamentos para Enfermedades Poco Frecuentes proporcionan acceso a medicamentos caros.

Acceso:

- ✓ Los tratamientos de altísimo costo suelen estar disponibles, pero el acceso puede variar según la obra social.
- ✓ La burocracia y los trámites administrativos pueden retrasar el acceso.

Uruguay

Cobertura:

- ✓ El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cubre tratamientos de alto costo a través del Fondo Nacional de Recursos.
- ✓ Se incluyen medicamentos oncológicos, tratamientos para enfermedades raras y otros tratamientos costosos.

Acceso:

- ✓ El acceso es relativamente equitativo, aunque puede haber demoras debido a procesos administrativos.
- ✓ La cobertura es amplia, pero la financiación a veces es limitada.

Paraguay

Cobertura:

- ✓ El Instituto de Previsión Social (IPS) cubre algunos tratamientos de alto costo, pero la cobertura es limitada.
- ✓ Los medicamentos oncológicos y tratamientos para enfermedades raras no siempre están disponibles.

Acceso:

- ✓ El acceso es restringido, especialmente en áreas rurales.
- ✓ La falta de recursos y financiación adecuada limita la disponibilidad de tratamientos costosos.

Brasil

Cobertura:

- ✓ El Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona acceso a tratamientos de alto costo, incluidos medicamentos oncológicos y tratamientos para enfermedades raras.
- ✓ El Ministerio de Salud tiene programas específicos para financiar estos tratamientos.

Acceso:

- ✓ El acceso es desigual, con mejores resultados en áreas urbanas.
- ✓ La sobrecarga del SUS y los recursos limitados pueden causar demoras significativas.

Chile

Cobertura:

- ✓ FONASA cubre tratamientos de alto costo para afiliados del sector público.
- ✓ ISAPRE ofrece cobertura adicional para tratamientos costosos, pero puede requerir pagos adicionales.

Acceso:

- ✓ El acceso es más fácil para aquellos con seguro privado (ISAPRE) que para los afiliados a FONASA.
- ✓ Los altos costos pueden ser prohibitivos para algunos pacientes.

México

Cobertura:

- ✓ IMSS y ISSSTE cubren tratamientos de alto costo para sus afiliados.
- ✓ INSABI proporciona algunos tratamientos de alto costo para personas sin seguridad social, pero la cobertura es limitada.

Acceso:

- ✓ La fragmentación del sistema de salud afecta el acceso equitativo.

- ✓ Los recursos limitados en algunas regiones dificultan el acceso a tratamientos costosos.

Impacto de la judicialización de la salud

Argentina

- **Impacto:** alta judicialización debido a la falta de cobertura o demoras en la provisión de tratamientos de alto costo.
- **Causas:** desigualdades en la cobertura de obras sociales y demoras burocráticas.
- **Consecuencias:** sobrecarga del sistema judicial y aumento de los costos para el sistema de salud.

Uruguay

- **Impacto:** baja judicialización debido a la cobertura relativamente equitativa del SNIS.
- **Causas:** procesos administrativos eficaces y buena financiación del Fondo Nacional de Recursos.
- **Consecuencias:** menor impacto en el sistema judicial y de salud.

Paraguay

- **Impacto:** moderada judicialización debido a la limitada cobertura de tratamientos costosos.
- **Causas:** recursos financieros y humanos insuficientes.
- **Consecuencias:** sobrecarga del sistema judicial y barreras adicionales para los pacientes.

Brasil

- **Impacto:** alta judicialización, especialmente en áreas con acceso limitado.
- **Causas:** desigualdades regionales y sobrecarga del SUS.
- **Consecuencias:** aumento de la presión sobre el sistema judicial y mayores costos para el sistema de salud.

Chile

- **Impacto:** moderada judicialización, principalmente entre afiliados a FONASA.
- **Causas:** diferencias en la cobertura entre FONASA e ISAPRE y altos costos de tratamientos.
- **Consecuencias:** sobrecarga judicial y desigualdades en el acceso.

