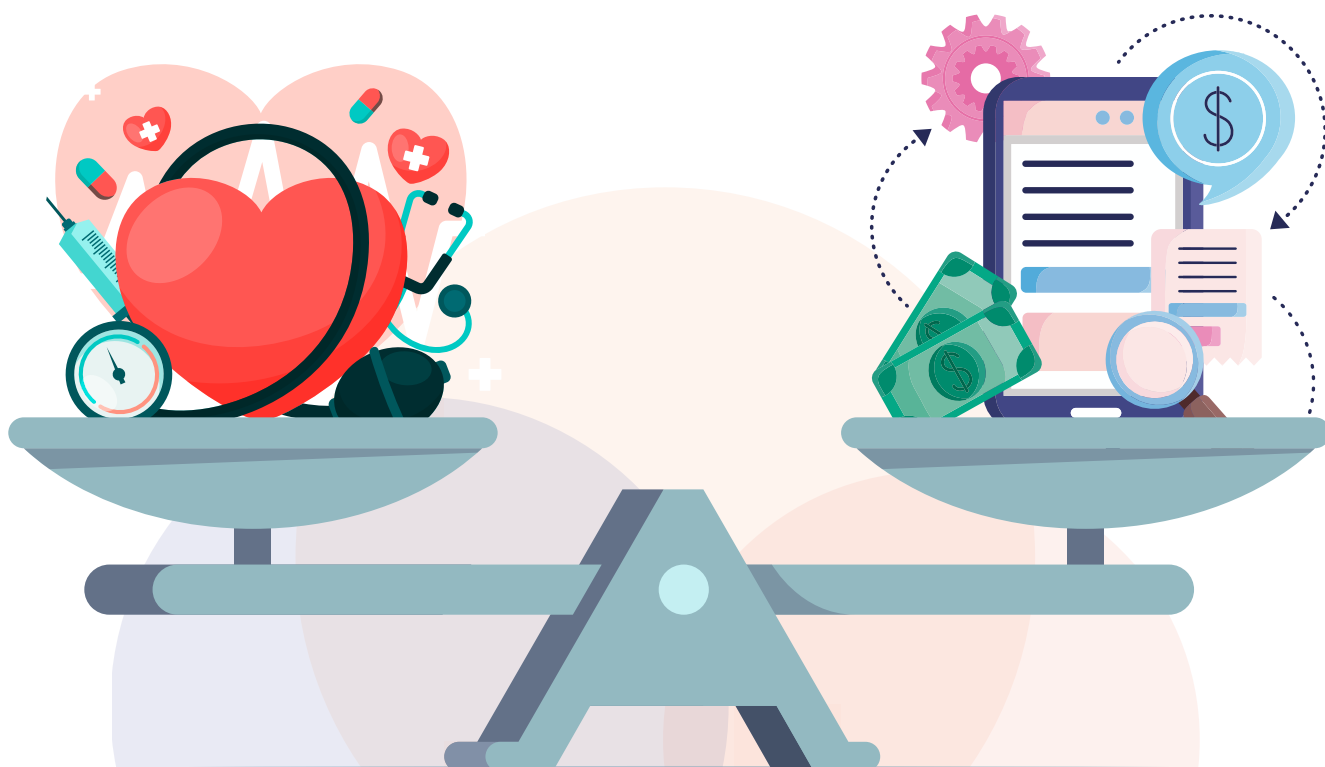


Revista

IIDOS

Publicación
del Instituto de
Investigación
de Obras Sociales

Año 1- Número 5 - Abril 2024



GASTO EN SALUD VS. FINANCIAMIENTO

Análisis de la proyección del gasto corriente en salud del estado en relación al financiamiento. La necesidad de desarrollar estrategias efectivas y articuladas con una mirada desde el abordaje de campo.

Participan de este número:

Roberto Gargarella, Karin Kopitowski, Claudia Brolese, Patricia D'Aste

Hablemos sobre el suicidio: un problema social. Por Irene Lebrusán Murillo

Abriendo puertas a la innovación

Diplomatura en Sistemas de Decisión y Gestión Estratégica en Salud

DIRECCIÓN ACADÉMICA DE DIPLOMATURAS Y CURSOS

DIPLOMATURA EN SISTEMAS DE DECISIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

La diplomatura se propone trabajar desde las diferentes dimensiones que integran el campo de la salud para analizar la complejidad y las interrelaciones entre los diferentes actores y efectores, con el objeto de facilitar acciones más efectivas.



Dirección:

ESP. YANINA ZANARINI -
DR. FACUNDO RODRIGUEZ



Comienzo:

16 DE MAYO DE 2024



Duración:

6 MESES



Modalidad:

PRESENCIAL Y VIRTUAL

Docentes

Dr. Franco Caviglia - Juez Maraniello - Dr.
Facundo Rodríguez - Dr. Carlos Regazoni
Lic. Nicolás Striglio - Esp. Yanina Zanarini
Dr. Federico Pedernera - Dr. Oscar Cochlar

Destinatarios

- Personal técnico y profesional de Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales. Personal de mandos medios y superiores de organizaciones sanitarias



Presencial

EN 25 DE MAYO 293, CABA

AUSPICIAN Y ACOMPAÑAN:



ASOCIACIÓN
ARGENTINA
DE JUSTICIA
CONSTITUCIONAL

 **CONSENSOSALUD**

Para más información:

E-mail: capacitacion@usi.edu.ar Whatsapp / Telegram: 11 6858 2652 Tel.: 4732-3030 Internos 107 / 110

EN ESTA EDICIÓN

A NUESTROS LECTORES

¿Cómo medimos el costo del derecho a la salud? 4

ÍNDICE DEL COSTO DE SALUD

Gasto en salud vs. financiamiento.....5

HERRAMIENTAS IIDOS

Cuatro modelos de cálculo del costo del derecho a la salud.....10

ABRIENDO PUERTAS A LA INNOVACIÓN

Diplomatura en Sistemas de Decisión y
Gestión Estratégica en Salud13

EL COSTO DE LOS DERECHOS EN EE.UU.

¿Cómo se negocia el precio de los medicamentos?.....15

OPINIÓN: EL COSTO DE LOS DERECHOS

Cass Sunstein y su contribución al debate18

RESPUESTA A LA REVISTA IIDOS

Dr. Cass R. Sunstein: “hay mucho trabajo empírico por hacer”21

OPINIÓN: CHOOSING WISELY ARGENTINA

Un compromiso integral con la atención médica basada en valor 22

OPINIÓN: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN SALUD

Experiencia en su implementación..... 24

OPINIÓN: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La calidad viene asomando en la agenda de salud..... 26

OPINIÓN

Hablemos sobre el suicidio: un problema social..... 28

ADELANTO “THE LANCET”

Impacto de la despoblación mundial en la salud para
el 2050 y esperanza de vida global 30

INDICADORES

Percepción y tendencias en Argentina y el mundo 34

NOVEDADES Y ACTIVIDADES

Noticias, convenios y toda la información del OSDEPYM..... 36

Año 1 - número 5 - Abril 2024

Revista

IIDOS

Es una publicación del Instituto de
Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM

Director de la Revista

Dr. Daniel Roggero

Producción Editorial y Diseño:

Poesis Global / Daniel Boccardo



Directorio del Instituto de Investigación de Obras Sociales

Presidente: Dr. Franco Agustín Caviglia

Vicepresidente: Dr. Facundo Martín Rodríguez

Secretaría Académica: Lic. Yanina Zanarini

Secretario Administrativo: Dr. Gerardo García González

Departamento de Análisis de Datos: Lic. Herman Moldovan

Departamento de Asuntos Legales: Dr. Facundo Rodríguez

Departamento de Ciencias de la Salud: Dr. Juan Pablo Nuñez

Departamento de Ciencias Sociales: Dr. Daniel Roggero

¿Cómo medimos el costo del derecho a la salud?

Les damos la bienvenida a nuestros lectores al quinto número de la Revista IIDOS, una edición que cuenta con una gran riqueza y variedad de voces y abordajes. Para comenzar, con muchísimo orgullo anunciamos que estamos próximos al lanzamiento de la primera actividad formativa desarrollada por nuestro instituto: la **Diplomatura en Sistemas de Decisión y Gestión Estratégica en Salud**. Se trata de una propuesta que, tal como adelantamos en ediciones anteriores, propone trabajar desde las diferentes dimensiones que integran el **campo de la salud** para analizar la complejidad y las interrelaciones entre los diferentes actores y efectores, con el objeto de facilitar acciones más efectivas.

Convencidos de la necesidad de un método comparativo y sistemático que permita clasificar y medir el costo de los derechos, fundamentalmente el de la salud, el eje central del número se encuentra destinado al índice del costo de la salud. Por eso, presentamos un informe que analiza la proyección del gasto corriente en salud del estado (nacional, provincial, municipal) en relación al financiamiento y planteamos la necesidad de desarrollar estrategias efectivas y articuladas con una mirada desde el abordaje de campo. También, en nuestra sección de herramientas, proponemos cuatro modelos de cálculo del costo del derecho a la salud. Y para profundizar brindamos una mirada internacional, presentando el análisis del costo de los derechos en Estados Unidos.

También contamos con la contribución del Dr. Roberto Gargarella, quien analiza la mirada de Cass Sunstein, uno de los más influyentes y prolíficos constitucionalistas de nuestro tiempo. Asimismo, el Dr. Sunstein fue consultado por el director de nuestra revista IIDOS, Dr. Daniel Roggero, y en este número presentamos cuál fue su intercambio.

En esta robusta edición, nos acompañó la Dra. Karin Kopitowski, que brindó su opinión acerca de la necesidad de una atención médica que priorice genuinamente el bienestar del paciente y el uso prudente de recursos sanitarios bajo el enfoque de Choosing Wisely Argentina. Por su parte, la Mg. Claudia Brolese, propone la utilización de herramientas esenciales como la Mediación en Salud y la implementación estratégica de crear Unidades de Resolución de Conflictos. También participaron de este número la Mg. Patricia D'Asate, quien propuso la calidad y la seguridad del paciente como aspectos de la atención sanitaria esenciales para la mejora de la salud de la población. Y la Dra. Irene Lebrusán Murillo nos invita a hablar del suicidio, considerando que sus cifras continúan aumentando.

Por otra parte, presentamos a nuestros lectores el adelanto de dos importantes trabajos publicados en la revista internacional The Lancet. Uno de ellos presenta el impacto de la despoblación mundial para la salud y, el segundo, la esperanza de vida global. Finalmente, en nuestra sección de indicadores, brindamos un aporte acerca de cuál es la percepción, creencias y tendencias acerca del estado físico, el peso, el estrés y el sueño, en Argentina y el mundo.

En IIDOS propiciamos el debate, la construcción de soluciones desde el intercambio, creemos en la importancia de la investigación y el conocimiento como herramientas fundamentales para la mejora continua, y esa es la razón de ser de nuestra Revista. Esperamos que cada tema abordado lleve a nuestros lectores a un espacio de reflexión y que los invite a contribuir a favor de nuestra salud. Bienvenidos a este nuevo número.

Gasto en salud vs. financiamiento

Desde el IIDOS, presentamos un informe que analiza la proyección del gasto corriente en salud del estado (nacional, provincial, municipal) en relación al financiamiento. Para este exhaustivo análisis se propusieron dos escenarios posibles, que destacan la importancia de tomar medidas proactivas para abordar el desafío del crecimiento exponencial del gasto en salud en relación con el financiamiento disponible, y se desarrollen estrategias efectivas y articuladas con una mirada desde el abordaje de campo.

La Ley de Hierro

La “Ley de Hierro del gasto exponencial en salud” (en adelante Ley de Hierro) en el contexto del gasto en salud establece que este tiende a crecer de manera exponencial con el tiempo, mientras que el financiamiento destinado a cubrir dicho gasto tiende a estancarse o bien aumentar de forma lineal. Esto implica que el costo total de proporcionar atención médica y servicios de salud tiende a aumentar a un ritmo más rápido que los recursos financieros disponibles para financiarlo.

En otras palabras, la *Ley de Hierro* refleja la tendencia observada en muchos sistemas de salud en todo el mundo, donde el gasto en salud aumenta de manera monótona y a menudo acelerada, debido a una serie de factores, como el envejecimiento de la población, el avance tecnológico en la medicina, el aumento de las expectativas de los pacientes y la demanda de servicios de salud más costosos.

Por otro lado, el financiamiento destinado a cubrir este creciente gasto en salud puede no aumentar al mismo ritmo. Esto puede deberse a limitaciones presupuestarias, políticas fiscales restrictivas, competencia por recursos financieros limitados entre diferentes sectores, entre otros factores.

En última instancia, la Ley de Hierro señala un desafío significativo para los sistemas de salud y los responsables de la formulación de políticas: encontrar formas de equilibrar el aumento del gasto en salud con el financiamiento disponible, garantizando al mismo tiempo la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud para la población. Esto puede requerir la implementación de medidas para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud, la asignación óptima de recursos y la exploración de fuentes alternativas de financiamiento.

DATOS IMPORTANTES

■ El informe anual **Financing Global Health del Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME)** exploró las **tendencias en salud en 204 países para proyectar el gasto mundial en salud**

hasta 2050. Destaca que este gasto en 2019 alcanzó los 9,2 billones de dólares, un 2% más que el año anterior y 17,8% más que en 2010. Para 2050 se prevé que alcance los 16,9 billones.

■ **El Banco Mundial** al definir las variables estadísticas entre el 2000-2015, llega a la misma conclusión en cuanto al incremento del gasto, cuyo aumento no es solo preocupación a futuro, sino también en el presente.

Definición de variables y estadísticas descriptivas. 2000-2018

	2000	2005	2010	2020
Gasto per capita PPP	645,9	853,9	1103,3	1366,3
Prop. 0-14 años	32,6	30,5	28,9	27,9
Prop. 15-64 años	60,6	62,2	63,4	63,7
Prop. +65 años	6,9	7,3	7,7	8,4
GDP per capita PPP	11831,4	14672,6	17609,5	20086,4
América Latina y Caribe	0,2	0,2	0,2	0,2
Asia E.	0,2	0,2	0,2	0,2
N. Africa	0,1	0,1	0,1	0,1
América del Norte	0,0	0,0	0,0	0,0
Europa y Asia Central	0,3	0,3	0,3	0,3
Asia S.	0,0	0,0	0,0	0,0
Africa SS	0,2	0,2	0,2	0,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org/>)
 Nota: Las estimaciones de población son realizadas por personal del Banco Mundial sobre la base de la distribución por edades/sexo de las Previsiones Demográficas Mundiales de la División de Población de las Naciones Unidas.

■ Por otra parte, **Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014**: estiman que el gasto global en salud se incrementará de US \$9,21 billones en el 2014 a \$24,24 billones [Intervalo Incertidumbre (II) 20,47-29,72] en el 2040. Poniendo los términos per cápita, este crecimiento global va de \$1.279 dólares en el 2014 a \$2.872 en el 2040, con una tasa de crecimiento anualizada del 3%, (*Lancet 2017; 389:1981-2004. <http://doi.org/f94cq>*).

