

LA REVISTA DE SALUD
Y CALIDAD DE VIDA

Médicos

AÑO VIII - N° 44 - 2007 - \$10

Medicina Global



Lo afirmó el titular de Swiss Medical Group, Claudio Belocoppitt.

“Si perdemos este tren, llega el colapso”

El reconocido dirigente advirtió que es necesario solucionar los problemas de financiamiento de las prepagas, mejorando los sistemas de copagos instrumentados en forma reciente y logrando una acertada ley de regulación.

Galeno: nuevo centro de emergencias

“Era una asignatura pendiente tener un centro de estas características en Quilmes y por eso hoy estamos orgullosos de poder mostrar el fruto de un esfuerzo de más de un año y una gran inversión”, afirmó Julio Fraomeni, presidente de Galeno.



GALENO

» La empresa de Salud más grande de la Argentina



**Amar la vida
es Construir Salud.**

Nueva Sala de Hemodinamia



Con tecnología de última generación, conjuntamente con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, incluye un moderno **angiógrafo digital** para diagnóstico por imágenes y quirófano de terapia endovascular.

Nueva Sala de Neonatología



Con tecnología médica de vanguardia, equipada con incubadoras Medix Care.

Construir Salud es estar ahí, cuando hay que estar. Cobertura, infraestructura y excelencia médica **al alcance de todos**. Con un Modelo de Atención Primaria basado en la práctica de la Medicina Familiar, en **Construir Salud** brindamos modernas instalaciones con tecnología de última generación a todas las familias beneficiarias de nuestro sistema de salud.

SANATORIO FRANCHIN
Alta complejidad e internación
Brk. Mitre 3545, Capital Federal

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

La salud al alcance de todos.

Atención telefónica 0800-222-0123 | www.construirsalud.com.ar | Av. Belgrano 1864, Cap. Fed.



Si tiene algún problema de salud ¿quién lo asiste?

Si su equipaje no aparece ¿a quién recurre?

Por inconvenientes legales ¿quién lo asesora?

Y si necesita recibir dinero en el exterior ¿quién lo ayuda?

VIAJE DONDE VIAJE UNIVERSAL ASSISTANCE ESTA AHI



PRESENTES EN TODO EL MUNDO
ASISTIENDO A QUIENES VIAJAN
LAS 24 HORAS - EN TODOS LOS IDIOMAS



ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DIRECTOS EMPRESARIOS
GRUPO **OSDE**. UN GRUPO DE PERSONAS.

osde.binaris

ARAUCA  BIT

 **BINARIA**
SEGUROS DE VIDA Y RETIRO

 **INTERTURIS**

 **FUNDACION**
OSDE





Porque creemos
que existen sensaciones por descubrir,
queremos cuidarte.

Al poco tiempo de dejar de fumar comenzará a notar
que aumenta la agudeza del olfato y el gusto.
Ante cualquier duda, consulte a su médico.

Cuidamos la salud, siempre.
0800-345- *andar* 2 6 3 2 7



andar
Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina
S.S. Salud 0800-222-72583 - Moreno 2045 - Cdad. Aut. de Bs. As. Cód. O.S. (1-2210-4) **www.andar.org.ar**

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,

ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar

Nuevos E-Mails:

revistamedicos@ciudad.com.ar
editorial@ciudad.com.ar

BANCO DE FOTOS:

Latinstock Argentina
www.latinstock.com.ar

ASESORIA Y DESARROLLOS

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)
Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas
E-mail: info@sfanet.com.ar
www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:

Estudio jurídico Dr. Daniel Feito
& Asociados.
Av. de Mayo 953 5º "D" Cap. Fed.
Tel.: 4345-4600/4814

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Artes Gráficas Buschi S.A., Ferré 2250/52, (1437) Buenos Aires.

SUMARIO

Actualidad

La Argentina y Brasil trabajarán en forma conjunta en la fabricación de medicamentos contra el Sida

8

Novedades

Seminario "Escenarios para la Salud en el 2007"
Libro sobre el Dr. Ramón Carrillo

10

Grageas

12-14-16-18

Opinión

Las 10 cosas más importantes que usted debe conocer sobre la reforma previsional

20

Primera Plana

"Si perdemos este tren, llega el colapso"

22

Inauguración

Nuevo Centro de Emergencias en Quilmes

26

Empresas

Un portafolio para todos los gustos

30

Columna

El copago: un freno a la equidad...

