



INGRESO BÁSICO UNIVERSAL

Los experimentos sociales –públicos y privados– sobre un ingreso básico para todos y sin condiciones ni contraprestaciones cobraron fuerte impulso en los últimos años a partir del temor al fin del empleo; un debate que divide aguas de manera transversal y empieza a llegar a las plataformas políticas

S O Ñ A R

**en cada
latido**



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.boenosaire.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72563) - www.sssalud.gov.ar - R.N.O.S. 4-0050-0. R.N.E.M.P. (Prox.) 1408. "La imagen de la figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente".



En esta edición abrimos una ventana a un debate que crece en el mundo y que tuvo el año pasado un pico de interés por la cantidad y diversidad de experimentos públicos y privados que comenzaron o se anunciaron ese año: la renta básica universal. El ingreso mínimo garantizado por ser humano, sin condiciones ni contraprestaciones, ya tuvo un experimento de escala nacional en Finlandia, cuyas conclusiones definitivas se esperan para finales de este año. Impulsores y críticos de la iniciativa enfocan sus argumentos en torno del costo, la financiación y el impacto que la renta universal podría tener en el trabajo y la innovación. El minimum income, sobre el que existen referencias históricas remotas y algunos ensayos recientes poco conocidos, es propuesto como solución al avance de la inteligencia artificial que elimina puestos de trabajo y como una alternativa para la reforma del estado de bienestar.

También destacamos en tres artículos diferentes los aportes que la Universidad ISALUD está haciendo al debate público con investigaciones académicas de gran reconocimiento. En esa línea, presentamos el libro *Gasto Catastrófico en Salud*, editado junto con Prosanity Consulting y el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Cemic); publicamos la presentación que dos docentes de la Universidad hicieron en el Senado nacional en nombre de la Asociación de Economía de la Salud (AES) sobre el impacto económico de la legalización del aborto; e incluimos un resumen del documento final del proyecto de investigación *Real World Evidence in healthcare decision making: Global trends and case studies from Latin America*, desarrollado por ICON plx y en cuya elaboración participó ISALUD. También abordamos un relevamiento de Rissalud de los planes de fomento de profesionales de la enfermería

en varios países de la región y las diferentes estrategias instrumentadas para apuntalar la oferta de un recurso clave para los sistemas de salud.

Nos detenemos en el cruce entre la economía y la psicología con dos interesantes aportes. Un artículo que clasifica los sesgos cognitivos que contribuyen a la repetición sistemática de errores en la atención de la salud y una entrevista con el economista y escritor Martín Tetaz, que se enfoca en la economía del comportamiento. Además, planteamos también la oportunidad de la mediación como alternativa para resolver los conflictos antes de que se conviertan en costos juicios.

Desde ISALUD Uruguay se advierte sobre la creciente preocupación por la adicción de jóvenes y adultos a los videojuegos, que empieza a ser considerada como una patología. El rector en su columna nos propone pensar sobre facilismo y utopía que nos llevó como país a vivir por encima de nuestras posibilidades y nos enfrenta recurrentemente con la inflación, la deuda, la ineficiencia y una creciente desigualdad. En la serie de artículos sobre educación superior, nos detenemos esta vez en la evaluación y la oportunidad que implica para el aprendizaje. En la sección de graduados conversamos con el diputado nacional Sergio Wisky que preside la comisión de Salud en la cámara baja. Y los mantenemos actualizados del proceso de autoevaluación de nuestra Universidad.

Ginés González García

**RECTOR HONORARIO
UNIVERSIDAD ISALUD**



PRESIDENTE FUNDACIÓN ISALUD
Ginés González García
RECTOR
Rubén Torres
VICERECTOR
Eugenio Zanarini

Revista [i]salud

DIRECCIÓN GENERAL
Eugenio Zanarini
COORDINACIÓN EDITORIAL
María Belén Gimenez
Nicolás Rosenfeld
COORDINACIÓN DE CIENCIA Y TÉCNICA
Martín Langsam
COMITÉ EDITORIAL
Ginés González García
Rubén Torres
Alberto Cormillot
Silvia Gascón
Claudia Madies
Armando Reale
COLUMNISTAS
Rubén Torres
Carlos Díaz
PUBLICIDAD
Daniel Di Scala
PRODUCCIÓN EDITORIAL
Ensamble Gráfico
EDICIÓN PERIODÍSTICA
CTZ Contenidos
EDICIÓN DE DISEÑO
Daniel Boccardo

Revista [i]salud

es una publicación de
Universidad ISALUD
Venezuela 925/31
C1095AAS, Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-4000
Fax: (54-11) 5239-4003
correorevista@isalud.edu.ar

ISSN: 1850-0668

Las opiniones vertidas en esta publicación son responsabilidad absoluta del/los autor/es o el/los entrevistado/s y no necesariamente reflejan las ideas de Universidad ISALUD.

Aportes, opiniones, críticas, sugerencias y elogios se reciben en la dirección especialmente dedicada a los lectores:
correorevista@isalud.edu.ar

EN ESTA EDICIÓN



Escanee el código QR y lea el contenido de esta edición en su celular o tablet

- 6** *Seguridad social*
Renta Básica Universal
¿alternativa válida en un mundo sin empleo?
- 12** *Columna del Rector*
Facilismo y utopía
Por Rubén Torres
- 14** *Entrevista*
Martín Tetaz: “Muchos fenómenos de la salud tienen que ver con la economía del comportamiento”
- 18** *Decisiones médicas*
Economía, psicología y decisiones médicas: enfrentando una racionalidad restringida
Por Martín A. Morgenstern
- 22** *Autoevaluación*
Nuevo proceso de evaluación institucional: ISALUD se mira en el espejo
- 24** *Financiamiento*
Gasto catastrófico: información y transparencia para la toma de decisiones
- 28** *Recursos humanos*
Las políticas públicas de desarrollo de la enfermería en las Américas
- 32** *Evaluación de tecnologías sanitarias*
El uso de la evidencia del mundo real (RWE) en la toma de decisiones sanitarias
Tendencias globales y estudios de caso de América latina
- 38** *Graduados ISALUD en gestión*
Sergio Wisky: “El sistema sanitario se gestiona como a mediados del siglo pasado”
- 42** *Justicia*
Mediación: la mejor alternativa para resolver los conflictos
Por Alicia M.E. Gallardo
- 46** *Educación superior*
Evaluar para el aprendizaje: las retroalimentaciones como oportunidad para continuar aprendiendo
Por Silvia Rebedo de Zambonini, María José Sabelli y Marta Tenutto
- 52** *ISALUD Uruguay*
Los videojuegos, una adicción sin sustancias
Por Cecilia Hackembruch
- 56** *Debate*
¿Cuánto le costará al sistema de salud la legalización del aborto?
Por Sonia Tarragona y Malena Monteverde
- 66** *Indicadores*
Datos socio-económicos
- 76** *Académicas*
Cursos, convenios, actividades, exposiciones y todas las novedades de la vida académica en ISALUD

TRABAJO ACADÉMICO

- 67** *Especialización en Economía y Gestión de la Salud*
La gestión en las unidades de cuidados intensivos
Por Carlos Alberto Díaz



0810-555-SALUD (72583) sancorsalud.com.ar



RENTA BÁSICA UNIVERSAL

¿ALTERNATIVA VÁLIDA EN UN MUNDO SIN EMPLEO?

Los experimentos sociales -públicos y privados- sobre un ingreso básico para todos y sin condiciones ni contraprestaciones cobraron fuerte impulso en los últimos años a partir del temor al fin del empleo; un debate que divide aguas de manera transversal y empieza a llegar a las plataformas políticas

La renta básica universal se define como un pago pequeño, regular e incondicional para cada residente legal en una comunidad y se entiende como un derecho independiente del nivel de ingreso, la condición de empleo o el status social. El concepto, cada vez más difundido, recibió distintos nombres en el mundo: renta básica incondicional, ingreso ciudadano, *universal demogrant* o *basic income*.

Presentada como una solución alternativa a la crisis que se avecina por el impacto en el empleo de la adopción de la inteligencia artificial, algunos también la proponen como remplazo del estado de bienestar o como una solución para la crisis del capitalismo porque la automatización a gran escala no sólo

eliminaría millones de puestos de trabajo sino que también restaría miles recursos al consumo e impactaría también en la economía.

Finlandia y Holanda fueron los primeros países en encarar sus experimentos sociales, lo mismo que la provincia canadiense de Ontario y los estados de Alaska y California, en los Estados Unidos. No es una asignación universal por hijo o familiar, ni tampoco una transferencia directa a los pobres: es un salario mínimo por ser humano. En los países en desarrollo hay ensayos similares -aunque no siempre estatales porque también hay ONG con capacidad para experimentar-, como lo confirman los casos de Kenia, Uganda y la India.

En la Argentina, uno de los primeros

en abordar públicamente el tema fue el economista Eduardo Levy Yeyati, que fue coordinador del Consejo Presidencial Argentina 2030, un grupo de intelectuales que se reúne periódicamente con el presidente Mauricio Macri para analizar la agenda de futuro.

En un artículo publicado en 2017, Levy Yeyati recordó algunos de los antecedentes remotos del salario universal: “‘Debemos crear empleo y debemos crear ingreso. El pueblo debe convertirse en consumidor de una manera o de otra. La solución de la pobreza es abolirla directamente mediante el ingreso garantizado’. La frase es de Martin Luther King y está incluida en su último libro, *Adónde vamos: ¿caos o comunidad?*. King no fue el primero en pedir un ingreso universal; entre sus precursores se cuentan el califa Abu Bakr, suegro de Mahoma; el pensador utópico Thomas More [menciona el modelo en su libro *Utopía*]; el revolucionario estadounidense Thomas Paine (versionando el seguro social de su amigo el marqués de Condorcet); o el filósofo libertario y Nobel de Literatura Bertrand Russell”, enumeró Levy Yeyati

Ensayos de renta básica universal



(Un ingreso universal que compense la pobreza y el desempleo, diario La Nación, 01/02/2017).

Una historia amplia de esta idea va desde el siglo XVI, de un ingreso básico, hasta entrado el siglo XXI, pasando por la aparición del ingreso incondicional, en el siglo XVIII, y la combinación de ambas ideas -básico e incondicional- en el XIX. (*History of basic income*, basicincome.org)

En los tiempos actuales, uno de los autores que con más éxito (al menos en libros vendidos) popularizó la idea fue el holandés Rutger C. Bregman. Nacido en 1988, este escritor e historiador formado en la Universidad de Utrecht destacó la idea en su libro *Utopía para realistas: cómo podemos construir un mundo ideal* (2017). En esa obra propuso tres grandes ejes para alcanzar el objetivo del libro: el pago de una renta universal e incondicional a todos los ciudadanos, una semana laboral de 15 horas y la apertura de las fronteras a la libre circulación de personas.

Entre 1968 y 1980 se realizaron cinco experimentos para evaluar el impacto de un ingreso anual garantizado en América del Norte. La más popular de esas investigaciones se realizó entre 1974 y 1979 en la pequeña localidad de Dauphin, en la provincia canadiense de Manitoba, donde participaron unos 1000 residentes sobre una población de 10.000

En su libro, Bregman cita el proyecto de ingreso universal para familias pobres evaluado por el presidente estadounidense Richard Nixon en 1969 a partir de una idea sugerida por los economistas John Kenneth Galbraith, Harold Watts, James Tobin, Paul Samuelson y Robert Lampman en una carta abierta al Congreso que fue firmada por unos mil profesionales. Entonces se encaró un experimento sobre 8500 personas que recibieron 1600 dólares de entonces (unos 10.000 dólares actuales) y que

buscó responder las tres preguntas que se plantearon (y se siguen planteando en los ensayos posteriores): ¿Las personas trabajarían significativamente menos con un ingreso garantizado? ¿Costaría demasiado el programa? ¿Sería políticamente viable? Según Bregman, las respuestas surgidas del experimento fueron no, no y tal vez. Pero Nixon, que ya pensaba universalizar la experiencia en su *Plan de Asistencia Familiar*, cambió de idea y el proyecto no prosperó (*Nixon's Basic Income Plan*, revista Jacobin, 05/05/2016).

Divulgadores

Otros autores divulgadores de la renta básica son Phillippe Van Parijs y Yannick Vanderborght, que en 2017 publicaron *Basic Income, a radical proposal for a Free Society and a Sane Economy*, y Guy Standing, autor del libro *El precariado*, concepto con el que se refiere a las personas que viven la incertidumbre constante al depender de empleos inestables o

ayudas sociales insuficientes. Para Standing (cofundador de Basic Income Earth Network), la solución a esa situación es la renta básica universal. En un artículo publicado este año en *The Economist*, Standing sostiene que la renta básica no es consecuencia de la inteligencia artificial sino que se basa centralmente en razones éticas relacionadas con la justicia social, la libertad individual y la necesidad de una seguridad básica (*Why the world should adopt a basic income*, economist.com, 04/07/2018).

Entre los escépticos, o al menos precavidos, el filósofo político Brain Barry es uno de los más citados: “No hay una simulación de impuestos y prestaciones, por muy concienzudamente que se lleve a cabo, capaz de dar cuenta de los cambios de comportamiento que se producirían en un régimen alterado. Un ingreso básico de subsistencia situaría a la gente ante un conjunto de oportunidades e incentivos totalmente diferentes de los que tiene ante sí en la actualidad. Podemos suponer la forma en que la gente reaccionaría, pero sería irresponsable fingir que manipulando un montón de números con un ordenador podemos convertir algo de lo que hacemos en ciencia rigurosa” (Loek Groot, *Renta básica ¿Algo a cambio de nada?*, El País, 10/09/2016).

Entre 1968 y 1980 se realizaron cinco experimentos para evaluar el impacto de un ingreso anual garantizado en América del Norte. La más popular de esas investigaciones se realizó entre 1974 y 1979 en la pequeña localidad de Dauphin, en la provincia canadiense de Manitoba, donde participaron unos 1000 residentes sobre una población de 10.000. Cada habitante recibió un *minimum income* (por eso el experimento se conoce como Mincome) de 16.000 dólares anuales (a valores actuales) de parte del go-

La opinión de los innovadores



Stewart Butterfield, Slack

“No tiene por qué ser mucho, pero ofrecerle a la gente incluso una red de seguridad muy pequeña generaría un enorme espíritu emprendedor porque si uno no puede permitirse tomar riesgos, generalmente no correrá ningún riesgo”



Mark Zuckerberg, Facebook

“Los mayores éxitos provienen de tener la libertad de fallar. Ahora es el momento de definir un nuevo contrato social para nuestra generación. Deberíamos explorar ideas como el ingreso básico universal para darles a todos un colchón para probar cosas nuevas”

La experiencia más reciente, famosa y también más hermética, se realizó en Finlandia y terminó su fase pocos meses atrás. La iniciativa había comenzado en enero de 2017 y terminó la primera fase prevista sin que se anunciase ningún tipo de continuidad

bierno sin ninguna contraprestación específica.

La economista Evelyn Forget investigó aquella experiencia -cuyos efectos nunca fueron suficientemente documentados, en parte porque el presupuesto del proyecto original terminó siendo escaso- y expuso algunos de sus resultados. En un *paper* publicado en 2011 abundó en el impacto positivo que el Mincome tuvo en la salud de la población (*The Town with No Poverty: The Health Effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment*, Canadian Public Policy, Vol. 37, No. 3).

Bregman no cree que la renta básica vaya a reemplazar al estado de bienestar europeo, donde la salud y la educación pública son claves, sino

que lo va a renovar sobre todo en aspectos como los subsidios al desempleo, que se convirtieron en un esquema muy burocrático y paternalista.

De Manitoba a Finlandia

A más de 40 años del experimento de Manitoba, otra provincia canadiense, Ontario, lanzó en 2017 una nueva prueba piloto de renta básica universal. El experimento se extenderá durante tres años y alcanzará a 4000 personas de entre 18 y 64 años elegidas al azar en las ciudades de recibirán un ingreso Hamilton, Thunder Bay y Lindsay. La provincia francófona de Quebec también dio algunos pasos al respecto y encargó un reporte preliminar a un Comité de Expertos sobre el tema que ya produjo el informe: *The Concept of Guaranteed Minimum Income and its applications*.

Aunque por razones más amplias que las sociales -la geopolítica en primer lugar-, Alaska también tiene una renta básica universal cuyo impacto está siendo estudiado como posible modelo a seguir. En 1976 se creó el Fondo Permanente de Alaska que se nutre de ingresos provenientes de

**Bill Gates, Microsoft**

“El mundo todavía no está preparado para el ingreso básico universal. Con el tiempo, los países serán lo suficientemente ricos como para implementarlo. Sin embargo, todavía

tenemos mucho trabajo por hacer: ayudar a las personas mayores y a los niños con necesidades especiales e incorporar a más adultos a la educación”.

**Elon Musk, Tesla Motors y SpaceX**

“Hay una gran probabilidad de que tengamos un ingreso básico universal, o algo así, debido a la automatización. No estoy seguro de qué otra cosa podría hacerse. Creo que eso es lo que sucederá”

**Richard Branson, Virgin Group**

“Con la aceleración de la inteligencia artificial y otras nuevas tecnologías. El mundo está cambiando rápidamente. Se crearán

muchas nuevas e interesantes innovaciones que generarán muchas oportunidades y mucha riqueza. Pero existe el peligro real de que se reduzca la cantidad de empleos. Esto hará aún más importantes en los próximos años los experimentos con ideas como el ingreso básico. Si la inteligencia artificial crea mucha más riqueza, lo menos que el país debería poder hacer es que gran parte de esa riqueza vuelva a asegurar que todos tienen una red de seguridad”

las explotaciones mineras y de gas y asegura la distribución de un ingreso de alrededor de 2000 dólares anuales por habitante. El fondo comenzó a pagar esa renta en 1982 y un estudio reciente demostró que las tasas de empleo a tiempo completo no se vieron reducidas y que, además, aumentó el trabajo a tiempo parcial (*The Labor Market Impacts of Universal and Permanent Cash Transfers: Evidence from the Alaska Permanent Fund*, NBER Working Paper, N° 24312, febrero de 2018).

Pero la experiencia más reciente, famosa y también más hermética, se realizó en Finlandia y terminó su fase pocos meses atrás. La iniciativa había comenzado en enero de 2017 y terminó la primera fase prevista sin que se anunciase ningún tipo de continuidad. Durante dos años, con un presupuesto de 20 millones de euros, unos 2000 desempleados de entre 25 y 58 años elegidos al azar entre 175.000 personas que recibían algún tipo de subsidio por desempleo recibieron una renta básica de 560 euros mensuales. Los participantes siguieron percibiendo el ingreso experi-

mental incluso cuando consiguieron trabajo. Kela, el organismo de seguridad social finlandés esperaba ampliar el experimento pero el gobierno del país decidió cancelar cualquier nueva fase. Los resultados preliminares del experimento se conocerán a finales de 2018 pero el informe definitivo demorará algunos meses más (*Experimental study on a universal basic income, kela.fi*).

También del norte de Europa es la experiencia que se desarrolla en Utrecht, Holanda, donde desde 2017 unos 250 ciudadanos comenzaron a recibir 1100 dólares por mes por un período de prueba de dos años. Los participantes se dividen en seis grupos que reciben montos variables según realicen distintos tipos de trabajo, voluntarios o no. En Escocia el gobierno nacionalista impulsa una prueba de renta universal que aún no está instaurada porque la seguridad social es competencia no delegada del Reino Unido. En ese aspecto, la cuestión se cruza con el reclamo independentista.

También hubo ensayos a escala más pequeña en ciudades como el reali-

zado por el gobierno municipal de Livorno, Italia, donde 100 personas percibieron un ingreso mensual de \$ 537 euros durante seis meses en 2017. En Suiza, la idea fue sometida a referéndum en 2017 y rechazada por la mayoría de los votantes.

El Parlamento Europeo viene relevando periódicamente estas iniciativas y publicándolas en diversos reportes: *Minimum Income Policies in EU Members States*, de 2017, donde se recogen los casos de Finlandia, Holanda y Suiza; *The role of minimum income for social inclusion in the European Union 2007–2010*, de 2011, y *The Role of Minimum Income for Social Inclusion in the EU*, de 2007.

La Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), el club de países al que el presidente Mauricio Macri pretende asociar la Argentina, presentó en 2017 un análisis sobre el eventual impacto de la renta básica en cuatro países: Reino Unido, Italia, Finlandia y Francia. Allí cita una encuesta realizada en los 28 integrantes de la Unión Europea donde el 68% de los ciudadanos dice apoyar la idea

de un salario universal. Una conclusión de ese trabajo es que sería imposible desarrollar un sistema de estas características sin una reforma impositiva profunda porque no se podría financiar sin nuevos impuestos. “Sin más impuestos, una renta básica sin impacto en el presupuesto estaría muy lejos de erradicar la pobreza, y una renta básica que alcanzase el umbral de la pobreza sería muy cara”, definió el trabajo (*Basic income as a policy option: Can it add up?*, www.oecd.org/employment/future-of-work.htm).

Iniciativas privadas

También hay una gran multiplicidad de iniciativas privadas que, lógicamente, son más acotadas. En 2004, con la Iglesia Evangélica Luterana de Namibia como eje, una gran coalición de iglesias, sindicatos y ONG llevó adelante una experiencia singular: entregó el equivalente a 10 dólares mensuales a unos 1000 residentes de Otjiveero durante dos años. El experimento confirmó una caída de la pobreza, la mejora en la actividad económica, en la salud pública, la escolarización y el mercado de trabajo (el ingreso permitía desplazarse para buscar empleo o arriesgarse a emprender una actividad cuentapropista). El caso está explicado en un capítulo del libro *Basic Income Worldwide*, de Matthew C. Murray y Carole Pateman, que recoge diversas experiencias o proyectos de todo el mundo.

Women’s Association (SEWA) con fondos de Unicef en el estado indio de Madhya Pradesh entre junio de 2011 y noviembre de 2012. Se eligieron de manera aleatoria ocho pueblos, y a cada adulto se le asignaba 200 rupias el primer año del ensayo y 300 durante el segundo. Los resultados se cotejaron con 12 pueblos que funcionaron como grupos de


También hubo ensayos a escala más pequeña en ciudades como el realizado por el gobierno municipal de Livorno, Italia, donde 100 personas percibieron un ingreso mensual de \$ 537 euros durante seis meses en 2017. En Suiza, la idea fue sometida a referéndum en 2017 y rechazada por la mayoría de los votantes

control. Esa investigación también aportó datos en la misma dirección: que en el mercado laboral se desplazó mano de obra asalariada al empleo por cuenta propia, cayó la emigración y aumentó el ingreso relativo de las mujeres. Hubo también una caída del llamado *bonded labour* o trabajo de servidumbre que se realiza para pagar deudas (Guy Standing, *India’s Experiment in Basic Income Grants*, GD, Vol. 3, N°5, noviembre de 2013).

Otro caso encabezado por una ONG es el registrado en Kenia y frecuentemente citado en los artículos sobre renta universal. Givedirectly.org, una plataforma que permite el envío directo de dinero a personas que viven en la extrema pobreza y promete información rigurosa sobre el uso de esos recursos, está realizando desde 2017 varios estudios paralelos de largo plazo. Residentes de cuarenta aldeas recibirán unos 23 dólares mensuales durante 12 años; residentes de otras ochenta aldeas recibirán la misma cantidad pero sólo por dos años y residentes de otras cien aldeas no recibirán dinero pero serán relevados. Similar es la experiencia lanzada en 2017 por *Basic Income Eight Network* en cincuenta hogares de la aldea de Fort Portal, en Uganda, que durante dos años recibirán ocho euros semanales por cada adulto con dos niños y será analizado en un repor-

te científico y documentado en el film Village-One.

En Oakland, California, la aceleradora de emprendimientos de Silicon Valley Y Combinator -que lidera Sam Altman- anunció en 2016 que pagará durante dos años 3000 sueldos mensuales a personas de distintos niveles socioeconómicos que no tendrán como requisito permanecer en los Estados Unidos. Un grupo de 1000 individuos recibirá 1000 dólares mensuales y el otro, integrado por 2000 y considerado el grupo de control, sólo 50 dólares. El estudio persigue un objetivo claro: ¿Qué pasa con la calidad de vida de la gente y su motivación para trabajar cuando recibe dinero gratuitamente y sin condiciones?

Curiosamente, la renta básica tiene impulsores y críticos a izquierda y a derecha. Como en otros temas, aquí el corte es transversal a las categorías que tradicionalmente han ordenado las ideas, en general, y las ideas políticas en particular. Más allá de la evidente cuestión del financiamiento (quién pagará la cuenta), Levy Yeyati proponía en aquel artículo de 2017 al menos dos problemas morales que tiene el salario universal: el primero, ¿debería pagarse sólo a los que tienen un empleo registrado, como complemento y premio al esfuerzo, o a todos, incluso a los que no tienen ninguna intención de trabajar? Y el segundo, ¿debería recibir más el que menos tiene, todos lo mismo o más quien más trabaja? Hay abundante bibliografía y una base considerable de experimentación a pequeña escala y algunos experimentos regionales además del caso particular de Finlandia. Probablemente falte algún tiempo de maduración y bastante debate político, económico, cultural y social. Y después, un Estado que dé el primer paso. 

“Trabajamos
día a día
para mejorar
la calidad de vida
de las personas”



SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes podrán enviar documentación y conocer el estado de entrega de su medicamento en cualquier momento y lugar.

✓ Más accesible

✓ Más seguro

✓ Más confiable



FACILISMO Y UTOPIA



Por Rubén Torres

La ausencia de un plan estratégico de desarrollo que oriente políticas y dé sentido a las decisiones de financiamiento, y un pensamiento que imagine modelos de crecimiento adaptados a nuestras potencialidades e integrado al mundo, constituyen un gran déficit para nuestro país.

Como toda sociedad tenemos aspectos característicos de la especie humana: corrupción, homicidios, robos, crisis económicas, ignorancia, personas agresivas, impulso a la confrontación y políticos demagógicos, entre otras. Lo que cambia es que lo tenemos en abundancia máxima. Clemenceau, estadista francés, decía en 1910: “La economía argentina sólo crece porque de noche políticos y empresarios están durmiendo y no pueden robar. Mientras el trigo crece y las vacas fornican con lujuria”.

En la historia argentina predominan las iniciativas confrontativas: unitarios o federales, peronistas o gorilas, neoliberales o populistas. Mientras tanto, los economistas recitan enunciados de macroeconomía, pero ninguno dice (¿o sabe?) cómo generar crecimiento inteligente y sostenido de la economía real, esa que produce, vende, compite, genera empleos genuinos y requiere incentivo de políticas.

Ese pensamiento parece vedado por la academia y la política. Así, los gobiernos, con mayor o menor convicción, en sus niveles nacional, provincial y municipal reemplazan los empleos que no genera la economía por empleo público para quienes están cerca del

poder, mientras el resto va cayendo a la economía informal o se pauperiza.

Al calor de ventajas naturales o coyunturales (abundancia de *commodities* alimentarios, beneficios derivados de una guerra mundial, en la que no participamos, etc.), y la acción del primer peronismo, se desarrollaron importantes derechos sociales, luego no correspondidos con las indispensables eficiencia y productividad.

La consecución de logros y privilegios, en todos los niveles sociales, con poco esfuerzo, derivó en un “facilismo” que nos llevó como país a vivir desde hace décadas, por encima de nuestras posibilidades. Lo pagamos con inflación, deuda para consumo, empresarios y dirigentes ineficientes, y una desigualdad social creciente, disimulada u oculta tras una petulancia superficial (leamos a Ortega: “El argentino vive atento, no a lo que efectivamente constituye su vida, no a lo que de hecho es, sino a una figura ideal que de sí mismo posee. El argentino se gusta a sí mismo, le gusta la imagen que de sí mismo tiene”), y la defensa de derechos, soslayando obligaciones (“Los habitantes respetables del país ayudan invariablemente al delincuente a escapar, parecería que el hombre hubiera pecado contra el gobierno y no contra el pueblo”, Charles Darwin, 1933).

Desde una clase política que no resigna privilegios ni dimensiones, (“producir por dos y gastar por cuatro, tomando un préstamo por la diferencia parece ser el lema de los argentinos. Son responsables de esto gobierno y gobernantes; el primero porque ha olvidado que el gobierno educa al pueblo, y la imi-

tación corre de arriba abajo, el gobernante impone con su lujo personal la regla del lujo que estimula y excita a los que pueden y a los que no pueden gastarlo”; Rodolfo Rivarola, Revista Argentina de Ciencias Políticas, 1913), pasando por una clase media que se considera víctima principal del ajuste, cuando se registran récords de turismo interno y venta de automóviles, de las cuales es principal protagonista.

“No hay ciudad del mundo donde resalte de tal modo la fiebre del llegar, del conseguir. La lucha por el dinero tiene aquí mayor vivacidad que en los pueblos del Norte, ... exagerar ganancias, engañar, sorprender, manipular cosas imaginarias”, decía de Buenos Aires José María Salvatierra, en 1911. En todas las clases sociales hay gente que actúa diferente y es reservorio de virtudes sociales, pero no hacen tendencia, ni cultura hasta ahora.

Desde su origen, el país confunde lo que verdaderamente es con sus deseos: pensamos que nuestros deseos son reales y el desfase entre vivir como “deseamos” y como “podemos” signó la historia argentina. El desencuentro entre lo que somos y lo que queremos ser cruza nuestra historia. Se cristalizaron así dos sociedades: una pequeña que vive con estándares del primer mundo, y otra cada vez más amplia que se aleja de los beneficios del primero, sus servicios y productos, y se empobrece hasta el límite de la civilización.

Hay que tomar conciencia de que estamos mal. Debemos crecer, adquirir la capacidad de debatir entre múltiples actores informados e inspirados en la búsqueda del bien común, la construcción del lugar al que queremos llegar, el cómo y en qué condiciones edificaremos una patria, un hogar común para todos. Para ello, y por mucho tiempo, una parte de la sociedad tendrá que llevar una vida menos glamorosa y de mayor productividad y ahorro.


“La consecución de logros y privilegios, en todos los niveles sociales, con poco esfuerzo, derivó en un “facilismo” que nos llevó como país a vivir desde hace décadas, por encima de nuestras posibilidades. Lo pagamos con inflación, deuda para consumo, empresarios y dirigentes ineficientes, y una desigualdad social creciente, disimulada u oculta tras una petulancia superficial”

Para que podamos hacer rutas, urbanizar villas y dar salud de calidad a todos deberán postergarse la estética de nuestras ciudades; las inconcebibles jubilaciones de la justicia; la creación de organismos multitudinarios que defienden derechos de tercer orden, cuando no podemos garantizar los de primero.

Para impulsar sectores económicos nuevos, otros deberán perder sus beneficios. Para controlar los gastos y la eficiencia de la inversión pública habrá ruido en las calles, de aquellos que pretenden un estado más grande, aunque no cumpla ninguna de sus funciones centrales.

Es duro perder la libertad de ejecutar presupuestos públicos sin control y que se corten beneficios injustos; pero nos aproximaría a una sociedad madura, justa y confiable. Necesitamos la verdad para estudiar, elegir y acordar el camino, un gobierno que lo organice y la voluntad de hacerlo a costa de postergar la satisfacción de nuestros intereses particulares.

Esa potencialidad, puramente política, está en muchos actores de nuestra sociedad, pero no en los políticos profesionales, bloqueados por el deseo de poder. Queda claro que no nacerá de ellos.

Los partidos políticos, que fueron fuentes históricas de los impulsos de cambio, están hoy deformados por el corto plazo y su suerte en ese lapso y como las corporaciones, están demasiado preocupados por sus intereses para pensar propuestas que en algunos aspectos los contradiga, y fijar como objetivo cambiar los comportamientos sociales, incrementar las tendencias a la cooperación, la solidaridad, la honestidad, la redistribución de la riqueza y las oportunidades, y a la eficiencia, vista como responsabilidad social, en todo terreno. ¿Una utopía? Sí, como todas las que han sido motor de todos los cambios. 