■ Según **Luis Scervino**, las llamadas nuevas tecnologías de alto costo (sin considerar el envejecimiento de la población) representan la avanzada de una andanada de cincuenta nuevas drogas para tratar distintas enfermedades que saldrán al mercado en los próximos dos años con precios que rondarán el millón de dólares, (Clarín 14/06/2019).

La construcción de los casos

Para tener un primer acercamiento al impacto cuantitativo del incremento del gasto en salud, se presenta un análisis de sensibilidad debido principalmente a 2 factores:

- Envejecimiento de la población [pirámide poblacional]
- Nuevas tecnologías sanitarias [medicamentos + procedimientos]

Indudablemente no se trata de los únicos 2 facto-

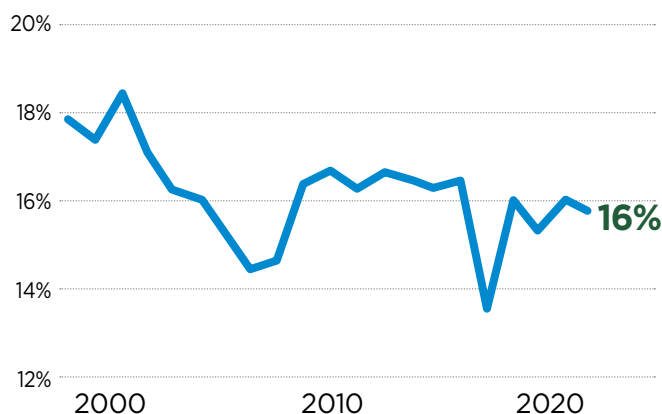
res que impactan en el incremento del gasto en salud ni están desacoplados (las nuevas tecnologías sanitarias tienen un impacto positivo sobre la expectativa de vida de la población).

Por ello, es importante señalar que para la construcción de los casos en análisis se basó en la siguiente información de referencia:

1. La financiación siempre es la misma y los costos médicos se incrementan
2. El gasto en salud se incrementó más de un 40%

Fig 1. Proporción de gastos corrientes del estado argentino destinados a salud (%GE argentina)

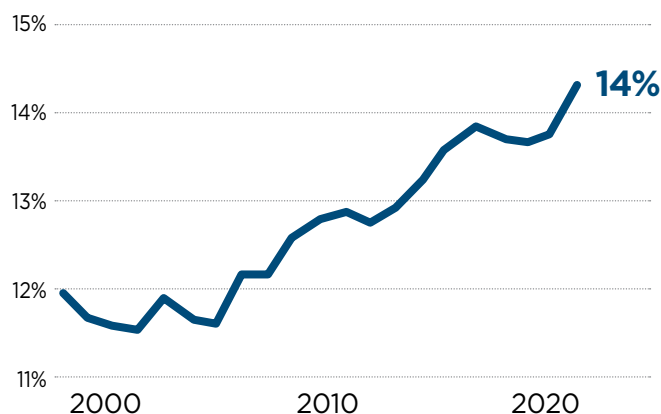
Argentina. Gasto público general en salud doméstica: **-2.1%**



Fuente: OMS

Fig 2. Proporción de gastos corrientes de los estados americanos (promedio) destinado a salud (%GE américas)

Américas. Gasto público general en salud doméstica: **+2,3%**



Fuente: OMS

sobre IPC de acuerdo a un trabajo de la OMS sobre mediciones que alcanzan un periodo de 15 años [2000-2015]¹

- El porcentaje del gasto en salud de Argentina se mantiene igual a la mediana de los últimos 10 años: **16,15%**² [proporción de gastos corrientes del estado destinado a salud: GE]. En las figuras 1 y 2 se muestra la evolución de esta proporción para el caso argentino como así también para el promedio de los países americanos.
- El incremento del gasto en salud (por nuevas tecnologías + envejecimiento de la población, etc.) es lineal para el periodo considerado [existe bibliografía que especula con un potencial incremento exponencial!]

Resultados

De acuerdo al estudio de casos planteados, desde el IIDOS se presenta a continuación los resultados de los 2 (dos) escenarios considerados: uno optimista y el segundo un poco mas desfavorable.

Escenario 1: Optimista

Se considera como un escenario optimista que la situación se mantenga similar a lo registrado en los últimos años. Es decir, que el financiamiento no crezca ni disminuya mientras que el gasto mantenga una tasa de crecimiento similar a la registrada en el periodo 2000 a 2015. A continuación se presentan los resultados del escenario hipotético OPTIMISTA.

Supuestos:

- En línea con el trabajo de la OMS, estimaremos que, a valores constantes, la tasa de incremento de GS³ interanual será: 2,37%
- En el año 2023 se obtuvo financiamiento para la totalidad del GS
- La proporción del gasto del estado en salud [%GE] no se modifica con el transcurso del tiempo.

Tabla 1. Escenario 1: Optimista
Detalle de los valores del gráfico 3

Gasto en Salud **2,370%** anual
Financiamiento **0,00%** anual

Proyección del Costo por Beneficiario

Año	Gasto en Salud	Financiamiento	%GE	Diff	Diff/GE %
2023	100,0	100,0	16,15%	0,0	0,00%
2024	102,4	100,0	16,15%	-2,4	-0,37%
2025	104,8	100,0	16,15%	-4,8	-0,74%
2026	107,3	100,0	16,15%	-7,3	-1,10%
2027	109,8	100,0	16,15%	-9,8	-1,44%
2028	112,4	100,0	16,15%	-12,4	-1,78%
2029	115,1	100,0	16,15%	-15,1	-2,12%
2030	117,8	100,0	16,15%	-17,8	-2,44%
2031	120,6	100,0	16,15%	-20,6	-2,76%
2032	123,5	100,0	16,15%	-23,5	-3,07%
2033	126,4	100,0	16,15%	-26,4	-3,37%
2034	129,4	100,0	16,15%	-29,4	-3,67%
2035	132,5	100,0	16,15%	-32,5	-3,96%
2036	135,6	100,0	16,15%	-35,6	-4,24%
2037	138,8	100,0	16,15%	-38,8	-4,52%
2038	142,1	100,0	16,15%	-42,1	-4,78%
2039	145,5	100,0	16,15%	-45,5	-5,05%
2040	148,9	100,0	16,15%	-48,9	-5,30%

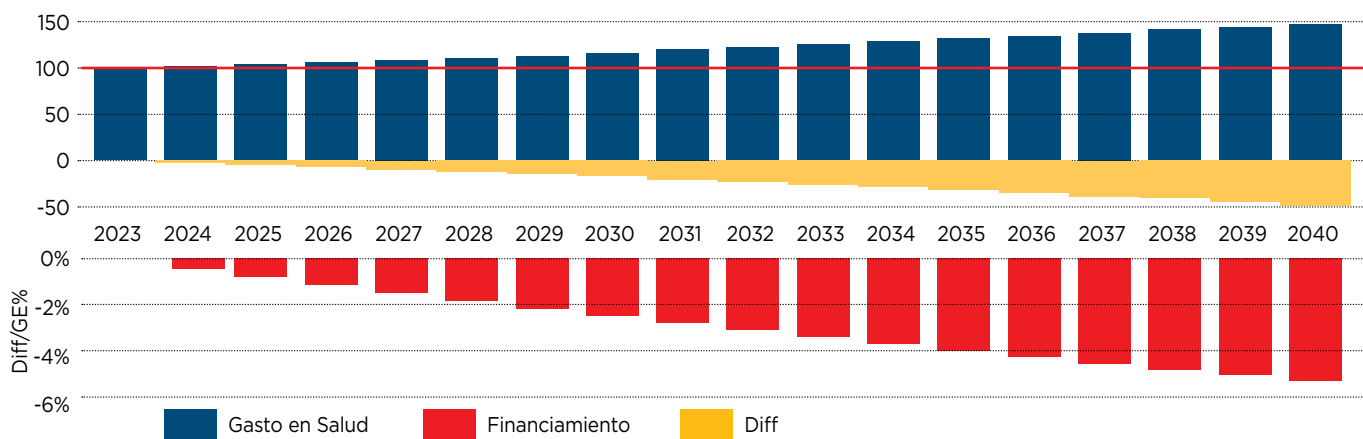
1 New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage [WHO]

2 La proporción del gasto de las administraciones públicas (ESG) que financia los gastos corrientes en salud (CHE) - Fuente OMS: <https://data.who.int/es/indicators/i/B9C6C79>

3 GS = Gasto en salud corriente erogado por la suma de todos los estados (nacional+provincial+municipal)

Figura 3. Escenario optimista

Proyección del gasto del estado en salud vs. su financiamiento



En la parte superior del gráfico 3, se parte de un valor de referencia para el 2023 (100) y se lo hace evolucionar al igual que a lo recaudado. Asimismo, el gráfico inferior expresa la diferencia incremental (lo que NO se llega a financiar) como una proporción del gasto total del estado.

De esta forma, se obtiene que en el año 2040 faltaría financiamiento para 5.3 puntos o bien que 5.3 puntos del gasto corriente en salud no tendrían partida presupuestaria correspondiente.

Los resultados presentados muestran la necesidad de financiamiento adicional que se requerirá en el escenario hipotético descrito previamente, llegando a un 2.44% para el año 2030 y un 5,3% para el 2040.

Escenario 2: Pesimista

Al igual que el caso anterior se parte del supuesto de que el gasto en salud se incrementa a una tasa anual constante pero el doble de la registrada en el periodo 2000-2015: +4,7% anual.

A continuación se presentan los resultados del escenario hipotético PESIMISTA.

Supuestos:

- Estimaremos que, a valores constantes, la tasa de incremento de GS interanual será: 4,74%
- En el año 2023 se obtuvo financiamiento para el 100% del GS
- La proporción del gasto del estado en salud

[%GE] no se modifica con el transcurso del tiempo

En el gráfico superior de la figura 4, se parte de un valor de referencia para el 2023 (100) y se lo hace evolucionar al igual que a lo recaudado. Asimismo, el gráfico inferior expresa la diferencia incremental (lo que NO se llega a financiar) como una proporción del gasto total del estado.

De esta forma, se obtiene que en el año 2040 faltaría financiamiento para 8.8 puntos o bien que

Tabla 2. Escenario pesimista
Detalle de los valores del gráfico 4

Gasto en Salud **4,740%**

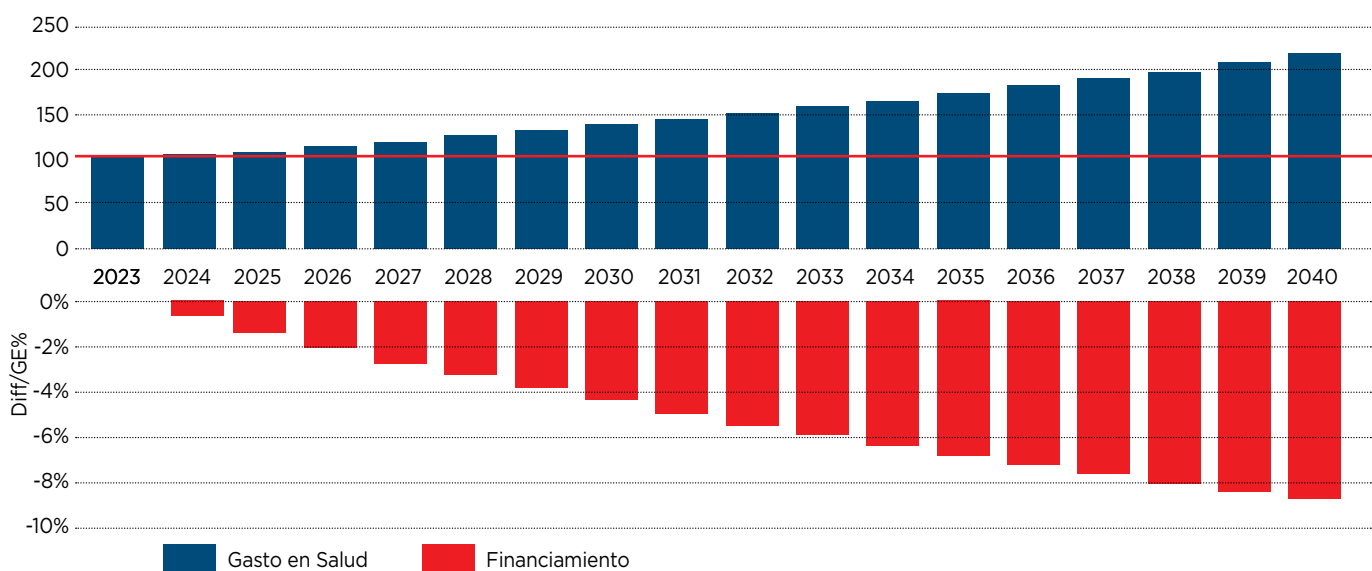
Financiamiento **0,00%** (sn aporte del tesoro)

Proyección del Costo por Beneficiario

Año	Gasto en Salud	Financiamiento	%GE	Diff	Diff/GE %
2023	100,0	100,0	16,15%	0,0	0,00%
2024	104,7	100,0	16,15%	-4,7	-0,73%
2025	109,7	100,0	16,15%	-9,7	-1,43%
2026	114,9	100,0	16,15%	-14,9	-2,09%
2027	120,4	100,0	16,15%	-20,4	-2,73%
2028	126,1	100,0	16,15%	-26,1	-3,34%
2029	132,0	100,0	16,15%	-32,0	-3,92%
2030	138,3	100,0	16,15%	-38,3	-4,47%
2031	144,8	100,0	16,15%	-44,8	-5,00%
2032	151,7	100,0	16,15%	-51,7	-5,50%
2033	158,9	100,0	16,15%	-58,9	-5,99%
2034	166,4	100,0	16,15%	-66,4	-6,45%
2035	174,3	100,0	16,15%	-74,3	-6,89%
2036	182,6	100,0	16,15%	-82,6	-7,30%
2037	191,2	100,0	16,15%	-91,2	-7,71%
2038	200,3	100,0	16,15%	-100,3	-8,09%
2039	209,8	100,0	16,15%	-109,8	-8,45%
2040	219,7	100,0	16,15%	-119,7	-8,80%

Figura 3. Escenario pesimista

Proyección del gasto del estado en salud vs. su financiamiento



8.9 puntos del gasto corriente en salud no tendrían la partida presupuestaria correspondiente. Los resultados presentados muestran la necesidad de financiamiento adicional que se requerirá en el escenario hipotético descrito previamente, llegando a casi un 5% para el año 2030 y casi un 9% para el 2040.

Corroboración de la ley de hierro

Este informe evidencia la necesidad de considerar estrategias para garantizar un financiamiento adicional destinado al gasto en salud en el futuro. En el escenario pesimista presentado, se proyecta que para el año 2030 se requerirá un aumento de más del 5% en el financiamiento, y para el año 2040 esta necesidad aumentaría a más del 9%. Esto subraya la importancia de tomar medidas proactivas para abordar el desafío del crecimiento exponencial del gasto en salud en relación con el

financiamiento disponible. Es fundamental que los responsables de la formulación de políticas desarrollen estrategias efectivas para asegurar recursos financieros adecuados y sostenibles que permitan cubrir las crecientes demandas de servicios de salud en el futuro.