México

- **Impacto:** alta judicialización debido a la fragmentación del sistema de salud y la cobertura insuficiente de INSABI.
- **Causas:** inconsistencias en la cobertura y recursos limitados en algunas regiones.
- **Consecuencias:** mayor presión sobre el sistema judicial y dificultades para los pacientes. ■

(*) Médico. Especialista en Economía y Gestión en Salud. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Presidente del Grupo Unión Personal. Ex Gerente General de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

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

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

Porque seguridad es tranquilidad.



OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

SE FUE UN GRANDE Y UN GRAN AMIGO



Por el Dr. Rubén Torres (*)

La muerte de Ginés desató una encendida controversia en las redes sociales. Algunos reivindicando su figura y trayectoria como sanitarista, y otros, muy pocos, con una postura crítica, entre ellos el presidente, con una reacción muy agresiva.

El disenso es válido y la necesidad de poner en palabras los sentimientos puede llevar al insulto, que muchas veces, plantean los psicólogos, puede ser mejor que el silencio.

Pero tanto el elogio como el juicio crítico exigen tiempo, conocimiento íntimo, y esencialmente una inteligente comprensión, para analizar una trayectoria de vida y un legado, para no caer en una visión sesgada por solo una parte de ella o de su gestión.

Quienes lo conocimos, más allá de coincidir o no en todas sus opiniones o decisiones, no podemos negar su aporte en el diálogo argentino durante la crisis del 2001, su aporte al financiamiento del sistema durante esa crisis, la apertura a la discusión del uso de genéricos, los precios de referencia, la creación del programa Remediar, o especialmente la fundación de una universidad que fue centro de formación de la mayoría de los cuadros de conducción sanitaria.

Además, ¿es legítimo adjudicarle las 130 mil muertes por Covid-19, como ha hecho el presidente? El impacto de un brote pandémico se evalúa a través del exceso de mortalidad, y si bien el número fue muy importante es menor que el de Brasil o Estados Unidos.

Como muy bien menciona Federico Tobar en un artículo, un estudio de marzo de 2024 en *The Lancet* realiza el análisis de la tasa de exceso de mortalidad para 204 países durante 2020-2021, y concluye que el exceso de mortalidad vinculado a la pandemia en la Argentina fue de 85/100.000 habitantes, inferior al promedio de los países de altos ingresos, y de Latinoamérica y el Caribe, donde solo Uruguay, Costa Rica y Panamá registraron una mejor performance.

Si la Argentina hubiera tenido la misma performance que el promedio de América Latina, Estados Unidos, Brasil, Gran Bretaña o España habríamos registrado más de 30 mil muertes que las ocurridas.

Se puede o no, coincidir con algunas de las decisiones de Ginés, pero no es sensato ignorar su contribución a la “Salud Pública” argentina, y que ha sido uno de los tres ministros del período democrático, en mi opinión, con una visión más gravitante y comprehensiva de nuestro sistema de salud.

Resulta muy difícil construir consensos con polarizaciones tan extremas, y justamente la habilidad de Ginés para construir esos consensos, era junto con su humor permanente una de las características centrales de su personalidad.

Su amistad y respeto por otro eminente sanitarista y pensador social como Aldo Neri, enrolado en una línea política absolutamente distinta dan sobrada cuenta de esa aptitud.

Generoso, y de convicciones firmes, no dudaba en confrontar duramente aun con quienes consideraba sus grandes amigos, doy fe.

Estas cosas lo describen como alguien que ha dejado una huella imborrable en la política sanitaria argentina, sin ceder a la tentación de la confrontación con algunos de sus sucesores, a pesar de los ataques y traiciones manifiestas.

Promotor de la equidad y la justicia social en la salud pública, fue un apasionado constructor de espacios de pensamiento y reflexión y de equipos de trabajo, a los cuales exigía permanentemente una mirada en el futuro, y un olvido del espejo retrovisor.