MARTÍN TETAZ: “MUCHOS FENÓMENOS DE LA SALUD TIENEN QUE VER CON LA ECONOMÍA DEL COMPORTAMIENTO”

Suele recurrir a frases fuertes que permiten abrir más de una conjetura desde el título, como decir “el dólar está en tu mente”. Pero este economista pasó buena parte de su formación estudiando la economía del comportamiento, de lo que conversó aquí con la Revista



Es una persona locuaz cuando habla. Pero en cada definición o explicación que intenta dar de la realidad económica hay detrás una pequeña historia personal que le da autoridad a sus frases. Cuando el 20 de diciembre de 2001 el país estallaba, Martín Tetaz cumplía 27 años y por esos días recibía también su título de grado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Pero lo interesante ocurrió meses después cuando la academia sueca decidió otorgarle a Daniel Kahneman el Premio Nobel de Economía 2002, por haber incorporado la psicología en la ciencia económica. “Es el padre de la economía del comportamiento y a partir de ese reconocimiento que hizo

trascender sus estudios sobre la toma de decisiones bajo estados de incertidumbre me entusiasme con estudiar su bibliografía. Por eso digo que en mi caso personal el contexto de país en lugar de jugar en contra lo hizo a favor”, admitió Tetaz, autor entre otros libros de *Psychonomics*, *la economía está en tu mente* y *Lo que el dinero no puede pagar*. Aquel interés hijo del 2001 lo llevó a comenzar la carrera de Psicología en la UNLP primero y luego a saltar a la maestría en Psicología Cognitiva de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

—¿Qué es la economía del comportamiento?

—A modo de síntesis te puedo decir que es una combinación de la psicología con la

economía y básicamente lo que nos decía la economía tradicional es que el ser humano tomaba decisiones de manera automática, mecánica y racional, y que en esa decisión maximizaba los beneficios, el famoso *homo economicus*. Es como si antes de tomar un café en determinado lugar abriéramos un Excel para saber su costo-beneficio, pero en verdad muchas de las decisiones importantes que tomamos no son así, entonces lo que hace la economía del comportamiento es usar todos los desarrollos de la psicología cognitiva para ver cómo realmente tomamos nuestras decisiones. Los economistas explicaban que las personas a través de la teoría de la utilidad tomaban decisiones de manera racional, egoísta y que no cambiaban de preferencias. Para Kahneman, como psicólogo, esta era una teoría que no tenía sentido, en tanto hay emociones como el miedo, el afecto, las pasiones, que alejan a esas personas de la racionalidad.

–¿Un ejemplo concreto?

–Tenemos un caso local reciente que justo toca a la salud, y es la aprobación de la llamada Ley Justina –una reforma de la ley de trasplante de órganos que consiste principalmente en que todas las personas mayores de edad pasen a ser donantes, salvo que expresen lo contrario–. Esta ley también está basada en la economía del comportamiento porque todas esas investigaciones de Kahneman descubrieron que depende de cómo se presente un problema se logra que la gente esté a favor o en contra.

Es lo que en la economía del comportamiento se llama la regla del *default*, es decir si nosotros somos todos no donantes salvo que uno diga expresamente que desea donar, el resultado es que hay mucha menos gente solidaria que si todos somos donantes salvo que se diga expresamente lo contrario.

Suecia y Dinamarca son países tan vecinos como Argentina y Uruguay y tan parecidos desde el punto de vista socioeconómico. Sin embargo en Dinamarca el *default* o *statu quo* legal es suponer que, como sucedía en

nuestro país, nadie era donante de órganos, a menos que explícitamente el donante expresara su consentimiento. En Suecia, en cambio, las opciones están legalmente invertidas; todos son donantes, salvo que declaren que no quieren serlo. Como resultado en Dinamarca dona el 4,25% de la población y en Suecia el 88,6%.

–De alguna manera se invierte la carga a la hora de elegir

–Habrá personas que dirán que no por cuestiones religiosas y está perfecto, lo importante es que al cambiar la forma en que se presenta la decisión se logran cambios notables en la conducta de la gente. Muchos fenómenos de la salud tienen que ver con la economía del comportamiento.

Veamos la campaña contra la diabetes. En economía del comportamiento aprendemos que uno procesa de manera muy diferente la información si es conceptual que cuando es información que uno se imagina de alguna manera episódica. Por ejemplo, si uno consume un producto que dice tener 500 calorías como la gaseosa, no hay manera de imaginarse el costo-beneficio y analizar sus consecuencias negativas. En cambio si uno muestra las consecuencias físicas de acumular calorías, etiquetando con imágenes el producto uno puede tomar conciencia de las consecuencias físicas del acto.

Esas aplicaciones concretas de la psicología transforman las políticas públicas y de rebote también impactan en la economía y en la salud. Una de las grandes ventajas de la economía del comportamiento es que es una rama puramente experimental, o sea acá lo que vas a encontrar son experiencias concretas que se llevan adelante buscando un resultado, y la Argentina es un país de tormentas y un laboratorio de oportunidades donde se pueden aplicar todos los días lo que vas aprendiendo.

–¿Hay explicación para el afecto de los argentinos por el dólar?

–Uno de los problemas centrales es la incertidumbre, nos mata esa angustia y de

En la economía del comportamiento está la regla del *default*. Por ejemplo, en la donación de órganos: si nosotros somos todos no donantes salvo que uno diga expresamente que desea donar, el resultado es que hay mucha menos gente solidaria que si todos somos donantes salvo que se diga expresamente lo contrario

hecho mucho de los sesgos de la economía conductual tienen que ver con tratar de eliminarla. Entonces lo que nos pasa es que llegamos a conclusiones muy rápidamente, prejuzgamos en forma reiterada y el prejuicio es una consecuencia de nuestra necesidad de tener certezas, de eliminar la incertidumbre, aun cuando muchas veces lo que hacemos es prejuzgar mal.

Al mismo tiempo, en cuestiones de economía el dólar es como el Rivotril de los argentinos. Cuando no sé qué hacer con mis ahorros porque al vender o comprar una propiedad puedo terminar perdiendo un baño en el camino, o el peso se deprecia, en ese contexto la certidumbre al argentino medio se la da el dólar. Va, compra y está más tranquilo aunque a veces pierda.

Por eso te lo comparaba con el Rivotril, uno lo toma y ya cree estar más tranquilo. Solo se justifica comprar dólares después de una devaluación y si existe la sospecha de que no fue la última. Eso le da sentido a lo que dije sobre que “el dólar está en la mente” y que el precio de mañana depende de las expectativas y no de la historia. Acá la gente piensa en los dólares no porque tengamos un chip distinto al brasileño o al peruano sino porque en los últimos 70 años tuvimos como quince crisis económicas y en catorce hubo devaluaciones muy fuertes. No por nada se instaló aquí ese viejo dicho que como el argentino medio se quemó con leche, ve una vaca y llora.

–¿Cómo hace un argentino medio para recuperar la confianza?

–En general destruir la confianza resulta más sencillo que reconstruirla, y eso nos pasa en las relaciones personales, la vida diaria, no solo con las instituciones o la economía. Pero también es cierto que en las instituciones de la democracia se permite barajar y dar de nuevo y eso es como en el fútbol cuando arranca un nuevo campeonato: se cambian un par de piezas, la confianza se renueva y otra vez queremos ganar y salir campeones.

Es lo que llamo el efecto Gimnasia, yo soy



Una de las grandes ventajas de la economía del comportamiento es que es una rama puramente experimental, o sea acá lo que vas a encontrar son experiencias concretas que se llevan adelante buscando un resultado, y la Argentina es un país de tormentas y un laboratorio de oportunidades donde se pueden aplicar todos los días lo que vas aprendiendo

hincha del club platense que tiene una historia institucionalmente humilde, pero nos han tocado siempre malos dirigentes, una economía deficitaria, mal manejada y con escasos recursos, que nos ha condenado a planteles de mitad de tabla, sin aspiraciones y con el que siempre se sufre. Y la historia del club es un calco de la economía argentina, no hay manera de explicar las razones objetivas que renuevan la confianza. En una democracia es muy importante renovar las instituciones, que el cambio de un ministro no haga temblar la economía, que un presidente si no encuentra el camino pueda reconstruir su poder de vuelta, que pueda prevalecer la cuestión republicana.

–En lo estrictamente económico ¿qué expectativa puede despertar el actual rumbo económico?

–Yo creo que el problema de Argentina y ya con el acuerdo firmado con el FMI, el cambio en la presidencia del Banco Central y habiéndose hecho la devaluación que se hizo con el dólar, con todo lo que pasó y puede seguir sucediendo, el problema ya no es económico sino político.

Parte del trabajo sucio del dólar ya se hizo, ahora ya es más competitivo, y hacia adelante lo que queda es despejar la incógnita de saber si lo que se firmó se va a poder cumplir. Se necesitan bajar 200.000 millones de pesos del déficit y hay que aprobar un presupuesto nuevo en el Congreso y hasta tanto el Gobierno no reconstruya ese capital político y no lleve adelante con éxito la negociación con la oposición va a estar latente la incertidumbre.

En ese contexto, todos los rumores que corren resultan verosímiles. La teoría del rumor que desarrolló el psicólogo Gordon Allport a mediados del siglo pasado, decía que la carga de verosimilitud del rumor aumenta la ansiedad y el estrés de las personas, y hasta tanto no se vayan despejando las dudas sobre la economía, hasta que la superación de los problemas no se vea, es difícil que se descompriman todas las incertidumbres que existen.



24° CONGRESO FARMACÉUTICO ARGENTINO

MEN
DO
ZA
2018

SERVICIOS FARMACÉUTICOS

APLICADOS AL PACIENTE DESDE
LA CONCEPCIÓN A LA VEJEZ

DEL 27 AL 29
DE SEPTIEMBRE
HOTEL INTERCONTINENTAL MENDOZA

PRÓXIMAMENTE MÁS INFO EN
congresos.cofa.org.ar



ECONOMÍA, PSICOLOGÍA Y DECISIONES MÉDICAS: ENFRENTANDO UNA RACIONALIDAD RESTRINGIDA

Existen sesgos cognitivos que contribuyen con la ocurrencia sistemática de errores en la atención de la salud; reconocerlos y estudiarlos es la estrategia adecuada para limitar sus efectos negativos



Por Martín A. Morgenstern*

En consonancia con el paradigma neoclásico, von Neumann y Morgenstern (1944)¹ axiomatizaban en la “teoría de utilidad esperada” la noción de decisiones racionales ante escenarios de incertidumbre. En Becker (1976)² se presenta la “teoría de la elección racional”, como el mayor exponente de esta suposición respecto al comportamiento racional y maximizador de la utilidad esperada y la existencia de preferencias perfectamente estables de los individuos.

La “paradoja” de Allais (1953)³ confrontó todos estos argumentos y la “racionalidad limitada” de Simon (1957)⁴ abrió serios

cuestionamientos objetivos a esta especie de “ilimitado procesador racional de utilidad humana” prevalente en el paradigma neoclásico. A partir de Newell y Simon (1972)⁵ se plantea también la idea de “heurísticas” para denotar métodos para la resolución de problemas (aunque no siempre acertadamente) de un modo más fácil que utilizando los complejos algoritmos de maximización. En Simon (1982)⁶ se refuta la supuesta racionalidad ilimitada del *homo economicus* en virtud de tres factores restrictivos: límites en capacidad de procesamiento de información, límites en disponibilidad de información y límites en la disponibilidad de tiempo.

Tversky y Kahneman (1974)⁷ y Kahneman y Tversky (1979)⁸ extienden definitivamente

- 1 Von Neumann, J., y Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton University Press.
- 2 Becker, G. S. (1976). *The economic approach to human behavior*. Chicago: The University of Chicago Press.
- 3 Allais, M. (1953). Le comportement de l'homme rationnel devant le risque: Critique des postulats et axiomes de l'école Américaine. *Econometrica*, 21, 503-546.
- 4 Simon, Herbert A. (1957) *Models of Man: Social and*

- Rational*. New York: John Wiley and Sons, Inc., , 279 pp
- 5 Newell, Allen, and Simon, Herbert (1972) *Human problem solving*. Englewood Cliffs, NJ., Prentice-Hall.
- 6 Simon, H. A. (1982). *Models of bounded rationality*. Cambridge, MA: MIT Press.
- 7 Tversky, Amos, and Kahneman, Daniel (1974) *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. *Science* 185:1124-1131.
- 8 Kahneman, D., y Tversky, A. (1979). *Prospect theory: An analysis of decision under risk*. *Econometrica*, 47, 263-292.

* Doctor de la Universidad de Buenos Aires Economía, MBA y BSc. Estudios en Epidemiología, Biotecnología y Profesorado. Investigador y Profesor titular en Economía de la Salud, Financiamiento y Gasto Social y Epistemología (grado, posgrados y doctorados – Universidad ISALUD, UCES, UNL y UBA). Comisión de Doctorado en Salud Pública. Secretario Científico de la AES, Jurado Científico y Evaluador Externo Comisión Nacional Salud Investiga. Director Organizador Fundación DPT

esta refutación, sosteniendo que las personas confían en un número limitado de principios heurísticos que sobre-simplifican complejas tareas de asignar probabilidades y predecir resultados. Las estrategias adquieren la forma de atajos mentales o “reglas del pulgar” con juicios probabilísticos sesgados por una “estadística intuitiva” tal como la ley de los pequeños números, por ello se cometen innumerables errores al intentar resolver problemas complejos, sin tomar consciencia de los sesgos cognitivos que se producen.

De las teorías neoclásicas a la prospectiva

Sobre la base de investigación experimental se fórmula una teoría prospectiva o de las perspectivas (*prospective theory*), identificando un conjunto de comportamientos observados al tomar decisiones ante circunstancias de riesgo e incertidumbre. Muy sintéticamente, se evidencia que la valoración de resultados obtenibles no es lineal, sino relativa a algún punto de referencia o nivel de adaptación; la sensibilidad a los cambios es decreciente, tanto en términos sensoriales, como frente a cambios en el nivel de utilidad o bienestar; existe una distinta (antes que uniforme) escala de valoración de pérdidas y ganancias (aversión mayor a pérdidas que utilidad de las ganancias).

De igual modo, se formulan sesgos tales como la super-autoestimación con el convencimiento de estar exceptuados de los riesgos que afectan a todos los individuos (fumadores, enfermedades, deportes y trabajos de riesgo, etc.).

Se representa así un sendero claro de distanciamiento o refutación, por lo menos para el contexto de diversos sectores complejos como salud y atención de la salud, de las suposiciones neoclásicas del comportamiento racional de maximización en los individuos y, por ende, la existencia de mercados competitivos que presuponen bienes homogéneos, información perfecta de todos los agentes (sin asimetrías) y ausencia de externalidades.

El conjunto de antecedentes teóricos fundacionales y la múltiple investigación expe-

Algunos premios Nobel

La corriente programática ha atraído la atención de innumerables economistas, entre ellos, los siguientes premios Nobel

- **Simon, Herbert.** Premio Nobel 1978 por su contribución a la investigación sobre los procesos de toma de decisiones.
- **Akerlof, George.** Premio Nobel 2001 por su análisis de comportamientos en mercados con asimetría de la información.
- **Kahneman, Daniel.** Premio Nobel 2002 por su integración a la Economía de las perspectivas de la investigación psicológica cognitiva, con especial énfasis en los comportamientos y en procesos de toma de decisiones en condiciones de incertidumbre.
- **Thaler, Richard.** Premio Nobel 2017 por su investigación de las perspectivas psicológica aplicadas a los comportamientos de los mercados financieros.

imental registrada han contribuido a dar forma a una genuina transdisciplina denominada “Economía conductual o del comportamiento” (Behavioral economics), la cual decididamente ha fusionado en un crisol múltiples conocimientos provenientes de Microeconomía, Psicología y Neurociencias. La teoría de sistemas duales de Kahneman (2011)⁹ establece también un hito en Psicología social y cognitiva, al brindar una interpretación consistente respecto a la usual incompatibilidad entre los criterios enunciados de racionalidad y los diferentes juicios, decisiones y comportamientos irracionales observados.

Básicamente esta teoría propone la existencia de un “sistema 1”, el cual consiste en un proceso de pensamiento intuitivo, automático, basado en experiencias y relativamente inconsciente. El “sistema 2” por su parte, es más reflexivo, controlado, deliberativo y analítico; debe monitorear o proveer un cierto control mental - muy a menudo sin éxito- sobre todas las actividades y comportamientos desarrollados por los individuos.

Este “sistema 1” manifiesta un fuerte anclaje respecto a conocimientos y experiencias adquiridas, asociando toda nueva información

La supuesta racionalidad ilimitada del homo economicus tiene tres factores restrictivos: límites en capacidad de procesamiento de información, límites en disponibilidad de información y límites en la disponibilidad de tiempo

⁹ Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. London: Allen Lane.

a esos patrones existentes, en lugar de analizar y crear nuevos patrones para cada nueva experiencia que así lo amerite. Al generar un pensamiento estrecho y enmarcado en el modo que la información es presentada (framing effect), se produce un sesgo de confirmación que lleva a ignorar nuevas evidencias que contradigan dichos supuestos, o aun peor mediante la confirmación sesgada donde se altera inconscientemente el verdadero sentido de la nueva información, de modo de poder corroborar supuestamente lo que ya sabemos. Agrava la situación, el hecho de que estos juicios o comportamientos regidos por el “sistema 1”, son los que generalmente resultan de más fácil acceso en nuestro entramado mental.

Sesgos cognitivos que pueden afectar decisiones

Nuestro esfuerzo y aporte original a la investigación en este campo, se ha reflejado principalmente en Morgenstern (2005)¹⁰ y Morgenstern (2012)¹¹, presentando a partir del primero una revisión amplia, sistemática y significativa de múltiples hallazgos respecto a cómo las decisiones de agentes racionales son afectadas por esta racionalidad restringida y sesgos cognitivos, generando consecuentemente fuertes disonancias cognitivas¹² que impactan sobre la toma de decisiones médicas.

En forma extra resumida, se pueden presentar y reconocer alguno de estos sesgos cognitivos que pueden afectar gravemente la racionalidad de múltiples decisiones y acciones en el sector de la salud:

Sesgo de anclaje: sobreestimación de la información y formación recibida y poca re-

Ante la incertidumbre de diagnósticos, prácticas y resultados esperados en la atención de la salud, estas restricciones naturales tienden a contribuir con la ocurrencia de errores sistemáticos, tanto de prestadores como de pacientes

ceptividad a nueva información que pueda cuestionar o refutar partes de esta.

Sesgo “recientista”: contrariamente, tendencia a valorar más la información reciente sin evaluarla en conjunto con toda la información relevante anterior.

Heurística de disponibilidad: se sobreestima la información disponible sin considerar su verdadera representatividad, desconociendo por tanto la posible importancia de toda aquella no inmediatamente disponible.

Efecto arrastre: la probabilidad de adoptar una creencia o teoría en función a la cantidad o importancia de las personas que la mantienen.

Ilusión de cluster: la tendencia a creer que eventos aleatorios responden en realidad a algún determinado patrón de ocurrencia.

Sesgo de confirmación: tendencia a prestar atención solo a información que confirma nuestros más arraigados preconceptos.

Sesgo de confirmación sesgada: tendencia a alterar inconscientemente el verdadero sentido de nueva información, de modo de poder corroborar supuestamente lo que ya sabemos

Percepción selectiva: falencia en reconocer que el modo que procesamos la información está condicionado por diversas preferencias y preconceptos perceptivos.

Sesgo de los resultados: tendencia a juzgar en función estricta a los resultados, en lugar de evaluar como la decisión fue tomada. El hecho que una decisión impulsiva haya tenido un buen resultado no significa que esta haya sido correcta.

La ley de los pequeños números: tendencia a suponer que una pequeña muestra casuística puede reflejar con precisión, los resultados de toda una población. Se ignora

10 Morgenstern, Martín A.. (2005) Economía de la salud: información, comportamientos y decisiones. Implicancias para los métodos de medición de resultados. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tesis/1501-1178_MorgensternMA.pdf

11 Morgenstern, M.A (2012) Asymmetric Information, Uncertainty, and Natural Rational Errors: A Review of Impacts on Patient's and Physician's Decisions. SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2285174> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2285174>

12 Stress psicológico experimentado a consecuencia de la aparición y mantenimiento simultáneo de creencias, ideas y valores contradictorios entre sí. Leon Festinger (1957).

la ley de los grandes números que especifica que a mayor la dimensión de una muestra, mayor la probabilidad de que sus resultados se aproximen a la media poblacional.

Efecto marco (*framing effect*) es el sesgo cognitivo según el cual las preferencias de una persona ante un problema de decisión dependen de cómo este es presentado.

Efecto placebo y profecía autocumplida: la creencia en que una acción producirá determinados resultados puede generar ciertos procesos orgánicos y conductuales para que estos quizás se produzcan.


Sesgo de innovación: tendencia a sobrevaluar los beneficios de una innovación, subvaluando simultáneamente sus potenciales riesgos.

Efecto avestruz: tendencia a ignorar toda información desagradable “enterrando la cabeza en la arena”.

Super-autoestimación tendencia a sobreconfiar en nuestras fortalezas y capacidades, con el convencimiento de estar exceptuados de los riesgos que afectan a todos los individuos.

Sesgo de punto ciego: falencia por desconocer o no reconocer la presencia de los propios sesgos cognitivos.

Analíticamente es fundamental reconocer entonces en este contexto que, ante la incertidumbre de diagnósticos, prácticas y resultados esperados en la atención de la salud, estas restricciones naturales tienden a contribuir con la ocurrencia de errores sistemáticos, tanto de prestadores como de pacientes.

Frente a ello, resulta evidente la necesidad de estudiar estas cuestiones intentando disminuir sus impactos sobre decisiones y comportamientos de todos los actores, como asimismo sobre cada uno de los ya de por sí complejos procesos involucrados en la atención de la salud. 

Es posible presentar y reconocer algunos de estos sesgos cognitivos que pueden afectar gravemente la racionalidad de múltiples decisiones y acciones en el sector de la salud



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS



ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

NUEVO PROCESO DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

La Universidad inició su segunda Evaluación Institucional mediante la firma de un convenio con la Coneau para continuar mejorando la calidad académica; se ponen bajo la lupa la docencia, la investigación, la extensión y la gestión

ISALUD SE MIRA EN EL ESPEJO

Lorena González Bender es directora del Departamento de Evaluación Institucional y tiene a su cargo la planificación, coordinación y asesoramiento de las instancias de evaluación y acreditación institucional que la Universidad lleva a adelante. En esta entrevista cuenta sobre la importancia de esta evaluación y cómo se llevará adelante.

–¿Qué es la evaluación institucional y cuál es su objetivo?

–La evaluación institucional es un proceso por el cual se analizan los logros y dificultades de la Universidad en relación con sus objetivos para delinear planes que permitan abordar los problemas detectados y mejorar de manera permanente la calidad académica. El proceso está definido por el artículo 44 de la Ley de Educación Superior, que establece dos instancias: la Autoevaluación Institucional y la Evaluación Externa a cargo de Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (Coneau).

En este sentido, ISALUD completó su primera evaluación institucional en 2006. Esa evaluación fue un proceso

muy beneficioso y productivo porque nos permitió conocer y comprender los procesos y resultados institucionales alcanzados hasta ese momento, y obtener el reconocimiento definitivo y el cambio de denominación de instituto universitario a universidad.

–¿Por qué es importante que la Universidad se evalúe y por qué ahora?

–El análisis que se lleva adelante con este tipo de evaluación indaga en las funciones sustantivas que tiene la universidad: la docencia, la investigación, la extensión y la gestión. Como lo hace de manera integral y desde una perspectiva histórica, permite alcanzar una mirada muy completa de la institución. Sobre esa base es posible identificar con claridad sus fortalezas y debilidades y consensuar líneas estratégicas de acción conducentes a lograr los objetivos para los próximos años.

A partir del crecimiento que ha tenido ISALUD en los últimos años y en pos de alcanzar los objetivos planteados a futuro, se tomó la decisión de iniciar este año el proceso de evaluación ins-

titucional. De esta manera, podremos validar nuestra propia mirada como universidad ante la Coneau. Para eso a principios de este año, desde el Departamento de Evaluación Institucional comenzamos a trabajar en la primera instancia del proceso, que es la autoevaluación.

–¿En qué consiste la autoevaluación?

–La autoevaluación es un proceso en el cual la universidad se evalúa a sí misma de manera global y sistemática, partiendo de la necesidad de aumentar el autoconocimiento sobre las propias acciones, que es fundamental para diseñar y concretar los cambios deseados.

En ISALUD, desde hace muchos años, los procesos de autoevaluación se vienen realizando de manera continua, ya que consideramos necesario poder analizar el desarrollo propio de la institución, en un marco histórico, teniendo en cuenta sus objetivos y sus propósitos fundacionales. La autoevaluación nos guiará hacia una instancia de reflexión colectiva que nos permitirá consensuar los objetivos y las políticas institucionales para delinear pautas de trabajo y lograr mejoras a futuro.

–¿Cómo se llevará adelante y cuáles son las etapas?


–La clave de esta instancia es que participen todos los integrantes de la comunidad educativa: alumnos, graduados, docentes, investigadores, personal de apoyo y autoridades. Por eso, desde el área ya iniciamos distintas acciones de comunicación para difundir el plan de trabajo que se llevará adelante. Además, se conformó una comisión ad hoc integrada por representantes de la comunidad ISALUD, cuyo objetivo principal es el de acompañar, participar y monitorear todo el proceso de autoevaluación. En una primera etapa convocaremos a los distintos actores a través de diferentes herramientas como: encuestas,



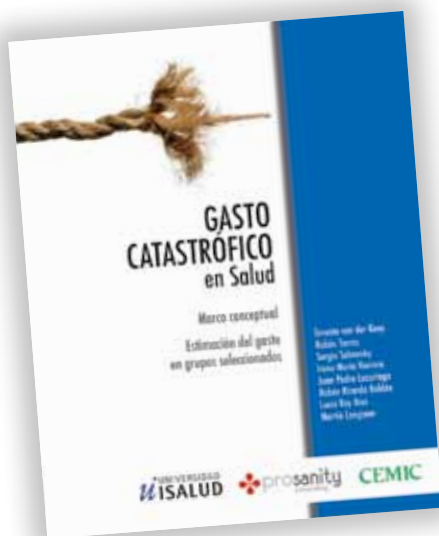
La autoevaluación nos guiará hacia una instancia de reflexión colectiva que nos permitirá consensuar los objetivos y las políticas institucionales para delinear pautas de trabajo y lograr mejoras a futuro

entrevistas, guías de evaluación, para que todos se involucren activamente desde su propio lugar. Luego, a partir de la información recolectada, iniciaremos una instancia de valoración y análisis que permitirá acordar un diagnóstico y definir los lineamientos a seguir para el desarrollo de la universidad en los próximos años. Ambas etapas se desarrollarán durante los meses restantes de 2018 y principios de 2019, y tendrán como resultado final la elaboración y producción del Informe de Autoevaluación, que será presentado ante la Coneau en abril de 2019.

–¿Qué se espera de este proceso?

–Esperamos que sea una verdadera oportunidad para que ISALUD continúe la construcción de su identidad institucional mediante un enfoque integral y una visión compartida por todos. También, confiamos en que la comunidad universitaria se vea a sí misma como parte real de este proceso y participe activamente en el análisis y en las definiciones de objetivos de nuestra institución para los próximos años. 

GASTO CATASTRÓFICO: INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES



Se presentó el libro *Gasto Catastrófico en Salud* que, editado por ISALUD, Prosanity

Consulting y el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Cemic), brinda un marco conceptual de la temática y una estimación del gasto en grupos seleccionados

“¿Cómo lograr el acceso de la población a los cuidados más apropiados y nuevos tratamientos de alto costo y algunas veces de menor incidencia? Hoy muchas enfermedades no solo matan o incapacitan, sino que además empobrecen a quienes la padecen y sus familias. La investigación y el desarrollo tecnológico se centran en ellas y los avances son importantes pero, en general, resultan cada vez más caros”, resume en una parte del prólogo el espíritu del libro *Gasto Catastrófico en Salud*, un valioso aporte académico que la Universidad ISALUD junto con la consultora especializada Prosanity Consulting y el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (Cemic) presentaron días atrás con el objetivo de estimar el costo de

proveer nuevas tecnologías en las actuales condiciones de cobertura y en base a su recopilación de datos se permita sustentar las decisiones de la futura Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología.

Del trabajo de investigación participaron Ernesto Van der Kooy (presidente de Prosanity), Sergio Solmesky (Cemic), quienes fueron a su vez los coordinadores, Rubén Torres (rector de la Universidad ISALUD), Irene María Herrera (miembro del equipo de Prosanity), Juan Pedro Luzuriaga (coordinador de la Unidad de Análisis Económico en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), Rubén Ricardo Roldán (consultor en costos y gestión de servicios de salud), Lucila Rey Ares (Cemic) y Martín Langsam (Magister en Políticas Pú-

blicas en América latina y coordinador académico en ISALUD).

El rector de la Universidad ISALUD destacó el esfuerzo conjunto de las tres instituciones que organizaron el trabajo con la colaboración del Estado en la recopilación de datos oficiales “dándole así –señaló Rubén Torres– forma a la idea de democratizar la información y generar datos transparentes para la toma de decisiones, que de última es la intención de todos los sectores, público y privado, en un marco importante en el que se pretende alcanzar la cobertura universal en salud”. Torres admitió también que la publicación resulta un apoyo y un soporte que permitirá superar “esa amarga y solitaria decisión de tener que juzgar alternativas, con presupuestos reducidos y bajo pre-

siones varias, escasa información o en todo caso distorsionada.

Todos aquellos que hemos sido funcionarios en el pasado sabemos de lo que estamos hablando". A modo de reflexión, el rector subrayó que "la idea es que en el futuro se vayan reduciendo ese tipo de situaciones tan complejas porque los mejores resultados se toman con la mejor información y de la forma más transparente posible". Según hizo hincapié, éste ha sido básicamente el motivo que llevó a las tres instituciones a realizar el siguiente estudio, el transparentar lo que sucede y lo que se pueda aportar a partir de la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías.

Juan Pedro Luzuriaga, integrante del equipo de trabajo, explicó que la metodología seguida nació a partir de un diagnóstico desde el ámbito de la economía de la salud y el reconocimiento de un gasto creciente de ciertos servicios y prestaciones que se enmarcan en los denominados gastos catastróficos, es decir en aquellos gastos que resultan muy elevados para una familia y para los financiadores mismos. La estimación del consumo de prestaciones se hizo en base a un relevamiento de datos sobre cantidades consumidas de medicamentos y prestaciones realizadas de trasplantes y discapacidad, y de acuerdo con cada grupo de financiadores, que a su vez representan poblaciones con universo de consumos diferentes.

Para definir el universo de análisis de medicamentos de alto costo (MAC) –según puede leerse en el informe– se ha utilizado el listado de medicamentos incluidos en el Sistema Único de Redistribución (SUR), al mes de julio de 2016. Se recabó



De izquierda a derecha: Ernesto van der Kooy (presidente de Prosanity); Rubén Torres (rector Universidad ISALUD); Hugo Magonza (director del Cemic) y Alejandro Baldasarre (área de Desarrollo Organizacional y Educativa de Prosanity).



De izq. a der.: Rubén Roldán (consultor en costos y gestión de servicios de salud); Lucila Rey Ares (Cemic); Juan Pedro Luzuriaga (coordinador Unidad de Análisis Económico en Salud de la Provincia de Buenos Aires) y Alejandro Baldasarre (Prosanity).

información de consumo a financiadores, laboratorios, droguerías y mandatarias. En el caso de la discapacidad los datos fueron provistos por los financiadores de la cobertura de prestaciones dentro del marco del SU y el PFIS (Programa Federal Incluir Salud) facilitó la base de datos del sector discapacidad del 2015. En el caso de los trasplantes se utilizó como fuente el Sistema de Información de Procuración y Trasplante de Argentina (Sintra).