Entre las posibles acciones a considerar se encuentran la optimización de la eficiencia en la prestación de servicios de salud, la exploración de fuentes alternativas de financiamiento, la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud para reducir costos a largo plazo, y la mejora en la gestión y asignación de recursos dentro del sistema de salud.

En última instancia, abordar esta brecha entre el crecimiento del gasto en salud y el financiamiento disponible es crucial para garantizar la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para toda la población en el futuro. ■

Glosario

Ley de hierro

La Ley de Hierro en el contexto del gasto en salud establece que este tiende a crecer de manera exponencial con el tiempo, mientras que el financiamiento destinado a cubrir dicho gasto tiende a aumentar de forma más lineal. Esto implica que el costo total de proporcionar atención médica y servicios de salud tiende a aumentar a un ritmo más rápido que los recursos financieros disponibles para financiarlo.

Gasto en salud

El gasto en salud se refiere al monto total de recursos financieros que se destinan a la provisión de servicios de atención médica y sanitaria. Este gasto incluye una amplia gama de actividades y servicios, como consultas médicas, hospitalización, medicamentos, equipos médicos, programas de prevención, entre otros.

Financiamiento

El financiamiento en el contexto de la salud se refiere a los recursos financieros disponibles para cubrir el gasto en salud. Esto puede provenir de diversas fuentes, como impuestos, contribuciones de seguros de salud, fondos gubernamentales, donaciones internacionales y fondos privados. El financiamiento es crucial para garantizar que los servicios de salud sean accesibles y sostenibles.

Proyección del gasto corriente en salud

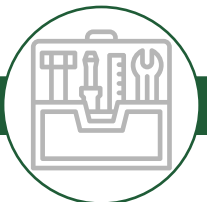
La proyección del gasto corriente en salud implica estimar cómo aumentará o disminuirá el gasto en salud en el futuro en función de diversos factores, como el crecimiento de la población, el envejecimiento demográfico, los avances tecnológicos en medicina y los cambios en las políticas de salud. Estas proyecciones son importantes para la planificación y la toma de decisiones en el sector de la salud.

Escenario optimista

En el contexto de este análisis, el escenario optimista se refiere a una situación en la que se asume que el gasto en salud aumentará a una tasa constante y manejable, mientras que el financiamiento disponible se mantiene estable. Este escenario sugiere una perspectiva positiva en términos de la capacidad de financiar el gasto en salud en el futuro.

Escenario pesimista

El escenario pesimista implica una situación en la que se espera que el gasto en salud aumente a una tasa más alta de lo normal, mientras que el financiamiento disponible se mantiene estancado o disminuye. Este escenario plantea preocupaciones sobre la capacidad de financiar el gasto en salud y sugiere desafíos futuros en términos de sostenibilidad financiera del sistema de salud.



Cuatro modelos de cálculo del costo del derecho a la salud¹

Tal como señalamos en el número anterior de nuestra Revista, proponer un marco metodológico para la estimación del costo económico directo que implica un derecho y poder monitorear periódicamente, resulta imperante ante una situación dinámica de la significancia de los derechos, su valor social relativo y su costo económico. Por eso, desde IIDOS presentamos cuatro modelos para ello. Esperamos que estas herramientas sean de utilidad para todos nuestros lectores.

MODELO I: EVALUACIÓN DE NECESIDADES PARA LOS ODM

FICHA

- **Objetivo:** Estimar los costos totales para cubrir todas las necesidades de salud de una población en un año dado.
- **Método:** Utiliza el costo unitario de cobertura por persona.
- **Ventajas:** Proporciona una estimación integral de los costos de salud.
- **Desventajas:** Basado en supuestos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas.

Este modelo fue desarrollado por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Es una forma de calcular cuánto costaría proporcionar atención médica a todas las personas en un país durante un año. Se basa en cuánto costaría atender a una sola persona, para luego multiplicar ese costo por el número total de personas que necesitan atención médica. También se consideran los costos de mejorar el sistema de salud, como contratar más

médicos y enfermeras y promover la salud en la comunidad.

Costo por persona

Primero se calcula cuánto costaría proporcionar atención médica a una sola persona durante un año. Esto incluiría cosas como visitas al médico, medicamentos, exámenes y cualquier otro tipo de atención médica que la persona pueda necesitar.

Costo total

Luego se multiplica ese costo por el número total de personas en el país que necesitan atención médica. Esto da una estimación del costo total de proporcionar atención médica a todas las personas que la necesitan.

Mejora del sistema de salud

Además se consideran los costos de mejorar el sistema de salud del país. Esto podría incluir cosas como la contratación de más médicos y enfermeras, la construcción de más hospitales y clínicas, y la compra de más equipos y suministros médicos.

* <https://documents1.worldbank.org/curated/zh/203041468315358077/pdf/370910SPANISH0101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf>

Salarios y administración

También se tienen en cuenta los costos de aumentar los salarios para los trabajadores de la salud y los costos de administrar el sistema de salud.

Promoción e investigación

Finalmente se consideran los costos de promover la salud en la comunidad y de realizar investigación y desarrollo en el campo de la salud.

Este modelo es útil porque proporciona una estimación de cuánto costaría proporcionar atención

médica a todas las personas que la necesitan en un país. Aun así puede ser una herramienta útil para los responsables de la toma de decisiones al planificar y presupuestar la atención médica. Este modelo calcula cuánto costaría superar los obstáculos que dificultan que las personas reciban atención médica. Estos obstáculos pueden ser cosas como la falta de médicos, hospitales, o el costo de los servicios de salud. El modelo suma los costos de superar cada uno de estos obstáculos.

MODELO II: PRESUPUESTO MARGINAL PARA OBSTÁCULOS (MBB)

FICHA

- **Objetivo:** Mejorar la cobertura de los servicios de salud esenciales y eliminar obstáculos en el sistema de salud.
- **Método:** Identifica los obstáculos en el sistema de salud.
- **Ventajas:** Proporciona una estimación de los costos adicionales necesarios para mejorar la cobertura de servicios de salud esenciales.
- **Desventajas:** Basado en supuestos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas.

El modelo de Presupuesto Marginal para Obstáculos (MBB por sus siglas en inglés) es una forma de calcular cuánto costaría mejorar la salud en un país. Este modelo utiliza técnicas estadísticas para calcular cuánto costaría mejorar la salud en un país. Se basa en factores como el crecimiento económico del país y cuánto está gastando el gobierno en salud. El modelo utiliza estos factores para estimar cuánto costaría mejorar la salud.

Identificar servicios importantes

Primero se eligen los servicios de salud que son más importantes para las personas del país, basándose en las enfermedades y problemas de salud más comunes.

Encontrar obstáculos

Luego se buscan los problemas o “obstáculos” que dificultan que las personas reciban estos servicios de salud. Estos obstáculos pueden ser cosas como la falta de médicos, la falta de hospitales, clínicas o el costo de los servicios de salud.

Planear cómo superar obstáculos

Después se piensa en maneras de superar estos obstáculos y se identifican los recursos o “insumos” necesarios para hacerlo. Esto podría incluir cosas como contratar más médicos, construir más hospitales, clínicas o proporcionar ayuda financiera para que las personas puedan pagar los servicios de salud.

Calcular el costo

Finalmente se calcula cuánto costaría poner en práctica estas soluciones y mejorar la salud en el país. Esto se hace sumando los costos de todos los recursos o insumos necesarios.

Este modelo es útil porque proporciona una estimación de cuánto costaría mejorar la salud en un país, teniendo en cuenta tanto los costos directos de los servicios de salud como los costos indirectos asociados con la superación de los obstáculos en el sistema de salud.

MODELO III: ESTIMACIÓN DE ELASTICIDADES CON TÉCNICAS ECONOMETRICAS

FICHA

- **Objetivo:** Estimar el costo de mejorar los resultados de salud considerando determinantes de la salud y gasto gubernamental.

- **Método:** Utiliza análisis econométrico.
- **Ventajas:** Proporciona una estimación del costo de mejorar los resultados de salud.
- **Desventajas:** Basado en supuestos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas.

Este modelo fue desarrollado por el Banco Mundial. Es una forma de calcular cuánto costaría mejorar la salud en un país teniendo en cuenta la ayuda para el desarrollo y las necesidades financieras adicionales. La ayuda para el desarrollo es dinero que los países más ricos dan a los países más pobres para ayudarles a mejorar. Las necesidades financieras adicionales son el dinero extra que se necesita para cosas como contratar a más médicos y enfermeras, construir hospitales y comprar medicamentos.

Análisis de factores importantes

Primero se analizan los factores que pueden afectar la salud de las personas en un país. Estos factores pueden incluir cosas como el crecimiento económico del país, el acceso al agua limpia y saneamiento, la educación, y la infraestructura de carreteras.

Gasto del gobierno en salud

Luego se analiza cuánto está gastando el gobierno en salud. Este es un factor importante porque puede

de afectar la cantidad y calidad de los servicios de salud disponibles para las personas.

Uso de técnicas econométricas

Se utilizan técnicas econométricas para analizar cómo estos factores y el gasto del gobierno en salud afectan la salud de las personas. Estas técnicas utilizan datos y estadísticas para entender las relaciones entre diferentes factores.

Estimación del costo de mejorar la salud

Finalmente se utiliza esta información para estimar cuánto costaría mejorar la salud en el país. Por ejemplo, en un estudio en India, se estimó que el costo de prevenir la muerte de un niño podría variar desde \$2,4 en un estado de bajos ingresos hasta \$160 en un estado de ingresos medios.

Este modelo es útil porque proporciona una forma de estimar cuánto costaría mejorar la salud en un país, teniendo en cuenta una variedad de factores importantes.

MODELO IV: ANÁLISIS MULTISECTORIAL (MAMS)

FICHA

- **Objetivo:** Proporcionar una estimación integral de las necesidades financieras para mejorar la salud de la población.
- **Método:** Calcula las necesidades financieras para mejorar la salud de la población.
- **Ventajas:** Proporciona una estimación integral de las necesidades financieras.
- **Desventajas:** Basado en supuestos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas.

El modelo de Análisis Multisectorial (MAMS por sus siglas en inglés) es una forma de calcular cuánto dinero se necesita para mejorar la salud en un país.

Ayuda para el desarrollo

La ayuda para el desarrollo es dinero que los países más ricos dan a los países más pobres para ayudarles a mejorar. Este modelo reconoce que esta ayuda es muy importante para el desarrollo de un país.

Evaluación de la efectividad

Pero no toda la ayuda para el desarrollo se utiliza de manera efectiva. Por eso, este modelo evalúa cuánto ayuda realmente esta ayuda al desarrollo en cada país.

Cálculo de las necesidades financieras

El modelo calcula cuánto dinero se necesita para mejorar la salud en el país, lo que incluye el dinero necesario para cosas como contratar a más médicos y enfermeras, construir hospitales y comprar medicamentos.

Capacidad de absorción

El modelo tiene en cuenta la capacidad de absorción del país. Esto significa cuánto puede manejar el país un aumento en la demanda de trabajadores de la salud sin que los salarios suban demasiado.

Efectos de demostración (spillover)

El modelo también considera los efectos de demostración, que son los efectos indirectos que tiene la mejora de la salud en otros sectores del país.

Implicaciones del financiamiento adicional

Finalmente el modelo considera las implicaciones que tiene el financiamiento adicional, como las donaciones en la economía del país.

Este modelo es útil porque proporciona una estimación de cuánto costaría mejorar la salud en un país teniendo en cuenta una variedad de factores. ■

Diplomatura en Sistemas de Decisión y Gestión Estratégica en Salud

Bajo la dirección de Esp. Yanina Zanarini y Dr. Facundo Rodríguez, la nueva diplomatura del IIDOS de OSDEPYM, propone trabajar desde las diferentes dimensiones que integran el campo de la salud para analizar la complejidad y las interrelaciones entre los diferentes actores y efectores, con el objeto de facilitar acciones más efectivas.

Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga constituyen parte central del aseguramiento en salud en Argentina. Además, son uno de los sectores más dinámicos en materia de incorporación de innovaciones y generación de empleos. Su management resulta vital. La Diplomatura en Sistemas de Decisión y Gestión Estratégica en Salud, parte de un nuevo modelo

de gestión en el sistema de salud, modelo que incluya a todos los actores y a todas las disciplinas que participan en el campo de la salud. Este abordaje interdisciplinario permitirá analizar los componentes esenciales del campo de la salud: **a)** dimensión médico-sanitaria, **b)** dimensión económico-financiera, **c)** dimensión jurídico-normativa y **d)** dimensión estadístico-descriptiva.

CUERPO ACADÉMICO

Directores:

Esp. Yanina Zanarini y Dr. Facundo Rodríguez

Docentes:

Dr. Franco Caviglia
Juez Federal Patricio Maraniello
Dr. Facundo Rodríguez
Dr. Carlos Regazzoni
Lic. Nicolás Striglio
Esp. Yanina Zanarini
Dr. Federico Pedernera
Dr. Oscar Cochlar

INFORMACIÓN GENERAL

Comienzo de la cursada: 16 de mayo de 2024.

Día y hora: jueves de 17:00 a 19:30 horas (cursada mixta, cada 15 días entre virtual sincrónica y presencial).

Duración: 6 meses

Cantidad de horas por encuentro: 3 horas

Frecuencia: semanal.

Modalidad: presencial y virtual.

Presencial en 25 de Mayo 293, CABA.

Certificado Académico: Corresponde a un trayecto formativo de la Dirección Académica de Diplomaturas y Cursos aprobado por Resolución de Rectorado.

OBJETIVOS

- Analizar las teorías y modelos del Sistema de Salud Argentino basados en los fundamentos políticos, sociales, jurídicos, económicos y estructura organizativa de los mismos
- Adquirir herramientas relacionadas a la gestión y organización de la salud
- Obtener conocimientos sobre los problemas de salud actuales prevalentes
- Comprender y analizar el funcionamiento de las instituciones de salud desde el comportamiento económico de los agentes que intervienen en los sistemas de salud
- Incorporar el marco normativo administrativo y legal relacionado a la atención de la salud.
- Conocer y analizar el Impacto de acciones judiciales Amparos de Salud y medidas cautelares desde la perspectiva del poder judicial.
- Explorar los problemas y los métodos de estudio de la toma de decisiones en salud y en los diferentes subsistemas que conforman el sistema de salud.
- Comprender la naturaleza y el proceso de la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de los servicios de salud.
- Brindar herramientas y buenas prácticas para la administración de los negocios vinculados a los diferentes agentes del sistema de salud.

CONTENIDOS

Módulo: El sistema de Salud y un nuevo modelo de gestión desde abordaje de campo

- El campo de la salud. La Salud en Latinoamérica
- Estructura del Sistema de Salud y sus principales problemáticas

Módulo: Sustentabilidad de Salud y Gestión Financiera

- Financiamiento del subsistema de la Seguridad Social. El conjunto de Prestaciones- El alto Costo. Medicamentos y nuevas tecnologías
- Prestaciones de Discapacidad

Módulo: Sistemas de Decisión y Gestión de Salud

- Introducción a la Salud y Enfermedad: Cuidados, Beneficencia, Medicina y Bienes Público. Métodos de Abordaje de Problemas de Salud Poblacional y Global
- Agentes del sistema de salud; comportamientos esperados, y toma de decisiones. Conceptos básicos de teoría de la decisión aplicados a decisiones sanitarias y tipos de decisiones en los sistemas de salud. Análisis de estructura, procedimientos, e impacto.