Como director de una maestría y luego por muchos años rector, respetó siempre mi libertad de expresión y pensamiento, y aunque muchas veces no las compartiera, eso fue solo motivo para exquisitas discusiones, que ayudaron a nutrir mis conocimientos, experiencia política, y capacidad de gestión.

Ser de pensamiento disruptivo, siempre dispuesto a aconsejar, impulsar, respaldar.

Deja un vacío y una ausencia que se notará, no solo en el campo de la política sanitaria, sino también en quienes lo conocimos, aprendimos de él y fuimos promovidos por su sabiduría y generosidad.

Los juzgamientos apresurados y las polarizaciones extremas suelen dejar en gris los logros y resaltar los errores, que además cabe decir solo son patrimonio de quienes intentan hacer, y nunca de los tibios o reticentes.

A quienes lo quisimos y respetamos, nos queda la responsabilidad de seguir

luchando por un sistema de salud mejor, como tantas veces juntos soñamos, y aunque ya no esté físicamente, su recuerdo seguirá presente en la lucha por esos ideales.

No dudo, que allí donde éste, vestido con su camiseta racin-guista, seguirá disfrutando, con su risa estrepitosa, de cada uno de nuestros logros, y nos impulsará a construir un futuro mejor y disfrutar de la vida, “como si no tuviéramos acreedores...”, como le gustaba decir.

Gracias, amigo, y hasta siempre. ■

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



Tu tranquilidad es nuestro propósito

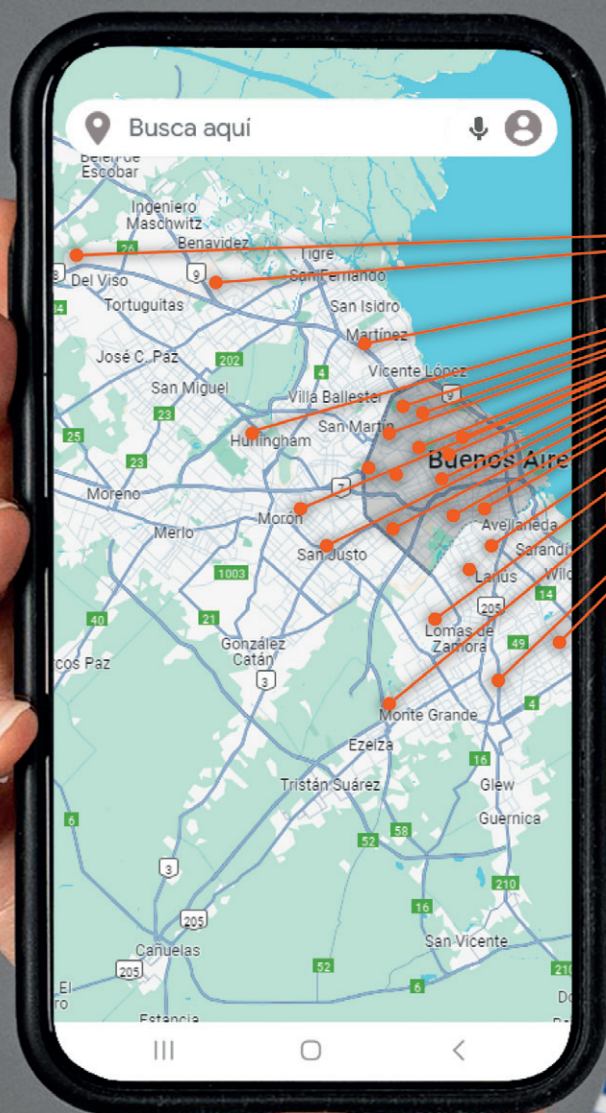
Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento y distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que, finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



www.scienza.com



technology Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.

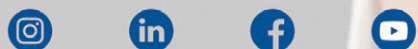


Ampliamos **la estructura.**

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.