A partir de los principales resultados alcanzados que pueden verse en

detalle en la primera parte del libro, se llega a una primera conclusión de que la financiación y la gestión del GCS en Argentina están limitadas al contar con una organización fragmentada de los servicios de salud, lo que trae aparejado responsabilidades y capacidades de respuesta según el ámbito de cada subsector encargado de la financiación y la prestación de servicios. En cuanto a las recomendaciones su análisis incluyen a las compras centralizadas (mejora el pool de riesgo y consigue mejorar los precios de compra); los

fondos integrales de protección (fondos creados en algunos países de protección contra los GCS); contar con una o varias Agencias de Evaluación de Tecnologías (la medicina basada en evidencia y la correcta evaluación de tecnologías sanitarias);

explicitación de la cobertura médica del PMO (autorización, registro y aprobación de las condiciones básicas de uso de la nueva tecnología y su inclusión al PMO).

Lucila Rey Ares, también especialista en pediatría y en evaluación

de tecnologías sanitarias, se refirió al mercado de medicamentos en la Argentina que cuenta con una industria local desarrollada y al mismo tiempo una austera concesión de patentes medicinales y donde el mayor problema “no radica en



Los aumentos del gasto en salud son una preocupación constante

Por Juan Pedro Luzuriaga

La motivación con que iniciamos este trabajo nos dio a entender que a través de las voces de los distintos sectores de la salud que se manifestaron había una necesidad de advertir que los aumentos del gasto son una preocupación constante. Dado nuestro sistema de salud tan fragmentado y poco coordinado esa situación ponía en riesgo la financiación de los servicios y le jugaba en contra. Hasta resulta debilitante para el sistema porque le quita integración y rectoría, cohesión y eficiencia para brindar servicios. Entonces queríamos entender de acuerdo con la magnitud del gasto, de qué otra manera podía organizarse al menos este paquete de prestaciones y servicios vinculados a gastos tan importantes. Dadas las características del sistema y de cómo están configuradas actualmente las prestaciones de estos servicios,

el modelo que se sigue es bastante errático o cuanto menos ineficiente y se necesitaría hacer lo que se llama un pool de afiliados más grande a nivel país. De acuerdo con el perfil de consumo de cada grupo de financiadores analizado se debería proponer tener un seguro o fondo mancomunado de los distintos sectores para abastecer estos servicios, por lo que surge como una buena idea las compras centralizadas. Las iniciativas de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias son de algún modo el nexo obligatorio para poder determinar las ventajas de cada nueva incorporación y evitarse así los gastos innecesarios que impactan en el país al no tener un criterio común al respecto.

El autor es licenciado en Economía y consultor del PNUD e INET. Es coordinador de la Unidad de Análisis Económico en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires



El desafío es encontrar respuestas oportunas y apropiadas

Por Ernesto Van der Kooy

Este trabajo de investigación aborda un tema de gran actualidad y realiza un relevamiento y estimación del gasto nacional. Las diferentes prestaciones y tratamientos considerados están en continuo aumento y sus costos de atención y diagnóstico impactan sobre las finanzas de quienes deben pagar por ellos, que son los diferentes subsectores del sistema de salud. Pero también, por sus características, esos costos golpean sobre las familias, sobre todo en aquellas de menores recursos. El desafío es encontrar respuestas oportunas y apropiadas aplicables a un sistema fragmentado y abordar integralmente condiciones de compra, provisión, racionalización de cobertura, organización de cuidados, incorporación de herramientas de evaluación de tecnologías sanitarias, aplicación de medicina basada en evidencia. De los resultados surge que el mayor gasto lo constituyen

los MAC con el 63% del total, seguido por discapacidad con el 34% y luego trasplantes con solo un 3%. El gasto total de estos tres grupos de variables representa el 7,5% del gasto total en Salud, definido como el 10,2% del PBI. En relación con el gasto en MAC en los diferentes grupos terapéuticos en que fueron clasificados en el trabajo, y por financiador, se concluye que la oncohematología es la principal categoría de gasto para la mayoría de los financiadores, seguidos por la reumatología y la esclerosis múltiple que ocupan el segundo y el tercer puesto según de qué tipo de financiador se trate. Un objetivo de este trabajo de investigación es el de contribuir al proceso de abordaje integral de las mismas sin que amenacen la sostenibilidad económica del sistema de salud, tarea de rectoría indelegable de las autoridades sanitarias.


El autor es presidente de Prosanity y uno de los coordinadores del trabajo de investigación

el precio de venta al público sino en la falta de transparencia de esos precios”, según se apunta en la investigación. “En el segmento de los medicamentos de alto costo –se agrega– el mercado es más opaco y eso se traduce en precios mayores, aun cuando pueden existir múltiples oferentes”. Entre los datos salientes que surgen de la investigación sobre el gasto en medicamentos de alto costo, se puede concluir que el gasto anual en MAC en la Argentina se estima en \$ 671 por persona, estimación que se asume cubierta por el sector público.

PAMI presenta el patrón de consumo más elevado, de acuerdo con el perfil de riesgo de su población beneficiaria, lo mismo que el Plan Federal Incluir Salud, que también tiene un patrón de consumo elevado. Según se trasluce del informe, que vale aclarar fue terminado y estimado antes del inicio de la actual crisis cambiaría –las bases de datos corresponden al 2016 y los precios asignados al mismo año, así como también la valorización en dólares al valor de cambio de dicho período–, la facturación total del mercado de medicamentos asciende a 70.033 millones de pesos en 2016, a precios de salida del laboratorio, lo que equivale a unos 122.880 millones de pesos a precios de venta al público. El gasto en medicamentos en Argentina es del 13,4% del gasto en salud. Y el gasto en MAC equivale al 3,6% del gasto en salud.

Entre las conclusiones generales que se desprenden del informe se puede observar que un concepto fundamental, a diferencia de otros procesos de trabajo de tipo industrial, es que en la salud la incorporación de tecnología no sustituye trabajo por capital, sino que

incorpora más capital y recursos humanos más calificados, lo que encarece los servicios de salud. Y en lo que respecta a los GCS, hecho el diagnóstico, la mayor asistencia se concentra en los medicamentos de alto costo, que se ven afectados

por las condiciones monopólicas del mercado, las limitaciones a la competencia de genéricos y la posibilidad de generar demanda. Para el final, Rubén Roldán se refirió al gasto tanto en discapacidad como en trasplantes. 



Cuando se quieren hacer las cosas bien, la fragmentación no es un problema

Por Luis Scervino

El libro presentado es un trabajo de investigación importante en un país donde se carece de información. Del mismo modo que durante mi gestión con el Observatorio de Precios (durante 2016) se realizaron 470.000 facturas de compras que es lo que presentaron todas las obras sociales y no lo que puede decir un distribuidor y así se obtuvo información real.

Se estudiaron todos los medicamentos de alto costo que financia la superintendencia y eso nos permitió ver gente que compraba al valor promedio real del mercado y gente que lo hacía por debajo de ese valor y también quienes compraban a un 200% más caro. Y eso fue presentado y especificado a todas las obras sociales.

Cuando nos fuimos de la gestión estaba el compromiso de seguir brindando la información que debe ser pública. Hay que cortar con esa costumbre del funcionario que se sienta arriba de los archivos como si fueran los de la CIA, sin codificar. Se publicó y se acabó ese mercado negro de la información donde se pagaba por saber qué cobraba cada obra social.

Hay que seguir exigiendo a las autoridades actuales que publiquen los datos. Y, por otro lado, si tomamos los GCS en los tres subgrupos empleados para la investigación nosotros hicimos un plan que pasó de gastar 70 millones de pesos a casi 1000 millones de pesos para financiar la discapacidad que eran los olvidados de siempre. Eso no excluye que las obras sociales no auditen las prestaciones que les ponen ya que hay ahí una caja negra muy grande, sobre todo en el tema de traslados.

Aun así, los recursos del fondo, aunque se gasten bien no van a alcanzar y hay que buscar nuevas estrategias donde el Estado no puede estar ausente, sobre todo con las nuevas tecnologías. Basta de hablar del problema de la fragmentación porque el Observatorio de Precios permitió que se junten el PAMI, el Ministerio de Salud y la superintendencia para hacer las compras conjuntas y de esa manera se bajaron abruptamente los precios.

O sea, cuando existe la voluntad política y los actores hacen lo que tienen que hacer, alcanza mucho más la plata y la fragmentación no es un problema. Este trabajo es un gran esfuerzo que va en ese sentido para tener información y tomar buenas decisiones en salud.

El autor fue Superintendente de Servicios de Salud

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN LAS AMÉRICAS

Un relevamiento de Rissalud identificó los planes de fomento de profesionales en varios países de la región y las diferentes estrategias instrumentadas para apuntalar la oferta de un recurso clave para los sistemas de salud



Por María Gómez Marquisio

En un contexto sanitario global caracterizado por “el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos que exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud” (OPS/OMS, 2010), los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios.

Amplia evidencia demuestra que esta excesiva fragmentación genera dificultades en el acceso a los servicios, produce ineficiencia en la prestación e inadecuado uso de los recursos disponibles, además de impactar negativamente en los esfuerzos de los sistemas de salud

por contribuir al desarrollo de una sociedad más equitativa y justa.

La estrategia de desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS, entendidas como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (Ibíd.), propone mejorar el desempeño de provisión de servicios sanitarios como el gran desafío asignando gran relevancia al atributo esencial de los recursos humanos dentro del ámbito de Organización y Gestión.

En la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana se reafirma que la “disponibilidad, accesibilidad, pertinencia, relevancia y competencia” del capital humano sanitario son factores clave













para alcanzar los objetivos de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OPS/OMS, 2017), acordándose en ella fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos, desarrollar condiciones y capacidades de estos talentos para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad y concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud; en ese escenario, el déficit del talento humano enfermero, sigue siendo un serio problema que interesa a la gestión de los sistemas de salud en el mundo entero.

Este factor humano clave, para el desarrollo de las comunidades sigue presentándose escaso y con proyección problemática en aumento, constituyéndose en un grave condicionamiento al momento de dar respuesta a las necesidades de la población y a los sistemas de salud en su camino hacia la cobertura universal.

El mismo organismo declara la disparidad de proporción de enfermeras entre países ricos y países en desarrollo con números que van desde 111,4 cada 10.000 habitantes en Estados Unidos hasta 3,5 en Haití. Con una media de 10,4 enfermeras por 10.000

La autora es licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de La Plata), profesora en Enfermería (Universidad del Salvador), magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD) y miembro del Centro de Estudios de Drogadependencias y Sociopatías (CEDROS/ISALUD). Es gestora de redes en la Unidad Ejecutora (RISSALUD)

Políticas Públicas Nacionales de desarrollo de Enfermería en América latina (Países miembros Rissalud)

País	Política
Argentina 	Programa Nacional de Formación de enfermería (PRONAFE)
Bolivia 	Fortalecimiento de recursos humanos hacia la CUS
Brasil 	Programa Nacional de Mejora de la calidad de atención Básica (PMAQ)
Chile 	Política de desarrollo de Enfermería de Práctica Avanzada
Colombia 	Política Nacional para el desarrollo de Talento Humano en Salud.
Costa Rica 	La Política Nacional de Enfermería 2011-2021
Ecuador 	Plan de Fortalecimiento del Talento Humano
El Salvador 	Política Nacional de Cuidado de Enfermería
Honduras 	Plan de Fortalecimiento del Talento Humano
Paraguay 	Política Nacional de Salud 2015-2020
República Dominicana 	Programa de Formación de Profesionales de Enfermería
Uruguay 	Situación de la Enfermería en ASSE: Estrategias y propuestas para su desarrollo (2015)

Elaboración propia en base a datos obtenidos de los portales oficiales de los ministerios de salud de los países miembros de Rissalud y documentos referenciales

habitantes, correspondiéndole a la mitad de los países del mundo un índice menor. Otro indicador de esta desigualdad sanitaria en materia de recursos humanos está dado por la proporción de médicos y enfermeras en el mundo, indicador que ha resultado significativo para los sistemas de salud.

“En Canadá, Estados Unidos y algunas islas del Caribe existen 4 enfermeras por médico. En Guyana, México y Surinam, esa relación es de 1,1 a 1,8 enfermeras por médico mientras que, en Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela, la razón puede ser de una a menos de una enfermera por cada médico (OMS/OPS, 2018)”.

Políticas públicas

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) asegura que “el reclutamiento y la retención de una fuerza laboral de enfermería capacitada y altamente educada es un requisito crítico para la entrega de atención médica de alta calidad, eficiente y efectiva. Como el grupo más grande de profesionales de la salud, y

los trabajadores de salud más cercanos y a menudo solo disponibles en muchas comunidades, las enfermeras son esenciales para la salud de la población mundial.” (CIE, 2015) De igual manera, el organismo declara en su lema para este 2018,

El déficit del talento humano enfermero sigue siendo un serio problema que interesa a la gestión de los sistemas de salud en el mundo entero. Este factor humano clave para el desarrollo de las comunidades sigue presentándose escaso y con proyección problemática en aumento

“una voz para liderar, la salud es un derecho humano” y afirma que “las enfermeras son esenciales para transformar el cuidado de la salud y los sistemas de salud de modo que ninguna persona se quede atrás, sin acceso a la atención o empobrecida debido a su necesidad de atención médica” (CIE, 2018).

También se debe mencionar que el

CIE promueve y participa junto a la OMS en *Nursing Now*, una campaña que se proclama en favor del desarrollo Enfermero, asegurando que su contribución favorece a una mejor salud de las poblaciones, a la promoción de la igualdad de género, ayudando a vivir mejor a mujeres en todo el mundo y al crecimiento económico de los países, beneficios que son considerados como triple impacto en respuesta al 3er, 5to y 8vo. Objetivos de Desarrollo Sostenible y que fueron desarrollados en un reciente informe de Salud Global, efectuado por el Grupo Parlamentario de Salud Global del Reino Unido (APPG, en inglés).

Respecto del logro de Cobertura Universal de Salud, su éxito depende de centrar los cuidados en las personas y de la necesidad de que la enfermera “adopte un planteamiento que transforme la conceptualización de la salud y la modalidad de prestación de atención sanitaria, en particular formando y promoviendo alianzas con personas y comunidades, legisladores, gobiernos y otros profesionales de la salud, con el fin de modificar los efectos de los

determinantes sociales de la salud; generar el concepto de proveedores sanitarios inclusivos de la comunidad; y desarrollar y ampliar modelos innovadores de prestación de servicios sanitarios” (CIE, 2018)”.

En este contexto, Rissalud es una comunidad de práctica compuesta por redes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, y representa un espacio que se interpela acerca de la relevancia del componente enfermero. En ese contexto, un estudio descriptivo de abordaje cualitativo y de corte transversal ha identificado las políticas públicas de desarrollo de enfermería, sus componentes estratégicos y sus líneas de acción en este grupo de países como parte de un trabajo mayor que pretende identificar además su aplicación en las RISS locales: la identificación de otras políticas de desarrollo de enfermería para su inclusión y participación y la descripción de los componentes característicos de las mismas.

Principales hallazgos

Los países que componen Rissalud, sin dudas reconocen la necesidad de concretar modificaciones en la cantidad y calidad de los recursos humanos como se evidencia en el mosaico de políticas públicas que han decidido abordar y que se expresan en el cuadro. En el análisis de dichas políticas se evidencia que todos ellos, avanzan en el desarrollo del talento humano enfermero, sean específicas o integradas dentro de un paquete dirigido a sus Recursos Humanos en general, en una amplia diversidad de propuestas y en diferentes grados de desarrollo reconociendo en el componente formativo, el punto central de la estrategia.

Así es el caso de Argentina con el Pronafe, que trabaja en la mejora de infraestructura, equipamiento y capacitación docente orientando recursos para fortalecer a las instituciones formadoras. **En esa misma dirección es particularmente destacable la tarea desarrollada desde la Universidad ISALUD con la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA),** asumiendo el compromiso de formación con el ámbito público y de la seguridad social desde hace casi una década con un programa para la Profesionalización de Auxiliares de Enfermería de alcance

La proporción de enfermeras entre países ricos y países en desarrollo es muy dispar, con números que van desde los 111,4 profesionales de enfermería cada 10.000 habitantes en Estados Unidos hasta 3,5 en Haití

federal, entre otras ofertas académicas para el desarrollo de la disciplina.

Este programa, puesto en marcha en 2009, en plena vigencia y del cual han egresado más de 4000 estudiantes, se constituye en un verdadero emprendimiento asociativo interinstitucional con el establecimiento de convenios con las gobernaciones, ministerios de salud y otras universidades. El programa, que inicialmente se desarrolló en Capital Federal y Gran Buenos Aires, se amplió a Misiones, Chaco, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Santiago del Estero, Río Negro, Tierra del Fuego, Jujuy y San Luis y cuenta hasta el momento con 16 sedes dispersas en el país.

En tanto, el Estado Plurinacional de Bolivia desarrolla sus políticas fortaleciendo la carrera de grado y apostando al desarrollo de posgrado; Brasil

hace foco en la educación permanente, dirigida al mejoramiento explícito de calidad y al igual que Chile dirigen recursos para la ampliación de competencias en modelos innovadores en la región, tales son los casos de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) y de la Enfermera Gerente. De la misma forma, Colombia concentra esfuerzos también en la formación continua y fortalece los procesos de recertificación profesional.

Además, al igual que Paraguay intentan alinear sus políticas de recursos humanos con los objetivos del sistema de salud hacia la APS. En el caso de Costa Rica, el análisis y monitoreo de la situación de formación se encuentra orientada a la estandarización de cuidados enfermeros en relación también a la calidad; mientras que la situación de Ecuador refuerza la especialización como parte de sus estrategias. En El Salvador, la estrategia formativa se vincula a cuidados humanizados y formación basada en la evidencia como un subproceso en el marco de un programa de reforma detallada e integral para la disciplina. En República Dominicana, la estrategia formativa está orientada hacia la identificación de nuevos planes de estudio y en las normas para acompañar el proceso de mejora.

En tanto, la estrategia uruguayaya concentra esfuerzos en el fortalecimiento de todo el proceso formativo desde sus bases (desde la reconversión de personal empírico hasta el fomento de liderazgo para sus profesionales enfermeros en la Administración de Servicios de Salud del Estado). Por su parte, en Honduras las estrategias están mayormente orientadas hacia aspectos de regulación y apoya un modelo de gestión basado en competencias.


Aunque ya fue mencionado, es necesario resaltar el avance que presenta la región respecto de las estrategias

desarrolladas en materia de ampliación de competencias. Chile, con los inicios en un programa de Enfermería de Práctica Avanzada; El Salvador ampliando la inserción de la Enfermería en organismos intersectoriales de decisión, y Brasil con sus Enfermeras Gerentes, que cuenta con más de una década de experiencia, teniendo este rol importante significación para los sistemas de salud en tanto se encuentra dirigido a la APS. Estas nuevas representaciones que comienzan a asignarse tímidamente a los profesionales enfermeros en Latinoamérica, cuentan con experiencia en los países de mayor desarrollo, como Canadá, Finlandia, Estados Unidos, Reino Unido, Australia e Irlanda. La autonomía desarrollada en estas nuevas figuras resulta clave en materia de promoción de salud, prevención de enfermedades y asistencia a grupos poblacionales que se encuentran desatendidos o subatendidos, en especial en zonas alejadas de los centros urbanos (OPS/OMS, 2018).

Por último, otra de las estrategias comunes desarrolladas por algunos de los países dentro de este grupo de estudio aborda lo relacionado con la mejora de los ámbitos laborales. Ecuador concentra esfuerzos en la

reinstalación de profesionales con el desarrollo de estrategias intersectoriales para facilitar su ejercicio y crear condiciones de trabajo atractivas para el retorno de sus enfermeros emigrados, en el que también incluye una compensación económica y ajustes en sus horas de trabajo. Brasil fortalece la presencia de enfermeros en los equipos multidisciplinares atendiendo la sobre carga laboral y ajustando también la carga horaria. El Salvador lo aborda directamente como eje estratégico temático específico y favorece la participación de la enfermera

en los procesos de meso-gestión y propicia mejoras en ámbitos seguros de trabajo. En tanto que Uruguay refuerza su política de mejora salarial e ingreso al Sistema Nacional Integrado de Salud por concurso.

A modo de reflexión final, es deseable y tal vez así finalmente sea, que las decisiones de los organismos públicos expresadas en estas políticas de desarrollo de la enfermería puedan avanzar más allá de lo enunciado e iluminar el camino hacia el éticamente imperativo acceso universal a la salud en la región. 

Trabajos citados

- Consejo Internacional de la Enfermera. (2018). La Salud como un Derecho Humano. Acceso, inversión y crecimiento económico. Día Internacional de la Enfermera, recursos y evidencias. Ginebra.
- Grupo parlamentario multipartita sobre salud global (APPG) . (2016). A Report by the All-Party Parliamentary Group on Global Health. Triple Impact How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.
- International Council of Nurses. (2015). ICN Biennial Report 2014-2015 Representing nursing worldwide. Ginebra.
- OPS La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS. (2018). Ampliación del rol de las Enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.
- OPS/OMS. (2017). Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 29a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 69a. Sección del Comité Regional de la OMS Para las Américas. Washington: OPS.
- Organización de Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Publicación de la Universidad ISALUD. (2013). Enfermería: Recurso Humano Crítico. [i]salud , 8-9



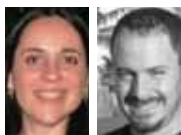
ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

AV. RIVADAVIA 4684 CABA / 4901-9081
AV. CORDOBA 3534 CABA / 4862-0204
AV. PTE. PERON 1045 - SAN FERNANDO - PROV. DE BS. AS.
DR. EIZAGUIRRE 2431 - SAN JUSTO - PROV. DE BS. AS.

Web: www.cermisaludsa.com.ar
Mail: info@cermisaludsa.com.ar

EL USO DE LA EVIDENCIA DEL MUNDO REAL (RWE) EN LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS

TENDENCIAS GLOBALES Y ESTUDIOS DE CASO DE AMÉRICA LATINA



Por Nahila Justo* y Martin Langsam**

Introducción

La evidencia del mundo real (RWE, por sus sigla en inglés: real world evidence) se utiliza en todo el mundo para evaluar los patrones de tratamiento, los costos y los resultados de las intervenciones sanitarias. Se ha convertido en una importante fuente de información para la toma de decisiones en el sistema de atención médica, incluidas las industrias farmacéutica, biotecnológica y de dispositivos médicos. En los últimos años, América Latina ha experimentado un creciente interés por la RWE, con un número creciente de econo-

mistas de la salud e instituciones sectoriales de diverso índole (laboratorios farmacéutico, financiadores, agencias reguladoras, etc.) que buscan determinar la mejor manera de generar y utilizar la evidencia para informar las decisiones de evaluación de tecnología de salud (HTA, por sus siglas en inglés: health technologies assessment) y las mejores prácticas en el sector de la salud.

Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina la infraestructura de los datos existentes, los marcos legales y la gestión colaborativa de las bases de dichos datos relacionados con la asistencia sanitaria son a menudo áreas que limitan su desarrollo. De esta forma investigadores de distintas universidades en Argentina, Brasil, Chile y Colombia, junto ICON plc (anteriormente Mapi Sweden

AB) se reunieron en una serie de talleres organizados por el equipo regional de Novartis para discutir las posibilidades de generación de RWE de calidad en la atención médica. Estos talleres reunieron la experiencia académica y la perspectiva de la industria, buscando la participación también de otros actores clave del ámbito de la atención médica, como las instituciones financiadoras de la seguridad social y los seguros privados, los prestadores de servicios médicos y las agencias reguladoras.

A pesar de que las prácticas para el uso de RWE están mejorando, la falta de coordinación e incentivos para racionalizar la generación de datos robustos sigue siendo un desafío. Este artículo resume de las contribuciones de los expertos convocados y la revisión de la literatura específica existente so-

* Real World Evidence Strategy and Analytics en ICON plc e Instituto Karolinska, Suecia

** Universidad Isalud

Este artículo es un resumen del documento final del Proyecto "Real World Evidence in healthcare decision making: Global trends and case studies from Latin America" desarrollado por ICON plc. (ex Mapi Suecia) y que contó con la colaboración de las siguientes instituciones: Karolinska Institute (Suecia). Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile), Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Colombia), IECS (Argentina), Universidad Isalud (Argentina), Universidad Federal de San Pablo (Brasil) y la Universidad de York (Reino Unido). La realización de los talleres de trabajo fue financiada por Novartis, desde su División Latinoamericana de Oncología. A su vez, como producto final de este proyecto se elaboró el artículo "in healthcare decision making: Global trends and case studies from Latin America" de pronta aparición, cuyos autores son: N. Justo, M.A. Espinoza, B. Ratto, M. Nicholson, D. Rosselli, O. Ovcinnikova, S. García Martí, M. Ferraz, M. Langsam y M. Drummond

bre las oportunidades y desafíos más importantes en este campo para las instituciones sanitarias de América Latina, tanto públicas como privadas.

¿Qué es la RWE?

Los datos del mundo real se pueden capturar a través de fuentes primarias o bien secundarias. Los datos primarios se recopilan activamente para preguntas de investigación cuando no se dispone de datos precisos y confiables (Gliklich et al., 2014). Rutinariamente los estudios primarios suelen reunir datos sobre la efectividad o la utilización de los recursos. Sin embargo, los estudios de datos primarios también se pueden utilizar para recopilar datos sobre la eficacia de un tratamiento en la práctica clínica; por ejemplo los estudios de eficacia post-autorización (PAES, por su sigla en inglés) están diseñados para capturar la eficacia terapéutica y la relación riesgo-beneficio en un

La generación de RWE es un complemento necesario a la investigación experimental

Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados	Estudios Observacionales
Diseño controlado Colectivo de pacientes homogéneo Doble ciego Grupo de control a menudo es placebo Marcadores Extrapolación	Diseño naturalístico Colectivo de pacientes homogéneo Abiertos Comparación con terapias habituales Validación de marcadores Largo plazo
Validez interna	Validez externa
Eficacia El efecto de una intervención médica estudiada bajo condiciones ideales <i>¿Podría funcionar en la práctica clínica?</i>	Eficacia El efecto de una intervención médica estudiada bajo condiciones ideales <i>¿Podría funcionar en la práctica clínica?</i>

Fuente: Justo N et al. (2018)

entorno real. Esto incluye ensayos aleatorios (ensayos explicativos y pragmáticos) para evaluar la eficacia del tratamiento, así como estudios observacionales para evaluar la seguridad posterior a la autorización, los beneficios y los modificadores del efecto (Gliklich et al., 2014). Estos estudios pueden ser dirigidos o conducidos volunta-

riamente en base a una condición regulatoria de autorización. Las fuentes de datos secundarias se definen como datos recopilados para fines distintos al diseño del estudio en cuestión (Gliklich et al., 2014). Los datos secundarios se pueden capturar a través de los registros de datos de atención médica o bien a través de bases

¿De qué hablamos cuando hablamos de “real”?

Evidencia generada en ensayos clínicos	RWE → Práctica Clínica habitual
Pacientes reclutados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión del protocolo (más jóvenes, menos comorbilidades, severidad, naïve, etc.)	Poca o nula selección de los pacientes a incluir → Amplio espectro de la población de interés
Adherencia artificial impulsada por la administración del tratamiento estructurado por el protocolo	Adherencia al tratamiento variable impulsada por administración del tratamiento de rutina y decisión del paciente
Seguimiento de la enfermedad estructurado y dictado por el protocolo en modo y plazo	Poco (o sin) control del tratamiento y seguimiento de la enfermedad a discreción del médico y durante el tiempo en que se use
Tratamiento protocolizado que puede incluso limitar el abordaje de comorbilidades	Tratamientos y procedimientos de rutina incluyendo comparadores, cuidados paliativos, tratamientos sintomáticos y otras co-medicaciones
Refleja condiciones ideales	Refleja acceso a cuidados en la realidad (incluyendo las limitaciones por cobertura, copagos, etc.)
RWE es un complemento necesario → los ECAs generan información necesaria pero no suficiente	

Fuente: Justo N et al. (2018)

de datos específicas por patología. Durante el proyecto se han identificado las siguientes fuentes de datos secundarias que pueden ser utilizadas para generar RWE:

- Registros de pacientes recopilados por profesionales de la salud, a menudo utilizados como datos secundarios para realizar estudios de cohortes para rastrear la historia natural de las enfermedades y monitorear la seguridad, la efectividad y la calidad de los tratamientos.
- Las bases de datos administrativas que capturan los indicadores de procesos de reembolsos o coseguros, y que pueden utilizarse para análisis retrospectivos longitudinales o transversales sobre la utilización de la asistencia sanitaria y sus impactos económicos.
- Los registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en in-

glés), también recopilados por profesionales de la salud, son historias clínicas digitalizadas, también utilizados para realizar observaciones a largo plazo;

- Las encuestas de salud que sirven para capturar el estado de salud, la utilización de los servicios y sus costos;
- Los sistemas de vigilancia que controlan la distribución y el historial de enfermedades, estimulan la investigación y evalúan las medidas de control o la planificación de las instalaciones;
- Las redes sociales y comunidades on line pueden ser una fuente de datos autoinformados o datos de dispositivos móviles.

¿Cómo se usa la RWE?

Los datos generados a partir de estudios o bases de datos del mundo real pueden ser utilizados como

evidencia para las mejoras de calidad y la gestión de las prácticas por parte de todos los integrantes del sector de la salud. Por ejemplo, los reguladores utilizan RWE para reducir el tiempo de autorización de nuevos medicamentos prometedores que utilizan estudios de seguridad posteriores a la aprobación o programas de acceso temprano, para el monitoreo y evaluación de tratamientos fuera del entorno clínico. El marco legal y la aplicación de estos programas varían de acuerdo con el contexto del sistema de salud, pero en general están destinados a satisfacer las necesidades de los pacientes que padecen una enfermedad rara o muy debilitante.

La evidencia del mundo real a menudo se usa para complementar los datos de ensayos controlados aleatorios (ECA) en las presentaciones de ETS. Si bien la evidencia

Distintas fuentes secundarias que pueden responder a diferentes preguntas de investigación o de políticas sanitarias

Registros Clínicos/de Pacientes (quality registries)	Datos de pacientes con una condición particular con seguimiento en el tiempo. Puede incluir una gran variedad de variables clínicas hasta información genética y PROs
Bases Administrativas (ligadas a reembolso)	Bases de datos sobre el uso de servicios asistenciales o de farmacia, información normalmente recogida con fines administrativos y/o en el procesamiento para pagos o reembolsos
Encuestas a pacientes de cohortes preexistentes	Uso secundario de resultados de cuestionarios estándares (PROs) diseñados para la evaluación directa de la experiencia del paciente, administrados rutinariamente por registros clínicos de enfermedades específicas
Historia clínica electrónica (HCE o EME)	Bases de datos de los proveedores de salud que cuentan con información clínica, administrativa y económica de sus pacientes y pueden estar integrados en sistemas interoperacionales más complejos. La investigación es un uso secundario
Encuestas de salud (nacionales o regionales)	Encuestas sistemática implementadas por gobiernos o sus agentes con el objeto de evaluar la salud pública en general, el uso de recursos, patrones poblacionales y tendencias, etc.
Datos generados por sistemas de vigilancia	Bases de datos de instituciones nacionales o regionales mantenidas con objetivos epidemiológicos (para captar, x ej. Defectos de nacimiento, cánceres, enfermedades infecciosas, mortalidad, etc.)
Comunidades Online	Datos autoreportados por los pacientes y capturados a través de diversos "self-monitoring" dispositivos (x ej. Fitbit, Patients Like Me, o ConnectedLiving)

Fuente: Justo N et al. (2018)



ELEA
Hace bien



MÁS DE 75 AÑOS DE
CONFIANZA Y COMPROMISO

- ♡ Cardiometabolismo
- ♀ Salud Femenina
- ♂ Urología
- 🗨️ Neurociencias
- 💉 Antiinfectivos
- 🧬 Onco - Biotech
- 🦴 Osteoarticular
- 👤 Clínica Médica
- 👁️ Visual
- ⊕ Venta Libre

ECA es crítica, la RWE puede mejorar la toma de decisiones sobre los reembolsos, su montos y sus condiciones. Los datos sobre los costos reales y la efectividad de los tratamientos en la práctica son un complemento necesario para los datos clínicos. También se pueden otorgar reembolsos condicionales para tratamientos que requieren una mayor recopilación de datos en el entorno real. Estas prácticas de reembolso operan en varios sistemas de atención médica en países tales como Alemania, el Reino Unido y Australia, entre otros (Carbonneil et al., 2009, Claxton et al., 2012, Walker et al., 2012).