Módulo: El derecho a la salud visto desde el poder judicial

- Medidas cautelares individuales y colectivas. Sus usos y evolución en el derecho a la salud. Amparos de Salud a la luz de las últimas modificaciones y propuestas constitucionales. La problemática de productos de alto costo y mecanismos para incorporar la evidencia científica a las decisiones judiciales. Modificaciones previstas en los decretos legislativos y sus alcances sobre la actividad judicial y la fiscalización sanitaria. Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el ámbito interno e Internacional y su relación con las decisiones del poder judicial. Casos líderes. Mecanismos de control constitucional/convencional entre los decretos dictados por el Poder Ejecutivo y la Constitución Nacional. Su gravitación sobre el derecho a la salud. Precedentes.

Módulo: Innovación en los Sistemas de Salud

- La sustentabilidad de las organizaciones Socio sanitarias. Estructura de costo de las organizaciones Sistemas de Información y Salud digital. Comunicación en Salud. La IA aplicada a la gestión de salud.

DESTINATARIOS

Personal técnico y profesional de Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales. Personal de mandos medios y superiores de organizaciones sanitarias.

CONDICIONES DE APROBACIÓN

- 75% de asistencia.
- Trabajo Final Integrador según las características de la propuesta académica.
- Demás requisitos que la Dirección considere pertinentes.

INSCRIPCIÓN

Completar el Formulario de Inscripción on-line en <https://formularios.usi.edu.ar/inscripciones/> o escanear el Código QR



INFORMES USI

Admisiones Diplomaturas

E-mail: capacitacion@usi.edu.ar

Whatsapp / Telegram: 11-6858-2652

Tel.: 4732-3030 Internos 107 / 110

Av. Del Libertador 17175

(B1643CRD), Beccar, Buenos Aires, Argentina

¿Cómo se negocia el precio de los medicamentos?

La negociación de precios de medicamentos de Medicare es un tema crucial en la atención médica de Estados Unidos.

Desde el IIDOS, les presentamos a nuestros lectores un exhaustivo análisis acerca de la información relevante sobre este programa, la ley de reducción de inflación, los primeros 10 medicamentos seleccionados, entre otras cosas.



Después de décadas de debate, el Congreso de Estados Unidos aprobó en 2022 una legislación que autoriza a Medicare a negociar los precios de los medicamentos recetados. Asimismo, los primeros 10 medicamentos sujetos a negociación se seleccionaron en 2023.

Proceso de negociación

Se han presentado pruebas de efectividad comparativa, precios netos y necesidades insatisfechas junto con los costos de producción e I+D de la industria a los Centros de Servicios de Medicare¹ y

Medicaid²(CMS) para su consideración en la negociación. Finalmente, el precio justo máximo (MFP) para los 10 medicamentos negociados, se publicará en septiembre de 2024.

Impacto en los pacientes con Medicare

La determinación del **precio justo máximo** tiene como objetivo garantizar que los medicamentos sean **accesibles y asequibles** para los beneficiarios de Medicare. Si se logra un precio justo, los pacientes podrán acceder a tratamientos vitales sin enfrentar cargas financieras excesivas.

1 **Medicare:** es un programa de seguro de salud diseñado para ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años que tienen dificultad para cubrir los gastos relacionados con la atención y tratamientos médicos. Elegibilidad: Para calificar, una persona debe ser ciudadana o residente permanente de Estados Unidos y tener 65 años o más. Las personas menores de 65 años que viven con ciertas discapacidades también pueden ser elegibles para los beneficios de Medicare. Costo: Las personas que reciben los beneficios de Medicare pagan parte del costo a través de deducibles para hospitalizaciones y primas mensuales para la cobertura fuera del hospital.

2 **Medicaid:** es un programa que combina los esfuerzos de los gobiernos estatal y federal de EE.UU. para ayudar a los hogares de ingresos bajos con los gastos de atención médica. Elegibilidad: Está diseñado para ayudar a las personas que no pueden pagar atención médica de calidad y que no tienen otras formas de cobertura médica debido a complicaciones financieras. Las reglas de elegibilidad varían según el estado, pero generalmente se basan en los ingresos y la situación familiar. Costo: Las personas que reciben los beneficios de Medicaid con frecuencia no tienen que pagar ninguno de los gastos que están cubiertos, pero algunos casos requieren un pequeño copago

LEY DE REDUCCIÓN DE INFLACIÓN

La ley de Reducción de Inflación (IRA, por sus siglas en inglés) es un tema relevante en el ámbito de la atención médica. Se trata de una legislación que tiene como objetivo abordar los altos costos de los medicamentos recetados en Estados Unidos. Fue aprobada en 2022 y busca reducir la inflación en los precios de los medicamentos.

La IRA tiene como objetivo:

- **Negociar precios** más bajos para los medicamentos recetados a través de **Medicare**.
- **Aumentar la transparencia** en los precios de los medicamentos.
- **Mejorar el acceso** a tratamientos esenciales para los pacientes.

Implementación

Se espera que la IRA tenga un impacto significativo en la forma en que se fijan los precios de los medicamentos y cómo los pacientes acceden a ellos. Y son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) los que están a cargo de implementar y supervisar esta ley.

La Ley de Reducción de Inflación busca abordar los desafíos relacionados con los precios de los medicamentos y mejorar la accesibilidad para los pacientes en el sistema de salud estadounidense.

IDEAS MÁS RELEVANTES DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE INFLACIÓN

Reducción de precios mediante negociación de precios de medicamentos

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) deben negociar los precios de ciertos medicamentos recetados bajo Medicare a partir de 2026.
- Los CMS deben negociar precios máximos para los medicamentos de marca que no tienen otros equivalentes genéricos y que representan el mayor gasto de Medicare.
- Los fabricantes que no cumplan con los requisitos de negociación están sujetos a sanciones civiles.

Reembolsos por inflación de medicamentos recetados

- Los fabricantes de medicamentos deben emitir reembolsos a los CMS para medicamentos de

marca sin equivalentes genéricos cuyos precios aumentan más rápido que la inflación.

Mejoras y límite máximo de gastos de bolsillo para los beneficiarios de Medicare

- Se elimina el costo compartido de los beneficiarios por encima del umbral de gasto de bolsillo anual bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare a partir de 2024.
- Se limita el gasto de bolsillo anual a \$2,000 en 2025.

Retraso continuo en la implementación de la regla de reembolso de medicamentos recetados

- Se retrasa hasta 2032 la implementación de una norma relacionada con el tratamiento de ciertos reembolsos de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Otros aspectos relevantes

- Se establecen una serie de programas y requisitos adicionales relacionados con la cobertura bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare y otros programas.
- Se limita el costo compartido bajo el beneficio de medicamentos recetados de Medicare para un suministro mensual de productos de insulina cubiertos a \$35 para 2023 a 2025.

Subsidios de la Ley de Atención Médica Asequible

- Se extienden hasta 2025 ciertos ajustes y ampliaciones del crédito fiscal para primas.

RECHAZO DEL TRIBUNAL FEDERAL DE EE.UU. A LA DEMANDA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

En un nuevo revés para la industria farmacéutica, un tribunal federal de los Estados Unidos ha rechazado por segunda vez en menos de un mes una demanda que cuestionaba los poderes otorgados a Medicare por la ley de Reducción de la Inflación para fijar los precios de los medicamentos.

El Caso de AstraZeneca

El Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Delaware desestimó las afirmaciones de AstraZeneca de que la autoridad que Medicare recibió bajo la IRA es inconstitucional. Esto ocurrió tres semanas después de que el mis-

CUADRO COMPARATIVO

Este cuadro comparativo resume las definiciones, enfoques, ejemplos y metas de cada uno de los tres conceptos aplicados al caso de la negociación de precios de medicamentos de Medicare. Ayuda a comprender cómo cada uno aborda aspectos específicos relacionados con los fondos públicos, las implicancias financieras y el acceso a la atención médica para los beneficiarios de Medicare.

CONCEPTO	GASTO PRESUPUESTARIO	IMPACTO FISCAL	COSTO DE LOS DERECHOS
Definición	Fondos públicos asignados por el gobierno en el presupuesto para la negociación de precios de medicamentos de Medicare.	Consecuencias financieras de las decisiones gubernamentales sobre la negociación de precios y la Ley de Reducción de Inflación.	Recursos y carga económica asociados con el acceso a tratamientos vitales y asequibles para los beneficiarios de Medicare.
Enfoque	Asignación de fondos para el proceso de negociación.	Evaluación de los efectos financieros a nivel macroeconómico.	Evaluación de los costos directos e indirectos para los beneficiarios de Medicare.
Ejemplos	Fondos para investigación, administración y supervisión del proceso de negociación.	Cambios en los precios de los medicamentos y el impacto en el déficit presupuestario.	Costo de adquisición de medicamentos y barreras económicas para acceder a tratamientos.
Meta	Garantizar los fondos necesarios para la negociación eficaz.	Mantener la estabilidad financiera del gobierno.	Reducir la carga económica y facilitar el acceso a tratamientos esenciales.

mo tribunal también desestimara una demanda presentada por la Asociación de Investigación y Fabricantes Farmacéuticos, argumentando que se había presentado en el lugar equivocado.

Argumento de AstraZeneca

La compañía farmacéutica **AstraZeneca** presentó una demanda en agosto, poco antes de que se anunciara que su píldora para la diabetes, **Farxiga**, sería uno de los primeros 10 productos sujetos a negociaciones de precios con el gobierno de EE.UU.

AstraZeneca argumentó que las disposiciones de fijación de precios de los medicamentos de la IRA violan las protecciones del debido proceso al establecer un “precio máximo justo” para un medicamento.

AstraZeneca afirmó que Medicare definió ilegalmente un medicamento de “fuente única” para aplicarse a todas las dosis y formulaciones de un ingrediente activo específico. Esto, según la compañía, permitió a CMS aplicar incorrectamente dicha terminología a todas las formulaciones y dosis de Farxiga, sin considerar la posibilidad de que el medicamento enfrente competencia genérica en 2026.

Decisión del Juez Principal

El juez principal **Colm Connolly** rechazó ambos argumentos presentados por AstraZeneca. En una decisión de **47 páginas**, Connolly afirmó que

la participación en **Medicare** es voluntaria y que AstraZeneca no tiene “derecho a vender medicamentos al gobierno a precios que el gobierno no esté dispuesto a pagar”.

Además, calificó cualquier daño potencial a AstraZeneca por enfrentar simultáneamente negociaciones de precios y competencia genérica como “especulativo”.

La Ley de Reducción de Inflación y la negociación de precios de medicamentos de Medicare, aprobadas en 2022, buscan abordar los altos costos de los medicamentos recetados en Estados Unidos.

Estas medidas permiten a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) negociar precios máximos para ciertos medicamentos, con el objetivo de aumentar la transparencia en los precios y mejorar el acceso a tratamientos esenciales para los pacientes.

Sin embargo, estas iniciativas han enfrentado resistencia de la industria farmacéutica, como se evidencia en el caso de AstraZeneca, donde un tribunal federal de EE.UU. rechazó una demanda que cuestionaba los poderes otorgados a Medicare para fijar los precios de los medicamentos.

Estas medidas representan un esfuerzo significativo para hacer que los medicamentos sean más accesibles y asequibles para los beneficiarios de Medicare. ■

Cass Sunstein y su contribución al debate



Por el Dr. Roberto Gargarella, abogado, doctor en derecho, jurista, sociólogo, escritor y académico argentino especialista en derechos humanos, democracia, filosofía política, derecho constitucional e igualdad y desarrollo. Actualmente es docente e investigador, entre otras cosas.

Cass Sunstein (nacido en Massachusetts en 1954) es, sin dudas, uno de los más influyentes y prolíficos constitucionalistas de nuestro tiempo. En su juventud fue asistente en la Corte Suprema del famoso juez afroamericano Thurgood Marshall; luego docente en la Escuela de Derecho de la Universidad de Chicago durante 27 años; más tarde asesor estrella durante el gobierno de Obama (fue director de la Oficina de Información y Asuntos Regulatorios), y actualmente es profesor en la Universidad de Harvard. En sus trabajos, Sunstein siempre se propuso hacer que el derecho dialogue con las versiones más interesantes y avanzadas de las disciplinas vecinas. Al comienzo, buscó nexos entre el derecho constitucional y la filosofía política de John Rawls (en especial, con la teoría de la justicia escrita por este último).

Minimalismo político y racionalidad

En fecha más reciente, la segunda gran obra de Rawls, *Liberalismo político*, le sirvió de base para sustentar sus estudios sobre el “minimalismo político”, en que el que reflexiona acerca de cómo to-

mar decisiones –políticas, judiciales– imparciales, en sociedad diversas, multiculturales y conflictivas como las nuestras. Además, Sunstein mostró los aportes que podían hacer al derecho estudios sobre la racionalidad, como los desarrollados por el conocido politólogo Jon Elster.

Fallas en la racionalidad y la economía

Ante todo, Elster y Sunstein se interesaron por aquellos trabajos que se proponían detectar las sistemáticas fallas en la racionalidad que caracterizan a muchas de nuestras elecciones individuales y colectivas. Para comprender la importancia de este tipo de trabajos, debe recordarse el contexto: corrían los años ochenta, y tanto Elster como Sunstein enseñaban en la Universidad de Chicago, que era la principal sede académica de los estudios de *rational choice* y también el principal *think tank* para el impulso de políticas económicas de orientación neoclásica (políticas que tuvieron enorme influencia en América Latina, por ejemplo, al aplicarse en los conocidos programas de “ajuste estructural”). Cuando autores como

Elster, desde la ciencia política, o Sunstein, desde el derecho, se enfocaban en la irracionalidad de las elecciones personales, estaban poniendo en cuestión, también, los fundamentos de disciplinas (económicas, en especial) que eran aplicadas como ciencias exactas

en el mundo entero, aunque funcionaban de modo demasiado imperfecto, generando además consecuencias socialmente muy gravosas.

Psicología social e individual

Desde entonces, Sunstein comenzó a interesarse por cuestiones de psicología social e individual, como las que en esos años exploraban Amos Tversky y Daniel Kahneman (este último, cabe recordar, consagrado premio Nobel de Economía en 2002). En aquellos años, Tversky y Kahneman aplicaban a la ciencia económica sus experimentos y estudios de psicología. Sunstein, en buena medida, vino a hacer lo propio sobre el derecho. El actual profesor de Harvard escribió varios artículos y libros en la materia, habitualmente acompañado por otro de los grandes protagonistas en estos estudios de psicología aplicada –me refiero a Richard Thaler, coautor que recientemente recibió el premio Nobel de Economía (2017)–. Los escritos de Sunstein en esta área giraron en torno a la idea de nudge, que refiere a las “pequeñas ayudas” o “empujones” que puede dar el Estado para mejorar la toma de decisiones de las personas, teniendo en cuenta estudios empíricos al respecto. Un ejemplo: un Estado razonablemente paternalista, a sabiendas de que en los restaurantes las personas tienden a elegir los platos que figuran más arriba en el menú, podría obligar a situar en esa posición destacada las opciones más saludables. A fin de cuentas, los comensales seguirían escogiendo libremente y nadie resultaría censurado en su pretensión de poner en su menú lo que quiere; pero se “empujaría” suavemente a las personas a tomar decisiones más convenientes.