32

Salud Corporativa

Un cóctel explosivo: copagos y aumentos

34

Voces

El sistema de salud de los monotributistas. Ni chicha ni limonada

38

Prestadores

Financiamiento: una carrera con obstáculos

40

Industria Farmacéutica

Nuevos escenarios

42

Cámaras

En busca de mejores aranceles

44

Informe Especial

A qué se deben los excelentes resultados sanitarios de Costa Rica

46

Columna

Criterios peligrosos en juicios neonatales

50

Opinión

[FDAMA+PDUFA] x [R+D] = Contradicción científica

52

Investigación

La ANMAT aprobó el uso de rituximab para el tratamiento de la artritis reumatoidea

56

Farma

Bayer integra al laboratorio Schering a sus operaciones y crea una nueva división farmacéutica

57

Columna

Conmovidos por un hecho doloroso

58

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

DE VIAJE POR EL MUNDO, Y NECESITA AYUDA? USTED SABE A QUIEN LLAMAR



Con un simple llamado telefónico a nuestra central
más cercana, las 24 horas, recibirá en su idioma la
ayuda necesaria para solucionar cualquier imprevisto.

ASSIST-CARD DIVISIÓN SALUD

• Asistencia médica • Hospitalización • Provisión de medicamentos



ASSIST-CARD

Lejos... la mejor compañía

La Argentina y Brasil trabajarán en forma conjunta en la fabricación de medicamentos contra el Sida

Según el Ministro, mediante la iniciativa se lograría un ahorro de más de 100 millones de dólares anuales. Fustigó también duramente un fallo judicial que impide la compra de medicamentos antirretrovirales de uso gratuito.



El Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, aseguró que la Argentina seguirá llevando adelante todas las acciones tendientes para continuar bajando los precios de tratamientos contra el virus del VIH/SIDA, "trabajando con los países latinoamericanos en la negociación de precios con los laboratorios y fundamentalmente invirtiendo esfuerzos en la fabricación propia de medicamentos", aludiendo a los acuerdos iniciados en 2006 con Brasil.

Según González García estas iniciativas permitirían lograr una reducción en el gasto de "más de cien millones de dólares anuales, lo que serviría no para ahorrar plata sino para lograr que más personas accedan a más y mejores tratamientos".

El funcionario formuló estas declaraciones en el marco del "IV Foro de Latinoamérica y del Caribe 2007 en VIH/SIDA e ITS", un encuentro internacional organizado por la cartera sanitaria nacional, al que asistieron más de 3000 representantes de organizaciones sociales de todo el continente.

"Con Brasil somos los mayores compradores mundiales de medicamentos (contra el VIH/SIDA), porque en nuestros países el Estado cumple un rol que en otros países no tiene", dijo el ministro al tiempo que aseguró que, en la Argentina, "estamos gastando 370 millones de pesos en toda la estrategia de prevención, promoción y garantía de acceso a tratamientos y los reactivos, sin

incluir los costos de la atención médica propiamente dicha".

Recordó además que en el comienzo de su gestión la cartera a su cargo repartía "tan solo 600.000 preservativos anuales y durante 2006 se repartieron 40 millones de profilácticos, en el marco de un incremento del 300% en las actividades de promoción y de prevención".

Durante la rueda de prensa con medios nacionales e internacionales, González García calificó como "una extorsión a la democracia" el fallo del Juez Civil y Comercial Alejandro Saint Genez, quien dictara una medida cautelar ante el recurso de amparo presentado por un laboratorio extranjero prohibiendo la producción y venta de una medicación de uso antirretroviral, denominada genéricamente como "didanozina".

Según González García "este es un hecho grave que va en contra de la ley" explicó que "La ley de patentes dice que debe ser consultada con opinión de peritos de las partes. Obviamente que siendo comprador prácticamente único el Ministerio de Salud, esta es una de las partes, además del laboratorio incluido. No hemos sido consultados y produjo una medida cautelar que nos impidió comprar el medicamento, el 6% de los enfermos que reciben tratamiento gratuito usan este medicamento, con lo cual involucra a más de 1.800 personas. Entonces hoy no tenemos el medicamento. Las compras de persistir esta actitud tienen que ser hechas al monopolio de la empresa que ha usado un artilugio. De manera tal que eso les va a costar a los argentinos 2 millones y medio de pesos por año. Acá se están defendiendo los derechos de un laboratorio y no los derechos del resto que son los más débiles."