Los profesionales de la salud utilizan RWE para informar las mejores prácticas y los marcos de evaluación de valor. Utilizando la evidencia de la configuración del mundo real, los marcos pueden incorporar la experiencia general del paciente, así como los costos y la calidad de vida. Además, los datos permiten a los investigadores de la salud identificar subpoblaciones específicas que son más aplicables para los ensayos clínicos, y demuestran cómo se pueden lograr ahorros en los costos.

Estudios de caso: Argentina, Brasil, Chile y Colombia

Los principales hallazgos de las consultas con expertos en Argentina muestran la administración fragmentada de bases de datos y los usos esporádicos de la RWE en las decisiones de ETS. Si bien la generación y utilización de datos se hace de forma rutinaria en diversas áreas de la actividad sanitaria todavía no existe un marco para coordinar estas bases de datos, compartir los hallazgos o establecer vínculos a nivel sectorial regional o nacional. Esto, sin duda limita la generalización y transferibilidad de la RWE en Argentina.

En Brasil, hay un interés creciente por la RWE a partir de los resultados informados por los pacientes y su uso en las evaluaciones de costo-efectividad de las intervenciones. Dada una mayor conciencia sobre la escasez de los recursos, la economía de la salud es un campo cada vez más reconocido en este país. Brasil tiene un sistema nacional de información de salud ambicioso, el DATASUS, como así también una amplia red na-

cional de vigilancia de la salud y sistemas de farmacovigilancia. Sin embargo, el acceso a la RWE en Brasil está limitado por la falta de datos continuos originados en los pacientes, las inconsistencias en los indicadores sanitarios comunes y la variación en la calidad y seguridad de los datos.

La generación de RWE en Chile cuenta con el respaldo de sistemas nacionales de recolección de datos, registros bien ejecutados y también cuenta con actividades de monitoreo sistemático de la seguridad de los pacientes después de las autorizaciones de uso. Sin embargo, la utilización de la RWE está limitada por la falta de datos longitudinales, la escasa financiación para la investigación de datos de registro y la falta de liderazgo de Ministerio de Salud en este tema. Sin embargo, es posible esperar que la creciente coordinación entre las instituciones públicas y privadas permita activar ciertos fondos para el desarrollo de la investigación con RWE en el futuro.

El sistema de registro colombiano ha estado generando datos nacionales de salud del mundo real

La recolección prospectiva de datos primarios en la práctica clínica de rutina también genera RWE para responder a diferentes preguntas de investigación o para informar políticas públicas

Encuestas a pacientes	Encuestas diseñadas para la evaluación directa de la experiencia del paciente, ya sean PROs, instrumentos para evaluar necesidades insatisfechas, o incluso estudios de costo y carga de enfermedad. Pueden ser parte de estudios transversales o prospectivos
Ensayos clínicos pragmáticos	Estudios prospectivos para evaluar la efectividad y seguridad en poblaciones no seleccionadas (participantes RW) en condiciones no controladas sino en la práctica habitual
Estudios observacionales prospectivos	Seguimiento no-intervencional o post-intervencional de pacientes para evaluar la efectividad de un producto durante un período extendido en la vida real generados por iniciativa del sponsor del producto
Estudios Post-autorización (PASS, PAES, etc.)	Registros de pacientes resultantes de requerimientos regulatorios para proveer datos de largo seguimiento en pacientes diversos para evaluar eficiencia o seguridad y tolerancia

Fuente: Justo N et al. (2018)

durante décadas, demostrando un modelo de gestión de la información bien establecido e integrado. Los economistas de la salud han podido generar evidencia a partir de datos epidemiológicos, clínicos y económicos mediante la producción de modelos de simulación o análisis de impacto presupuestario. A pesar de la insuficiencia de recursos humanos en este área, Colombia se ha beneficiado del acceso a datos longitudinales y una historia de toma de decisiones de salud basada en la evidencia


Limitaciones y conclusiones preliminares

Las limitaciones del documento generado son las siguientes. En primer lugar, se buscó la opinión de expertos específicos de cada país para cada estudio de caso, lo que dio lugar a algunas inconsistencias en el enfoque y la profundidad de los temas evaluados en cada país. También se debe tener en cuenta que, desde el momento de la presentación de las contribuciones y la redacción (de junio a octubre de 2017), es posible que haya habido actualizaciones y cambios en el uso, las leyes o las regulaciones relacionadas con la RWE. Existe un enfoque específico, más que sistemático, para la consolidación de la información sobre RWE dada la falta de literatura y el uso de literatura gris o no publicada. Finalmente, deben destacarse las dificultades de comparar los sistemas de atención de la salud latinoamericanos con los europeos y los estadounidenses. Si bien no es posible una comparación directa entre países, los mecanismos de financiamiento, el perfil epidemio-

lógico y la estructura básica de los sistemas de salud de América Latina a menudo son distintos a los sistemas de pagador único en Europa o al sistema estadounidense en gran medida privado.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, este trabajo aclara los conceptos básicos de la RWE y su uso en los sistemas de salud, como así también describe las herramientas necesarias para generalizar su uso en el entorno latinoamericano. Identifica ciertos usos de la RWE en ejercicios de ahorro de costos y estrategias de reembolso condicionales por parte de los pagadores. También identifica las fortalezas y debilidades de la generación y usos de la RWE en estos cuatro países latinoamericanos a través de estudios de casos, resumiendo los desafíos y oportunidades clave para la integración de esta actividad en cada sistema de salud.

Los principales hallazgos muestran que América Latina cuenta con bases de datos maduras,

aunque a menudo fragmentadas y administradas de manera esporádica. También permite señalar un amplio uso de la RWE en los procesos de ETS y la existencia de expertise profesional para analizar estos datos en ciertos ámbitos aunque no todavía no se aprecie esto de manera consistente a nivel nacional. Las recomendaciones para futuras investigaciones sobre este tema deben incluir el análisis, a nivel de cada país, o incluso subsistema sanitario, de los usos de las bases de datos digitales, la estandarización de los datos del registro hospitalario que estas bases contienen y la codificación de la legislación sobre la privacidad de dichos datos. Al explorar las mejores prácticas existentes en la generación y gestión de datos, los investigadores podrán fomentar el acceso a datos de salud agregados y transferibles dentro de la región y los países de América Latina, mejorando el proceso de incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias. 

Referencias

- Berger, M.L., et al., Good practices for real-world data studies of treatment and/or comparative effectiveness: Recommendations from the joint ISPOR-ISPE Special Task Force on real-world evidence in health care decision making. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2017. 26(9): p. 1033-1039.
- EMA, Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP). Module VIII – Post-authorisation safety studies (Rev 2) 2016.
- FDA, Use of Real-World Evidence to Support Regulatory Decision-Making for Medical Devices. Draft Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. 2016.
- Gregory, V., et al., Real world research in Latin america: Opportunities, sources and barriers (PRM43). *Value in health*, 2014. 17(A 1 - A 2 9 5).
- ISPOR Task Force, Using Real World Data for Coverage and Payment Decisions: The Ispor Real World Data Task Force Report. 2013.
- Justo N, Espinoza M, Ratto B, Rosselli D, Ovcinnikova O, García Martí S, Ferraz M, Langsam M, and Drummond M. 2018. “Real World Evidence in healthcare decision-making: Global trends and case studies from Latin America”. White paper. Stockholm, Sweden.
- Schneeweiss, S., et al., Real World Data in Adaptive Biomedical Innovation: A Framework for Generating Evidence Fit for Decision-Making. *Clin Pharmacol Ther*, 2016. 100(6): p. 633-646.
- Sherman, R.E., et al., Real-World Evidence — What Is It and What Can It Tell Us? *New England Journal of Medicine*, 2016. 375(23): p. 2293-2297.
- Woodcock, J., Evidence vs. access: can twenty-first-century drug regulation refine the tradeoffs? *Clin Pharmacol Ther*, 2012. 91(3): p. 378-80.

SERGIO WISKY: “EL SISTEMA SANITARIO SE GESTIONA COMO A MEDIADOS DEL SIGLO PASADO”

Médico con una extensa trayectoria en la gestión hospitalaria, ex intendente de El Bolsón y actual diputado nacional y miembro de la comisión de Salud de la cámara baja, describe en esta entrevista la situación de la atención en su provincia y los desafíos del sistema

El mismo día que había sido acordada la entrevista con la revista ISALUD, en el Anexo ubicado frente al Congreso de la Nación, la noticia publicada en el diario Río Negro, su provincia natal, hacía referencia al éxodo de profesionales de los hospitales públicos que preocupaba a las autoridades sanitarias locales, que evaluaban cubrir esas vacantes con médicos venezolanos. Sergio Wisky es diputado nacional desde 2015 (Unión PRO de Río Negro), se define en su cuenta de Twitter como “bien patagónico” y admite que “la falta sobre todo de médicos generalistas es un problema que aqueja a la provincia”.

Se le suma a eso la fuerte demanda incrementada en estos últimos años de pacientes del sector privado que vuelven al público debido a la crisis económica. Activo participante desde su banca apoyó la aprobación reciente de la llamada ley Justina, que mejora la normativa para aquellos pacientes que esperan por un trasplante, y la despenalización del aborto, cuyo debate en el recinto celebra como una manera de aprender a convivir con la diferencia.

–Usted fue intendente de El Bolsón y director de hospital público ¿cómo hace para no perder referencia de los problemas de un pueblo chico?

–Es que es imposible no tener el arraigo cuando desde chico yo acompañaba a mi madre docente a visitar a sus alumnos que faltaban a la escuela. Ese vínculo que ella despertaba con su gente me impactó mucho. Ella no hacía política, pero ese servicio social que brindaba era una manera de hacerla y en el buen sentido. Además, yo provengo de la universidad pública, me recibí en La Plata e hice mi residencia en el Hospital Zonal Bariloche, en clínica médica, y después continué dos años más de especialización en terapia intensiva.

Fui también director de hospital en la zona del Alto Valle desde donde recorría los distintos pueblos. Los problemas son casi los mismos, cambian los volúmenes que son menores, y en la lógica de cómo se arma un sistema de salud se tiene que tener muy en cuenta el tema de los traslados, todo lo que es derivación requiere de una estructura bien armada, eso es clave.

En Río Negro hay cuatro hospitales de referencia que están en Bariloche, Alto Valle, General Roca y Viedma, a los cuales se hacen derivaciones de los 39 hospitales más chicos, en distancias de 100 a 300 kilómetros que atraviesan zonas complicadas y con traslados en ambulancias. El servicio aéreo se utiliza en casos de derivaciones cardiovasculares hacia la zona del Alto Valle, oncológicas en Bariloche y



Ramón Carrillo decía que ayuda o cura más un buen político que un médico, porque la salud es una construcción tan compleja que la última parte del sistema sanitario deben ser los médicos. En un sistema territorialmente extenso como el argentino, si no se tiene una política activa y dinámica, se termina concentrando todo en las grandes ciudades y los recursos se hacen escasos en la periferia

a Buenos Aires, en casos de trasplante. Y todo eso tiene que estar muy bien coordinado.

—¿A qué atribuye esta convocatoria a médicos extranjeros para su provincia?

—En primer lugar hay un aspecto que trasciende lo local y es que básicamente está cambiando el perfil de los recursos humanos que es un problema mundial, el médico sigue optando por marcharse a las grandes ciudades. España padece los mismos problemas en regiones similares a la nuestra, donde el profesional se queda en grandes zonas urbanas como Barcelona, Valencia o Madrid.

En el caso rionegrino, tenemos buena cobertura en atención primaria, con muy buena capacitación, pero nos faltan especialistas que emigran a Buenos Aires, Córdoba o Mendoza. Además, en la época en que yo me formé era muy deseado hacer atención médica con guardias incluidas, esencial para nuestra formación y una cuestión hasta cultural. No nos sentíamos profesionales si no las hacíamos y hoy esa situación cambió, en parte porque no está la misma vocación.

Por otro lado, hacer guardias en regiones donde el traslado en una ambulancia puede significar recorrer más de 300 kilómetros por cami-

nos inseguros y con hospitales desbordados derivó en la situación que estamos viviendo. La migración de médicos venezolanos es un recurso humano de alta calificación con especialidades y hasta algunos con maestría y posgrados, y eso abre una alternativa beneficiosa para el sistema.

—¿Cuánto debilita la fragmentación al sistema de salud?

—Es una cuestión de decisión política, en eso coincidí con Luis Scervino (ex titular de la Superintendencia de Servicios de Salud). En Río Negro la salud pública es rectora del sistema, no estamos gobernados por el sistema privado, porque si bien éstos tienen un buen desarrollo tecnológico nuestros hospitales públicos son muy potentes, hay una buena política salarial, aunque obviamente pagar más sería mucho mejor, pero no estamos tan alejados.

En el hospital de Bariloche entre un 70 y 80 por ciento de los médicos son full time, no trabajan en el sector privado, tienen el título retenido y eso te da una consistencia institucional distinta a la que se puede tener en Buenos Aires donde una gran mayoría trabaja un par de



Hay que prestar mucha atención a cómo se hacen las rutas y se distribuye el agua, a cómo se organizan los hospitales, los sistemas de seguridad, a cómo prevenimos la violencia urbana porque en definitiva todo eso no se resuelve adentro de un hospital ni con una buena enfermera o un buen médico

horas en el público y luego se va al privado. En el hospital de Bariloche o en el de Viedma se da esa característica, médicos cien por ciento hospitalarios lo que da una política de recursos humanos distinta.

El sistema sanitario rionegrino tiene un promedio de estadía

de pacientes con una misma enfermedad de seis días, mientras que el privado es de tres días, si se optimiza la gestión hay un 50% de operatividad mejorable (hay que mejorar los servicios complementarios como rayos y laboratorios). Y en las consultas por guardia sucede otro tanto.

—¿Cómo afectó el alza de las tarifas a una región productora como Río Negro?

—Nosotros podemos ver el vaso medio lleno o medio vacío con el tema del dólar, el productor que exporta está muy bien, con la competitividad del cambio, pero el productor chico está con dificultades y ahí es donde tiene que trabajar el Estado para ver cómo ayuda.

Nosotros tenemos niveles de pobreza semejantes al país, en algunas regiones más que en otras y constituimos mucha migración interna, la ruralidad se ha perdido mucho, somos una provincia muy extensa, la mayoría se ha ido a vivir a las grandes ciudades y se formaron cordones de pobreza allí, y el sistema sanitario lo siente.

En los centros de atención primaria nos falta mayor extensión horaria para que la gente

que vuelve de sus trabajos no tenga que ir a la guardia del hospital fuera de hora. El sistema así se resiente, el 60% tiene obra social, en algunos 70%, además 140.000 rionegrinos tienen la obra social provincial, y otros tantos tienen obras sociales nacionales, el PAMI tiene 90.000 afiliados, en comercio hay casi 120.000.

Así que hay buena cobertura para una población cercana a los 700.000 habitantes, pero lo que falta es equilibrar lo que pagan las obras sociales a los hospitales públicos, que es un 15% de lo que le paga al privado por la misma práctica médica. Ahí se debe mejorar.

—¿Qué experiencia recogió de la maestría en ISALUD para la Gestión Pública?

—Yo hice dos maestrías, una la de Gestión en Economía de la Salud y la otra en Sistemas Previsionales y Sanitarios. A mí, sin duda, me cambió la mirada no solo técnica y médica sino también la mirada política de la gestión fue un cambio copernicano, me llevó a meterle mucha más inteligencia a la toma de decisiones y uno de los aspectos que aprendí fue a analizar los procesos, a mirar la película completa y no sacar una foto para ver qué pasa, que eso lo veo mucho aquí.

Hay demasiado voluntarismo con las leyes, que luego terminan siendo fotos porque no tienen el desarrollo de una política sanitaria, están las voluntades y el marco legal pero después quedan vacíos porque no tienen el espíritu que requiere el proceso asistencial y convertirse en un derecho ejecutable. Uno como médico asiste a un paciente y como sanitarista atiende a todo el proceso. Como me dijo alguna vez Ginés González García “el médico atiende de a uno, pero en la función pública se atiende de a dos mil”.

—¿Qué dejó la media sanción de la despenalización del aborto en Diputados?

—La despenalización del aborto me interesó por mi vocación sanitarista y como política sanitaria es un paso adelante. Las sociedades que avanzan en la ampliación de los derechos de género son sociedades maduras. Y eso está demostrado.

Otro beneficio es la externalidad positiva que

tiene, el sistema político puede sentarse a discutir un tema que es complejo y antagónico, ahí no hay términos medios y esa externalidad nos ayuda mucho a los argentinos a debatir sin enojarnos.


No hay política pública posible si no se la tiene arriba de la mesa midiéndola, lo que no se mide no se puede gestionar. Y no lo estábamos midiendo porque todas eran inferencias de datos oscuros y además no hay posibilidad de hacer una política sanitaria cuando es ilegal.

–Mirando hacia adelante ¿qué es lo urgente en materia de salud?

–Mi diagnóstico es que el sistema sanitario tiene un modelo de gestión que es de mediados del siglo pasado a la hora de tomar decisiones, de la época en que proliferaban las enfermedades infecciosas y hoy tenemos una población con varias cargas de enfermedades por encima de las crónicas, con un amplio plan de vacunas y una mayor edad de la población.

Pero en Argentina nos cuesta mucho tomar decisiones de gobernanza y hay que dar un salto de calidad en la gestión organizando diferente

el sistema sanitario. Nosotros tenemos el Consejo Federal de Salud (Cofesa) que es el lugar donde se toman las decisiones políticas pero después cada provincia es la que ejecuta, y esa forma de gobernanza a los argentinos nos cuesta mucho.

Hay que tratar de alinear el financiamiento, el modelo asistencial con el modelo de gestión, articular esas tres áreas y que la decisión sea política. Uno de los sistemas que pueden alinear mucho es el seguro de alto costo, el catastrófico, pero para que eso tenga valor el decisor debe tener el apalancamiento político para que las decisiones se ejecuten, eso es clave porque se mete en un lugar que es el gasto expansivo. Ahora el caño, por decirlo de alguna manera, por donde se desangra el sistema sanitario es en el gasto catastrófico y si nadie pone el dedo para frenar la hemorragia, el gasto de alto costo resulta cada vez más inequitativo y accede aquel que más recursos tiene. Ese salto en gastos catastróficos que genera mayores recursos de amparo es clave para armar un sistema de gobernanza diferente. 



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

MEDIACIÓN

LA MEJOR ALTERNATIVA PARA RESOLVER LOS CONFLICTOS



En el 46% de los casos en los que hay malentendidos se llega a un acuerdo antes de la instancia judicial y evitar así la escalada de problemas que se originan por fallas en la comunicación. Además, tienen gastos menores que los de un juicio y son confidenciales



Por Alicia M.E. Gallardo

El sector salud es objeto de reclamos que por vía judicial obtienen el reconocimiento de coberturas que exceden los parámetros legales, hecho que se suma a la llamada industria del juicio de mala praxis. Esta conflictividad abarca a prestadores y financiadores, y a todos los profesionales de la salud en un contexto de responsabilidad solidaria.

Los métodos colaborativos de resolución de conflictos previos a la instancia judicial permiten llegar a soluciones más satisfactorias en términos de tiempos y costos. También son notorios los resultados que se obtienen aplicando las técnicas de mediación a los conflictos intraorganizacionales. El proceso de mediación permite valerse de la interdisciplina para lograr

La autora es abogada mediadora. Directora del curso de extensión Mediación en Salud de la Universidad ISALUD

mayor eficiencia en la resolución de conflictos vinculados a la salud mediante la intervención de un abogado mediador y la integración de un Mediador en Salud capacitado en técnicas específicas para intervenir en estos procesos.

El nuevo papel que deben saber desempeñar los profesionales del sector salud requiere de la capacidad de prevenir, gestionar, facilitar y solucionar conflictos.

Desde abril de 1996, está funcionando la mediación obligatoria para todos los juicios a iniciarse en los fueros Civil y Comercial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en otras ciudades del interior de la Argentina. Aproximadamente en el 46% de los casos las partes llegan a un acuerdo y estos casos no se derivan al Poder Judicial. Esto significa que antes de interponer una demanda en la Justicia, el médico o la organización de salud y el paciente tienen la posibilidad de llegar a un acuerdo en la instancia previa de mediación.

Ahora bien, hablamos de posibilidad porque si bien es obligatorio cumplir con la instancia, una vez que se inicia el proceso de mediación el acuerdo es voluntario y las partes, requirente y requerido, pueden optar por comparecer o no, son las protagonistas de la decisión y el mediador no las puede obligar a llegar a un acuerdo, lo suscriben sólo si satisface en alguna medida sus intereses.

Se trata de analizar el conflicto en su totalidad, explorando los intereses y valores afectados, las necesidades y las emociones involucradas en busca de acercar a las partes para restablecer y facilitar la comunicación con el objetivo de que logren escucharse, superen malentendidos, sobrentendidos y bloqueadores de la comunicación.

Se busca que “puedan ponerse en el lugar del otro”, un recurso que permite cambiar la percepción debido al cambio de perspectiva.

Se impulsa a que “inventen opciones creativas de solución” buscando cri-

terios objetivos de realización, pero que también evalúen las alternativas con las que cuentan en caso de no lograr un acuerdo.

Esto se implementa a partir de un proceso que puede llevar dos o tres reuniones donde se intenta llegar a un acuerdo que satisfaga en diferentes aspectos los intereses de las partes.

Asimismo, se busca que ambas partes se retiren de la mesa de la Mediación sintiendo que han resuelto el conflicto, aunque hayan resignado algo; teniendo en cuenta que «ganar» en este proceso no significa únicamente ganar dinero, sino una disculpa, tiempo, prestigio, autoestima, reconocimiento, comprender lo que sucedió y muchos otros valores que están juego en este tipo de situaciones. En realidad, lo que se busca es un ganar/ganar que significa perder/perder.

Ventajas de llegar a un acuerdo

De la experiencia transitada, surgen varias razones por las que se considera una ventaja para las partes enfrentadas en un conflicto de esta naturaleza, lograr un acuerdo en Mediación:

1º) Porque la mediación se desarrolla fuera del ámbito de tribunales; en las oficinas del mediador o en Centros de Mediación, especialmente organizados, que deben estar adaptados para este proceso con todas las características de un ambiente calmo y distendido, en el que las partes se sientan cómodas para poder expresarse y contenidas frente al conflicto que las llevó hasta allí.

2º) Porque es un proceso confidencial; lo que allí se discute queda amparado por el deber de confidencialidad de todos los que comparecen, a diferencia de la publicidad de

Nuevo Centro de Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos

En 2006, la Universidad ISALUD fue pionera en formación de Mediadores de diferentes disciplinas con especial acento en conflictos del sector salud. Con esa impronta en la Universidad se está gestionando la inauguración de un Centro de Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos del sector salud denominado CEMECOLSA, cuyos principales objetivos son:

- 1)** Fomentar la práctica de los Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos como la negociación, mediación, facilitación del diálogo, formación de consensos, evaluación neutral temprana y el arbitraje médico.
- 2)** Capacitar al personal de las organizaciones de salud en los métodos colaborativos de resolución de conflictos.
- 3)** Diseñar sistemas de gestión y prevención de conflictos dentro de las organizaciones de salud.
- 4)** Elaborar proyectos de todo tipo, que sirvan a los fines del CEMECOLSA para la comunidad, tales como la organización de cursos y jornadas, reuniones de intercambio, publicaciones, y toda actividad que contribuya a difundir la problemática del sector salud, sus dificultades y los caminos alternativos de resolución colaborativa de disputas.
- 5)** Realizar la labor en un ambiente imbuido de valores y principios éticos que prestigien la actividad, y que posibiliten la incorporación de un equipo interdisciplinario de profesionales formados en los Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos.
- 6)** Mejorar la calidad de vida de la población en general y de los actores del sistema sanitario; resolviendo los conflictos mediante Métodos Colaborativos, que les permitirá ahorrar cuantiosos recursos del Estado Nacional, Provincial, Municipal, de las Obras Sociales y de las empresas de Medicina Pre-Paga.
- 7)** Publicitar y difundir en la comunidad las ventajas de los Métodos Colaborativos de Resolución de Conflictos y propiciar la incorporación en los contratos entre partes, de la cláusula de compromiso de derivación de los conflictos a Mediación y Arbitraje.
- 8)** Actuar como tercero neutral en orden a un proceso conforme a la ley vigente en la resolución de conflictos a requerimiento de las partes, ya sean usuarios de Hospitales Públicos, beneficiarios de las Obras Sociales o socios de empresas de Medicina Pre-Paga para generar el espacio de diálogo adecuado para evitar la instancia judicial.
- 9)** Fomentar la intervención del Mediador Sanitario.
- 10)** Desarrollar relaciones con otros organismos especializados en la materia o cualquier otro ente público o privado de carácter nacional o internacional, así como realizar convenios y acuerdos de cooperación o colaboración que se estimen convenientes para la consecución de los objetivos del CEMECOLSA.

los juicios. El proceso judicial tiene influencias negativas sobre la conducta de los médicos, como, por ejemplo, no comentan con nadie –ni siquiera con sus colegas– las circunstancias que pueden haber incidido en el error que se le atribuye; disminuye la confianza en sí mismos;

y tienden a alejarse de sus contactos personales, situación que, a su vez, acentúa la presión que sienten y aumenta la posibilidad de incurrir en nuevos errores.

3º) Porque el rol del mediador es el de un tercero neutral e imparcial y su función es colaborar con las par-

tes (médico y paciente o familiar del paciente y sus abogados) para que logren escucharse y entenderse buscando una solución que satisfaga los intereses de ambos. Muchas veces, un pedido recíproco de disculpas alcanza para contener la escalada de un conflicto que quizá se originó por fallas en la comunicación.

4°) Porque los gastos y los honorarios que se generan en la mediación son ostensiblemente menores a los gastos y honorarios de un juicio; aun en caso de que el médico gane el juicio –si al actor se le hizo lugar al beneficio de litigar sin gastos– el médico o su aseguradora deberán afrontar las costas de este –es decir– el 50% de los honorarios de los peritos intervinientes.

5°) Porque de la investigación realizada acerca de los motivos por los que se inician los reclamos por daños y perjuicios por responsabilidad profesional médica, ha resultado que se refieren por ejemplo a: indiferencia, falta de información, información posterior al hecho, explicación confusa, explicación clara, pero sin sentido, ausencia del responsable principal, comentarios negativos acerca del responsable, error evidente

Negativa a entregar la historia clínica; entrega tardía o con alteraciones, intentos coercitivos de conciliación, apariencia física del médico (estado de agotamiento). Del análisis de estos ítems surge que el proceso de mediación es sin duda el ámbito adecuado para que el médico y el paciente y/o sus familiares puedan escucharse y darse explicaciones que quizá –en el momento de la atención– influenciados por el stress que esa situación les generó, no han logrado entender, e involuntariamente desembocaron en un conflicto que no pudieron manejar.

6°) Porque todo caso de mala praxis exige la evidencia de tres elementos

básicos: culpa, relación causa-efecto y daño. La relación causa-efecto (¿fue ese error el que causó un daño o una muerte?) es el punto de mayor debate en una mediación y utilizando todos los recursos posibles en materia de comunicación eficaz, el médico y su abogado tienen el espacio para explicar que la medicina no es una ciencia exacta y por tal razón existen múltiples factores que –sobre la base de probabilidades médicas razonables– pueden explicar un daño o una muerte.

7°) Porque el proceso de mediación puede valerse de la interdisciplina para lograr mayor eficiencia en la resolución de este tipo de conflictos, mediante la intervención de dos mediadores: mediador abogado y mediador médico. Ambos, cumpliendo con el rol de agente de la realidad, y/o de «abogado del diablo» y en reuniones privadas con cada parte y sus abogados ayudan a: descubrir qué intereses reales intentan satisfacer mediante la resolución del conflicto, a proporcionar a los abogados un espacio de análisis en privado con su cliente y los mediadores para distinguir las posiciones que mostraron en la mesa de negociación de los verdaderos intereses que intentan satisfacer.

A veces el enojo no deja ver si el reclamo se ha iniciado por incidentes que provocaron «bronca», sin que haya daño grave ni responsabilidad del médico ni de la institución; si se inició porque hay un daño grave, pero no responsabilidad del médico ni de la institución o si se inició porque realmente hay responsabilidad y se puede demostrar la relación causal entre el accionar del médico y el daño provocado.

El proceso de mediación permite evaluar la posición jurídica y –en caso de que las partes no lleguen a

un acuerdo– saber con qué elementos favorables y desfavorables cuentan frente a la decisión de un juez. También ayuda a clarificar si existen suficientes elementos de prueba para llegar a un resultado satisfactorio en sede judicial. Los mediadores pueden ayudar a evaluar en privado y dentro del marco de confidencialidad con cada parte, cuál sería el resultado del pleito; las conclusiones obtenidas en las reuniones privadas muchas veces llevan a reflexionar acerca de las ventajas de llegar a un acuerdo y no abordar el juicio.


La prevención

Las herramientas de la mediación son eficaces para diseñar un sistema de prevención de conflictos dentro de las organizaciones de salud.

Los diferentes roles que se pueden cumplir dentro de las organizaciones son:

- Mediador
- Facilitador
- Oyente Neutral
- Ombudsman

En la actualidad, poder diseñar un sistema de prevención y resolución de conflictos dentro de la organización constituye para quienes tienen la responsabilidad de administrar, la mejor oportunidad con la que cuentan para controlar los costos que los conflictos generan.

En síntesis, para los médicos y las organizaciones de salud actuales, los problemas más importantes que desafían su prestigio y su ecuanimidad suelen derivar de fuentes que no se relacionan directamente con el tratamiento de las enfermedades de sus pacientes, sino que necesitan recurrir a sus habilidades para negociar y solucionar conflictos. La mediación es una oportunidad para lograrlo. 



LA TRAYECTORIA DEL
FINOCHIETTO DEDICADA
AL **CUIDADO DE LA SALUD**
Y LA **BELLEZA DE LA MUJER**

Inauguramos el Centro de la Mujer. Un lugar en el que vas a poder realizarte todos los estudios médicos y procedimientos estéticos con profesionales de primer nivel en un ambiente cómodo y tranquilo.

DENSITOMETRÍA / ECOGRAFÍA MAMARIA / DERMOESTÉTICA Y FLEBOESTÉTICA
MAMOGRAFÍA / GINECOLOGÍA / GINECOESTÉTICA

Av. Córdoba 2678
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
0 800 122 CDLM (2356)
info@sanatoriofinochietto.com



**SANATORIO
FINOCHIETTO**

EVALUAR PARA EL APRENDIZAJE: LAS RETROALIMENTACIONES COMO OPORTUNIDAD PARA CONTINUAR APRENDIENDO

Si la evaluación no solamente es “del” aprendizaje, sino que puede ser “para” el aprendizaje, se abren una serie de implicancias para la intervención del docente. El valor de las retroalimentaciones es central como oportunidad para los estudiantes sigan aprendiendo

**Por Silvia Reboledo de Zambonini,
María José Sabelli y Marta Tenutto**

Nos proponemos plantear en este artículo la necesidad de reinventar las prácticas de evaluación para contribuir con los aprendizajes de nuestros estudiantes. En el nivel superior, particularmente en la universidad, hay numerosos aspectos que aún no se han cuestionado fuertemente sobre la evaluación y que resultan imperiosos de problematizar.

Así, nos preguntarnos (y alentamos a que se pregunten) sobre la evaluación en el contexto universitario y procuramos partir de los siguientes interrogantes:

- ¿En qué medida problematizamos las prácticas de evaluación?
- ¿Qué lleva a asimilar la evaluación con asignar notas?
- ¿Tenemos claro para qué evaluamos?
- ¿Tomamos decisiones coherentes entre la manera de enseñar y evaluar?