Diversidades de áreas y derechos sociales

Como vemos, Sunstein es un autor que se ha ocupado de las áreas más diversas del derecho, en vínculo con los estudios más avanzados de su tiempo, y de la mano de los mejores especialistas

en cada rubro abordado. Dados esos antecedentes, valoramos mejor la importancia de este libro y los motivos de Sunstein para escribirlo. Desde luego, conviene tener presente que, a diferencia de lo que ocurre en América Latina, donde todas las constituciones incluyen en sus textos amplísimas y muy generosas declaraciones de derechos, la Constitución de los Estados Unidos se presenta como austera en extremo –podríamos calificarla de muy espartana– en la materia. Más en concreto: no incluye derechos sociales en su texto, lo cual ha generado numerosas consecuencias muy conflictivas. En primer lugar, los jueces muchas veces se han negado a reconocer la existencia de cualquier respaldo constitucional a los derechos sociales, ya que tienden a ver a la Constitución, simplemente, como una de tipo “negativo”, esto es, una que establece protecciones contra “invasiones” a la propiedad, o contra los “daños” a la persona; y que a la vez es hostil, si no directamente contraria, a que el Estado otorgue “ayudas” (sociales, económicas) a los miembros más débiles de la sociedad. Lo mismo sucede en la doctrina: en su mayoría, los doctrinarios estadounidenses que escriben sobre el derecho (quienes, al igual que los jueces, ejercen enorme influencia en el derecho contemporáneo del mundo entero) se muestran indiferentes o rechazan cualquier consideración seria sobre el valor, las implicaciones o la necesidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Obviamente, decisiones de este tipo pueden tener y han tenido un enorme impacto en la práctica jurídica de los Estados Unidos, y más allá de sus fronteras nacionales.

Posición de Sunstein y el discurso del siglo

Sunstein es de los pocos autores estadounidenses que ha asumido una posición contraria a la dominante en la materia (eso lo nuclea en una pequeñísima selección de constitucionalistas de su país, entre quienes también se destacan Mark Tushnet o Frank Michelman). En efecto, este jurista no sólo advierte la importancia de que se incluyan abiertamente derechos económicos, sociales y culturales como derechos constitucionales, sino que considera que la Constitución de su país incluye ya, de modo implícito, compromisos con los

welfare rights. De este modo, el libro se cuenta entre los pocos y más célebres trabajos que encontramos hoy en día dentro del (de otro modo muy avanzado) derecho estadounidense referido a los derechos sociales.

Derechos sociales y económicos como fundamento de la libertad individual

Sunstein toma como motor de su libro aquel que –en su opinión– fue “el discurso del siglo” en su país, esto es, el discurso de apertura de sesiones legislativas (el conocido como “Estado de la Unión”) pronunciado por Franklin Delano Roosevelt el 11 de enero de 1944. En dicha ocasión, Roosevelt consideró “autoevidente” para la época contemporánea la idea de que los derechos sociales y económicos eran inherentes a los seres humanos, y que la “libertad individual” no podía existir sin “independencia y seguridad económica”. Roosevelt propuso entonces el reconocimiento de una nueva (“Segunda”) “Declaración de Derechos” (o *Bill of Rights*), que incluía, por ejemplo, el derecho de cada familia a una vivienda decente; el derecho de los más ancianos a contar con protecciones suficientes contra los temores económicos propios de la edad avanzada; el derecho a una buena educación; el derecho a ganar lo suficiente para tener acceso a niveles apropiados de comida, vestimenta y recreación; etc. Sunstein se basa sobre proposiciones como las de Roosevelt para volver a defender una vigorosa intervención del Estado en la economía (como ya dejaba en claro en su libro *El costo de los derechos*, publicado en esta colección, señala que no existe algo así como una “economía no regulada por el Estado”).

El desafío de la implementación de los derechos fundamentales

Examina críticamente, también, el modo en que los tribunales –en los Estados Unidos, pero también en otros países– han resistido la aplicación de esos derechos. Y muestra por qué motivos la política debería volver a tomar en serio el reconocimiento y vigencia de derechos como los citados, tan básicos e indispensables para el desarrollo de cualquier plan de vida.

El libro de Sunstein: “El costo de los derechos”

En definitiva, el libro de Sunstein puede servir como fuente de inspiración y apoyo para los muchos juristas y no juristas interesados en reflexionar sobre el tema de los derechos sociales. Además de situar la discusión en el contexto de los Estados Unidos, a lo largo de sus páginas ahonda en los numerosos problemas teóricos que suelen asociarse con la adopción (y la aplicación o *enforcement* judicial) de esos mismos derechos.

Preguntas a considerar

Considera cuestiones como las siguientes: ¿por qué el constitucionalismo necesita reconocer tales derechos? ¿Es cierto que su incorporación afecta nuestras libertades? ¿Qué tipo de intervención estatal se requiere para la aceptación constitucional de los derechos sociales? ¿Cómo pueden implementarse? ¿Pueden los jueces intervenir activamente en la materia, o deben dejar que los poderes políticos se ocupen de esos asuntos? ¿Qué problemas suscita dicha intervención judicial, y qué tensiones en términos democráticos? ¿Puede salvarse o superarse este tipo de objeciones?

Reflexiones para Latinoamérica

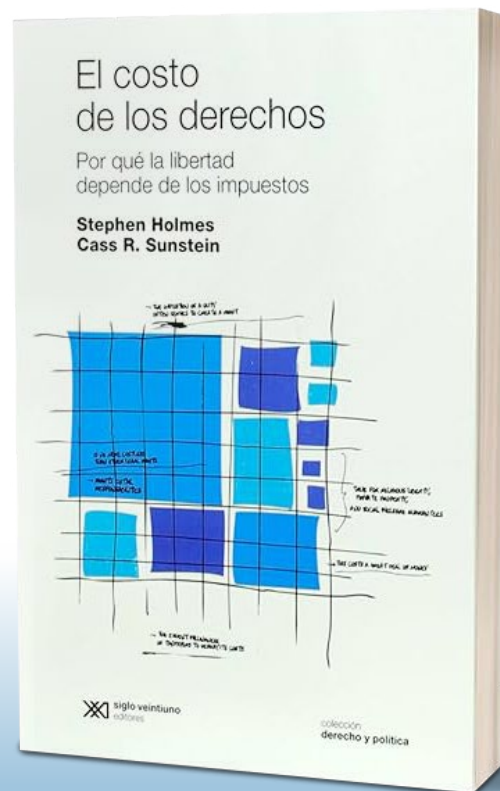
A partir de esta obra, los latinoamericanos podemos acceder a las reflexiones de uno de los mejores constitucionalistas de nuestro tiempo, en torno a una cuestión que siempre se ha confirmado como central en el derecho de nuestra región, donde –cabe agregar– abundan las reflexiones sobre el tema, aunque no todas interesantes en términos teóricos. Contamos con numerosos trabajos destinados a dar cuenta de los derechos económicos, sociales y culturales incorporados en nuestras constituciones; trabajos sobre los casos judiciales en que esos derechos son tomados en serio; y también sobre las formas en que son puestos en marcha. Sin embargo, nuestros estudios todavía resultan escasos o deficitarios, en cuanto a reflexión teórica y crítica.

Por todo lo anterior consideramos un extraordinario logro publicar este nuevo libro de Cass Sunstein: “El Costo de los Derechos”. ■

Dr. Cass R. Sunstein: “Hay mucho trabajo empírico por hacer”

El Dr. Daniel Roggero, director de la Revista IIDOS de OSDEPYM, mantuvo un intercambio con el Dr. Cass R. Sunstein, reconocido académico de la Universidad de Harvard, co-autor del libro “El costo de los derechos” -junto con Stephen Holmes-. En estas líneas le presentamos a nuestros lectores su respuesta.

El Dr. Daniel Roggero mantuvo un intercambio con el Dr. Cass R. Sunstein, en el que se planteó una consulta académica sobre el concepto del “costo de los derechos”. El foco estaba puesto en comprender si existe un cálculo matemático que permita cuantificar o medir numéricamente el costo de los derechos más allá del impacto fiscal o el gasto presupuestario. El Dr. Roggero se encuentra en el desarrollo de un método comparativo y sistemático para clasificar diferentes derechos, y considera que la experiencia y conocimientos del Dr. Sunstein en este campo podrían proporcionar valiosas perspectivas destacando el interés específico en encontrar un enfoque para “medir el costo de los derechos”.



“Many thanks. Alas I am dealing with a very large number of deadlines and cannot engage. My book does the best I can on this - there is a lot of empirical work to be done. All best wishes”

Cass Sunstein

La respuesta del Dr. Sunstein fue breve y cortés: agradeció el contacto, y argumentó que en este momento no puede asumir la responsabilidad de tamaña consulta por sus múltiples compromisos. Sin embar-

go, señaló que su libro aborda el tema de la mejor manera posible y sugiere que “hay mucho trabajo empírico por hacer” en este campo, alentando a la investigación adicional en este ámbito. ■

Un compromiso integral con la atención médica basada en valor



Por la Dra. Karin Kopitowski, Médica especialista en Medicina Familiar. Jefa de servicio de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Italiano. Directora del Departamento de Investigación Universidad Hospital Italiano. Presidenta de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Coordinadora de Choosing Wisely Argentina

La medicina se encuentra en una encrucijada significativa, impulsada por el extraordinario avance tecnológico y científico. Sin embargo, estos avances acarrearán el desafío del sobreuso de intervenciones médicas innecesarias. En este contexto, Choosing Wisely Argentina emerge como un faro de cambio, instando a un enfoque de atención médica que prioriza genuinamente el bienestar del paciente y el uso prudente de recursos sanitarios.

Un cambio cultural en medicina

Choosing Wisely aboga por una transición crucial en la cultura médica: de la creencia de que “más es mejor” a un principio de “si no es necesario, mejor no hacerlo”. Esta iniciativa busca dismantelar la práctica arraigada de prescribir tratamientos y realizar pruebas diagnósticas que no solo son innecesarias, sino que también pueden ser perjudiciales.

La convocatoria a las sociedades científicas

Choosing Wisely Argentina, al igual que en el resto del mundo, convoca activamente a las sociedades científicas para desarrollar listados de recomendaciones de “no hacer”. Estos listados son cruciales para guiar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes hacia intervenciones más seguras y basadas en la evidencia. Los listados deben incluir

prácticas de bajo valor que, por usos, costumbres, conflictos de interés se han instaurado en la práctica médica y deben ser discontinuadas. Veamos algunas recomendaciones realizadas por distintas sociedades científicas alrededor del mundo:

- No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen AINE que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.
- No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.
- No realizar pruebas de detección de electrocardiograma de rutina como parte de las evaluaciones preoperatorias o previas al procedimiento para pacientes asintomáticos (sin arritmias ni infarto previo) sometidos a procedimientos quirúrgicos de bajo riesgo

Tal vez, a simple vista, no es sencillo visualizar los daños de estas intervenciones. Pero existen. Al uso indiscriminado de inhibidores de bomba de protones se lo asocia con algunos efectos adversos: aumento en el riesgo de fracturas óseas, especialmente en personas mayores, debido a la posible disminución en la absorción de calcio; incremento del riesgo de infecciones gastrointestinales y de neumonías en pacientes hospitalizados

Los estudios de imágenes en lumbalgias sin signos

de alarma o electrocardiogramas en población de bajo riesgo pueden conducir a hallazgos incidentales y cascadas diagnósticas que pueden generar más daños que beneficios.

Veamos otros dos ejemplos de prácticas de bajo valor:

- Uso de tomografías computarizadas en niños con traumatismo craneoencefálico leve: por un lado, están los riesgos de exposición a la radiación y por otro las consecuencias de los diagnósticos incidentales, incluidas cascadas diagnósticas que pueden no beneficiar al paciente.
- Chequeos médicos generales: esta conducta tan difundida de realizar una cantidad indiscriminada de estudios de laboratorio, ecográficos, cardiológicos a las personas asintomáticas, constituye indudablemente una práctica de muy bajo valor. Estos frecuentemente conducen al sobrediagnóstico (encontrando problemas que si no se hubieran detectado jamás le iban a traer consecuencias a la persona, pero que una vez que se ha detectado “está enferma”), que generan ansiedad y tratamientos innecesarios.

La importancia de evitar daños evitables

Es crucial reconocer que, si bien cualquier intervención médica conlleva riesgos, **el daño resultante de una intervención innecesaria es particularmente imperdonable y evitable**. Este principio subraya la misión de Choosing Wisely de promover un cuidado que no sólo sea efectivo sino también seguro.

El foco de la campaña Choosing Wisely así como de otros movimientos mundiales destinados a poner en agenda esta problemática como *Less is More, Too Much Medicine*; está puesto en los daños. Y así debe ser comunicado. No se trata de ahorrar dinero, se trata de respetar el principio de primero, no dañar.

Por supuesto que si se deja de hacer lo que no hay que hacer, habrá más recursos para hacer lo que sí hay que hacer. Porque si no dejamos de hacer lo que no hay que hacer, hacer lo que hay que hacer se tornará imposible.

El desafío del sobreuso y las estrategias de reversión

El sobreuso de prácticas de bajo valor se atribuye a diversos factores, incluyendo la ilusión terapéutica (que sobrevalora los beneficios de las intervenciones

sanitarias e infravalora los daños) de profesionales y pacientes, la intolerancia a la incertidumbre, y la fascinación por las nuevas tecnologías sanitarias. Otra razón para proveer prácticas de bajo valor suele ser la práctica de una medicina defensiva, la presión de los pacientes y los conflictos de interés económico financieros de los profesionales de la salud. También conspiran contra la discontinuación de estas prácticas la falta de tiempo en las consultas y la presión asistencial. Este fenómeno se ve exacerbado por un modelo de práctica médica que, en ocasiones, prioriza la realización de más pruebas y tratamientos por encima de la atención centrada en el paciente

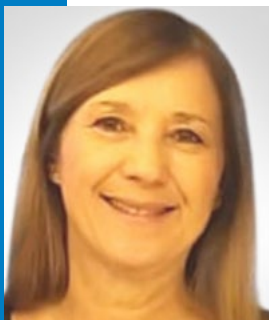
Más allá de los listados: una estrategia integral

La efectiva desimplementación de prácticas de bajo valor exige más que la publicación de listados. Requiere de una estrategia integral que incluya educación médica continua, políticas de salud enfocadas en la evidencia y la promoción de una cultura de toma de decisiones compartida. Choosing Wisely propone un encuadre para desimplementar prácticas de bajo valor que comienza con la identificación de estas prácticas en el ámbito en el que se quiera desimplementar, se prioricen las mismas con algún criterio (volumen, potencial daño, consenso entre los actores acerca de que la práctica debe discontinuarse, entre otros) y se analicen para dicha práctica a los motores que perpetúan su realización a fin de diseñar estrategias específicas. No hay balas de plata para lograr la reversión de estas prácticas. Las intervenciones deben planearse cuidadosamente en función de las fuerzas que operan para que la práctica se siga realizando. Es por esto por lo que, dependiendo de que sea lo que queremos desimplementar, las intervenciones tendrán que ser complejas: educación a profesionales, a la comunidad, auditoría y feed back, recordatorios en la historia clínica electrónica, entre otros.