"Una democracia tiene que garantizar la accesibilidad y tiene que garantizar la integración. Si uno como Estado, no por razones de intención política sino por razones de un precio exponencial, que además se viene incrementando de una manera tremenda, encuentra incapacidad de darles igualdad ante la necesidad a sus ciudadanos, realmente se debilita la razón de ser del propio Estado. Esto es un problema de todos y es un problema político. Los únicos dos casos que se pueden conjeturar con esto son el SIDA y el año pasado fue con la Gripe Aviar. Esto es mucho más que una cuestión de mercado es una cuestión de las sociedades contemporáneas ante una epidemia que es la más grande que tiene el mundo moderno". □

FORO 2007
IV Foro Latinoamericano y del Caribe
en VIH/SIDA e ITS



EXISTEN DIEZ RAZONES POR LAS CUALES NOS SIGUEN ELIGIENDO

- Siniestralidad más baja en juicios cada \$ 500.000 de producción mensual *
- Líderes en ventas de Responsabilidad Civil Profesional **
- Excelentes indicadores de solvencia patrimonial ***
- Coberturas a medidas de los profesionales e instituciones
- Atención personalizada en todas las áreas
- Sólida política de prevención
- Eficacia en el manejo de reclamos
- Especialistas a cargo de gerencia de riesgos
- Ejecutivos de reconocida trayectoria en el mercado asegurador
- Capacitación permanente a la red comercial



NOBLE

ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

(*) Fuente Ámbito Financiero 03/07 (**) Fuente Todo Riesgo 03/07 (***) Fuente Estrategias 12/06

Seminario "Escenarios para la Salud en el 2007"

En el Colegio de Graduados de Ciencias Económicas se llevó a cabo el Seminario "ESCENARIOS PARA LA SALUD EN EL 2007", organizado por el Instituto Research y Redinserv.

Este seminario contó con la presencia de distinguidas personalidades y referentes del Área de Salud de nuestro País, y en el disertaron las máximas autoridades del sector.

El acto de apertura estuvo a cargo del Señor Superintendente de Servicios de Salud Héctor Adrián Capaccioli, quien expresó: "Para la Superintendencia de Servicios de Salud es un compromiso y una responsabilidad apoyar estas iniciativas que nos convocan al debate, un debate que durante muchos años estuvo postergado o relegado, necesitamos debatir entre todos los actores cuál va a ser el futuro modelo de salud y el rol de cada uno de los actores en este escenario".

El funcionario también hizo hincapié en la necesidad de la "articulación entre los distintos subsectores de la salud", y agregó: "Este desafío que tenemos por delante nos obliga a un ejercicio inusual en la Argentina que es un debate marcado por la generosidad y sobre la apuesta a futuro".

"El Estado fue protagonista en estos últimos meses, volviendo a recu-

perar la columna de la seguridad social que tiene relación con las jubilaciones y pensiones.

Nuestra intención es que entre todos busquemos el modelo de salud de la seguridad social que merece nuestro pueblo, para que podamos romper las barreras que tiene, y que sea un modelo accesible para los 25 millones de argentinos que estamos relacionados directamente con la seguridad social y con la salud", aseguró el Sr. Héctor Capaccioli.

Por otra parte y en relación a las articulaciones entre los diferentes sectores de la salud, Capaccioli manifes-



tó: "Con los amigos de COSSPRA hemos iniciado un tránsito en común que es el de articular políticas, porque tenemos la responsabilidad conjunta de prestar servicios de salud, sea la Superintendencia o sea una obra social provincial, el beneficiario merece tener un servicio de calidad y merece tener accesibilidad".

Por su parte el presidente de la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina Dr. Eduardo Piaggio, expresó: "Es la primera vez que nos sumamos a un trabajo conjunto porque seguramente los desafíos que tenemos por delante son también comunes y como dijo el Superintendente, es una mesa abierta y lo reafirmamos, es una mesa de consenso, es una mesa que nos obliga por igual a todos".

"Estamos trabajando en un camino que es de esfuerzo diario, porque primero tenemos que consolidarnos nosotros como Confederación y después sumarnos desde la definición política de un trabajo mancomunado con la Superintendencia. Pensemos que si sumamos también al Pami estamos hablando de casi 25 millones de argentinos y no es poco el esfuerzo que merece este número", finalizó el Dr. Eduardo Piaggio. □

Libro sobre el Dr. Ramón Carrillo

Primer Ministro de Salud Pública de la Nación y uno de los más importantes neurocirujanos de nuestro país.



El Grupo Alubar y la Familia Carrillo, realizaron la presentación del libro: "*Dr. Ramón Carrillo, de Santiago del Estero a Belém do Pará*", en el aula Magna de la Academia Nacional de Medicina, en el marco de los homenajes correspondientes al Cincuentenario de su fallecimiento y Centenario de su natalicio.