Silvia Reboledo de Zambonini es licenciada en Psicología, realizó una Maestría en Organización y Gestión Educativa. Es secretaria académica de la Universidad ISALUD.

María José Sabelli es licenciada y profesora en Ciencias de la Educación y Magíster en Educación Superior. Es directora del Profesorado Universitario de ISALUD y pedagoga de la secretaría académica de la Universidad.

Marta Tenutto es licenciada y profesora en Ciencias de la Educación, y licenciada en Psicología. Es especialista y magíster en Educación y profesora titular del Profesorado Universitario de ISALUD.

- ¿Explicitamos los criterios y propósitos de las evaluaciones?
- ¿En los espacios donde utilizamos evaluaciones escritas, pensamos en el sentido y efecto de nuestras correcciones?
- ¿Para quienes son las correcciones?
- ¿Qué emociones nos despiertan las situaciones de evaluación?
- ¿Todas las devoluciones colaboran a que los alumnos sigan aprendiendo?

Creencias cuestionadas sobre la evaluación

Resulta interesante observar que la evaluación es un acto que se aplica a diversas situaciones de la vida cotidiana, lo concretamos desde diversas perspectivas, con variados propósitos y en momentos diferentes.

Si recurrimos al Diccionario de la Real Academia Española, el verbo *evaluar* se define como “señalar el valor de algo”. “Estimar, apreciar, calcular el valor...”. “Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos”. En todos los casos admite la idea de medir y, por lo tanto, establecer un valor. Como se observa en la última acepción, es parte del acervo social y cultural vincular evaluación con aprendizaje escolar.

A pesar de que resulta habitual escuchar decir que cuando se planifica la enseñanza es necesario planear al mismo tiempo la evaluación, se observa que



La evaluación forma parte del proceso de enseñanza y aprendizajes y tiene que realizarse del mismo modo en que se trabajó la enseñanza. Lo evaluado debe ser representativo de los contenidos desarrollados y la forma de evaluar coherente con la forma de enseñar

sada. Una vez acordados, es posible retomarlos cuando fuera necesario ya que ellos constituyen parte de un “contrato” con nuestros estudiantes. Al abordar este tema nos es necesario advertir una cuestión que parece evidente, aunque en ocasiones no

esto es poco frecuente en la enseñanza universitaria. Por ello, resulta difícil identificar los momentos y las modalidades con que se evalúa, así como precisar las evidencias que dan cuenta de los desempeños de los estudiantes y muestran los logros y las dificultades en sus aprendizajes.

En el ámbito educativo, la tradición ha llevado a asociar la evaluación con la sanción, el control y a vincularla con la acreditación. Tenemos arraigado que evaluamos para “certificar lo que saben o no saben los alumnos”, con la necesidad de “asignar una calificación”. A lo largo de las décadas y gracias a los aportes de diversos autores, estas creencias se han ido modificando. Actualmente, la evaluación es concebida como un proceso sistemático e intencional por el cual, en función de ciertos criterios, se trata de obtener información para poder formular un juicio y tomar decisiones con respecto a lo evaluado. Para que esto sea posible, resulta necesario crear las condiciones que favorezcan un clima de trabajo y de evaluación sin tensiones, para ello es necesario construir o por lo menos explicitar, los criterios de evaluación desde el inicio. Si los criterios son personales e implícitos, usualmente poseen sesgos (es decir se apartan de una justicia educativa en tanto están cargados de subjetividad), por ejemplo, las preferencias de género. De ahí, la necesidad de establecer criterios claros, pertinentes, posibles de evaluar y comunicarlos (o bien construirlos con los estudiantes), desde el inicio de la cur-

resulta tan visible, cuando nos enfocamos en los estudiantes, lo que evaluamos son sus aprendizajes, sus logros y no a ella/os. Expresándolo más rotundamente, no evaluamos a los estudiantes, evaluamos los aprendizajes de los estudiantes.

Podríamos decir que se evalúan los aprendizajes en tanto conocimiento construido acerca de:

- Dominio de información relevante.
- Comprensión, relación e integración de contenidos.
- Uso de los conocimientos para resolver problemas, analizar situaciones, tomar decisiones, crear productos.
- Uso de estrategias cognitivas generales (por ejemplo, comunicación clara y precisa) y específicas de cada dominio disciplinar (por ejemplo, uso de un procedimiento eficiente para la resolución de un problema), entre otros.

Además, a menudo no resulta visible que la evaluación forma parte del proceso de enseñanza y de aprendizajes y que, por lo tanto, tiene que realizarse del mismo modo en que se trabajó la enseñanza. Lo evaluado debe ser representativo de los contenidos desarrollados y la forma de evaluar coherente con la forma de enseñar.

Evaluar los aprendizajes, evaluar para los aprendizajes

Si la evaluación no solamente es “del” aprendizaje, sino que puede ser “para” el aprendizaje se abren una

serie de implicancias para la intervención del docente. Como comentamos, históricamente la evaluación se centró en evaluar los logros de los estudiantes, situación que se traducía (y traduce) en una calificación.

En contrapartida es posible entender a la evaluación como un proceso que puede potenciar el aprendizaje del estudiante, pero para ello se requieren ciertas condiciones que permitan hacer de la evaluación una experiencia de aprendizaje. No estamos haciendo un juego de palabras, sino que queremos dar cuenta de una manera distinta de concebir a la evaluación.

En la universidad, algunas prácticas se encuentran escasamente desarrolladas, una de ellas es la retroalimentación potente para que los estudiantes continúen aprendiendo, así como el fortalecimiento de los procesos metacognitivos de los estudiantes.

Lo que estamos planteando se encuentra relacionado con la idea de evaluación formativa. Fue Michael Scriven¹, en el año 1967, quien acuñó el concepto, realizando una distinción entre evaluación sumativa y evaluación formativa. Posteriormente, el concepto de evaluación formativa fue muy valorado por las posiciones constructivistas. En esa línea, Linda Allal (1979) refiere que tiene como propósitos recoger información acerca de los progresos y dificultades de aprendizaje de los alumnos en general, o de alguno en particular, requiere interpretar esa información y revisar y modificar las actividades de enseñanza en función de esas interpretaciones. Se trata, entonces, de una evaluación que regula el proceso de enseñanza, por ello se dice que es un tipo de evaluación reguladora. Es decir, es una evaluación que favorece que los docentes tomen decisiones didácticas valiosas para reorientar, o ratificar el proceso de enseñanza.

Una retroalimentación que va más allá de la calificación

Cuando hablamos de evaluación surge la necesidad de revisar cómo los docentes comunican a los alumnos sus producciones: ¿qué dicen las correcciones?, ¿qué transmite el docente?, ¿qué omite expresar? El concepto de retroalimentación surgió en el campo de la ingeniería de sistemas y alude a una información que,

La evaluación formativa recoge información acerca de los progresos y dificultades de aprendizaje para que los docentes puedan tomar decisiones didácticas valiosas para reorientar o ratificar el proceso de enseñanza

de algún modo u otro, tiene impacto en alguna estructura de funcionamiento. En el campo de la enseñanza, la retroalimentación o *feedback* constituye una herramienta valiosa mediante la cual los docentes podemos ayudar a los alumnos a que regulen su propio proceso de aprendizaje. En ese sentido, habilita una mirada

hacia atrás (hacia aquello que ya se hizo) para poder mirar hacia el futuro (hacia aquellas acciones que se van a desarrollar en adelante). De este modo, podemos ofrecer información a los alumnos sobre qué y cómo están aprendiendo para que puedan aprender más y mejor.

Algunos ejemplos de *feedback* pueden ser valoraciones positivas en las que se indique aquello que fue realizado adecuadamente, así como su-

gerencias de mejora en la que se señale aquellos puntos o aspectos a modificar acompañado de un cómo. También se puede acompañar con buenos ejemplos o con contraejemplos, con preguntas, reflexiones, etc.

Pistas para construir retroalimentaciones como oportunidad de aprendizaje

A fin de profundizar sobre la retroalimentación ofrecemos a continuación algunas preguntas.

¿Sobre qué impactan las retroalimentaciones que los profesores ofrecen a sus estudiantes? Según Anijovich (2010), la retroalimentación que los profesores ofrecen a sus estudiantes impacta o están focalizadas en la autoestima o en la tarea. Ejemplo de retroalimentaciones focalizadas en la autoestima son aquellas en las que se detectan frases como: "*hiciste un gran trabajo*". Destacar el desempeño y el esfuerzo busca influir en los aspectos emocionales de los estudiantes persiguiendo, los efectos positivos, en el supuesto de que el compromiso de estos se elevarán y con esto sus resultados se mantendrán o superarán. No obstante, se ha observado que este tipo de retroalimentaciones puede provocar mejoras en el aprendizaje del receptor de la retroalimentación -el estudiante-, a partir de un incremento en la autoconfianza y capacidad de logro, pero también puede inducir un efecto contrario: esto es, que, apoyado en comentarios positivos, no reconozca que necesita mejorar algunos aspectos de su trabajo.

Para superar este problema, algunos autores señalan que la retroalimentación es más productiva si se centra en la tarea, en cómo el alumno la resuelve, y cómo autorregula su aprendizaje. No obstante, es necesario repensar la ma-

¹ Su hacer profesional en el marco de evaluar proyectos educativos lo lleva a diferenciar aquella evaluación que permite comprobar la eficacia de un programa educativo, de aquella que colabora en el perfeccionamiento de un programa en desarrollo.

nera en que se dice o escribe lo que se escribe, dado que las intervenciones retroalimentadoras siempre impactan en la autoestima.

Es importante comprender que para que los estudiantes se conviertan en aprendices autónomos, necesitan conocer sus modos de pensar, sus estrategias para abordar diferentes tareas, sus fortalezas y debilidades y cómo convivir con ellas para avanzar en su formación. Pero no es posible avanzar en esta línea si no se conocen estándares o niveles de desempeños esperables y posibles, si no se desarrolla la capacidad de autoevaluación y si no se genera un modo de trabajar basado en el diálogo entre pares y con los docentes sobre estos aspectos.

¿A quiénes se retroalimenta? Diversas investigaciones plantean que en general, los “buenos alumnos”, con buenas producciones reciben un comentario genérico como “muy buen trabajo”, “buen nivel de análisis”, o reciben su calificación. Estas frases implican muy poca retroalimentación.

En el caso de los alumnos con dificultades importantes se suelen realizar señalamientos generales como “rehacer el trabajo”, “revisar” o comentarios que sirven más para justificar la calificación que para retroalimentar la producción o el desempeño del alumno.

Son los alumnos de nivel intermedio los que reciben más cantidad de información en concepto de retroalimentación: es más específica y contiene indicaciones como “justificar la pregunta 2 apoyándose en la bibliografía, específicamente recurrir a XX”, “rehacer el diagrama revisando el concepto de XXX”, etc.

En relación con lo anterior, entendemos que es muy importante favorecer una retroalimentación que dé pistas para que los estudiantes sigan aprendiendo, retroalimentaciones potentes, con ejemplos y orientaciones específicas y que esto no debiera ser un privilegio de los estudiantes de nivel intermedio, sino de todos nuestros estudiantes.

En este sentido, necesitamos advertir que los docentes parecen realizar retroalimentaciones sin intenciones de ayudar sistemáticamente a los estudiantes a desarrollar conciencia metacognitiva, es decir, que puedan pensar cómo son como aprendices, qué estrategias desarrollan, con qué dificultades se encuentran, qué deberían modificar de sus abordajes, etc.

¿Es posible una retroalimentación que favorezca los aprendizajes sin diálogo? No es posible soslayar el

tipo de comunicación que se pone en juego cuando el docente brinda retroalimentación. En cualquier situación de interacción la “forma” determina la buena comunicación y moldea el contenido del mensaje. Si el propósito del diálogo de retroalimentación es claro y específico, existen mayores posibilidades de una escucha activa y de un intercambio de ideas genuino. Una retroalimentación eficaz debiera realizarse conducida por un docente en forma sistemática y no esporádica. De ese modo, ayuda al alumno a desarrollar conciencia metacognitiva.

Podemos plantear tres arquetipos de retroalimentadores, tal como expresa Anijovich (2010); el negativo, el conciliatorio y el comunicativo. Particularmente los dos primeros, negativo y conciliatorio, presentan pocas oportunidades para continuar con los aprendizajes. Así, advertimos que no alcanza con retroalimentaciones cálidas que implican la comunicación de componentes positivos del trabajo que está siendo mostrado o explicado, a modo del arquetipo conciliatorio, ni sólo retroalimentaciones frías; que señalan aspectos deficitarios del desempeño, lo que es necesario mejorar o rever. No da lo mismo empezar la comunicación retroalimentadora por lo que el estudiante tendría que rehacer o lo erróneo de su producción que por los aspectos de potencialidad. No da lo mismo encabezar la retroalimentación, sea oral

o escrita mencionando por su nombre a los estudiantes que no hacerlo. Si queremos que los alumnos sigan aprendiendo habrá que configurar una retroalimentación en clima y de una manera que lo favorezca.

¿Es conveniente una retroalimentación individual o grupal? El abordaje de esta pregunta nos hace pensar en quiénes son los alumnos y qué grado de compromiso tienen en relación con

su propio proceso de aprendizaje. Si la devolución es grupal y el compromiso de cada integrante del grupo es bajo, posiblemente nadie se sienta dueño de la información que aporta el docente, se perciba como ajena y pase inadvertida para los alumnos. En la medida que el compromiso y el grado de conocimiento sobre las propias fortalezas y debilidades sea mayor, las devoluciones grupales enriquecerán a cada uno de los miembros del grupo y estimularán el intercambio de ideas, estrategias, recursos.

Para que las retroalimentaciones grupales sean más eficaces, podemos ofrecerlas a un grupo pequeño des-

Suponer que cuando un docente indica que se revise o rehaga un trabajo da pistas para que el estudiante pueda efectivamente revisar o rehacer cuando no lo pudo hacer previamente es una encerrona que queremos exponer

pués de haber resuelto una tarea. En este caso es conveniente que la devolución se refiera tanto a la producción del grupo como al modo en que sus integrantes trabajaron como equipo y a las contribuciones que hizo cada uno de los miembros para cumplir el objetivo planteado. Otra opción es ofrecer retroalimentación al grupo total sobre aspectos comunes de los aprendizajes realizados por los alumnos, considerando los errores más frecuentes, las ideas que no se comprendieron bien, o compartiendo las diferentes ideas y estrategias utilizadas por los estudiantes.

La ética de la retroalimentación

Es necesario tener presente que evaluar es una tarea moral, que compromete a quien la realiza. Desde una perspectiva ética, la evaluación tiene que ver con prácticas de intervención intencional en las que se ponen en juego dimensiones que no aparecen cuando tratamos la educación desde un punto de vista técnico. La perspectiva ética implica mirar qué le pasa al sujeto al ser evaluado, cuál es nuestra responsabilidad como docentes en ese acto, es decir “mirar las consecuencias morales del acto de evaluar”.

Así resulta vital revisar las prácticas de retroalimentación que se ofrecen, analizar las consecuencias de nuestros actos como docentes: qué se dice, se asigna sólo la calificación o se agrega alguna palabra, cómo se dice lo que se dice, qué impacto tiene lo que se expresa en el estudiante. Suponer que cuando se indica a un estudiante que revise o rehaga un trabajo da pistas para que el estudiante revise o rehaga, cuando no lo pudo hacer previamente es una encerrona que queremos exponer. El modo en que se dice lo que se dice, afecta lo formativo o no formativo de la situación. Incluir un ¡Mal! o un ¡No! como información de varias preguntas no colabora con que los alumnos sigan aprendiendo.


Cuando la retroalimentación se realiza oralmente se agrega el lenguaje no verbal, cómo decimos lo que decimos, qué le transmitimos a los estudiantes sobre su potencialidad.

Queremos ser claras, nos oponemos a las situaciones de retroalimentación en las que el docente ironiza o desvaloriza las producciones de los estudiantes. Son prácticas que no deberían existir porque las consecuencias de las acciones van en detrimento de los estudiantes (y de sus aprendizajes). Lo que se dice y el lenguaje no verbal (los gestos, las miradas, los tonos) son necesarios de problematizar para que las prácticas abusivas como las descriptas dejen de existir.

Desafíos para los docentes universitarios

Considerando todo lo expresado resulta evidente que tendremos que reinventar las prácticas de evaluación si queremos colaborar con los aprendizajes de los estudiantes, para ello es necesario revisar las creencias que hemos construido como docentes. En el contexto universitario hay numerosos aspectos que aún no se han cuestionado fuertemente y podemos ubicar como pendientes:

- No se evalúa a la persona, se evalúa sus aprendizajes. Sin cuestionarnos esto, no podremos pensar en construir situaciones transparentes, sin tensiones, focalizadas en lo que decimos para que el otro siga aprendiendo. ¿Sino por qué las situaciones de evaluación están asociadas a emociones, como el temor y la angustia?
- La tarea central de los docentes de la universidad no es evaluar los aprendizajes, sino evaluar para que los estudiantes sigan aprendiendo. Es decir, focalizando en las retroalimentaciones que se realizan, pensando que lo que se le devuelva al alumno sean pistas para que siga aprendiendo. Así resultaría central que el estudiante aprenda sobre sus modos de aprender.
- La evaluación no debe ser opaca. La evaluación como parte del proceso de enseñanza y aprendizaje debe ser un lugar de encuentro, con los estudiantes, con sus logros y con sus desafíos que se concreta bajo criterios acordados. No es el momento de las sorpresas, sino de los desafíos y del trabajo sostenido en pos de la justicia educativa.

Sabemos que podemos visualizar las acciones que se han iniciado en el sentido esperado, pero que aún necesita de mayores concreciones en el aula universitaria. Lugar donde se forman los futuros profesionales y, por ello, lugar donde se modelizan modos de actuar, pensar y sentir. 

Bibliografía

- Álvarez Méndez, J.M. (2001). *Evaluar para conocer, examinar para excluir*. Barcelona: Morata.
- Allen D (2000). *La evaluación del aprendizaje de los estudiantes*. Buenos Aires: Paidós.
- Álvarez Méndez Juan Manuel (2003). *La evaluación a examen*. Miño y Dávila. Buenos Aires.
- Anijovich R. y González C. *Evaluar para aprender. Conceptos e instrumentos*. Buenos Aires: Aique.
- Anijovich (comp) (2010). *La evaluación significativa*. Paidós: Buenos Aires.
- Camilloni y otros (1998). *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Paidós. Buenos Aires.
- House, E. (1999). *Evaluación, ética y poder*. Madrid: Morata.
- Litwin, E. (2008). *El oficio de enseñar*. Buenos Aires: Paidós.



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

EN LA GESTION MEDICO-FARMACEUTICA
(DISEASE MANAGEMENT) DE PATOLOGIAS CRONICAS
Y PROVISION DE MEDICAMENTOS



Gerenciamento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4941-1001
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
Sitio web: www.abcsalud.com.ar

LOS VIDEOJUEGOS, UNA ADICCIÓN SIN SUSTANCIAS



Si una persona pierde el control sobre una conducta placentera, que luego se destaca y sobresale del resto de actividades, se ha convertido en un adicto conductual; la variante de la adicción a Internet



Por Cecilia Hackembruch*

La clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS en su versión 11 y que entrará en vigor luego de una puesta en común en la Asamblea Mundial de la Salud de 2019 es un gran instrumento para epidemiólogos, clínicos, auditores y personas vinculadas a la política sanitaria para identificar de manera uniforme los problemas de salud, catalogarlos y plantear medidas para prevenirlos.

En el caso de la nueva versión, el CIE 11, se incorpora un criterio innovador que fue antecedido por la clasificación de las enfermedades mentales en su última edición DSMV, las adicciones conductuales, y concretamente dentro de ellas, las adicciones a los videojuegos.

“No estoy creando un precedente”, dijo el Dr. Vladimir Poznyak, miembro del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS que propuso el nuevo diagnóstico al organismo de toma de decisiones de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud. En cambio, dijo, la OMS ha seguido “las tendencias, los desarrollos, que han tenido lugar en las poblaciones y en el campo profesional”.

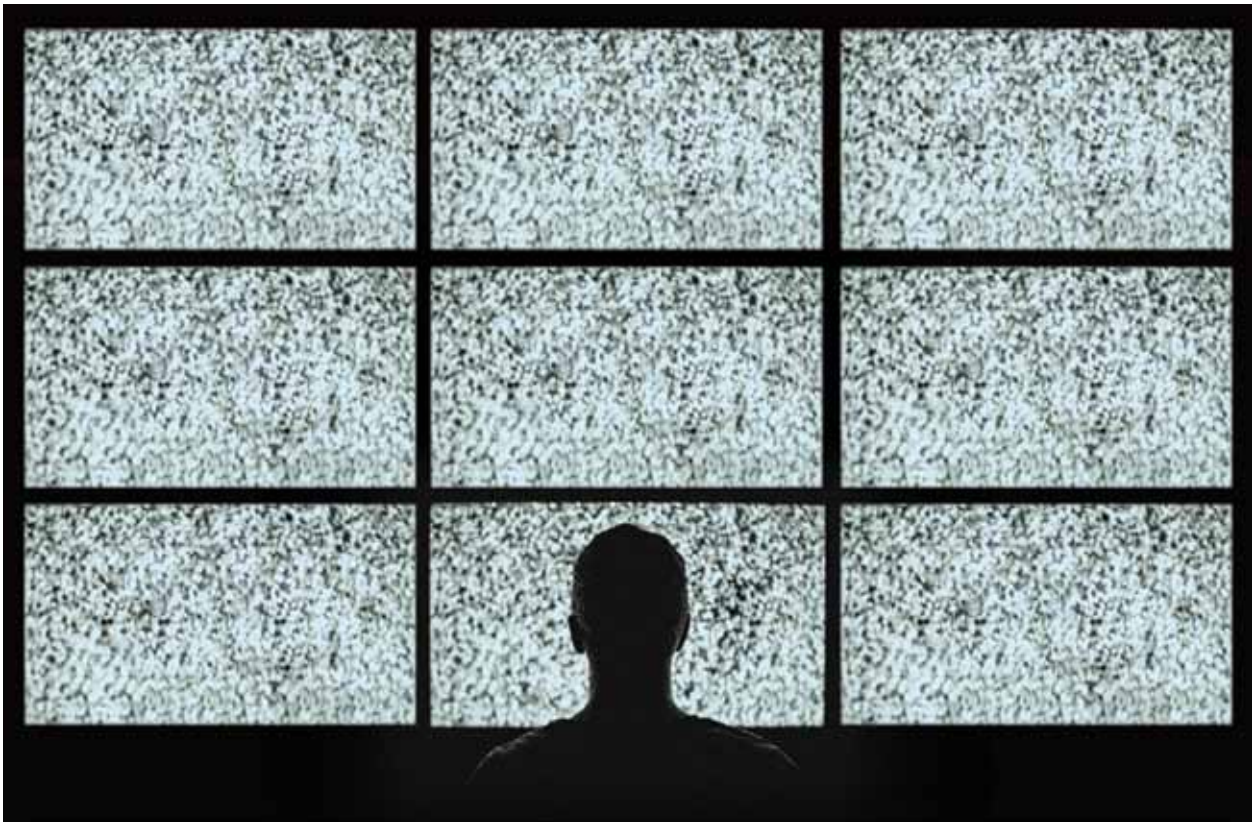
Poznyak dijo que la expectativa es que la clasificación de desorden de juego signifique que los profesionales de la salud y los sistemas estarán más “alertados de la existencia de esta condición” al tiempo que aumentan la posibilidad de que “las personas que padecen estas afecciones puedan obtener ayuda apropiada”.

Adicciones conductuales

Tradicionalmente, cuando hablamos de adicción nos referimos a adicción a sustancias psicoactivas. Sin embargo, teniendo en cuenta que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control, se encuentran dentro de la vida contemporánea conductas que pueden ser catalogadas de adicciones sin tener como agente estos tipos de sustancia.

Como ocurre en las adicciones químicas, las personas adictas a determinada conducta experimentan, cuando no pueden llevarla a cabo, un síndrome de abstinencia caracterizado por un profundo malestar emocional (estado de ánimo disfórico, insomnio, irritabilidad e inquietud psicomotora). De la mis-

* Directora de la Escuela de Gestión ISALUD Uruguay



ma manera, es difícil que un adicto conductual se considere como tal y acepte el rótulo diagnóstico, por un tiempo prolongado.

El aspecto nuclear de la adicción conductual no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que el sujeto establece con ella.

Desde una perspectiva conductual o de la teoría del aprendizaje todas las conductas adictivas se activan al comienzo mediante un mecanismo de refuerzo positivo como es el placer experimentado o euforia (*high*), pero a medida que la conducta se perpetúa, dicho reforzador termina siendo negativo y responde a la necesidad de no experimentar el malestar o abstinencia que experimenta al no llevar a cabo dicha conducta .

Una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que produce placer y alivio tensional, sobre todo en sus primeras etapas, y que lleva a una pérdida de control perturbando severamente la vida cotidiana a nivel familiar, laboral o social a medida que transcurre el tiempo.

En resumen, si una persona pierde el control sobre una conducta placentera, que lue-

go se destaca y sobresale del resto de actividades en su vida, se ha convertido en un adicto conductual.

La dificultad para el afrontamiento de los problemas, la baja autoestima, la impulsividad, la no tolerancia a estímulos físicos o psicológicos desagradables como el dolor o la tristeza, un estado de ánimo depresivo o disfórico y la búsqueda de sensaciones fuertes aumentan la predisposición y la vulnerabilidad para que un sujeto desarrolle una adicción en general y, de esta índole, en particular.

El consumo de ciertas sustancias o drogas produce en el sistema nervioso central un aumento considerable de dopamina, llevando a una sensación de euforia. El aumento de la dopamina puede generarse además a través de otro tipo de conductas como son el juego problemático, que es la adicción conductual que tratamos en este caso.

Trastorno por juegos de Internet

En la sección de condiciones que requieren mayores estudios se ha incluido este tras-

Teniendo en cuenta que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control, se encuentran dentro de la vida contemporánea conductas que pueden ser catalogadas de adicciones, sin tener como agente sustancias psicoactivas

torno. Los criterios propuestos para su diagnóstico son los siguientes:

1. Preocupación por los juegos por Internet, que pasan a ser la actividad dominante.
2. Síntomas de abstinencia cuando se le impide jugar (irritabilidad, ansiedad o tristeza)
3. Tolerancia: se necesitan cantidades mayores de tiempo para practicarlos.
4. Intentos fracasados para controlar la participación en los juegos de Internet.
5. Pérdida de interés en otros hobbies o aficiones y en otras formas de entretenimiento.
6. Uso continuo de los juegos de Internet a pesar de conocer los problemas psicosociales que generan.
7. Ha engañado a familiares, terapeutas y otros respecto a la cantidad de juego por Internet que practica.
8. Uso de los juegos desarrollados, aunque su prevalencia creciente es universal por Internet para escapar o aliviar un humor negativo (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa o ansiedad)
9. Ha descuidado o perdido relaciones significativas, su empleo u oportunidades educativas o laborales debido a su participación en juegos por Internet.

Señales de alarma

Las principales señales de alarma que denotan una adicción a Internet o a las redes sociales y que pueden ser un reflejo de la conversión de una afición en una adicción son las siguientes:

- a. Privarse de sueño (<5 horas) para estar conectado a la red.
- b. Descuidar otras actividades importantes como el contacto y el compartir con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
- c. Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos, sin prestarles atención o negando el uso desmedido.
- d. Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella y sentirse irritado excesivamente cuando

la conexión falla o resulta muy lenta.

- e. Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo, y perder la noción del tiempo.
- f. Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o manejando un videojuego.
- g. Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento escolar o laboral.
- h. Sentir euforia y activación anómalas cuando se está delante de la computadora.


Ante esta situación naturalmente ha surgido un interesante debate para la aceptación de esta situación como enfermedad, y catalogarla como adicción. De hecho, hay varios científicos que se encuentran analizando este punto para darle la perspectiva contraria.

Más allá del debate científico, quienes trabajan los nuevos problemas surgidos del uso excesivo de las nuevas tecnologías tienen claro que están ante un problema que hay que prevenir.

Nos encontramos ante un nuevo perfil de paciente, dicen los expertos. Personas jóvenes, de entre 16 y 24 años, que se muestran tan dependientes como en el caso de los adictos a cualquier tipo de droga.

Especialistas reconocen que en quince años hemos pasado del mal uso -tanto del teléfono móvil como de las nuevas tecnologías- que ha derivado en un abuso, y que en muchos casos se ha convertido en dependencia.

El fácil acceso a estas tecnologías, y la vulnerabilidad natural de los jóvenes, máxime teniendo en cuenta la eventual falta de control parental que podemos tener para estos casos, debe presentarnos una luz amarilla para evitar que se sucedan estos fenómenos que pueden preceder a otros. Riesgos sanitarios y riesgos sociales, difíciles luego de aparecidos de revertir.

Nuevamente el diálogo se impone como el mejor remedio de las situaciones que viven nuestros hijos y el bien entendido control sobre sus gustos y aficiones, una vieja receta para la más novedosa de las enfermedades. 

En resumen, si una persona pierde el control sobre una conducta placentera, que luego se destaca y sobresale del resto de actividades en su vida, se ha convertido en un adicto conductual



Calidad de salud
consolidada en un
sistema solidario



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA

☎ 0800-888-3202



www.luzyfuercacbasalud.com.ar



OSPLYFC



Av. General Paz 282 - Córdoba - Argentina



osplyfccba@osplyfcba.com.ar

¿CUÁNTO LE COSTARÁ AL SISTEMA DE SALUD LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO?

Este trabajo, presentado en el Senado durante el tratamiento en comisión del proyecto de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, estimó el costo diferencial para el sistema de salud de la situación actual y la situación con acceso al aborto legal y concluyó que el ahorro para el sistema de salud de avanzar hacia la legalización estará entre los 3658 y 4394 millones de pesos por año, si se registraran 300.000 abortos, y entre 6096 y 7323 millones si los abortos llegaron a 500.000

Por **Sonia Tarragona**
y **Malena Monteverde**

1. Fundamentación

Cuando se analiza la posibilidad de realizar un proyecto, es necesario determinar criterios para decidir sobre la conveniencia o no de su ejecución. Estos criterios varían según sea la perspectiva desde dónde se lo evalúe. Por tanto, para un análisis completo desde una perspectiva social o pública, necesariamente deben identificarse, medirse y valorarse la totalidad de los costos y beneficios asociados en los que una sociedad incurre para la instrumentación del proyecto. Ante la posibilidad de avanzar hacia la legalización de la interrupción voluntaria del em-

barazo, y con independencia del debate político, ideológico, jurídico y cultural, resulta fundamental considerar también la factibilidad económica de su instrumentación. Es claro que aun cuando haya evidencia de que un nuevo método, tratamiento o medicamento resulte costo beneficioso para el conjunto de la sociedad, se requiere determinar el impacto presupuestario que tal medida ocasionará en quienes deberán procurar los recursos necesarios para garantizar su aplicación en los términos establecidos por la norma.

La ciencia económica proporciona los métodos que permiten evaluar y comparar los resultados de la implementación de un nuevo proyecto con la situación existente antes de tal instrumentación y ese el ca-

Sonia Tarragona es economista, magister en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. Expresidenta y actual integrante de la comisión directiva de la Asociación de Economía de la Salud (Argentina). Docente titular y directora de la Maestría de Farmacopolíticas de la Universidad ISALUD.

Malena Monteverde es economista, doctora en Economía. Investigadora adjunta del Conicet y del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Integra la Asociación de Economía de la Salud (Argentina).

mino escogido para las estimaciones de costos que se presentan en el presente documento.

La recomendación de la teoría para la evaluación de intervenciones sanitarias es siempre evaluar alternativas; por tanto es incorrecto hablar de los costos que el proyecto generará, sin compararlo con los costos en los que se incurre en la situación sin proyecto.