Conclusión

Choosing Wisely Argentina pretende marcar el camino hacia una medicina más consciente y responsable, donde las decisiones se toman con un profundo respeto por la evidencia científica y el bienestar del paciente. Este movimiento no solo desafía las prácticas médicas tradicionales, sino que también encarna un compromiso con la calidad, la sostenibilidad y la ética en la atención de salud. ■

Experiencia en su implementación



Por Mg. Claudia Brolese, presidente de la Asociación Iberoamericana de Derecho a la Salud, directora del Instituto de Salud de la Federación Argentina Colegios de Abogados (FACA).

En el complejo entramado de la atención médica, donde convergen distintas voces y necesidades, surge la utilización de herramientas esenciales como la Mediación en Salud y la implementación estratégica de crear Unidades de Resolución de Conflictos.

En cualquier organización sea grande o pequeña es inevitable que surjan conflictos. El conflicto es inherente al ser humano, resulta comprensible que cualquier organización o espacio compartido por personas sea susceptible de presenciar conflictos con distintas patologías. Las causas más comunes de conflictos son fallas de comunicación, deficiencia en la estructura institucional y problemas en el comportamiento individual en las instituciones.

Realizar un abordaje interdisciplinario, es fundamental para aprender a gestionar los conflictos de una manera eficaz. Los conflictos producen inseguridad, tener experiencia en el manejo de los conflictos requiere conocer sus causas, factores que más o menos se debe ser capaz de prevenirlos, identificar con anticipación el campo y los elementos de un conflicto así se atenúan sus consecuencias. El manejo de conflictos debe incluir un enfoque preventivo de escucha activa y empatía. La mediación debe garantizar la confidencialidad y la imparcialidad del proceso, con el obje-

to de mantener la integridad ética de la misma. El avance incesante de las tecnologías médicas (equipos, fármacos, dispositivos, etc.) es uno de los principales responsables del crecimiento sostenido del gasto en atención médica. Hay que utilizar adecuadamente los recursos, los pacientes están cada vez más informados y conscientes de sus derechos, no dudan en reclamar el acceso a la última tecnología. El reclamo llega a la justicia, siendo el “recurso de amparo” el instrumento más común buscado como solución y por lo general el juez resuelve en su generalidad la provisión solicitada. Pero ella no siempre se ajusta a la evidencia jurídico-científica.

Resolución de conflictos en salud

La resolución de conflictos en materia de salud, representa a todas luces la forma más eficaz, menos costosa, con mayor celeridad y más profesional de solucionar las disputas de la materia. El proceso siempre debe caracterizarse por su informalidad, funcionalidad, brevedad temporal y adecuación científica en beneficio de la solución integral del planteo.

Desde un prisma preventivo la resolución de conflictos es una vía idónea y contribuye a mejorar las relaciones de las partes en disputa. Es un buen método para no judicializar innecesariamente los

requerimientos, ganando rapidez en la respuesta confidencial, propiciando la reparación de daños con más garantías y menor costo.

Caso: IOMA

Destaco haber sido la impulsora en la creación de la “Unidad de Resolución de Conflictos” en el Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), segunda Obra Social en afiliados del país.

Esto redujo la judicialización, creando un ámbito administrativo gratuito, imparcial, voluntario, ético e interdisciplinario en donde prima la celeridad, confidencialidad y respuesta idónea dentro de la propia Institución, teniendo como base los derechos del paciente y las obligaciones de la Obra Social, en beneficio del bien jurídico a proteger que no es otro que el propio “Derecho a la Salud” consagrado en todo nuestro ordenamiento jurídico.

Lo expuesto redundaba en beneficios económicos, al reducir considerablemente los honorarios de los profesionales intervinientes, pago de astreintes, costas, costos del proceso y demás gastos.

Se fortaleció la interrelación entre empleados-afiliados, buscando la empatía entre las partes, desburocratizando de la tramitación en la “Unidad de Resolución de Conflictos”, favoreciendo la informalidad en las presentaciones, y la descentralización administrativa al posibilitar las peticiones en cada región.

Se llevó a cabo una capacitación integral en “Mediación en Salud” por parte de la Universidad Nacional de La Plata a todos los empleados abogados del I.O.M.A., con el objeto de dotarlos de las herramientas necesarias para la implementación de esta Unidad. Se firmaron convenios con la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires, la Fiscalía de Estado y el Ministerio de Justicia provincial a fin de la divulgación y el eficaz uso de esta herramienta.

Así también la especificidad en materia de Derecho a la Salud, ha adquirido una entidad que según interpreto, tal como he sostenido desde hace más de dos décadas, merece la creación del Fuero de Salud, para el abordaje en la materialización judicial al efecto, en lo cual venimos trabajando en su implementación en los distintos ámbitos legislativos.

Como corolario de todo lo expuesto se produjo una merma de un 38% en las cifras registradas en la iniciación de amparos y otras medidas según datos oficiales. Asimismo, un 88% de los procesos administrativos requeridos, obtuvieron resolución favorable a lo peticionado. Todo motivó a la creación por parte del Gobierno provincial en la Fiscalía de Estado de la “Dirección de la Unidad de Resolución de Conflictos en Salud”, cargo que ejerzo en la actualidad.

Mediación y unidades de resolución de conflictos

La Mediación y creación de “Unidades de Resolución de Conflictos en Salud” son esenciales para promover una atención médica de calidad, al abordar los conflictos de manera eficiente, hacer que se fortalezca la confianza en el sistema de salud y se mejore la experiencia de atención de los pacientes, economizando costos, dotando de informalidad al sistema y proporcionando una justa relación entre todos los actores del proceso.

Esta herramienta permite encontrar una nueva fórmula para solucionar una problemática que destrabe la inaccesibilidad actual del sistema de salud, evitando el escalonamiento de los conflictos, que importa el congestionamiento en la justicia.

Este abordaje establece de manera eficiente conocer en forma detallada los puntos álgidos que originan los conflictos, ayudando a prevenir su repetición, mejorando la calidad prestacional. Una atención médica de calidad, necesita de la “Unidad de Resolución de Conflictos”, para abordar las distintas problemáticas del conjunto, mejorando la relación de todos los actores, pero fundamentalmente la relación pacientes-agentes del servicio salud (médicos, enfermeros, financiadores, etc.).

Por último, crear “Unidades de Resolución de Conflicto en Salud”, resultan de vital importancia para manejar disputas de manera justa, en atento apego a las leyes y regulaciones sanitarias. Proporcionando un marco regulatorio estructurado que proteja los derechos de todos los involucrados, dentro de una visión más sana y humanizada de las organizaciones de salud. ■

La calidad viene asomando en la agenda de salud



Por Mg. Patricia D'Aste,
presidente de ProSanitas BSC
Argentina y Uruguay

La calidad y la seguridad del paciente, son aspectos de la atención sanitaria esenciales para alcanzar objetivos nacionales: la mejora de la salud de la población, evitar eventos adversos y lograr un futuro sostenible y moderno para el sistema de atención. Sin embargo, ¿se puede hablar de calidad asistencial en un país sin registros creíbles, sin capacidad de respuesta frente a los problemas propios de las realidades provinciales, como si se tratara de una realidad ajena, sin un sistema de premios y castigos que diferencie a los prestadores por su calidad de atención y resultados clínicos, sin una motivación para ser mejores, sin una mirada integradora entre el sistema de formación de los recursos humanos de la salud y el sistema de instituciones dadoras de empleo?

A pesar de que estas preguntas no son respondidas, se avanza con la aplicación del concepto de calidad para los servicios de salud, otorgándoles cada vez más importancia. En las últimas décadas varios de los países latinoamericanos han desarrollado importantes iniciativas en materia de calidad y seguridad de los pacientes. A modo de ejemplo, en febrero de 2001 México inició su “Cruzada nacional por la calidad” con el objetivo de elevar la calidad de los servicios y llevarla a niveles aceptables en todo el país; Perú ha introducido un sistema nacional de acreditación de centros sanitarios con una nueva propuesta en implementación durante 2007; Costa Rica ha liderado el compromi-

so con las actividades en seguridad del paciente; Brasil ha desarrollado importantes ejercicios de evaluación de la calidad y promovido estrategias de mejora desde la acreditación a la promoción de la seguridad del paciente; Colombia dispone de un sistema de reporte de efectos adversos de la atención sanitaria; Uruguay avanzó con legislación y normas de contralor de los financiadores y prestadores de su sistema y Chile cuenta con un sólido recorrido en iniciativas para el control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Desafíos

El desafío de poner en funcionamiento un plan de calidad y organizar un sistema de gestión del mismo no es tarea fácil y supone impulsar un cambio cultural. Por lo tanto, se requiriera de un esfuerzo sostenido que involucre a todos los miembros de la institución para superar las resistencias, compartir los desafíos y construir en conjunto herramientas de integración de los talentos y habilidades.

El sistema de la calidad se sustenta en la medición de resultados, la gestión por procesos, la satisfacción de los pacientes y sus familias, porque su meta es lograr la mejora continua. Todos los actores de la organización deben participar de esta cultura enfocada en satisfacer las necesidades de los pacientes y su seguridad en cada tramo de la atención.

Podemos considerar muchos factores que pueden favorecer e impulsar un saludable funcionamiento

de la calidad y por lo tanto que deben ser incluidos como pilares de esta planificación: el analizar y comprender cómo se hacen las cosas, normatizar procesos y procedimientos, medir con indicadores inteligentes y acreditar estándares nacionales que robustezcan el desempeño con calidad.

Estas herramientas permitirán mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido por la población. Por esto hablar de Calidad en Salud no debería reducirse a mirar los gráficos de torta de las Encuestas de Satisfacción de Pacientes donde el decir de las personas queda reducido a un número estadístico, muchas veces desvalorizado.

Trabajar para mejorar la satisfacción del cliente interno, la relación con los pacientes y sus familias, encontrar y aislar riesgo, resolver errores, motivar a los equipos, involucrar a todos los actores transmitiendo que el control del error nos hará más fuertes, requiere de líderes comprometidos y formados, con capacidad de ser veraces y de admitir errores, pero fundamentalmente conscientes del potencial de la participación de su gente.

La cultura de calidad en los equipos de salud

Los equipos de salud necesitan sentirse parte de una organización que los necesita y los reconoce, que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad. A diferencia de cómo se visibilizaba la calidad hace algunas décadas atrás, destacando la calidad técnica individual de algunos profesionales o equipos, hoy la calidad consiste en responder de manera orgánica y armónica con acciones de calidad que puedan ser reconocidas por los pacientes y sus familias.

Algunos mitos se descubren en el decir cotidiano, la calidad no es lujo o confort, porque el sistema sanitario debe impulsar la condición de que sea igual para todos los niveles de atención independientemente de la institución que preste el servicio. Tampoco es una línea de llegada que una vez alcanzada ya no hay que seguir esforzándose, sino más bien es una línea de partida porque estamos hablando de un proceso continuo y virtuoso que se alimenta de la experiencia. Por lo tanto, tampoco es cierto el mito de que la calidad sólo depende de las más altas esferas de

autoridad, sino que involucra a toda la organización como un organismo vivo.

La cultura de la calidad lidera el desafío de evaluar todo este proceso en su conjunto, objetivando, comparando y generando conocimientos para enriquecer las acciones cotidianas mediante protocolos, estándares y correcciones de alto valor agregado. Cambiar la cultura no es fácil, sin embargo, no sólo debemos crear una cultura de calidad sino además ser conscientes de la trascendencia de la calidad asistencial. Debemos partir primero por el equipo directivo de la organización e identificar a aquellos líderes que servirán para influir en la población interna y llegar a todos los componentes del equipo de una forma clara y concreta, entregando el mensaje final de lo que significa trabajar con calidad.

Generar evidencia y promoverla

Generar información y evidencias sobre la calidad: a) desarrollar inteligencia de información y monitorear mediante herramientas de medición de la situación de la calidad y seguridad del paciente en cada servicio; b) disponer y hacer accesible la información sobre las evidencias en la calidad y la seguridad del paciente haciendo uso de medios visuales. Promover la participación de los pacientes en temas de calidad: a) difundir y proteger los derechos y deberes de los pacientes y profesionales sanitarios en cuanto a la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, como el respeto a la vida privada, a los valores, creencias y a la integridad personal; b) incorporar herramientas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios; c) promover la creación y fortalecimiento de iniciativas de los usuarios en materia de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

A modo de conclusión

Trabajar en calidad no sólo es posible, es una obligación de todos los decisores públicos y privados. Sin embargo, los líderes de la calidad no se improvisan, se forman en espacios donde el control del error debe convertirse en una virtud gracias al dominio de herramientas de medición y educación. Las evidencias de su efecto positivo superan ampliamente cualquier análisis de costos. Y si queda alguna duda, al igual que con la educación podemos afirmar que si la calidad es cara, pruebe con los errores. ■

Hablemos sobre el suicidio: un problema social



Por la Dra. Irene Lebrusán Murillo, doctora en Sociología. Profesora en la Universidad Autónoma de Madrid. Investigadora posdoctoral en la Universidad de Harvard. Coordinadora de investigación en el CENIE. Asesora en la Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España.