El acto que fue presidido por el Ministro de Salud, Dr. Ginés González García, contó con la presencia de autoridades nacionales y provinciales, embajadores, miembros de la Academia Nacional de Medicina, familiares del Dr. Ramón Carrillo, directivos del Grupo ALUBAR e invitados especiales.

El libro ha sido una iniciativa del Grupo ALUBAR a fin de homenajear a quien fuera un gran impulsor del sanitarismo en Latinoamérica y el Primer Ministro de Salud de la Argentina, quien terminara sus días en el exilio, radicado en Belém, la capital del Estado de

Pará, ciudad donde nació el GRUPO ALUBAR.

La obra resume la trayectoria de una figura ejemplar de la medicina argentina. En sus páginas profusamente ilustradas descubrirán detalles de su vida, que describen cómo el Dr. Ramón Carrillo honró siempre sus ideales. También se encuentran documentados hitos tales como su pasión política, que lo llevó a ser un hombre público y personaje fascinante. Ramón Carrillo es un arquetipo de esos hombres íntegramente dedicados a servir a su comunidad, a su causa y a sus semejantes. Constituye un ejemplo de abnegación, perseverancia y entrega total.

En el prólogo del libro, el Ministro de Salud Dr. Ginés González García lo describe como un hombre extraordinario: "*donde el estudiante, el docente, el Ministro y el médico rural fueron la misma persona: un hombre comprometido con la vida*". También señala que: "*en la Salud Pública de la Argentina hubo un 'antes y un des-*

pués" de Carrillo. *El mejoramiento de las condiciones de vida, las obras, la estructura hospitalaria y la infraestructura sanitaria se lograron en un período increíblemente corto*".

El Grupo ALUBAR, es uno de los mayores productores mundiales de conductores eléctricos de alambro de aluminio, para líneas de media y alta tensión. Fundado y dirigido en Brasil por empresarios argentinos, tiene la intención de que "*las páginas de esta maravillosa obra puedan contagiar a quienes las lean de la energía que el Dr. Carrillo transmitió a lo largo de su vida, para el bienestar de la humanidad*". □



mucho más que diálisis.

CARDIOPROTECTIVE HAEMODIALYSIS

Somos conscientes del significado del excesivo riesgo cardiovascular de los pacientes en diálisis. Por eso nuestros sistemas de terapia renal están especialmente diseñados para minimizar los factores de riesgo adicionales relacionados con el tratamiento.

¿Qué podemos alcanzar?

Mejor presión arterial y control de la anemia con menos medicación, menos episodios de hipotensión durante el tratamiento, menor estímulo y respuesta inflamatoria, y menos estrés oxidativo.

Mejor resultado médico.

Menor costo total de atención.



Fresenius Medical Care

Medifé: Cobertura Médica Oficial de Las Leonas

Medifé y la Confederación Argentina de Hockey celebraron un contrato a través del cual, Medifé será la cobertura médica oficial de los Seleccionados Argentinos de Hockey sobre césped.

De este modo, Medifé será responsable de la salud de Las Leonas y del resto de los seleccionados de hockey nacionales tanto en la Argentina como en los partidos que disputen en el exterior del país.

Esta acción es parte de la estrategia de la compañía, que busca posicionar la marca como una empresa joven, dinámica y orientada a las personas.

La confianza depositada en Medifé por la Confederación Argentina de Hockey se suma a la de las personas que ya eligieron Medifé para el cuidado de su salud en todo el país.

Medifé es una empresa de Medicina Prepara que brinda cobertura médica para clientes individuales y empresas en todo el país. En la actualidad posee más de 50 sucursales distribuidas en las principales ciudades de la Argentina y cuenta con el respaldo de más de 150.000 asociados que la eligen para cuidar su salud. Empresas como Fiat Argentina, Unilever, La Serenísima, Cargo, Invap, Telecom, entre otras, confían la salud de sus colaboradores a Medifé. ■



Gerónimo Venegas inauguró el Hotel "Ausberto Ortiz" de la UATRE

El Secretario General Nacional de la Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores (UATRE), Gerónimo Venegas, inauguró el Hotel "Ausberto Ortiz", en la localidad de Formosa destinado a afiliados del gremio.

El nuevo Hotel está ubicado en pleno centro de Formosa, cuenta con 4 habitaciones, 16 camas, 4 baños, una cocina y un Salón de Usos Múltiples (SUM), y es para que los afiliados del interior de la provincia se hospeden cuando están siendo sometidos a tratamientos médicos prolongados o cuando deben realizar gestiones en la ciudad capital.