2. Consideraciones generales y supuestos

a) Dado que no existe acuerdo en relación con el número de abortos en Argentina, y no es objeto del presente estudio estimarlos, se ha adoptado el criterio de realizar los cálculos para un total de 300.000 y de 500.000 casos lo que permite comparar costos entre ambas situaciones, dentro de parámetros relativamente razonables.

b) Cuando se estiman costos económicos (que incluyen los costos sociales), deben considerarse la totalidad de costos que involucra cada situación con independencia de quien sea el financiador y de su condición de erogables o no erogables, porque los costos existen aun cuando no sean financiados por el sistema de salud o el sector público.

c) Ante la falta de estudios para Argentina, se ha estimado la estructura de los diagnósticos al ingreso en función del estudio realizado por Pardo y Uriza para los países de Perú, Bolivia, Colombia y Venezuela donde se estima que el 75,6 % de los abortos toma contacto con el sistema de salud por alguna razón, sea para una consulta o un aborto incompleto, y no necesariamente por complicaciones serias (Pardo & Uriza, 1991).



El ahorro para el sistema de salud de avanzar hacia la legalización estará entre los \$ 3658 y \$ 4394 millones por año si se registraran 300.000 abortos y entre \$6096 y \$7323 millones si los abortos llegaran a 500.000 por año

Esta cifra está alineada con los datos de la Organización Mundial de la Salud para América Latina y el Caribe que estima esta relación en un 75% (Organización Mundial de la Salud, 2008).

d) Existe un 24,4% de casos que no llegan al sistema de salud, sea porque se hacen totalmente en la clandestinidad sea porque no presentan complicaciones de ningún tipo y por tanto no requieren atención.

e) Del total de abortos que si toman contacto con el sistema, el 67,2% requerirá un legrado para finalizar un aborto incompleto, 19,1% necesitará tratamiento del foco séptico, el 2,1% presentará una septicemia, el 9,5% deberá ser tratado por una hemorragia severa, 1,45% habrá sufrido lesiones graves en útero, vejiga o intestino y el restante 0,6% presentará un shock séptico que en el 90% de los casos conducirá a la muerte (Pardo & Uriza, 1991).

f) En las estimaciones, no se incluyeron los gastos privados en que incurren las mujeres para acceder a un aborto que según se conoce,

puede rondar entre los 15.000 y los 30.000 pesos. Solo se consideraron los costos para el sistema de salud (público o con cobertura de seguridad social)

g) Para la valorización de las prácticas se emplearon los precios promedios correspondientes a nomencladores oficiales de la seguridad social provincial, nacional y empresas de medicina prepaga, y se han considerado como escenarios alternativos de precios mínimos, medios y máximos respectivamente. Para la valorización de los medicamentos se ha empleado el precio de venta al público, dado que se desconocen los precios de compra institucionales.

h) Se suponen cuatro escenarios para la estimación del acceso al aborto seguro en función de que no se puede saber anticipadamente cuáles serán los métodos escogidos para realizar los abortos, aun cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de misoprostol y mifepristona, como primera línea o AMEU como segunda línea y presenta robusta evidencia para tales recomendaciones (Organización Mundial de la Salud, 2012).

3. Metodología empleada para las estimaciones

A los fines del presente estudio se comparan dos situaciones:

- 1) Costos actuales asociados a la existencia de abortos inseguros
- 2) Costos que involucrará la provisión del aborto seguro

a. Identificación de los costos asociados a cada situación

- 1) Costos actuales asociados a la existencia de abortos inseguros
 - Costos privados en los que incurren quienes deciden reali-

zarse un aborto (pago a quienes realizan las prácticas abortivas en condiciones inseguras, medicamentos, prácticas de laboratorio, etc.)

- Costos de atención en el sistema de salud para el tratamiento de las consecuencias de abortos inseguros (sea público o con cobertura de seguridad social)
- Costos asociados a las consecuencias emocionales, económicas y laborales de los daños permanentes generados por la morbilidad asociada (años de vida perdidos, años de vida ajustados por discapacidad).

2) Costos que involucrará la provisión del aborto seguro

- Costos privados en los que incurrirán quienes deciden realizarse un aborto y financiarlo como gasto de bolsillo.
- Costos de prácticas, estudios complementarios y medicamentos asociados a la realización de abortos en el sistema de salud (público o privado)
- Costos de atención de las consecuencias asociadas a las fallas del método elegido y costos de aprendizaje.
- Costos asociados a las consecuencias emocionales, económicas y laborales de los daños permanentes generados por la morbilidad asociada (años de vida perdidos, años de vida ajustados por discapacidad).

En cuanto a los beneficios sociales, la identificación, cuantificación y valoración resulta sumamente compleja, por lo que se ha optado por estimar los beneficios exclusivamente a partir del ahorro de costos entre la situación actual y la potencial situación futura.



Actualmente, el sistema de salud gasta entre 2,4 y 8,4 veces más que lo que costaría si se decidiera avanzar en la legalización. Estas magnitudes serían significativamente superiores si se incluyeran en los costos actuales, los desembolsos de bolsillo destinados a contratar las prácticas en el circuito clandestino

b. Restricciones en el acceso a la información y decisiones adoptadas para las estimaciones.

Cualquier actividad o práctica considerada ilegal no es adecuadamente registrada, no se registra o incluso hasta se desconoce su existencia por realizarse absolutamente fuera del sistema formal. Esto es lo que ocurre en la problemática vinculada al aborto, donde para conocer exactamente la cantidad de casos, la estructura de morbilidad asociada y la tasa de mortalidad, cada centro de atención que tenga contacto con un caso de aborto con o sin complicaciones, sea público o privado, debería registrarlo adecuadamente, informarlo a su dependencia (municipio o provincia quien además debería centralizar y consolidar la información de todos los efectores de su jurisdicción) y luego informarla al nivel nacional para finalmente llegar a conformar un dato global para la Argentina, tal como se hace para el registro y cálculo

de las tasas de mortalidad infantil o materna o las enfermedades de notificación obligatoria, por citar algunos ejemplos.

Huelga mencionar que dada la conformación de nuestro sistema de salud, su fragmentación, la dependencia provincial y municipal de los efectores y el desconocimiento de lo que ocurre en los prestadores del sector privado, sumada a la inexistencia de obligatoriedad en la notificación epidemiológica, tener esa información precisa, pertinente y oportuna, es al menos improbable en las condiciones actuales.

La falta de estadísticas y evidencia sólida, especialmente en lo referido a la cantidad de casos y complicaciones, completa un escenario de información asimétrica y elevada incertidumbre y requiere un trabajo de estimación y proyección que permitan dotar de información a quienes deben tomar decisiones.

Al mismo tiempo, y por la misma condición de ilegalidad, la información relacionada con lo que se paga por acceder a la práctica y a los medicamentos en el circuito ilegal, también es información imprecisa -aunque conocida- que no tiene valor estadístico y que sólo puede obtenerse parcialmente de informantes claves, razón por la que se ha optado por excluirlas de los cálculos.

En relación con los precios de las prácticas, los estudios complementarios y los recursos involucrados en la atención, lamentablemente tampoco existen estudios de costos para el sector público que permitan determinarlos. Más aún, con diferenciales altamente significativos en la remuneración a los RRHH, en los costos presta-

FEFARA

AVANZA



SOLUCIONES INTEGRALES
PARA LA EXCELENCIA,
EN SERVICIOS PROFESIONALES
FARMACÉUTICOS

Una red prestacional que:

- ✓ Cubre todo el territorio nacional
- ✓ Promueve el uso racional del medicamento
- ✓ Aporta herramientas informáticas que brindan seguridad y transparencia en los procesos.
- ✓ Facilita la gestión de los financiadores, posibilitando el eficiente uso de sus recursos.

Hipólito Yrigoyen 900 · 3er. Piso Of. B · (1086) Capital Federal

Teléfono: (011) 4342 9473 · fefara@fefara.org.ar · www.fefara.org.ar

cionales y en los precios pagados por los insumos y medicamentos entre efectores de diversos niveles de complejidad entre jurisdicciones, lograr un único precio o precios para cada región del país y para cada práctica o estudio complementario es también una restricción metodológica.

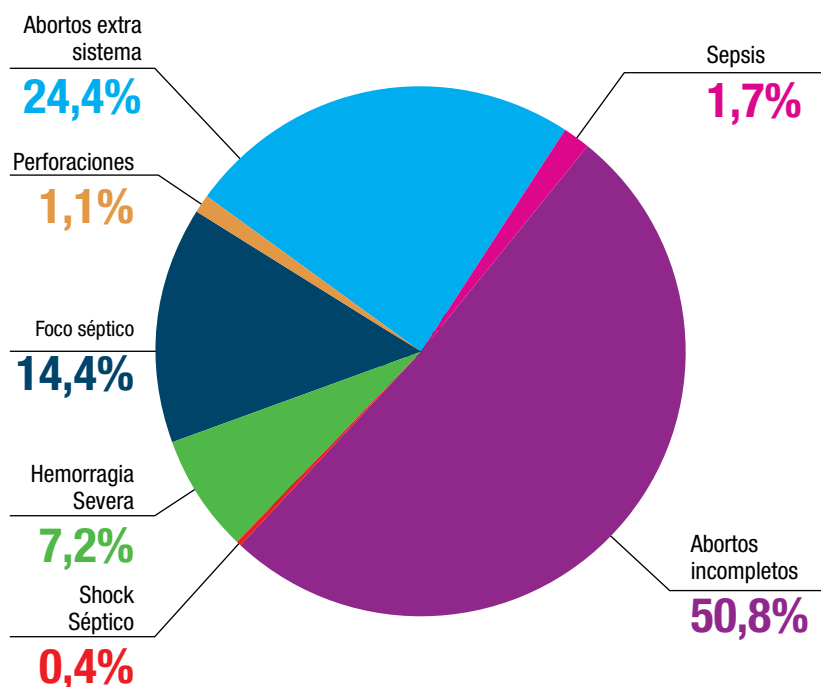
Dadas las limitaciones mencionadas, en el presente trabajo y para el cálculo de los costos actuales para el sistema, se construyeron escenarios de precios mínimos, medios y máximos entre los precios establecidos en los nomencladores de las obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y empresas de medicina prepaga y el precio sugerido de venta al público para los medicamentos requeridos para el tratamiento de las complicaciones. Es altamente probable que el sector público pueda presentar costos menores que los aquí adoptados¹, sin embargo el sesgo que pudiera presentarse se encuentra igualmente distribuido para la estimación de ambas situaciones (con o sin aborto legal) por tanto resulta más apropiado evaluar las diferencias relativas que los valores absolutos que arrojan las estimaciones.

Para la presentación de los resultados, se ha adoptado el criterio de reflejar el menor de los precios para cada prestación, práctica, o medicamentos, por lo que el resultado final será un piso mínimo de costos probablemente mucho más cercano a los costos del sector público.

Por el contrario, para la estimación de los costos de la situación

¹ Los menores costos para el sector público se originan en diferencias en las remuneraciones de RRHH, existencia de compras centralizadas que permiten hacer uso de economías de escala para insumos y medicamentos, etc.

Aborto según diagnóstico al ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a Pardo y Uriza (1991) y WHO (2008)

de aborto seguro, se ha trabajado con los costos mayores para el sistema, por lo que el resultado final será un techo máximo. Esto implica que podrían requerirse menos recursos que los mencionados en el presente documento para la instrumentación del aborto legal y en consecuencia seguro.

Finalmente, la carga de enfermedad para la sociedad y los años de vida perdidos por la morbilidad asociada a abortos inseguros, no han sido estimados por las dificultades mencionadas en cuanto a la disponibilidad de información.

Por último y aun cuando resulta posible la identificación de los costos totales tal como se enumeraron en el apartado anterior, no resulta posible la cuantificación y valorización de muchos de ellos, por lo que el presente trabajo se limita a estimar con exclusividad los costos para el sistema de

salud en ambas situaciones y en comparación, el potencial ahorro/desahorro que implicaría pasar de la situación actual a la impulsada por la presente ley.

4. Resultados obtenidos

A continuación se presentan los resultados a los que se ha arribado para la situación actual y la situación con aborto seguro.

1) Costos actuales estimados: Se incluyen los costos que demanda la atención en el sistema de salud del tratamiento de las consecuencias de abortos inseguros (sea público o privado). Se suponen tres escenarios de precios: máximo medio y mínimo.

2) Costos estimados de provisión de aborto seguro: Se incluyen los costos de prácticas, estudios complementarios y medicamentos necesarios para la realización de abortos en el sistema de salud (público o privado) y los costos



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**HACIENDO DE
LA EXCELENCIA
UN HÁBITO**



INFECTOLOGÍA GENERAL



LABORATORIO



**ESPECIALIZACIÓN EN
VIH Y HEPATITIS VIRALES**



**ACCIDENTES
CORTO-PUNZANTES**



**VIH Y HEPATITIS C:
ATENCIÓN INTEGRAL**



**HISTORIA CLÍNICA
ELECTRÓNICA**



VACUNAS PARA ADULTOS



ÁREA PSICOSOCIAL



**HOSPITAL DE DÍA
Y ENFERMERÍA**



**TEST DE VIH
GRATUITO**

**SAN TELMO
BELGRANO
FLORES
BO. NORTE**

San Telmo



Belgrano



Flores



Barrio Norte



**RED DE
PRESTADORES
EN TODO
EL PAÍS**



HELIOSSALUD.COM.AR

YouTube Facebook Twitter Instagram / HELIOSSALUDARG

4363 7400 / 7499 - 0810 999 8660



SISTEMA
DE LA CALIDAD
IRAM 5001 2014



de atención de las consecuencias asociadas a las fallas del método elegido. Se estiman cuatro escenarios teóricos para la selección del método y se asume un escenario de precios máximos para su valorización.

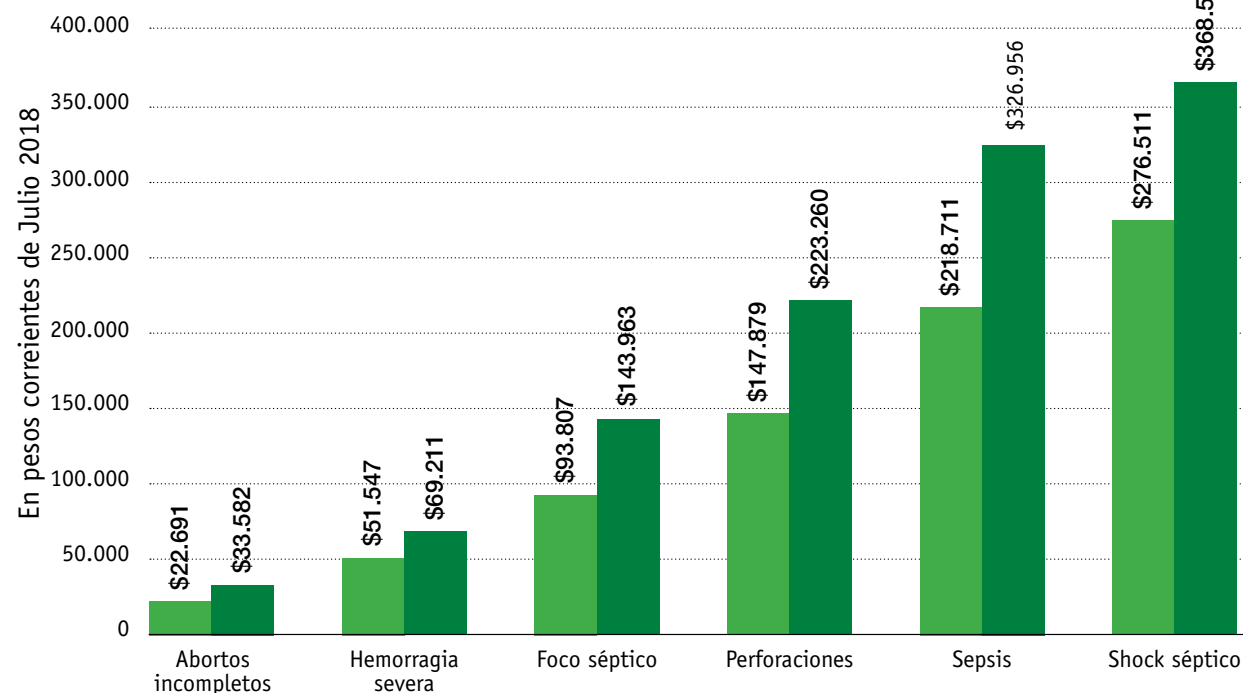
Para la construcción de los costos

agregados se valorizaron cada una de las prácticas, estudios complementarios, honorarios profesionales y no profesionales, insumos y medicamentos necesarios para el tratamiento de cada uno de los diagnósticos al ingreso. Los valores obtenidos para cada escenario

de precios se pueden observar en el gráfico a continuación.

Según se estime la cantidad de abortos en 300.000 o 500.000 y considerando la estructura de los diagnósticos al ingreso (Pardo & Uriza, 1991), se obtienen los resultados que se presentan en el cuadro 3.

Costos unitarios según diagnóstico al ingreso



Fuente: Estimaciones propias en base a precios vigentes en Julio 2018 para Argentina.

Estimación del costo de atender las complicaciones de abortos inseguros según escenarios de precios. Argentina (2018)

Valores corrientes de Julio 2018

Diagnóstico	Costo total para 300 mil abortos (En millones de \$)			Costo total para 500 mil abortos (En millones de \$)		
	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo
Abortos incompletos	5.117	3.458	2.166	8.529	5.763	3.611
Foco séptico	6.231	4.061	1.859	10.384	6.768	3.098
Sepsis	1.573	1.052	674	2.621	1.753	1.123
Hemorragia severa	1.497	1.115	866	2.494	1.858	1.443
Perforaciones	730	483	404	1.216	805	674
Shock séptico	474	355	288	789	592	480
Totales	15.620	10.523	6.257	26.033	17.539	10.429

Fuente: Estimaciones propias en base a precios vigentes en Julio 2018 para Argentina.

Para el cálculo de los escenarios posibles para el aborto seguro, tal como se mencionara anteriormente, se han incluido no solo los costos de las prácticas en sí mismas sino que se han ponderado los costos que pudieran surgir de las fallas de cada método y que re-

quirieran de procedimientos adicionales (Arreaza-Graterol & Rodríguez, Octubre-Diciembre 2010) (Gutiérrez Ramos & Guevara Ríos, 2015).

A su vez se han incluido en las estimaciones, lo que denominamos curva de aprendizaje, que impli-

ca un mayor uso –innecesario– de recursos en términos de prácticas requeridas en cada método, que se supone disminuyen cuando su uso resulta más difundido.

Los resultados a los que se ha arribado se presentan en los cuadros a continuación:

Estimación del costo que implicaría para el sistema el acceso al aborto seguro según escenarios de utilización de métodos legales para 300.000 abortos. Argentina (2018)

Valores corrientes de Julio 2018

Escenarios para la estimación del método	Costo promedio del método por caso	Costo total (En millones de \$)	
		300 mil abortos	500 mil abortos
Todos se hacen con medicamentos	6.212	1.864	3.105,9
Todos se hacen con AMEU	6.515	1.955	3.257,5
50% con AMEU y 50% con medicamentos	6.363	1.909	3.181,7
50% con medicamentos + 25% AMEU y 25% DyC	8.665	2.599	4.332,4

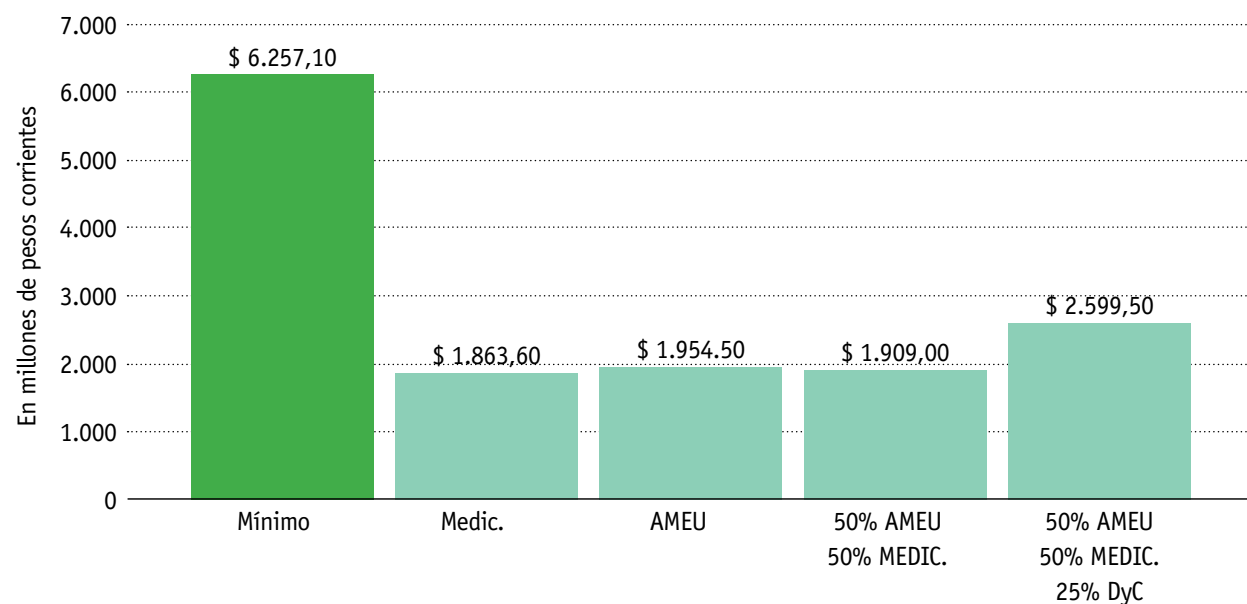
Notas:

1) La recomendación de la Organización Mundial de la Salud está orientada a la utilización de mifepristona/misoprostol como primera opción y Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) como segunda opción y desincentiva el uso de Dilatación y curetaje (DyC) como método para los casos en que es posible el empleo de las alternativas anteriores (Organización Mundial de la Salud, 2012). En Argentina no hay registro para mifepristona por lo que todas las estimaciones se realizan en base a la utilización de misoprostol.

2) Se han incluido en el costo individual de cada método los costos por el fracaso de la técnica contemplada en ensayos clínicos publicados, que requiere un tratamiento adicional y los costos de aprendizaje.

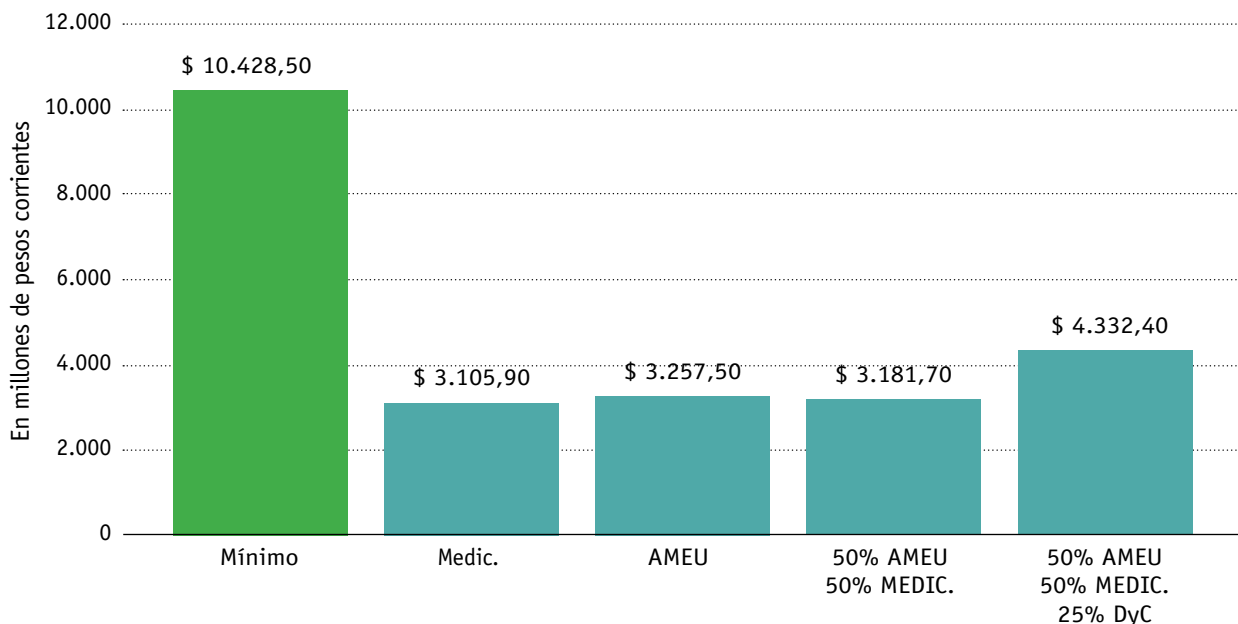
Fuente: Estimación propia

Costos actuales mínimos con aborto inseguro vs. costos potenciales de aborto seguro cada 300.000 abortos. Argentina (2018)



Fuente: Estimaciones propias en base a precios vigentes en Julio 2018 para Argentina.

Costos actuales mínimos con aborto inseguro vs. costos potenciales de aborto seguro cada 300.000 abortos. Argentina (2018)



Fuente: Estimaciones propias en base a precios vigentes en Julio 2018 para Argentina.

5. Conclusiones

De los cálculos realizados se puede concluir que:

- Aun cuando se utilice la estimación más conservadora para el cálculo de los costos que demandan las complicaciones de los abortos inseguros, el ahorro para el sistema de salud de avanzar hacia la legalización estará entre los \$3.658 y \$4.394 millones por año si se registraran 300.000 abortos y entre \$6.096 y \$7.323 millones si los abortos llegaran a 500.000 por año, si se optara por seguir las recomendaciones de la OMS para la interrupción segura del embarazo.

- Es importante puntualizar, que se están estimando costos para el sistema de salud en su conjunto (público, privado y de seguridad social). Si sólo se pretendiera estimar el costo para el sistema público, debiera poder conocerse la composición de los diagnósticos de aborto al ingreso al sistema



Si se introdujera competencia en el mercado de medicamentos o si se produjeran públicamente, podrían ahorrarse entre \$500 y \$835 millones adicionales por año

discriminados por la cobertura de las personas. Lamentablemente no es posible contar con esa información.

- Actualmente el sistema de salud gasta entre 2,4 y 8,4 veces más que lo que gastaría si se decidiera avanzar en la legalización. Las diferencias serían tremendamente

superiores si se incluyeran además en los costos actuales, los desembolsos de bolsillo destinados a contratar las prácticas en el circuito clandestino.

- Si se optara por aprobar el misoprostol y la mifepristona para la interrupción legal del embarazo o si se produjera públicamente, la introducción de competencia en el mercado de medicamentos conduciría a una significativa reducción de los precios de venta, acercándolos a los vigentes en otros mercados de la región donde las normas son menos restrictivas⁴. En un ejercicio adicional de simulación, se han calculado los escenarios de aborto seguro suponiendo una reducción de los precios del misoprostol en un 50% acercándolos a los vigentes en otros países (CLACAI, 2017). Esto permitiría un ahorro adicional de entre \$501 \$835 millones por año, según sea el número de abortos. [U](#)



COMUNIDAD ISALUD

de
BODEGA TIERRA MAYOR

Hasta 3 cuotas sin interés
30%
de descuento



Los esperamos en Licorería PARADISO, para brindarles una atención personalizada, mayor rango horario y la posibilidad de comprar botellas variadas (no solo por caja cerrada). Disfrutando además de beneficios exclusivos, degustaciones, eventos, descuentos especiales y premios.

M comunidad-isalud@bodegatierramayor.com.ar
www.bodegatierramayor.com.ar
BEBER CON MODERACIÓN.
PROHIBIDA SU VENTA A MENORES DE 18 AÑOS.

LICORERÍA PARADISO
Piedras 515 . CABA . 011 4342 0365
info@licoreriaparadiso.com
www.licoreriaparadiso.com



datos socio-económicos

Salario Mínimo Vital y Móvil	\$ 9.500 (A partir del 1 de enero de 2018) \$ 10.000 (A partir del 1 de julio de 2018)
Monto Seguro de desempleo	\$ 3.535 máximo (A partir del 1 de enero de 2018) \$ 3.721 máximo (A partir del 1 de julio de 2018) 92.345 beneficiarios (marzo 2018. ANSES)
Salario Promedio	Ingreso medio hogar \$32.702 (ingresos totales del hogar) INDEC EPH 1° trimestre 2018
Indicadores de actividad	Tasa de Actividad 46,7%. INDEC EPH 1° Trimestre 2018 Tasa de Empleo 42,4%. INDEC EPH 1° Trimestre 2018 Tasa Desocupación Abierta 9,1% Desocupación femenina: 10,6% Desocupación masculina: 8,0 % INDEC – EPH 1° Trimestre 2018 31 aglomerados urbanos
Índice General de Precios	+2,1 Variación porcentual mensual (mayo y abril 2018) +26,3 Variación porcentual anual (mayo 2017 y mayo 2018) INDEC CABA y GBA +9,2% Inflación acumulada 1 ° Cuatrimestre 2018 Fuente IPC-Congreso
Pobreza	17,9 % Hogares 25,7 % Personas INDEC EPH 2° Semestre 2017
Monto Canasta Básica Total	\$ 5.675,89 Adulto equivalente \$18.833,55 Hogar II INDEC mayo 2018
Canasta Básica Alimentaria	\$2.418,65 Adulto equivalente \$7.473,63 Hogar II INDEC mayo 2018
Indigencia	3,5 % Hogares 4,8 % Personas INDEC EPH 2° semestre 2017
Jubilados	\$ 8.096 Jubilación Mínima (junio 2018) \$11.863,74 Haber Jubilatorio Medio (marzo 2018) 6.920.536 jubilaciones y pensiones SIPA. 78.121 PUAM (marzo 2018) PUAM: 80% haber mínimo jubilatorio
AUH	Monto (A partir 1 de marzo) actualiza marzo y septiembre Embarazo para PS \$1.578 a partir de marzo (aumento 11,7%) Hijo para PS \$1.579 a partir de marzo Hijo con discapacidad para PS \$5.147 a partir de septiembre Asignación universal por hijo 3.872.043 niños
Pensiones No Contributivas	1.392,514 beneficiarios (1° trim. 2018) SIEMPRO
Programa Hacemos Futuro¹	251.744 beneficiarios (1° trim. 2018) SIEMPRO
Programas de Empleo²	392.671 beneficiarios (1° trim. 2018) SIEMPRO
Plan de Seguridad Alimentaria	1.304.802 beneficiarios (1° trim. 2018) SIEMPRO
Monotributo Social	516.102 beneficiarios (1° trim. 2018) SIEMPRO
Progresar	507.075 titulares (1° trim. 2018) SIEMPRO

1 Incluye Programas Argentina Trabaja y Ellas Hacen.

2 Incluye Programa hacemos futuro, Jóvenes con más y mejor trabajo, otros planes nacionales de empleo y Seguro de Capacitación y Empleo

Comentarios y sugerencias para incorporar otros indicadores al e-mail scyt@isalud.edu.ar

La gestión en las unidades de cuidados intensivos



Por Carlos Alberto Díaz

Médico (UBA)

Especialista en Nefrología
y Medio Interno (UBA)

Especialista en Terapia Intensiva
(Colegio Médico)

Médico Sanitarista ANM

Gerente Médico Sanatorio Sagrado Corazón

Director de la Especialización en Economía
y Gestión de los Servicios de Salud
(Universidad ISALUD)

Introducción

La medicina Intensiva se puede definir como aquella parte de la medicina que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas, que han alcanzado un nivel de gravedad tal, que representen una amenaza actual o potencial para su vida y que, al mismotiempo, sean susceptibles de recuperación (Estébanez Montiel MB, 2010)

Habitualmente, las unidades de cuidados intensivos (UCI) funcionan como unidades cerradas, con problemas de vinculación con el resto de los servicios y de los actores sociales del hospital. Tienen horas de visitas distintas. Normas que difieren de las que se aceptan para el resto del hospital. Consume una parte importante de los recursos, requiere más enfermeras por cama que el resto de la organización, y especialistas que cuesta conseguir. Dificultades de mantenerlos por el esfuerzo que significa trabajar todos los días en una sala donde muchos pacientes son graves. Por todo ello la gestión sanitaria se debe introducir en las unidades de cuidados críticos para mejorar el desempeño, la efectividad, la eficiencia, desarrollar recursos humanos, la organización de los cuidados, desarrollo de gestión de calidad, seguridad de pacientes y de resultados asistenciales. Comenzando por su staff de conducción, jefatura y liderazgo, y que este equipo de alto desempeño se relacione con el resto de los servicios (Díaz CA, 2018).