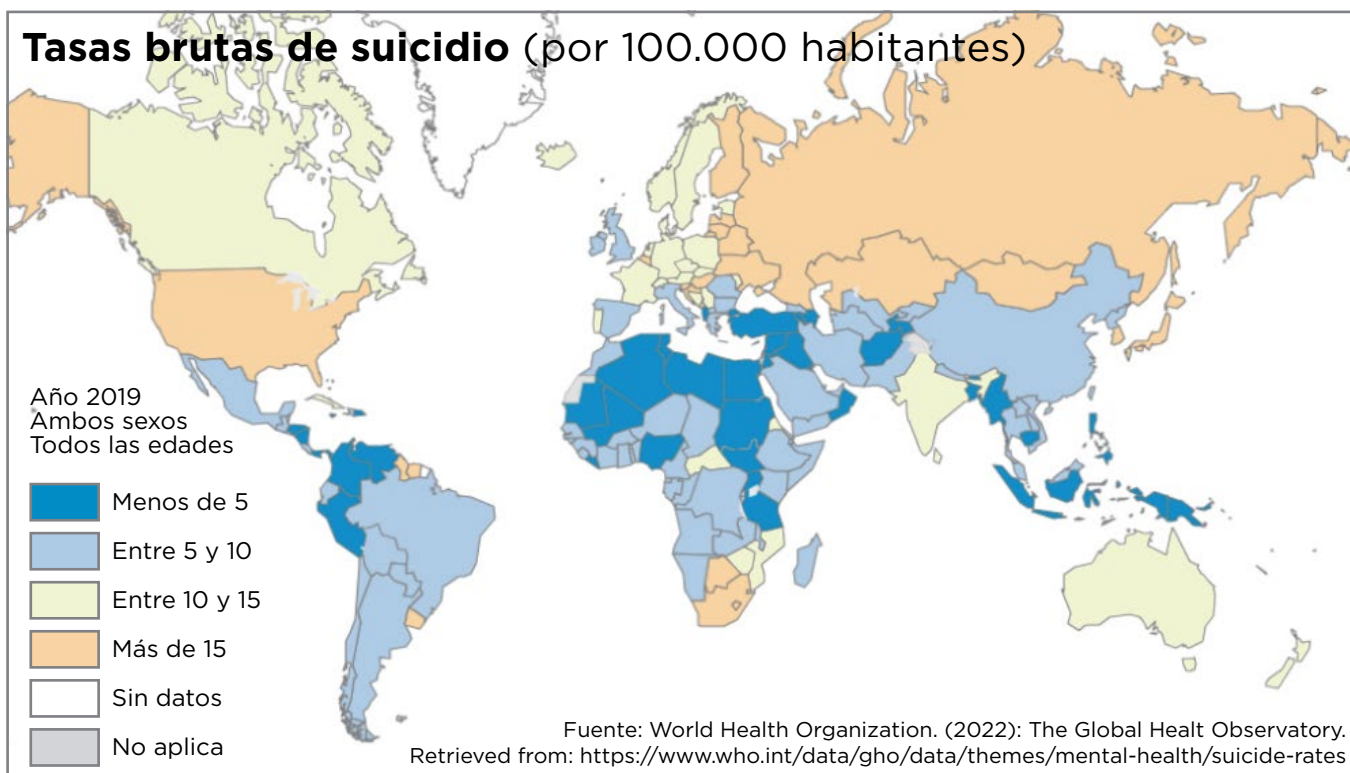
Algunas cuestiones no se nombran, y lo que no se nombra, creemos, no existe. Sin duda, hay temas de los que no nos gusta hablar. Preferimos mirar hacia otro lado, como si eso bastara para obviar la existencia de aquello que nos desagrada, que nos entristece, que nos causa miedo o que incluso pone en tela de juicio algunas de nuestras creencias más profundas. Tal vez, al no nombrarlo, intentamos hacer desaparecer la terrible realidad que se esconde tras el concepto prohibido. Y así, seguimos pasando de puntillas sobre ciertos temas, dejándolos semiocultos y descuidando así posibles y necesarias respuestas políticas y sociales.

Una de estas realidades ignoradas es el suicidio. No comprendemos, desde fuera, el atentado contra el instinto de conservación que, creemos, es el que marca la existencia humana. Sin embargo, en algunas personas la desesperanza se convierte en un estado mental, una realidad inalterable (subjética, aunque pueda estar marcada por indicadores objetivos) impulsada por la ansiedad anticipatoria de un futuro en el que el dolor no cesa. El suicidio no tiene tanto que ver con el deseo de morir como con el deseo de

poner fin a una situación de sufrimiento. El suicidio supone la pérdida de la esperanza sobre sí mismos, sobre su situación, sobre el sentido del propio tiempo en la tierra y, posiblemente, sobre el sentido de la vida.

Este sufrimiento que llega a ser intolerable puede estar causado por muchos factores, tanto internos como externos, y en cuyo proceso y profundidad intervendrán muchos otros. Este dolor se reproduce en el interior de la persona sin una solución a la vista. Aunque pueda desaparecer en momentos puntuales, resuena en el interior incluso cuando los demás no nos damos cuenta: este es el factor que nos despista a los que nos quedamos. No entendemos y nos agarramos a indicadores (“sonreía”, “no parecía infeliz”) que no significan en realidad nada. Las razones que hay detrás del acto de quitarse la vida son múltiples y los factores que intervienen muy diversos, aunque, el resto, en un acto de autodefensa social, intentemos simplificar una decisión tan compleja buscando explicaciones monocausales.

El suicidio es un acto individual que conlleva la manifestación de una de las grandes disfunciones de nuestras sociedades: el grupo no ha sabido



proteger al individuo. A veces el motor es la propia sociedad, con sus exigencias incontroladas, la que hace que las capacidades psicológicas y sociales del individuo se vean desbordadas. El descuido generalizado de la salud mental, el pánico que parecen provocar las emociones y sentimientos y el exceso de exigencias (externas, autoimpuestas) pueden ser el catalizador de esta tragedia.

Epidemia del suicidio

Su prevalencia es tan alta en el mundo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la “Epidemia Mundial del Suicidio”¹: cada año 703.000 personas se quitan la vida y se calcula que, en países como España (con 11 suicidios diarios), existen 20 intentos por cada suicidio cometido. Cada una de estas muertes, tal y como señala la OMS, es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países enteros y tiene efectos duraderos en quienes quedan atrás.

No es un problema de países ricos o pobres: aunque es un problema de salud pública en países de todos los niveles de ingresos, la mayoría de los suicidios (77%) se producen en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, la tasa de suicidios es más alta en los países de renta alta (10,9 por

100 000). La pobreza del país aumenta la predisposición, pero no es el combustible esencial.

Es mucho más frecuente entre los varones que entre las mujeres en todo el mundo: globalmente, 12,6 por cada 100.000 varones se quitan la vida frente a 5,4 mujeres por cada 100.000. Esto no significa, sin embargo, que el género nos ponga a salvo: 59.030 mujeres se quitaron la vida en 2019 (datos OMS).

Las mujeres de los países de renta media-baja tuvieron la tasa de suicidio más alta (7,1 por 100 000) en comparación con las mujeres de otros grupos de nivel de renta. En el caso de los varones, los de los países de ingresos altos tuvieron la tasa más alta (16,5 por 100 000). Nacer en un lugar o en otro también nos predispone al suicidio en mayor o menor medida: Lesoto (África), caracterizado por ser el segundo país con mayor tasa de seropositivos (21,1% en 2020, por detrás de Eswatini, con un 26,8%), tiene las tasas de suicidio más elevadas tanto entre hombres como entre mujeres (146,9 suicidios y 34,6 por 100.000, respectivamente, según la OMS²).

El suicidio no conoce límites de edad, aunque es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes: fue la cuarta causa de muerte tanto entre los jóvenes de 15 a 29 años -ambos sexos-, como

1 World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

2 World Health Organization. (2022): The Global Health Observatory. Retrieved from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

entre los de 15 a 19 años. Sin embargo, cumplir años no es una protección: a escala mundial, las tasas de suicidio más elevadas se registran entre las personas de 70 años o más.

A pesar de las cifras referidas, se trata de una realidad poco conocida, ya que los datos no siempre son fiables ni las formas de medición homogéneas entre países; es bastante posible que las cifras sean mucho mayores y que algunas muertes sean catalogadas como “accidentes” para evitar las habladurías e incluso el castigo social. Históricamente, la muerte por suicidio ha sido un tabú al que nadie quiere referirse, e incluso un estigma para todos los supervivientes. No hace tantos años los suicidas eran enterrados en secreto y de forma vergonzosa fuera del recinto del cementerio local. De hecho, el punitivismo social tras el suicidio era tal que las familias optaban por ocultar la tragedia y, en ocasiones, se intentaba incluso olvidar al fallecido. El suicidio se entendía como una afrenta familiar, como una especie de sombra que permanecería sobre la familia y que atentaba contra su nombre.

Viene a mi cabeza la historia de Juana, una mujer manchega que, de haber vivido, rondaría hoy los 90 años. Cuando pasaba esa edad en la que las mozas pasaban a ser consideradas “solteronas” y no apta para el matrimonio, Juana “se cayó por la ventana accidentalmente” tras una fuerte discusión con su padre. Nada más se dijo sobre su muerte, pero familiares y amigos no se reunieron en casa de la difunta para velar su cadáver y hacer compañía a la familia (como era costumbre en el pueblo en el que nació). Si nadie hizo alusión explícita a la causa de la muerte, durante años los murmullos y las habladurías seguirían los pasos de su hermana gemela, coja de nacimiento, siempre bajo el acuerdo tácito de no nombrar a Juana en voz alta. En un pueblo donde era orgullo y costumbre honrar a los muertos, de Juana no se guardaron fotos ni se la volvió a nombrar delante de su padre, aunque la mentira consiguió que la enterraran en el cementerio municipal. Si Juana acabó con su vida, su familia y sus vecinos decidieron acabar con su nombre y su existencia. El resto de los vecinos no sólo fueron testigos mudos, sino cómplices del ostracismo simbólico al que fue condenada tras su muerte.

El control ejercido por la sociedad a veces sobrepasa los límites de la vida.

Las cosas hoy son diferentes, pero no necesariamente mejores. Frente a la connivencia social que silencia el suicidio y el dolor que conlleva (para quien lo comete, para quien lo piensa, para quien lo sobrevive), no nos queda otra que reclamar un abordaje marco de este que es un fracaso social. En sociedades que parecen despreciar la educación emocional y donde la salud mental es relegada a una cuestión menor, reivindicar la necesidad de fortalecer los vínculos sociales y la educación emocional (permitiéndonos pertenecer, por un lado, y reconocer las emociones, los sentimientos y nuestros estados emocionales, por otro) es una urgencia. El suicidio no es una cuestión individual, sino social, que debe ser abordada desde las políticas públicas como un asunto de salud, pero también entendido como un indicador de la ausencia de cohesión y de la disfuncionalidad de la estructura social. No lo estamos haciendo bien.

La incompreensión y la falta de educación sobre las emociones no es una cuestión menor. A lo largo de todo el ciclo vital la sociedad nos invita a ignorar ciertos sentimientos y emociones: no se nos socializa para *sentir*, sino para *ser*. Se espera de nosotros que produzcamos, que actuemos, que reaccionemos, en lugar de limitarnos a *ser*. En el marco del sinfín de las obligaciones de la estructura social, tal y como se concibe, la comprensión de cómo nos sentimos, cómo se sienten los demás y las propias relaciones sociales son relegadas a un segundo plano.

Entre el tratamiento de las emociones incómodas y las necesidades propias y sociales no afrontadas están las que conducen al suicidio. Sólo hablando del suicidio y abordándolo de forma social, compartida, podremos evitar que sea la epidemia que mata a tantas personas cada año y el dolor infinito de los supervivientes (hijos, padres, amigos) que quedan atrás.

Necesitamos hablar de lo que existe, aunque nos de miedo y nos cause dolor; no podemos, como sociedad, permitir que las cifras del suicidio continúen aumentando y que el dolor de las personas quede escondido en números. En este sentido, la comunidad es quizá el recurso disponible contra el último acto de autosabotaje que supone el suicidio. ■

Impacto de la despoblación mundial en la salud para el 2050 y esperanza de vida global

Desde la Revista IIDOS, les compartimos a nuestros lectores un adelanto de dos estudios recientes publicados en la Revista "The Lancet". El primero presenta un análisis demográfico y proyecciones hasta el 2100 en el que se indica el alarmante dato de una tendencia: la despoblación. Y, el segundo, que se desarrolló en 204 países, utilizando 56604 fuentes de datos, y arroja resultados optimistas respecto de la esperanza de vida.



Despoblación mundial

En los próximos 30 años, se espera que el mundo enfrente una tendencia alarmante: la despoblación. Según un estudio reciente publicado en *The Lancet*, la mayoría de los países se encontrarán por debajo del nivel de reemplazo en términos de tasas de fertilidad para el año 2050. Esta situación tendrá repercusiones significativas en diversas áreas, desde la economía hasta la seguridad alimentaria y el equilibrio geopolítico. El estudio publicado por *The Lancet* lleva por título: *Fertilidad global en 204 países y territorios, 1950-2021, con proyecciones hasta 2100: un análisis demográfico integral para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2021*¹. Evaluaciones precisas de la fertilidad actual y futu-

ra, incluidas las tendencias generales y los cambios en las estructuras de edad de la población en países y regiones, son esenciales para ayudar a planificar los profundos desafíos sociales, económicos, ambientales y geopolíticos que estos cambios traerán consigo. Las estimaciones y proyecciones de fertilidad son necesarias para informar políticas relacionadas con las necesidades de recursos y atención médica, la oferta laboral, la educación, la igualdad de género y la planificación familiar y el apoyo. El Estudio de la Carga Global de Enfermedad, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD) 2021 produjo evaluaciones demográficas actualizadas y completas de indicadores clave de fertilidad a nivel global, regional y nacional desde 1950 hasta 2021,

¹ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2900550-6>

y pronosticó métricas de fertilidad hasta 2100 basadas en un escenario de referencia y escenarios alternativos dependientes de políticas clave.

Tendencias demográficas

El estudio proyecta que para el 2100, el 97% de los países y territorios estarán por debajo del nivel de reemplazo en cuanto a tasas de fertilidad. Actualmente, más del 50% de los nacimientos vivos ocurren en el África subsahariana, y se espera que esta región contribuya con más del 50% de los nacimientos vivos del mundo para 2100. La tasa global de fertilidad ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, y se prevé que siga disminuyendo a 1.6 para el año 2100.

La despoblación plantea desafíos económicos, sociales y políticos significativos. Con una fuerza laboral en declive y una población envejecida que requiere cuidados, las sociedades enfrentarán dificultades para mantener el crecimiento económico y garantizar el bienestar de sus ciudadanos. Las soluciones propuestas, como políticas de apoyo a la crianza y la conciliación laboral-familiar, podrían mitigar la situación, pero no resolverán completamente el problema.

Desafíos

Algunos países podrían considerar medidas más drásticas para abordar la despoblación, lo que podría plantear preocupaciones sobre los derechos reproductivos. Sin embargo, la disminución de las tasas de fertilidad también se considera un éxito en términos de acceso a anticonceptivos y oportunidades educativas y laborales para las mujeres.

La despoblación es un desafío complejo que requerirá respuestas a nivel global. Si bien las políticas sociales pueden brindar cierto alivio, es probable que la mayoría de los países permanezcan por debajo de los niveles de reemplazo en términos de tasas de fertilidad. Se necesita una acción concertada para abordar las implicaciones de este cambio demográfico en todos los aspectos de la sociedad global.

Marco conceptual

Las tasas de fertilidad han disminuido drásticamente en todo el mundo desde 1950 y continuarán disminuyendo en casi todos los países y territorios

hasta 2100. Mientras que la civilización humana converge hacia una realidad de baja fertilidad sostenida, las tasas de fertilidad comparativamente altas en algunos países y territorios de bajos ingresos resultarán en una clara división demográfica entre un subconjunto de países de bajos ingresos y el resto del mundo.

Por un lado, las tasas de fertilidad sostenidamente bajas, y la consiguiente contracción y envejecimiento de la población, generarán serios desafíos económicos y una presión creciente sobre los sistemas de salud, los programas de seguridad social y la fuerza laboral.

Por otro lado, un cambio drástico en la concentración de nacimientos vivos desde entornos de ingresos medios y altos hacia entornos de bajos ingresos generará serios desafíos relacionados con el sostenimiento y apoyo a una población joven en crecimiento en algunos de los lugares más afectados por el calor, políticamente inestables, económicamente vulnerables y con sistemas de salud sobrecargados.