El presente artículo resume el trabajo elaborado y presentado en las Jornadas de gestión en terapia intensiva, organizadas por la Sociedad Argentina de Terapia intensiva, el 5 de julio de 2018 en la Universidad ISALUD

Las unidades de cuidados intensivos tienen un número finito de camas, frecuentemente insuficientes, constituyendo un cuello de botella en la gestión de pacientes Hospitalarios y de las redes de los sistemas de salud. Pudiendo generar una pérdida de oportunidades de los pacientes por la demora en su ingreso, en el inicio de los tratamientos, o derivar pacientes a otros centros (Colmenero M, 2011; Mozo Martín T. Gordo Vidal F, 2016).

El retraso en el ingreso en UCI, principalmente debido a ausencia de camas disponibles en dichas unidades, se asocia con la mortalidad como se describe en un estudio (Cardoso et al., 2011) donde por cada hora de retraso existe un aumento de un 1,5% de mortalidad en UCI y de un 1% de mortalidad hospitalaria. Cuando nos centramos en el paciente que, tras su alta de la unidad, por empeoramiento clínico precisa de reingreso en la misma, la mortalidad en UCI se multiplica por 4 y la estancia hospitalaria por 2,5.

Se debe conseguir modificar los flujos de trabajo en UCI consiguiendo una mejor programación de los ingresos, reducir las situaciones de paro cardiorespiratorio en el hospital y mejorar el pronóstico y la eficiencia de los pacientes ingresados en la propia UCI y así gestionar mejor los recursos sanitarios. Todo ello debido, probablemente, a que se consiguen reducir los ingresos urgentes por las demoras en el tratamiento, el retraso en la admisión en la Unidad por falta de camas que se han visto asociados a mayor mortalidad y estancia hospitalaria (Robert R. et al, 2012)

Es necesario iniciar una transformación que consiste en integrarse en el resto del proceso asistencial y del hospital, cuyo nivel de gravedad puede necesitar del conocimiento y la competencia del área de cuidados intensivos. Incorporando una cultura de precocidad y alerta en la detección y atención de dichos pacientes. Esto podría mejorar los resultados y el costo de atención. (Winters BD et al, 2013)

Gestión en las unidades críticas

La gestión debe permear las UCIs, para que agreguen al soporte técnico de la efectividad, la eficiencia por la línea estratégica de la calidad y la disminución de los desperdicios, logrando que se constituyan equipos de alto desempeño con elevado grado de compromiso, menos esfuerzo y en un buen clima de trabajo. (Calvo Herranz H., 2011)

Hacer **gestión** es conducir personas. La gestión es siempre,

en primer lugar, recursos humanos. Los que gestionan en la actualidad tienen la obligación de construir certezas en un contexto que se caracteriza por incertidumbres y turbulencias. Gestionar no es simple. Las organizaciones son complejas. La gestión en los cuidados intensivos es también gestión de la complejidad. Innovar en la gestión puede ser desde la mejora continua o en forma disruptiva. "Innovación es la secuencia de actividades por las cuales un nuevo elemento es introducido en una unidad social con la intención de beneficiar la unidad, una parte de ella o a la sociedad en su conjunto. El elemento no necesita ser enteramente nuevo o desconocido a los miembros de la unidad, pero debe implicar algún cambio discernible en el statu quo." (García Fernández P, 2015) Es decir, que, cuando se habla de innovación organizativa en una estructura, se ha de tener presente que para generar innovación (sobre todo en las organizaciones sanitarias y dadas sus particularidades) se necesita que las ideas que quieren ser implementadas generen valor añadido; pero además es preciso que se produzcan cambios en los paradigmas establecidos, entendiendo estos últimos como aquellas experiencias, creencias y valores que afectan la forma con que los individuos perciben la realidad y la forma en que responden a esa percepción. Y más importante aún, hay que asumir que se han de producir cambios en las situaciones en las que algunas de las partes implicadas, o todas ellas, se hallan en equilibrio. Atendiendo a la tipología de la innovación se puede distinguir entre la innovación en productos / servicios, procesos, organización y mercado. (Oteo LA. Repullo L., 2003)

Los hospitales son empresas complejas, como tales, son sistemas adaptativos complejos, abiertos, disipativos, (Castillo Villanueva L, 2015) que han crecido más que las posibilidades de conocer las organizaciones. (Díaz CA, 2012). Su complejidad lleva a que las respuestas y los comportamientos no sean sincrónicos, sino dialógicos y diacrónicos, que, por otra parte, lo que se produce en el productor. El paciente que se trata es también productor de salud, el producto es el paciente, o sea que existe un principio recursivo. El paciente y su familia no son sujetos pasivos. Si bien la empresa está compuesta por múltiples servicios, estos son complementarios y en cada una de las áreas de gestión clínica, se ve el resto de la organización, es lo que se denomina el *unitax multiplex*. Además, existe ilusión del objetivo. Que motiva, orienta los esfuerzos. Los equilibrios en esta empresa son dinámicos, entre aspectos clínicos asistenciales, económicos y satisfacción del usuario (Díaz CA, 2017).

La mejora de la gestión en las unidades de cuidados intensivos

Este proceso incluye los siguientes aspectos específicos:

- Eliminación de los desperdicios.
- Organización del flujo de pacientes.
- Criterios de admisión y egresos.
- Calidad-desempeño-seguridad de pacientes.
- Indicadores y cuadro de mando integral.
- Recursos humanos. Organización y competencias del recurso humano. Decisores. Organización de la planta y las guardias.
- Cuidado de enfermería.

Para llevar adelante esta gestión los jefes de servicio deben conocer diez aspectos diferenciales de su gestión para convertirse en gerentes. Estos son:

Gestión de pacientes. Que expresa como los pacientes se encuentran y relacionan con la mejor relación de agencia para cubrir su asimetría de información. Son las nuevas normas de ingreso y egreso de la unidad. Como así también la forma en como actuamos ante las descompensaciones de los pacientes en terapia intensiva. Como nos relacionamos con las empresas de ambulancia de emergencia. Con los cuidados domiciliarios, para que nuestros pacientes ingresen a la terapia intensiva mejor reanimados. Como así también mejor ventilados, monitoreados y anticipados los síntomas que los llevan a las unidades de cuidados intensivos. La gestión de pacientes es un aspecto técnico administrativo. Que también en las organizaciones rentísticas, implica que conozca lo que esta cubierto y lo que no para esos pacientes.

Gestión por procesos: en la unidad de cuidados intensivos hacemos desde siempre gestión por procesos, no tratamos enfermedades, sino descompensaciones e intentamos restablecer las funciones vitales, utilizando una secuencia ordenada de tareas, actividades o procedimientos orientados hacia un fin teleológico, con un principio y un final, con un responsable y un camino crítico. Los procesos que se desarrollan en la unidad están fuertemente relacionados, y en la arquitectura o el mapa de procesos son quince procesos relacionados entre sí, que naturalmente se vinculan, e interactúan en una red matricial, que se elabora en función de la polipatología y multimorbilidad de los pacientes. Que permite además interpretándolo así disminuir los desperdicios de los

procesos, que habitualmente ocurren y que nos permiten proponer que debemos mejorar la gestión con una reducción el 25% de los gastos innecesarios.

Gestión de los conocimientos: basados en la evidencia científica independiente, en la revisión sistemática de las guías clínicas. Que implica un saber hacer técnico. Información conocimiento y entrenamiento.

Gestión de los recursos humanos: no solo de los médicos, sino también de las enfermeras, los kinesiólogos, psicólogos e interconsultores de la unidad. La relación con los otros servicios. Con la empresa educativa, para que todas las clases sobre emergencia las realicen los integrantes de la unidad. Para mejorar la relación con los servicios. Conocer el ausentismo. Los salarios. La carrera hospitalaria. Los incentivos económicos y los trascendentes. Trabajar en el orden meritocrático. Tener una buena relación con el colectivo corporativo de la representación sindical. Evitar las enfermedades vinculadas al trauma laboral a los problemas de las enfermedades profesionales.

Liderazgo: desarrollar un liderazgo ético impulsado en los valores institucionales y de los servicios. En un liderazgo que genere ascendente, referencia con el ejemplo. El liderazgo de este tipo es transformador, genera cultura. Un servicio que funciona igual, aunque el jefe no este presente, porque son todos valores compartidos. Es un liderazgo que promueve cambios (Bohmer RMJ 2016; Bohmer RMJ 2009).

Gestión de la calidad y la seguridad de los pacientes en la terapia intensiva. La calidad es cuatrilógica: técnico, de percepción del usuario, de la eficiencia y la seguridad. Este aspecto en la unidad ha adquirido en la última década un valor sustancial, como son las acciones más comunes como el lavado de manos, el uso racional de los antibióticos, el Bundle de la ventilación mecánica o neumonía cero (Klompas M, 2015), el Bundle de bacteriemia cero, la prevención de las infecciones vinculadas a procedimientos médicos. Disminuir la variabilidad en los procedimientos médicos.

Costos del servicio: es importante establecer los costos de producción del servicio, el comportamiento de los costos de personal de enfermería, médico, cobertura de la guardia, administrativos, medicamentos, insumos, material descartable, no imputables a pacientes, hemoterapia, diálisis, consumo de oxígeno, reparación de equipos, compra de equipos, etc.

Compromisos de gestión desempeño esperado de la unidad: es importante determinar lo requerido en resultados de servicio en función del APACHE, en la sepsis, en el distress, en la hemorragia subaracnoidea. Indicadores de calidad de la unidad.

Contratos: conocimiento de los contratos con las obras sociales y los prepagos. Conocimiento de como se le pagan a los médicos. (Ruiz Gómez F, 2008; Oggier GR, 2012)

Determinar su control a través del cuadro de mando integral. Desde cuatro perspectivas: (Ruiz E, 2004). La perspectiva económica que incluye aspectos financieros, costos y facturación. Aspectos productivos, entre los cuales están la utilización de los recursos y la productividad de los mismos, a la vez que las ineficiencias. Aspectos relacionados con el cliente, paciente, familia, clientes internos, profesionales y servicios que internan los pacientes en la unidad por los cuidados. Finalmente un aspecto relacionado con el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

Costos de las unidades de cuidados intensivos

Las prestaciones realizadas en las UCI son de alta complejidad e involucran recursos humanos altamente calificados, son dependientes de tecnologías avanzadas y de insumos farmacéuticos de alto costo. En tal sentido, los profesionales de las UCI se enfrentan cotidianamente a tomar decisiones en ambientes con alto nivel de incertidumbre y costos alternati-

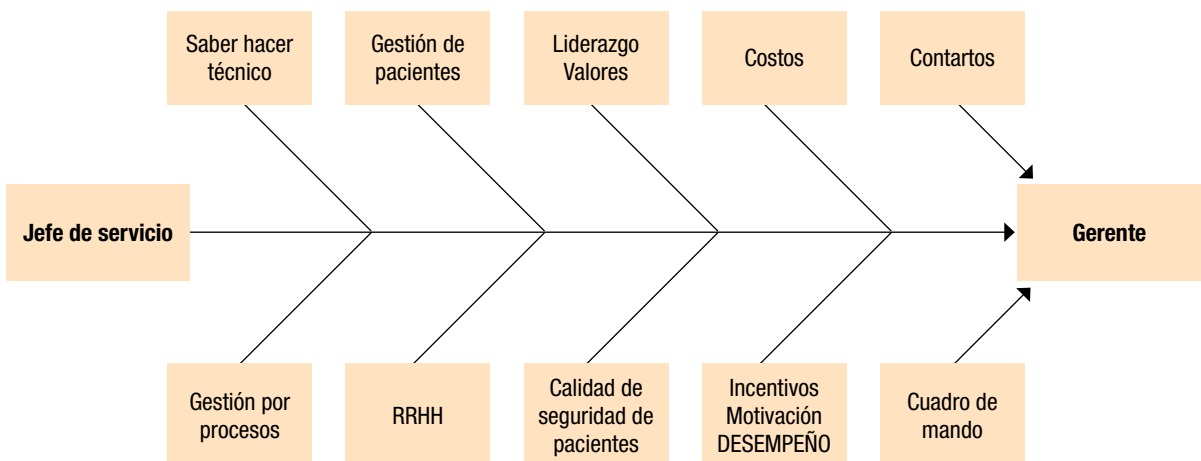
vos importantes. Se entiende por costo, la suma de erogaciones en que se incurre para la adquisición o producción de un bien o servicio, con la intención de que genere beneficios en el futuro (Drummond M, 2015), por ejemplo, la infraestructura de un hospital, equipamiento, medicamentos, sueldos de los profesionales de la salud, insumos médicos, entre otros. Las unidades de cuidados intensivos, juntos con los quirófanos, son los centros de costos que consumen mayor cantidad de recursos, Los cuidados intensivos son una carga financiera importante para el sistema de atención, con gastos en EE. UU. de 80 billones por año, cerca del 1 % del PBI, gasto del 17,4 % del PBI en salud (Blazheski F, 2018), mientras que, en el Reino Unido, se encuentra en el 0,1 %. La mayor diferencia es la cantidad de camas por cien mil habitantes, que expresa dos conceptos, la elasticidad de la demanda y de la importancia de la oferta como generadora de su propia demanda.

Los Estados Unidos tiene 25 camas de UCI por 100.000 personas, en comparación con 5 por 100.000 en el Reino Unido. como resultado, el ICU Case-Mix difiere substancialmente.

Procesos en la UCI

Procesos de cuidados eficientes, demandan una coordinación de los factores humanos médicos, de enfermería, kinesiológicos y administrativos, con los recursos materiales y los insumos que requieren los pacientes para poder superar su situación crítica. No obstante, la coordinación de estos recursos presenta un desafío dado la naturaleza inter y transdisciplinaria de los cuidados,

Cómo convertir un jefe de servicio en gerente de área clínica



Fuente: Elaboración propia.

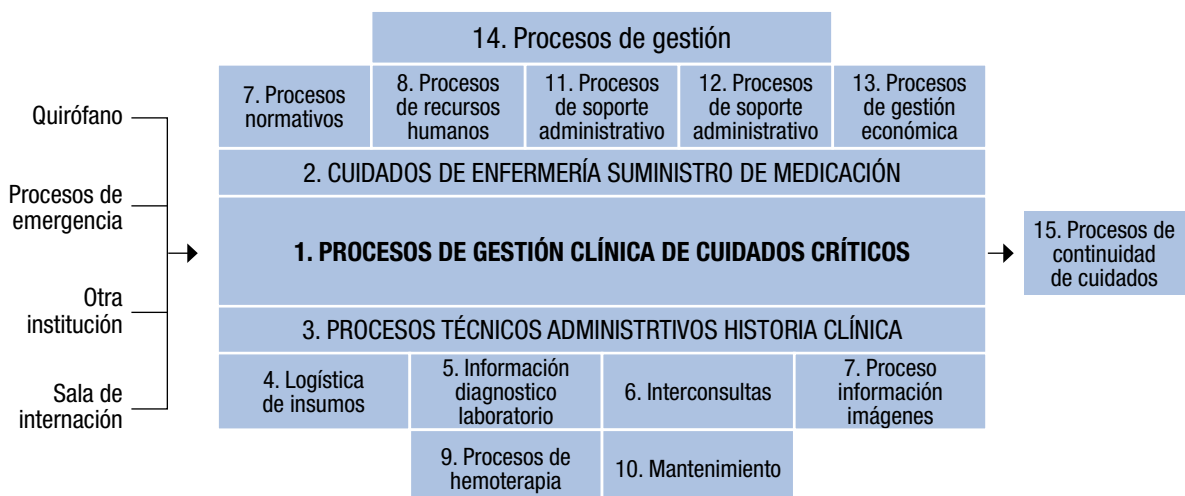
y el hecho que los pacientes críticos cambian muy rápidamente. También los criterios de ingreso o egreso. Las demoras en la admisión están asociadas al incremento de la mortalidad en la UCI (Bing Hua YU, 2014; Chalfn DB, 2007), incremento en la mortalidad hospitalaria (Mokart D, 2013), aumento en la duración de la estancia hospitalaria, incremento de los requerimientos de la ventilación mecánica y los días de pacientes ventilados. Cada hora de demora en el ingreso a la unidad de terapia intensiva podría aumentar el riesgo de muerte en el 1,5%. (O'Callaghan DJP, 2012; Phua J, 2010). Lo importante en este proceso será y estará en **optimizar la transferencia a la unidad y el egreso de los pacientes**. (Garland A, 2013) Deberíamos analizar y cuantificar la demora en el ingreso de los pacientes a terapia intensiva, como así también los **factores organizacionales**, de cultura, que impiden su salida. También de procesos de carga de trabajo, desde la emergencia o de los quirófanos, por la acumulación de pacientes graves o complejidad de las operaciones que requerirán en su cuidado postoperatorio terapia intensiva y finalmente las demoras en las altas, en los traslados de los pacientes, en incumplimiento de las familias para llevar a sus pacientes, en la falta de contención social, en no habilitar unidades de cuidados intermedios o de media estancia, para los pacientes que requieren controles más prolongados, sometidos a lentas evoluciones. (Peltonen LM, 2015) Esto exige revisar, y **rediseñar los procesos de admisión y egresos de la unidad** (Chaboyer W, 2012).

En la terapia intensiva se gestionan mediante una gestión por procesos, son en general unos quince procesos interrelacionados, con un **núcleo core de tres procesos: 1)** la gestión de

los recursos de **diagnóstico y tratamiento**, que, en función de síntomas, signos y resultados, 2) se realiza un proceso técnico administrativo que es **la historia clínica**, desde donde se planifican, 3) cuidados y el suministro de medicación, alimentación e hidratación parenteral, la función ventilatoria y la renal, estos son los **procesos de cuidados enfermeros**. Desde la historia clínica, se solicita la **logística de insumos**, de pacientes, se solicita **procesos generadores de información, laboratorio, imágenes, etc, interconsultas, autorizaciones-administraciones, procesos de costos o facturación**. Esto sostenidos por **procesos normativos, de mantenimiento de la funcionalidad de la estructura, de hotelería, de hematología, procesos de recursos humanos, procesos de compras, procesos de gestión económica, procesos de gestión y organización y procesos de continuidad de atención**. (Díaz CA, 2016)

Esta gestión vinculada a la funcionalidad debe estar orientada hacia la generación de valor para el paciente, la institución, el sistema de salud, el flujo del proceso, de ser el de la información, como se genera, el ritmo que fluye, los tiempos de ejecución, la visibilización de los pacientes, impulsados por una logística de flujo tenso, hacer las cosas bien desde el comienzo. (Graban M, 2016) Es conocido como lean Healthcare. Que sienta las bases con el pensamiento a largo plazo, la gestión de la logística, pensar en la mejora continua, en la realización de actividades eliminando desperdicios, organizando la actividad y el flujo de las actividades. Los desperdicios son sobreproducción, movimientos innecesarios, esperas, tiempos

Gestión de procesos en cuidados intensivos



Fuente: Elaboración propia.

inadecuados de ejecución, transporte impropio, infrautilización, inventarios inadecuados, no escuchar las propuestas e iniciativas de nuestros colaboradores. Pensar en que siempre podemos mejorar la gestión. (Grabam M, 2017)

Servicios de terapia intensiva cerrados o abiertos

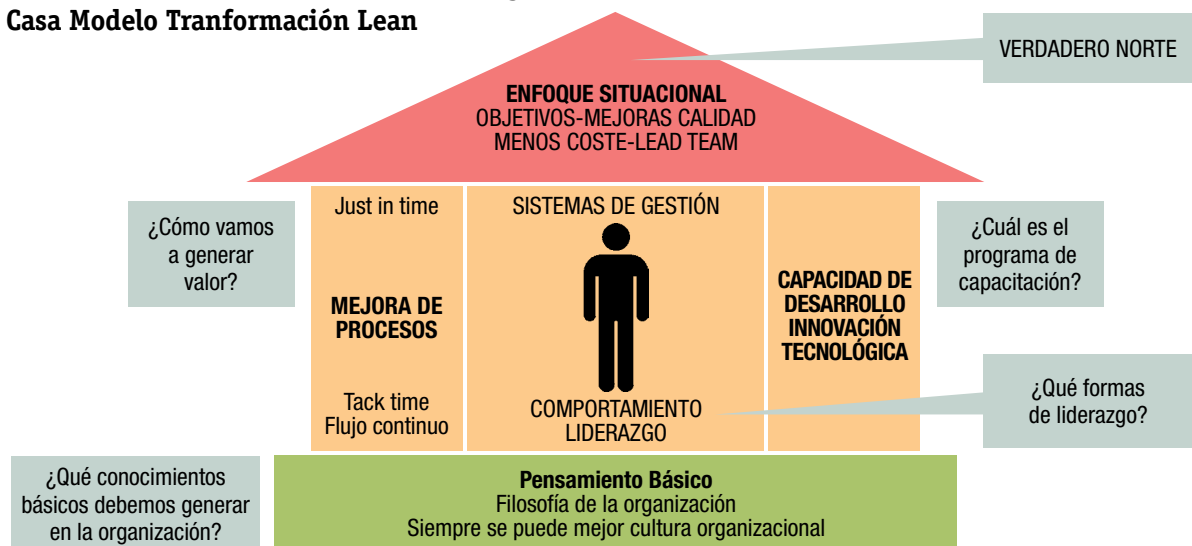
Los servicios tradicionalmente en nuestros establecimientos son cerrados, predominante organizados por servicios de guardias médicas activas, de 24 horas. Supervisados por médicos de mayor experiencia a cargo, cuya dedicación asistencial a la unidad es parcial (Estenssoro E, 2013). No hay evidencias concluyentes para optar por modelos cerrados o abiertos, en la medición objetiva del desempeño, de la morbilidad, mortalidad y sobrevida. Sino la ventaja esta vinculada con la interacción, con las mejores transiciones de pacientes hacia la UCI. Pero el ser abierto no impactaría en la mortalidad, en tener mejor resultado, sino en mayor satisfacción de los usuarios. En la disminución de ingresos innecesarios (Levy MM, 2008; Checkley W, 2014; Gabier NB 2013). No consideró en este apartado, las unidades de cuidados intensivos en las cuales las decisiones son conjuntas entre los médicos que internan a los pacientes y los intensivistas como consultantes. La presencia de los intensivistas en nuestro país durante las veinticuatro horas es indispensable. Como así también que los servicios de cuidados intensivos tienen que tener estructura como tal, con jefes de servicios intensivistas, médicos de

planta o staff que aseguren el seguimiento longitudinal de los pacientes, enfermero jefe, responsable de turno, médicos de guardia que cumplan turnos de doce horas.

Deberíamos impulsar cambios a servicios abiertos, extendidos fuera del ámbito de la unidad. Lo que se denomina: Prolongación de la terapia intensiva extramuros (Abella Álvarez A, 2013). El enfermo ya no solo es el que se encuentra ingresado en la propia unidad, sino que es aquel cuya condición clínica puede agravarse, independientemente de donde se encuentre hospitalizado, porque su atención clínica temprana beneficiará su evolución posterior. Para que sirva esto: Actuar para prevenir las situaciones fisiopatológicas detectables y prevenibles: sepsis, síndrome coronario agudo, PCR. Mejor selección de los pacientes candidatos a ingresos en UCI. Mejorar la disponibilidad de las camas. Control de pruebas diagnósticas innecesarias. Conciliación de medicación entre los niveles de cuidado progresivo. Reducción de los reingresos. Reducción de tiempo de estancias innecesarios. Modificar y estabilizar los flujos de trabajo. (Calvo Herranz E, 2011). Identificar las alteraciones de los pacientes que salieron de la terapia a la sala, los postoperatorios inmediatos, sepsis, pacientes neutropénicos, pacientes médicos en planta convencional, utilizando el National Early Warning Score 2 (NEWS2). La terapia intensiva no deberá ocurrir en un solo lugar del hospital, la población de la terapia intensiva será flexible. En general no se salva vidas desde la UCI, sino que las prolongan. La falta de recursos tecnológicos, de insumos, de monitoreo hace que la gente si empeora, tiene más probabilidades de morir.

¿Cuáles son los principales objetivos?

Casa Modelo Transformación Lean



Fuente: Elaboración propia.

Cuando analizamos el flujo de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, observamos que su procedencia puede ser programada o urgente. Los ingresos programados mayoritariamente son pacientes postquirúrgicos de alto riesgo, en tanto que los urgentes pueden provenir del área de Urgencias y Observación, de una de hospitalización de cuidados moderados o de otro hospital. El destino de los pacientes ingresados en la Unidad, prácticamente en su totalidad se realiza a una planta de hospitalización. El flujo de pacientes puede variar su magnitud de un centro a otro, pero si nos propusiéramos globalizar el enfoque del proceso asistencial del paciente grave podríamos intentar modificar el flujo en sí mismo. Así, si enfatizáramos la actividad dirigida a la detección precoz del enfermo grave podríamos transformar el flujo de entrada del canal urgente, posiblemente tardío y atendido por el personal de guardia, a una actividad asistencial programada, precoz y mejor repartida entre el personal de la Unidad.

La apertura de las unidades puede adoptar formas distintas: Son ellas los equipos de respuestas rápidas. Los otros denominados servicios Critical Care Outreach. Pueden ser abiertos hasta el máximo de instalarse en algunas habitaciones o camas del resto del hospital, con telemetría o dispositivos transcutáneos. Interacción con el resto del hospital en el seguimiento de los pacientes, intercambiar experiencias ofrecer otra visión de los casos, o los cuidados de terapia intensiva. Estableciendo estrategias de cuidados protegidos. Fortaleciendo los cuidados intermedios, para dar contención a pacientes.

Los servicios de medicina Intensiva deben evolucionar hacia el exterior de las UCI. Existen en muchos países, y en el nuestro también, equipos de respuesta rápida compuestos por un médico y una enfermera que atienden de manera urgente a todos los pacientes con eventos agudos que requieren consultas de alta resolución. Pero también se está extendiendo la apertura a la atención por parte de Medicina Intensiva de pacientes en el hospital, suponiendo un cambio de mentalidad muy considerable. Estos pacientes quizá nunca ingresen en la UCI, pero se benefician de la asistencia y capacidad de los intensivistas para detectar pacientes en riesgo de empeorar. **El intensivista puede y debe tratar al enfermo crítico o potencialmente crítico fuera de los límites físicos de las UCI.** Debemos ofrecer a los pacientes, familiares y profesionales unidades abiertas e incorporar líneas de humanización que ya han demostrado ser necesarias con su impacto y beneficios en los resultados finales

Esta perspectiva que estos equipos de respuesta rápida servirán de punto de unión entre la UCI y las plantas de hospitalización minimizando los vacíos en la continuidad del cuidado asistencial que muchas veces supone el paso del paciente desde los exhaustivos cuidados de las UCI hasta los cuidados menos intensivos propios de las plantas es otro aspecto por valorar, aportando nuevas oportunidades de actuación al intensivista en el ámbito hospitalario (fuera de la terapia intensiva) (Extremera P, 2018).

Equipos de respuesta rápida

A nivel local también pueden desarrollarse otras actividades que incrementen la cartera de servicios. La sedación fuera de la UCI para procedimientos invasivos cortos no debe ser la principal actividad de la Medicina Intensiva, pero puede ser realizada por intensivistas en aquellos hospitales donde se precise. No hay razones legales para impedirlo, ya que cada médico es responsable de los actos que realiza independientemente de su especialidad y existe base legal suficiente para sustentarlo. Es evidente nuestra capacitación para hacer sedaciones cortas manteniendo todos los valores que hemos referido al principio. Estos pacientes no pueden ser menos que los enfermos más complejos. Si lo hacemos, debemos hacerlo bien (Bradford D, 2013).

1) rama aferente. criterios y un sistema para notificar y activar el equipo de respuesta (conocido como un “**miembro aferente,**” el mecanismo por cual equipo se desencadenan las respuestas). Criterios de activación suelen incluir signos vitales (solo gatillo criterios vs agregados y ponderados temprana advertencia puntuación) o la preocupación general expresada por un miembro de familia o médico. La extremidad aferente define las variables que indican deterioro y democratiza el conocimiento a todos los clínicos.

2) el equipo de respuesta (rama eferente). El equipo de respuesta con mayor frecuencia compone de equipos y personal entrenado en UCI. Composición del equipo varía en función de las necesidades locales y recursos pero generalmente utiliza uno de los siguientes modelos: equipos de emergencia médicos (EEM), que incluye un médico;

3) un componente de mejora administrativa y de calidad. Este equipo recoge y analiza datos de eventos proporciona información, coordina recursos y asegura la mejora o mantenimiento en el tiempo.

La especialidad de medicina intensiva tiene como característica principal su transversalidad, compartiendo esta orientación con la medicina de familia y la medicina interna (Leung S, 2018). Esto hace que tenga puntos en común con todas las demás especialidades verticales que atienden pacientes en el ámbito hospitalario. Por lo tanto, los puntos en común con el resto de las especialidades pueden entrar en contacto, en cuanto a la asistencia de esos pacientes, en momentos determinados, lo que exige una gran colaboración entre profesionales sanitarios con el objetivo de conseguir la mejor atención posible para los pacientes en situación crítica o potencialmente crítica (Marshall JC, 2017).

La terapia intensiva necesita jefes de Servicio que lideren el cambio del modelo tanto de cara a sus compañeros como, sobre todo, de perfil a las gerencias, directores de los hospitales y responsables de las comunidades

En cuanto a la organización de los cuidados enfermeros, definir minuciosamente los roles y objetivos pretendidos para enfermero, supervisor y coordinador; estandarizar procesos administrativos; estandarizar criterios clínicos para determinar la complejidad de los pacientes, y asignar los de mayor complejidad a los enfermeros que cuidan 2 pacientes; mejorar el planning ocupacional de UCI (Pipkins D et al., 2013).

Las unidades de cuidados intensivos en el hospital del mañana

¿Que tendrá el hospital del mañana?

- Hospitales serán más pequeños y más especializados
- Hospitales serán más fáciles de usar y amigables a quienes lo usan.
- Se reducirá el número de personal
- Telemedicina será en todas partes
- Habrá todavía una UCI?
- Los robots estarán más presente y visibles
- Mejora del monitoreo no invasivo.
- Habrá continuidad entre el hospital y cuidado en el hogar
- El paciente será movilizado temprano
- Las decisiones éticas será abiertamente discutidas y final de la vida cuidado mejorado

Las unidades de cuidados críticos en ese hospital tienen que tener más m², entre 12 y 15 m² por cama. Como así también el doble de superficies asistenciales. Porque la tecnología de sostén cada vez es más importante, y en la cabecera y en

el monitor de cada paciente tener toda la información. Los monitores serán cada vez menos invasivos para suministrar información. Las imágenes la historia clínica y las indicaciones en el pie de la cama, cerca del paciente.

Recursos humanos y la organización del trabajo

Se deben consolidar modelos de atención que aseguren la continuidad longitudinal con los pacientes, el manejo de la unidad, definir los servicios y las prestaciones que se le realizan al paciente. Una modalidad, cada vez más extendida, son los cargos que se cubren con turnos de seis horas de trabajo mañana y tarde los siete días de la semana, con organización no calendaría de la misma, porque la unidad no tiene una organización que solo pueda dimensionarse de lunes a viernes. La búsqueda que tengamos más hora de decisores dentro de la sala, con la presencia de estos, se pueden acortar tiempos para tomar decisiones y tener conductas proactivas, que los médicos que cubren la guardia no tomarían.