En entornos de baja fertilidad, la implementación de políticas pro-natalidad que apoyen a padres e hijos podría proporcionar un pequeño impulso a las tasas de fertilidad, mientras que, en entornos de alta fertilidad, la rápida expansión del acceso a la educación femenina y a anticonceptivos acelerará la disminución de la fertilidad y reducirá la concentración de nacimientos vivos en estos lugares.

Las tendencias futuras en las tasas de fertilidad y nacimientos vivos propagarán cambios en la dinámica poblacional mundial, impulsando cambios en las relaciones internacionales y en el entorno geopolítico, y destacando nuevos desafíos en la migración y las redes de ayuda global. Todos estos problemas requerirán un trabajo enfocado y colaborativo para abordarlos.

El impacto de la despoblación en la salud

La despoblación, como se menciona en el estudio de *The Lancet*, tendrá un impacto significativo en la salud y el financiamiento de la salud pública. Aquí hay un análisis exhaustivo de cómo y cuánto afectará:

1. Presión sobre los sistemas de salud: con una población envejecida que requiere cuidados y una fuerza laboral en declive, los sistemas de salud en-

frentarán una presión creciente. Habrá una mayor demanda de servicios de salud, especialmente para enfermedades crónicas y relacionadas con la edad, lo que requerirá más recursos y financiamiento.

2. Desafíos económicos: la despoblación generará serios desafíos económicos. Con menos personas en la fuerza laboral, habrá menos ingresos fiscales disponibles para financiar los servicios de salud pública. Esto podría resultar en una disminución de la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud.

3. Desafíos sociales: en entornos de baja fertilidad, la implementación de políticas pro-natalidad que apoyen a padres e hijos podría proporcionar un pequeño impulso a las tasas de fertilidad. Sin embargo, estas políticas también requerirán financiamiento, lo que podría desviar recursos de otros servicios de salud.

4. Desafíos en entornos de bajos ingresos: un cambio drástico en la concentración de nacimientos vivos desde entornos de ingresos medios y altos hacia entornos de bajos ingresos generará serios desafíos relacionados con el sostenimiento y apoyo a una población joven en crecimiento en algunos de los lugares más afectados por el calor, políticamente inestables, económicamente vulnerables y con sistemas de salud sobrecargados.

5. Cambios geopolíticos: las tendencias futuras en las tasas de fertilidad y nacimientos vivos propagarán cambios en la dinámica poblacional mundial, impulsando cambios en las relaciones internacionales y en el entorno geopolítico. Esto podría tener implicaciones para la cooperación internacional en salud y el financiamiento de la salud global.

La despoblación presentará desafíos significativos para la salud y el financiamiento de la salud pública. Se requerirá un enfoque global y colaborativo para abordar estos desafíos y garantizar la salud y el bienestar de las poblaciones en todo el mundo.

Esperanza de vida global

El estudio fue financiado por la Fundación de Melina y Bill Gates, y publicado por The Lancet. Se desarrolló en 204 países y se utilizaron 56604 fuentes de datos².

Desde principios de los años 90, se han observado tendencias positivas en la esperanza de vida global, con un aumento total de 7.8 años de 1990 a 2019. La reducción en las muertes por infecciones entéricas y respiratorias inferiores ha contribuido significativamente a este aumento.

Sin embargo, en 2019-21, la esperanza de vida global disminuyó en 2.2 años debido a las muertes por COVID-19. A pesar de esta disminución, se observó un aumento general en la esperanza de vida de 6.2 años durante todo el período de estudio.

Influencia de otras enfermedades

Las tasas cambiantes de mortalidad por VIH/SIDA y malaria han tenido un impacto mixto en la esperanza de vida global. A partir de 2000, se evidenciaron reducciones en la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA, mientras que las reducciones en las muertes por malaria fueron menos sostenidas. A pesar de los desafíos, la esperanza de vida global ha mostrado una tendencia al alza, aunque la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en los últimos años. A continuación desde el IIDOS presentamos a nuestros lectores información adicional:

Periodo	Cambio en la esperanza de vida (años)	Causa principal
1990-2019	+7.8	Tendencias positivas de larga duración
2019-2021	-2.2	Muertes por COVID-19 y OPRM
2019-2021	+0.6	Reducciones en otras enfermedades
1990-2021	+6.2	Aumento general

Causa de muerte	Aumento en la esperanza de vida (años)
Infecciones Entéricas	+1.1
Infección Respiratoria Inferior	+0.9
Accidente Cerebrovascular	+0.8
Enfermedades CMNN	+0.8
Muertes Neonatales	+0.7
Enfermedad Cardíaca Isquémica	+0.7
Neoplasias	+0.6
VIH/SIDA (2000 en adelante)	+0.1
Malaria (2010-2019)	+0.1
COVID-19 (2019-2021)	-1.6

2 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00367-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00367-2/fulltext)

Percepción y tendencias en Argentina y el mundo

En esta oportunidad, desde el IIDOS compartimos a toda nuestra comunidad lectora los resultados de un estudio global de opinión pública realizado por Voices! y WIN International. Allí se exploraron las opiniones y creencias de 33.866 individuos de 39 países alrededor del mundo, y entre otras cosas, el estudio indaga sobre diversos ámbitos relacionados con la salud, entre ellos: el estado físico; el peso; el estrés; y el sueño.

Hallazgos clave

- Argentina experimenta un deterioro en los indicadores de percepción de salud y encabeza el ranking de padecimiento de estrés junto con Perú.
- Las mujeres y los jóvenes son los más afectados en Argentina.
- A nivel global, el 74% de los encuestados se autopercibe como “saludable + muy saludable”.
- Existen diferencias en cómo las mujeres y los hombres perciben su salud a nivel global. El 20% de los hombres se considera “muy saludable”, versus el 14% de las mujeres.
- Los ciudadanos de países africanos son los que se auto perciben “poco o nada saludables” en mayor medida, con 40% de encuestados que así lo señalan.
- Nigeria es el país con la peor autopercepción de salud: la mitad de los nigerianos se considera “poco + nada saludable”.
- Indonesia se destaca por un alto nivel de salud percibido: casi la totalidad de los encuestados (96%) se auto percibe como “saludable o muy saludable”.
- Entre los países de América Latina, México y Paraguay lideran el ranking de países con mejor autopercepción de salud.
- En Argentina, la evaluación que hacen los argentinos de su propia salud es positiva: 7 de cada 10 encuestados (72%) se auto percibe como saludable + muy saludable. Sin embargo, este indicador muestra una tendencia a la baja: desde el 2018 hasta hoy, el porcentaje de argentinos que evalúa positivamente su salud disminuyó 14 puntos (de 86% a 72%).

Evaluación de aspectos de salud

- A nivel global, 7 de cada 10 encuestados (66%) evalúan su estado físico de forma positiva (bastante bueno + muy bueno).
- Las diferencias por género son notorias: el 69% de los hombres a nivel global califica de forma positiva su estado físico, versus el 62% de las mujeres.
- En Argentina, 6 de cada 10 encuestados (61%) tienen una buena percepción de su estado físico. En cambio, un 34% lo evalúa de forma negativa (bastante malo + muy malo).
- La evaluación positiva que hacen los argentinos de su estado físico viene bajando desde las ediciones anteriores del estudio. En el 2018, el 78% de los argentinos evaluaba su estado físico como “bastante bueno + muy bueno”, mientras que el porcentaje disminuyó a 75% en el 2023 y a 61% en esta última medición.
- Este informe destaca la importancia de abordar los problemas de salud en Argentina y en todo el mundo, y subraya la necesidad de tomar medidas para mejorar la percepción de la salud, especialmente entre las mujeres y los jóvenes.

Evaluación del peso y el estrés

PESO

- A nivel global, el 66% de los encuestados califican su peso como “bastante bueno + muy bueno”. Las mujeres tienden a ser más críticas con su peso que los hombres, con un 63% de menciones positivas entre las mujeres frente a un 69% entre los hombres.
- En cuanto a las opiniones por país, Indonesia, Vietnam, Pakistán y la India lideran con alrededor del 90% de los encuestados evaluando positivamente su propio peso.
- En América Latina, Paraguay y México se destacan positivamente, seguidos por Brasil y Ecuador. Argentina y Chile se encuentran por debajo del promedio, y Perú es el país de la región que peor evalúa su peso.
- En Argentina, el 59% de los encuestados evalúa su peso como “bastante bueno + muy bueno”, aunque este indicador ha disminuido un 10% desde 2018.
- Aquellos de nivel socioeconómico más alto y con estudios superiores completos tienden a evaluar su peso más positivamente.

ESTRÉS

- A nivel global, el 66% de los encuestados considera su nivel de estrés como “bastante bueno + muy bueno”. Las mujeres y los jóvenes tienden a evaluar su nivel de estrés de manera más crítica. Argentina y Perú son los países donde peor se evalúa el estrés.
- El 29% de los encuestados a nivel global indica que sufre estrés en su vida diaria “con bastante + mucha frecuencia”. Las y los adultos de 25 a 44 años tienden a padecer estrés con mayor frecuencia.
- En cuanto a las causas de estrés, el 24% de los encuestados a nivel global señala que su trabajo fue lo último que realmente lo estresó, seguido por la falta de dinero (21%) y la familia (19%).

El estrés entre los argentinos

El estrés es un indicador crucial para evaluar el malestar de una población. En la más reciente medición de *Voices!*, se observa que 4 de cada 10 argentinos (36%) evalúan su estrés como “muy + bastante bueno”. Por el contrario, más de la mitad (54%) lo hace de forma negativa, como “muy + bastante malo”.

Este aspecto de la salud se encuentra más alejado del promedio global, con una distancia de 30 puntos, y es un indicador que también viene empeorando en Argentina: el 42% de los argentinos evaluaba su estrés de forma positiva en la medición anterior del estudio, versus el 36% en la medición actual.

La evaluación negativa del estrés crece entre las mujeres (59% versus 48% entre hombres) y los adultos de 25 a 34 años (60%), y se dispara entre los jóvenes de 18 a 24 años (72%). En cuanto a la zona de residencia, los residentes de CABA y GBA son más críticos a la hora de evaluar su propio estrés (62% de menciones negativas en el primer segmento y 59% en el segundo), versus los del interior del país (51%).

Evaluación del sueño

- 7 de cada 10 encuestados a nivel global (68%) evalúa positivamente su sueño (70% entre los hombres vs. 66% entre mujeres). En cambio, 3 de cada 10 lo califica como malo + bastante malo.
- En la Argentina, son el 60% de los encuestados los que tienen una opinión positiva respecto de su propio sueño, evaluándolo como un aspecto bueno + bastante bueno de su salud. En cambio, 36% lo evalúa de forma negativa.
- La evaluación positiva del sueño crece entre los

hombres argentinos (65% vs. 55% en mujeres), a mayor edad de los encuestados (52% en jóvenes de 18 a 24 años, 59% en adultos de 25 a 49 años, 64% entre los de 50 a 64 y alcanza a 68% de los de 65 años y más), mayor nivel educativo alcanzado (58% entre los que poseen solo primaria completa, 59% entre aquellos que tienen estudios secundarios y 66% entre los que completaron un nivel superior de estudios), y a mayor nivel socioeconómico (58% en DE, 61% en C2C3 y se dispara a 74% entre los de ABC1). ■

Aspecto	Argentina 2023	Global 2023	País que lo evalúa mejor	País que lo evalúa peor
Salud en general	72%	74%	Indonesia (96%)	Nigeria (50%)
Estado físico	61%	66%	Indonesia (94%)	Serbia (36%)
Peso	59%	66%	Indonesia (94%)	Perú (35%)
Estrés	36%	66%	Paraguay (97%)	Argentina (36%)
Sueño	60%	68%	Indonesia (92%)	Nigeria (43%)

Fuentes: Encuesta Global de WIN. VOICES! en Argentina

ISO 9001-2015

OSDEPYM OBTUVO LA RECERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

OSDEPYM logró la recertificación de la norma ISO 9001/2015 de Gestión de Calidad, con validez local e internacional, de la que IRAM participó como ente certificador, llevando adelante las auditorías y el otorgamiento del certificado respectivo.

En esta oportunidad, además de recertificar los procesos de “Administración de altas y bajas de afiliados”, “Autorización de prácticas médicas y consultas relacionadas” y “Atención administrativa de pacientes en Centros Médicos propios”, la obra social obtuvo la certificación del proceso de “Comercialización de Planes Pymes y Atención Postventa” en la sucursal de Morón, sita en la calle 25 de Mayo 360 de dicha localidad, y en sus oficinas ubicadas en Tucumán 432, Piso 2, CABA.

Este reconocimiento ha sido el resultado de la actualización y el perfeccionamiento de los procesos operativos de OSDEPYM, para que éstos continúen siendo eficaces, medibles y controlables, basados en un modelo orientado a la Mejora Continua y a la consolidación de sus Políticas de Calidad. ■

RESULTADOS

ENCUESTA DE CALIDAD EN CENTROS MÉDICOS OSDEPYM

La encuesta de calidad realizada durante el último cuatrimestre de 2023, respecto de la atención recibida en los Centros Médicos OSDEPYM, arrojó los siguientes resultados:

- El 90% de los pacientes recomendaría los Centros Médicos a otra persona.
- Más del 90% de los encuestados dijeron estar satisfechos con los siguientes aspectos: trato y cordialidad telefónica, desempeño del profesional médico, y trato y cordialidad en la recepción.
- El 99% destacó la comodidad y la limpieza de las instalaciones.
- Por último, el 70% de los pacientes se mostraron conformes con la disponibilidad en los turnos médicos para la sede de Microcentro, y un 90% en promedio para las sedes de Lomas de Zamora y Morón.

La percepción de nuestros usuarios no hacen más que reforzar nuestro compromiso diario con la calidad del servicio. ■

NUEVO CONVENIO

OSDEPYM Y EL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE MISIONES

El 1º de marzo del 2024, OSDEPYM firmó un convenio con el Colegio de Abogados de la Provincia de Misiones, para brindar cobertura médica a todos sus colegiados. ■

IIDOS

IIDOS SE PROYECTA AL INTERIOR DEL PAÍS

Con mucho orgullo les informamos que la Lic. Yanina Zanarini, secretaria académica del Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM, fue convocada por el Fiscal Dr. Francisco Javier Pascua, director del Grupo Diálogo y Debate, como expositora principal acerca del tema de Discapacidad en una actividad desarrollada en la provincia de Mendoza. La proyección del enfoque y propuesta del IIDOS a nivel nacional comprende una visión federal y desde el abordaje de campo. ■

LA PUBLICACIÓN
DE LA REVISTA DE IIDOS,
ES POSIBLE GRACIAS
AL APOYO DE:





Plan 2500 | Plan 4000

**Disfuté de un 30%
de descuento en los
primeros 6 meses** para
menores de 50 años

Realizá tu consulta ahora

0800-288-8432 | osdepym.com.ar | [f](#) [@](#) [▶](#) [in](#)

 **OSDEPYM**
TE ESTAMOS CUIDANDO