El riesgo, los daños potenciales y los costos de los eventos adversos en los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son mayores que en otros departamentos del hospital, por ello la mejora en la seguridad de los pacientes es muy importante (Rodríguez-Paz JM, 2009). Los pacientes son particularmente vulnerables en términos de seguridad de pacientes, especialmente cuando se trata de fallas en los protocolos o en esquemas de trabajo. En una revisión realizada en los Países Bajos reveló que el 9,4% de todos los pacientes admitidos a la UCI experimentan uno o más eventos adversos (Zeggens M, 2009). Mientras que la media de esos hospitales fue del 5,7%. De esos eventos adversos cerca del 50% son considerados altamente prevenibles. Similarmente Vincent et al reportó 1,7 eventos adversos diarios en una UCI quirúrgica. (Vincent C, 1998)

Bundle ABCDEF es un cambio de paradigma en la terapia intensiva

(Marra A, 2017)

Los aspectos más destacados del sufrimiento humano post terapia intensiva, son la declinación pronunciada de nuestros pacientes en los aspectos emocionales, cognoscitivos, en sus capacidades físicas y en su salud mental (Cameron JL et al.,

2016). Estas discapacidades afectan seriamente la capacidad de vida de nuestros pacientes. El avance más importante que propone este Bundle es la reducción de las lesiones iatrogénicas que puede dejar la terapia intensiva. Evitando los daños cognoscitivos, el desorden postraumático (Elliot D et al., 2014), la polimioneuropatía postUCI, y la depresión concomitante (Davydow DS et al., 2009). Es un acercamiento dinámico, flexible, vivo a la problemática de nuestros pacientes. Customizado (Patel MB et al., 2016) el Bundle ABCDEF representa una guía basada en la evidencia como un approach del cambio organizacional necesario de la terapia intensiva optimizando la recuperación de los pacientes y los resultados (Wesley EE., 2017). Este Bundle, o ramillete de medidas no es una gestión estática o un conjunto de protocolos que se aplican rígidamente. Sino que pone al paciente en el centro de la escena y a un equipo multidisciplinario que debería ver a cada paciente como único. El juicio clínico es lo más importante. Es una excelente medida de mejora que compromete a todos los integrantes. Los conceptos fueron diseñados para ayudar a todos los tipos de programas de las Unidades, aunque tengan diferentes tamaños o poblaciones. En primer lugar, al igual que con todos los aspectos de la medicina, hay aspectos de este campo sobre los que permanece la duda razonable, a menudo planteadas en publicaciones

A) Evaluación, prevención y gestión del dolor.

Consiste en prevenir, controlar y protocolizar el control del dolor, con una escala validada y mediciones. Utilizar abordajes farmacológicos y no medicamentosos. Debemos tratar el dolor antes de sedar a los pacientes.

B) Ensayos de despertar espontáneo y ensayos de respiración espontánea. Segundo utilizar un protocolo para la interrupción de la sedación diariamente, por lo tanto, intentar el restablecimiento del estado de conciencia. Esto vale cuando el paciente despierta. Generar momentos de ventilación espontánea. Como que se realiza un descanso en la sedación.

C) Elección de la sedación y analgesia.

D) Actuar para prevenir y tratar el delirio.

E) Movilización precoz y ejercicio activa, comprometido un equipo multidisciplinario.

F) Comprometer y darles la participación a los familiares.

En una encuesta recientemente realizada para ver la adherencia a este nuevo esquema de gestión. Se obtuvieron 1521

respuestas desde 47 países, con un nivel de implementación del 57% con diferente grado de cumplimiento: casi la mayoría de ellos usaron escalas para evaluar el dolor (83%) y la sedación (89%), pero menos del 42% usamos escalas validadas para medir el delirium. Dos tercios hicieron pruebas de despertar y de ventilación espontánea. Casi todos dicen que movilizan precozmente a los pacientes, pero en el 70% no hay una estructura humana creada para este fin. La debilidad adquirida en UCI solo fue evaluada en el 36%.

Aunque el 67% dice que la familia está implicada de forma activa en los cuidados, solo un tercio de las UCI tienen profesionales que sirven de apoyo y solo el 35% de las UCI tenían política de UCI de puertas abiertas 24 horas al día.

Por lo tanto, la situación actual es la siguiente: la implementación del paquete de medidas ABCDEF es variable según los países, pero en cualquier caso con amplios márgenes de mejora en aspectos concretos. Por el momento, los cuidados centrados en el paciente y la familia siguen siendo una tendencia, pero entre todos estamos reescribiendo esta historia. Por ello, en nuestras instituciones, en las entidades científicas y académicas, dentro de la importancia del otorgamiento de títulos de especialistas, estará también en diseñar un modelo de cuidados adaptado al hospital del futuro, a la terapia intensiva del mañana.

Conclusiones

El hospital es un instrumento para saldar la deuda social. Con prestaciones de calidad. Funcionando en horarios extendidos. El hospital será un hub de una red de servicios de salud complementaria y con cooperación. “El hospital del futuro como el hospital de antes requieren de un soporte vital que es la pasión, la que generan los residentes, enfermeros y médicos comprometidos con sus ansias de aprender, y hacer, la pasión que generan los fundadores para trascender con orgullo” (Lebersztein G, 2014).

Las unidades de cuidados críticos deben desarrollar su competencia técnica para evitar muertes prevenibles o evitables con pasión por lo que hacen y compromiso. Entendiendo que detrás de cada síndrome, patología, situación clínica potencialmente mortal, existe un ser humano, miedos, tensiones, familias, proyectos, crisis, situaciones inesperadas. Desarrollando esquemas de atención, de alertas, de seguimiento, normativos, que aseguren una atención de calidad, con me-

nor variabilidad, con seguridad, eficiente, que cuide los recursos presupuestarios. Desarrolle recurso humano competente, en un modelo humanizado de atención, que disminuyan el impacto en los pacientes que sobreviven con enfermedades graves en las unidades de cuidados intensivos. Que se integre con el resto del hospital, que no tenga tendencia al encasillamiento, sino que se convierta como la medicina interna y la medicina de familia, en una disciplina transversal.

Bibliografía

- Álvarez, A. A., Pérez, I. T., Calderón, V. E., Gelbard, C. H., Urban, J. S., Grinspan, M. R., ... & Blázquez, M. D. (2013). Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Medicina intensiva*, 37(1), 12-18.
- Bing-Hua, Y. U. (2014). Delayed admission to intensive care unit for critically surgical patients is associated with increased mortality. *The American journal of surgery*, 208(2), 268-274.
- Blazheski, F., & Karp, N. (2018). ¿ Tiene algún síntoma? El elevado gasto sanitario de EE. UU. y su impacto a largo plazo sobre el crecimiento económico. Observatorio, 1.
- Bohmer, R. M. (2009). *Designing care: aligning the nature and management of health care* (p. 261). Boston: Harvard Business Press.
- Bohmer, R. M. (2016). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-711.
- Calvo Herranz, E., Mozo Martín, M. T., & Gordo Vidal, F. (2011). Implantación de un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: servicio extendido de Medicina Intensiva. *Medicina intensiva*, 35(6), 354-360.
- Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., ... & Ferguson, N. D. (2016). One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, 374(19), 1831-1841.
- Cardoso, L. T., Grion, C. M., Matsuo, T., Anami, E. H., Kauss, I. A., Seko, L., & Bonametti, A. M. (2011). Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical care*, 15(1), R28.
- Castillo-Villanueva, L., & Velázquez-Torres, D. (2015). Sistemas complejos adaptativos, sistemas socio-ecológicos y resiliencia. *Quivera*, 17(2), 11-32.
- Chaboyer, W., Lin, F., Foster, M., Retallick, L., Panuwatwanich, K., & Richards, B. (2012). Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 9(1), 40-48.
- Chalfin, D. B., Trzeciak, S., Likourezos, A., Baumann, B. M., & Dellinger, R. P. (2007). Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Critical care medicine*, 35(6), 1477-1483.
- Checkley, W., Martin, G. S., Brown, S. M., Chang, S. Y., Dababagh, O., Fremont, R. D., ... & O'Brien, J. (2014). Structure, process and annual intensive care unit mortality across 69 centers: United States Critical Illness and Injury Trials Group Critical Illness Outcomes Study (USCITIG-CIOS). *Critical care medicine*, 42(2), 344.
- Colmenero, M. (2011). El ritual de la falta de camas. *Medicina Intensiva*, 35(3), 139-142.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2009). Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive care medicine*, 35(5), 796-809.
- Del Llano Señaris J. (2015). La innovación en la gestión de las organizaciones sanitarias. Número 1. Fundación Gaspar Casal.
- Díaz CA. (2012). La empresa sanitaria moderna 2. Ediciones ISALUD.
- Díaz CA. (2016). *Gestión Clínica. Como vencer el despotismo ilustrado o los resabios del Iluminismo*. Ediciones ISALUD.
- Díaz CA. (2018). *Gestión clínica por jefe de servicio. Como Convertir un jefe en un gerente*. Universidad ISALUD.
- Díaz, C. A., Castilla, R. A., & Leberstein, G. (2017). *The Hospital: A Complex Adaptive System*.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Elliott, D., Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Hopkins, R. O., Iwashyna, T. J., ... & Black, G. (2014). Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Critical care medicine*, 42(12), 2518-2526.
- Ely, E. W. (2017). The ABCDEF bundle: science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Critical care medicine*, 45(2), 321.
- Estenssoro, E., Valente Barbas, C. S., & Briva, A. (2013). Picking up the pieces: towards a better future for critical care medicine in three South American countries. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 187(2), 130-132.
- Extremera, P., Añón, J. M., & de Lorenzo, A. G. (2018). ¿ Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva?. *Medicina intensiva*, 42(2), 110-113.
- Gabler, N. B., Ratcliffe, S. J., Wagner, J., Asch, D. A., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., & Halpern, S. D. (2013). Mortality among patients admitted to strained intensive care units. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(7), 800-806.
- García Fernández P. Martín del Burgo Carrero ML.
- Garland, A., & Connors, A. F. (2013). Optimal timing of transfer out of the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 22(5), 390-397.
- Gómez, F. R., Lara, L. A., & Beltrán, L. G. (2008). Precios y contratos en salud Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos.
- Graban, M. (2016). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement*. CRC press.
- Huggins, E. L., Bloom, S. L., Stollings, J. L., Camp, M., Sevin, C. M., & Jackson, J. C. (2016). A Clinic Model: Post-Intensive Care Syndrome and Post-Intensive Care Syndrome-Family. *AACN advanced critical care*, 27(2), 204-211.
- Klompas, M., Anderson, D., Trick, W., Babcock, H., Kerlin, M. P., Li, L., ... & Lyles, R. (2015). The preventability of ventilator-associated events. The CDC prevention epicenters wake up and breathe collaborative. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 191(3), 292-301.
- Kramer, A. A., Higgins, T. L., & Zimmerman, J. E. (2012). Intensive care unit readmissions in US hospitals: patient characteristics, risk factors, and outcomes. *Critical care medicine*, 40(1), 3-10.
- Leberstein G. (2014). Seminario Maestría de Economía y Gestión de Salud. Universidad ISALUD.
- Leung, S., Gregg, S. R., Coopersmith, C. M., Layon, A. J., Oropello, J., Brown, D. R., ... & Kvetan, V. (2018). Critical care organizations: Business of critical care and value/performance building. *Critical care medicine*, 46(1), 1-11.
- Levin, P. D., Worner, T. M., Sviri, S., Goodman, S. V., Weiss, Y. G., Einav, S., ... & Sprung, C. L. (2003). Intensive care outflow limitation: frequency, etiology, and impact. *Journal of critical care*, 18(4), 206-211.
- Levy, M. M., Rapoport, J., Lemeshow, S., Chalfin, D. B., Phillips, G., & Danis, M. (2008). Association between critical care physician management and patient mortality in the intensive care unit. *Annals of internal medicine*, 148(11), 801-809.
- Liu, V., Herbert, D., Foss-Durant, A., Marelich, G. P., Patel, A., Whippy, A., ... & Escobar, G. J. (2016). Evaluation following staggered implementation of the 'Rethinking Critical Care' ICU care bundle in a multi-center community setting. *Critical care medicine*, 44(3), 460.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical care clinics*, 33(2), 225-243.
- Marsh, S., & Pittard, A. (2012). Outreach: 'the past, present, and future'. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 12(2), 78-81.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., ... & Vincent, J. L. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270-276.
- Mokart, D., Lambert, J., Schnell, D., Fouché, L., Rabbat, A., Kouatchet, A., ... & Pene, F. (2013). Delayed intensive care unit admission is associated with increased mortality in patients with cancer with acute respiratory failure. *Leukemia & lymphoma*, 54(8), 1724-1729.
- Montiel, M. B. E., & González, J. C. M. (2000). Seguimiento hospitalario de pacientes críticos al alta de una UCI polivalente. Universidad Complutense de Madrid.
- Morris, P. E., Berry, M. J., Files, D. C., Thompson, J. C., Hauser, J., Flores, L., ... & Bakhu, R. N. (2016). Standardized rehabilitation and hospital length of stay among patients with acute respiratory failure: a randomized clinical trial. *Jama*, 315(24), 2694-2702.
- Mozo Martín, T., & Gordo Vidal, F. (2016). Innovación en la gestión de las unidades de cuidados intensivos: es el momento. *Medicina Intensiva*, 40(5), 263-265.
- O'Callaghan, D. J., Jayia, P., Vaughan-Huxley, E., Gribbon, M., Templeton, M., Skipworth, J. R., & Gordon, A. C. (2012). An observational study to determine the effect of delayed admission to the intensive care unit on patient outcome. *Critical Care*, 16(5), R173.
- OGGIER, G. R. (2012). Modelos de contratación y pago en salud. ¿ Integración vertical o tercerización de servicios.
- Oteo Ochoa, L. A., & Repullo Labrador, J. R. (2003). La innovación en los servicios sanitarios: consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español. *Administración Sanitaria*, 1(2), 307-332.
- Patel, M. B., Jackson, J. C., Morandi, A., Girard, T. D., Hughes, C. G., Thompson, J. L., ... & Beckham, J. C. (2016). Incidence and risk factors for intensive care unit-related post-traumatic stress disorder in veterans and civilians. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 193(12), 1373-1381.
- Peltonen, L. M., McCallum, L., Siirala, E., Haataja, M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Lin, F. (2015). An integrative literature review of organisational factors associated with admission and discharge delays in critical care. *BioMed research international*, 2015.
- Phua, J., Ngerng, W. J., & Lim, T. K. (2010). The impact of a delay in intensive care unit admission for community-acquired pneumonia. *European Respiratory Journal*.
- Pipkins D. McConnell K. Ruktele Ch. King L. (2013). *Patient Care Analysis for UMHS 8 D Intermediate Care unit*. Final Report Draft.
- Robert, R., Reigner, J., Tournoux-Facon, C., Boulain, T., Lesieur, O., Gissot, V., ... & Gouello, J. P. (2012). Refusal of intensive care unit admission due to a full unit: impact on mortality. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 185(10), 1081-1087.
- Rodríguez-Paz, J., Kennedy, M., Salas, E., Wu, A. W., Sexton, J. B., Hunt, E. A., & Pronovost, P. J. (2009). Beyond "see one, do one, teach one": toward a different training paradigm. *BMJ Quality & Safety*, 18(1), 63-68.
- Ruiz E. (2004). Cuadro de Mando Integral Hospital de Zumarraga. http://cuadrodemando.unizar.es/casosbcs/docs/EstebanRuiz_Zumarraga.pdf
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7138), 1154.
- Vincent, J. L., & Creteur, J. (2017). The hospital of tomorrow in 10 points. *Critical Care*, 21(1), 93.
- Williams B. (2012) National Outreach Forum. Operational and Competencies for Critical Care Outreach Services. 1-18.
- Williams, B., Alberti, G., Ball, C., Bell, D., Binks, R., & Durham, L. (2012). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: The Royal College of Physicians.
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Part 2), 417-425.
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Part 2), 417-425.
- Zegers, M., De Bruijne, M. C., Wagner, C., Hoonhout, L. H. F., Waaijman, R., Smits, M., ... & Groenewegen, P. P. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 297-302.

SERVICIOS **A MEDIDA** SIN LÍMITES



LOGÍSTICA SALUD

Brindamos el más cuidadoso y especializado servicio de Logística en Salud que incluye exportación, importación, distribución, almacenamiento y acondicionamiento de especímenes de diagnóstico, medicamentos y vacunas, drogas experimentales, productos controlados, sustancias peligrosas, insumos médicos, entre otros.

Todas nuestras operaciones cumplen con las normas internacionales de transporte y se desarrollan siempre bajo el control de nuestra Dirección Técnica Global.



LOGÍSTICA POSTAL

Brindamos servicios de distribución de correspondencia para el segmento corporativo con distintos esquemas de prestación y tiempos de entrega, dentro del ámbito nacional e internacional. Nuestras soluciones de Fulfillment (o finishing) cuentan además con provisión de insumos, impresión de datos variables y provisión de packaging.

Basados en nuestra plataforma informática brindamos visibilidad y trazabilidad de los envíos, a partir de nuestro sitio web.



LOGÍSTICA GENERAL

Brindamos un completo servicio de envío, distribución y almacenamiento de documentos, muestras y paquetes de manera segura.

Ofrecemos variadas modalidades de entrega: Estándar, Prioritaria, Urgente y con Acuse de Recibo, con Firma de Planilla, según la necesidad de cada Cliente.

Lanzamiento: campaña “Más Frutas y Verduras”

Bajo el lema: “Aumentar el consumo, un compromiso de todos”, la Dirección Nacional de Alimentos y Bebidas del Ministerio de Agroindustria de la Nación, lanzó la campaña “Más frutas y verduras”. En ese marco y con el objetivo de obtener resultados concretos y mensurables, la Licenciatura en Nutrición de la Universidad ISALUD, adhirió a esta campaña. La adhesión implica la elaboración de un plan de acción para la promoción de entornos y buenas prácticas saludables que fomenten el incremento del consumo de frutas y verduras. Asimismo, el compromiso de docentes, alumnos y autoridades de la Universidad en la generación y difusión de información con base científica.



Convocatoria para la presentación de trabajos de investigación

En el marco de las jornadas conjuntas que se desarrollarán entre el 5 y 7 de septiembre 2018, la **Asociación de Economía de la Salud (AES)** y la **Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP)**, convocan a la presentación de trabajos de investigación:

Temario Indicativo:

Las ponencias y debates previstos para las próximas Jornadas conjuntas de la Asociación de Economía de la Salud (AES) y la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), se desarrollarán a partir del análisis retrospectivo y prospectivo de avances efectivos al cumplirse 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Entre otros aspectos se considerarán:

- Logros alcanzados, (lo que ha dejado la Conferencia Internacional de Alma Ata).
 - Temas pendientes (problemas sanitarios inconclusos luego de cuatro décadas).
 - Nuevos desafíos (Sistemas de Salud para el Siglo XXI)
- Sin embargo y tal como se indica, para este llamado se considerarán

también trabajos de investigación directamente vinculados a todas las actividades impulsadas por la Asociación de Economía de la Salud y la Asociación Argentina de Salud Pública.

Pautas para la presentación y evaluación de trabajos:

- a) Los resúmenes podrán ser presentados en español, portugués o inglés.
- b) Los resúmenes (abstracts) deberán ser concisos —1500 palabras como máximo— y deberán incluir la siguiente información:
 - Introducción
 - Objetivo
 - Metodología
 - Resultados
 - Conclusiones.
- c) Los resúmenes deberán ser cargados en la página web de la Asociación de Economía de la Salud, a través de un formulario on line: <http://aesargentina.org> a partir del 30 de Julio de 2017.
- d) Se aceptarán como máximo tres resúmenes de trabajos por participante como autor

principal, pero no existe límite para la presentación de trabajos en co-autoría.

- e) El nombre del expositor propuesto deberá estar subrayado en la lista de autores. La fecha límite para la recepción de resúmenes es el 18 de agosto de 2018, a las 13.00 hs.

Todas las presentaciones serán evaluadas por un “Comité Científico integrado por miembros de la Asociación de Economía de la Salud y de la Asociación Argentina de Salud Pública”. La selección de trabajos aceptados será comunicada por e-mail a los autores hasta el 28 de agosto de 2018.

Según los criterios de evaluación del Comité Científico, los resúmenes seleccionados, se clasificarán en dos categorías:

- 1) Presentación oral y publicación (en la fecha y horario que sea previamente estipulado por la Comisión Organizadora de las Jornadas)
- 2) Sólo publicación.

[ISALUD Internacional] Módulo Internacional: País Vasco-Madrid 2018



Con el objetivo de brindar a los estudiantes de posgrado avanzados de la Universidad ISALUD la oportunidad de conocer el sistema de salud español, a través de la visita a instituciones y organismos referentes seleccionados de las localidades seleccionadas en esta oportunidad, del lunes 1 al viernes 5 de octubre, se llevará a cabo el Módulo Internacional País Vasco-Madrid 2018. La visita técnico - académica se realiza con la finalidad de contribuir al enriquecimiento y profundización de la visión y conocimientos adquiridos en las respectivas carreras de posgrado.

[Ficha técnica]

- **Actividades:** del lunes 1 al viernes 5 de octubre de 2018
- **Cupo máximo:** 40 personas
- **Cierre de inscripciones:** 31 de agosto 2018
- **Valor:** Con el objetivo de solventar los costos de la actividad internacional, la Universidad percibirá un arancel de U\$700 –pagaderos al tipo de cambio vendedor del Banco Nación al día de su pago– de matrícula de inscripción al módulo.

[Ciencia y Técnica] Incorporaciones bibliográficas



- ✓ Barrionuevo, A. (2018). La palabra del profesor: Kant en las lecturas de Foucault, Deleuze y Derrida. Buenos Aires: Miño y Dávila
- ✓ Flick, U. (2007). El diseño de investigación cualitativa. Madrid: Morata
- ✓ García García, J. A., [et al]. (2014). Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2ª ed. México: McGraw-Hill
- ✓ Heras la Calle, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos: presente y futuro centrado en las personas. Bogotá: Distribuna
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS. (2017). ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el Sida?: un estudio sobre significados asociados al VIH y al Sida en población general de la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- ✓ Martínez González, M. A. (2018). Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud. 2ª ed. Barcelona: Elsevier
- ✓ Meadows-Oliver, M. (2016). Enfermería pediátrica. 2ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer
- ✓ Rodríguez F. G. y Vallejo, M. (2018). Sigmund Freud: textos inéditos y documentos recobrados. 2ª ed. rev. Buenos Aires: Miño y Dávila
- ✓ Tartaglione J. (2018). Héroes argentinos: doce médicos que hicieron historia. Buenos Aires: Planeta
- ✓ Welsch, U. y Deller, T. (2013). Sobotta: histología. 3ª ed. México: Médica Panamericana

Las novedades pueden consultarse en la Biblioteca de la Universidad, de lunes a viernes de 9 a 20.30 horas, en Venezuela 847, Ciudad de Buenos Aires. Más información:

+54 11 5239-4040

biblioteca@isalud.edu.ar

www.facebook.com/biblioisalud

www.es.pinterest.com/biblioisalud

Seguinos en nuestras redes. Enterate de las novedades y compartinos tu experiencia en la Universidad

Fiesta del estudiante

Como es usual, la Comunidad ISALUD convoca a todos aquellos interesados a compartir junto con sus compañeros de cursada una noche de música, baile y diversión. Con la excusa de celebrar el día del estudiante y el comienzo de la primavera, se propone un espacio social: encuentro de alumnos, graduados, docentes, directores, coordinadores y colaboradores para divertirse y disfrutar.



¿Cuándo? Viernes 21.09



¿Dónde? Venezuela 847

¡Los esperamos!

Ediciones ISALUD

La Universidad ISALUD, a través de sus ediciones, participó de la Conferencia Regional de Educación Superior de América Latina y el Caribe 2018 (CRES 2018); en un stand compartido con otras universidades privadas que integran la REUP, además de la REUN y la UNESCO. Esta es una reunión de dimensión regional organizada de manera conjunta entre el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC) de la UNESCO, la Universidad Nacional de Córdoba, el Consejo Interuniversitario Nacional de Argentina (CIN) y la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación y Deportes de la República Argentina (SPU); tratándose de uno de los eventos más importantes del Sistema de Educación Superior de América Latina y el Caribe.



[Cursos abiertos y gratuitos online]

Fundamentos de la salud global en América latina

El Centro de Estudios sobre Diplomacia en la Salud Global (CEDISAG) de la Universidad ISALUD, junto con las instituciones que integran la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG) convocan a participar de un curso gratuito en modalidad virtual sobre "Fundamentos de la Salud Global en América Latina". El objetivo de este es introducir a la **comprensión y manejo adecuado del abordaje de salud global** en el contexto de América Latina.

El curso, que se encuentra dirigido a personas con interés en conocer y comprender el abordaje de salud global; estará disponible en la plataforma de aprendizaje del Instituto Nacional de Salud Pública de México y tiene una duración de 30 horas (20 horas teóricas y 10 horas prácticas).

CONTENIDOS CENTRALES

- Sesión de alfabetización digital usando la plataforma Moodle (10-14 de septiembre)
- Contexto de la salud global (17-21 de septiembre)
- Abordajes y estrategias en salud global (24-28 de septiembre)
- Diplomacia y gobernanza global (1-5 de octubre)
- Integración de conocimientos- Salud global: de la teoría a la práctica (8-12 octubre)

FICHA TÉCNICA

- Inicio: 15 de septiembre de 2018.
- Duración: 30 horas
- Inscripción: no arancelada. 60 cupos disponibles.

Bases para la gestión de servicios de salud basada en resultados

Este curso corto se enmarca en el **Diplomado internacional online de Administración de Hospitales y Centros de Salud**, único en la región resultante del Proyecto LASALUS, que cuenta con el apoyo de la Comunidad Europea a través del Programa ERASMUS+, para brindar una propuesta académica de profesionalización de la gestión sanitaria basada en resultados, a través de **educación online** y la **utilización de simulaciones** para la **mejora de competencias en la toma de decisiones de la administración hospitalaria**. La propuesta surge del trabajo de análisis e innovación de un consorcio de Universidades europeas y latinoamericanas, que garantiza la innovación y la visión internacional que alcanzarán los profesionales participantes para fortalecer sus herramientas de gestión de servicios.

CONTENIDOS CENTRALES

- Management y evolución de la administración en las organizaciones sanitarias.
- Características de la gestión estratégica basada en resultados.
- Demanda y oferta de servicios sanitarios.
- Componentes y modelos de los sistemas y servicios de salud.
- Desafíos del gerenciamiento en salud.

FICHA TÉCNICA

- Dirección del Curso y el Diplomado internacional: Dr. Santiago Spadafora
- Inicio: 15 de agosto de 2018.
- Duración: 1 mes
- Inscripción: no arancelada. 60 cupos disponibles.



2018

ExpoMedical

16ta. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

26 al 28
de septiembre 2018

CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES, ARGENTINA



En conjunto con

17
más

Jornadas

de capacitación hospitalaria



11mas Conferencia de la Universidad ISALUD **"Evaluación de tecnologías sanitarias"**

Fecha: Miércoles 26 | 17:45 a 19:15hs | Auditorio J

PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.
El punto de encuentro del Sector Salud.

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

✉ info@expomedical.com.ar

☎ (54-11) 4791-8001

f [expomedical](#) t [expomedical](#)

@ [expomedical](#)

www.expomedical.com.ar

En busca de una ciudades amigables con la edad

En el marco del mes del Buen Trato al Adulto Mayor en la Provincia de Córdoba, Silvia Gascón, directora del Centro de Envejecimiento Activo y Longevidad (CEAL) de la Universidad ISALUD, realizó la presentación del proyecto "Ciudades Amigables con la Edad.

El concepto de una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En esta oportunidad, Silvia Gascón, la directora del CEAL y líder del proyecto, señaló que cada vez son



más las personas mayores de 100 años en la Argentina. "El problema no es que haya más adultos, sino que los servicios e instituciones no se adaptan a las personas mayores". En ese sentido, indicó que los conductores de transporte público y los bancos son los principales enemigos de las personas mayores. Además, destacó que es necesario



trabajar en conjunto con el Estado: "Los adultos debemos recuperar la confianza, la esperanza, no podemos esperar que otros hagan las cosas por nosotros". El proyecto nació en el año 2006, impulsado por la Organización Mundial de la Salud e implica valorar la adaptación de cada ciudad a las necesidades de los adultos.

[Capacitación Permanente]

Propuesta presencial y virtual

La Universidad ISALUD presenta toda su propuesta de capacitación en modalidad presencial y virtual que se desarrollarán durante los próximos meses

Capacitación presencial:

AGOSTO

- 3 CURSO INTRODUCTORIO A LA FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA (MÉTODO KABAT)
- 10 DIPLOMADO EN DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS. NIVEL I
- 10 SEMINARIO: GERENCIA Y CALIDAD DE SERVICIOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- 11- MUSICOTERAPIA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA
- 13- MEDIACIÓN DE CONFLICTOS DE SALUD
- 24 TALLER DE NEGOCIACIÓN Y GESTIÓN DE CONTRATOS CON PRESTADORES
- 24 SEMINARIO DE MARKETING NUTRICIONAL
- 29 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD ¿GASTAR O INVERTIR?
- 31 DIPLOMADO EN DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS. NIVEL II

SEPTIEMBRE

- 14 ABORDAJE DE TOBILLO Y PIE EN NIÑOS CON DESORDEN NEUROMOTOR
- 17 JEFES DE SERVICIO A GERENTE

Capacitación virtual:

AGOSTO

- 15 ACTUALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL
- 15 AUDITORÍA INTEGRAL Y GESTIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD
- 15 CURSO ACTUALIZACIÓN EN BIOÉTICA
- 15 CURSO DE HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD
- 15 DIPLOMATURA EN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD
- 15 DIPLOMATURA EN BIOÉTICA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA
- 15 DIPLOMATURA EN BIOÉTICA CON ORIENTACIÓN EN INVESTIGACIÓN
- 15 DIPLOMATURA EN BIOÉTICA CON ORIENTACIÓN EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA
- 15 DIPLOMATURA EN PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
- 15 DIPLOMATURA EN PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 15 ESTADÍSTICA PRÁCTICA PARA CIENCIAS DE LA SALUD
- 15 PLANIFICACIÓN EN SALUD, ESTRATEGIAS Y PROYECTOS

SEPTIEMBRE

- 15 DIPLOMATURA EN GESTIÓN DE RIESGO Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO

Un Sanatorio a la altura de nuestra Obra Social.

A través de **OSECAC**, la mayor Obra Social del país, los empleados de comercio contamos con el **Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado Corazón**, a la altura de los mejores del mundo.



SagradoCorazón

SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD
DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO



- + Como en las más importantes capitales del mundo.
- + Con la tecnología más sofisticada en equipamiento.
- + Más de 200 camas de internación.
- + Guardia externa de 12 consultorios.
- + 8 quirófanos ultramodernos capaces de 1.000 cirugías mensuales.
- + Historias clínicas computarizadas.
- + Concepto inédito en pronto socorro.
- + Celeridad única en diagnóstico.
- + Hemodinamia de última generación en 3D.
- + Pacientes monitoreados por webcam.
- + Informes on line y on time.
- + Radiología digital.
- + Preparado para emergencias epidémicas.
- + Un edificio inteligente, único por su concepto y único en nuestro país.
- + Hotel de las Provincias, complemento perfecto a solo 150 metros.

Bmé. Mitre 1955 - (C1039AAC)
Cdad. de Buenos Aires - Argentina
(011) 5238-7800 / 7900
www.Sagrado-Corazon.com.ar



FAECYS

FEDERACIÓN ARGENTINA DE EMPLEADOS
DE COMERCIO Y SERVICIOS



osecac

CALIDAD MÉDICA SOLIDARIA
LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO

AÑOS INNOVANDO POR LA VIDA

Desde 1925, las empresas asociadas a CAEMe ofrecen al mercado argentino soluciones para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes.

A lo largo de más de nueve décadas, han consolidado su liderazgo como exportadores de productos farmacéuticos de alto valor agregado y la realización de estudios de investigación clínica farmacológica en el país. Además, son las primeras empresas farmacéuticas y biofarmacéuticas de la Argentina que suscribieron un Código de Ética, en 2007.

CAEMe y sus asociados tienen un permanente compromiso con la innovación constante y sustentable como herramienta esencial para la provisión de medicamentos y vacunas seguros, eficaces y de calidad.