"Como auténticos trabajadores rurales, cada uno de los integrantes de este Secretariado Na-

cional conocemos las necesidades de los hombres y las mujeres del sector, por eso luchamos incansablemente para que puedan gozar de los beneficios que les ofrece el gremio y para que alcancen el pleno goce de los derechos. Estar alejados de la casa y tener que ser sometidos a estudios médicos y prestaciones complejas de salud ya es, naturalmente una circunstancia complicada, con este Hotel estamos cumpliendo con la obligación de dignificar íntegramente la vida de la gente del campo", enfatizó Gerónimo Venegas, Secretario General Nacional de la UATRE. ■



Novartis colabora con la International Osteoporosis Foundation (IOF)

La International Osteoporosis Foundation (IOF) es la Organización Internacional No Gubernamental más importante a nivel mundial dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. Su casa matriz se encuentra en Suiza y en 2006 inauguró una oficina en Buenos Aires para coordinar y desarrollar programas en América latina. Con motivo de realizar la presentación oficial de la IOF en la Argentina, la Fundación desarrolló una jornada para pacientes, médicos especialistas y nutricionistas, donde se expusieron las últimas novedades referidas a dicha enfermedad.

El Laboratorio Novartis, líder mundial en el cuidado de la salud, participó del evento ya que mantiene una estrecha relación con

la "International Osteoporosis Foundation", al ser uno de los miembros fundadores del CCA (Comité de Asesores Científicos) de la IOF. También trabaja en conjunto con la Fundación para el desarrollo de los diferentes programas de concientización. ■

CENAS se sumó a la Federación Internacional de Entidades de Acreditación en Salud de ISQUA

El Centro Especializado para la Acreditación y Normalización en Salud (CENAS) es un nuevo integrante de la Federación Internacional de Entidades de Acreditación en Salud, entidad especializada que depende de la Organización Internacional para la calidad de los servicios de salud (ISQUA).

En el mes de abril, el CENAS ha obtenido un nuevo reconocimiento a su trayectoria en el campo de la evaluación y acreditación en salud: ha sido aceptado como miembro de la Federación Internacional de Entidades de Acreditación en Salud de la ISQUA.

Esta Federación agrupa, a nivel internacional, a aquellas entidades dedicadas a la acreditación de salud, a la evaluación externa y a la definición de estándares e indicadores de calidad. Todas estas instituciones, representantes de diez países, han demostrado un nivel de desarrollo aceptado por la Federación.

A su vez, renovó su participación como Socio de la ISQUA, lo que significa que continúa cumpliendo con los estándares de aprobación de esa organización internacional. Además, el CENAS integra el Comité Ejecutivo de la ISQUA, organismo especializado de la misma. ■

Nombramiento



El Dr. Aldo Alvarez, presidente de Noble ARP, ha sido nombrado Presidente del Comité de Desarrollo y Asistencia (President of the Development and Support Board) de la prestigiosa International Judicial Academy.

La International Judicial Academy tiene su sede Washington D.C. y ha desarrollado exitosos programas de capacitación judicial en los Estados Unidos, América latina, Europa y Asia. En la Argentina, ha organizado el "Coloquio sobre Justicia y Seguros" desarrollado en el mes de noviembre del año pasado en la Bolsa de Comercio, donde el Dr. Alvarez fue uno de los directores y coordinadores académicos.

Por otra parte, el Dr. Alvarez ha sido designado también Miembro del Consejo Académico de la Carrera de Especialización y Maestría en Seguros de la Universidad del Salvador.

Estos dos valiosos reconocimientos son producto del constante aporte que el Dr. Alvarez realiza en el ámbito de la justicia y el mercado asegurador.



THE PROFESSIONAL'S COMPANY

NOSOTROS NO DECIMOS QUE SOMOS LA COMPAÑIA
Nº 1 EN PRAXIS MÉDICA...

LO DICEN QUIENES ASESORAN A
**LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
Y A LAS INSTITUCIONES MÉDICAS.**



Premio entregado por Infoseguros,
integrado por CEOP y COMUNICA.
Encuesta realizada entre Productores
Asesores de Seguros de todo el país.

GRACIAS!!!

Ser la compañía de mayor prestigio nos llena de orgullo, como así también ser de los
operadores de praxis médica la aseguradora que, entre otras cosas cuenta con:

- la mayor cantidad de profesionales y entidades médicas aseguradas.
- el mejor respaldo de reaseguro.
- la gama más amplia de oferta de coberturas base reclamo y ocurrencia.
- el recurso humano más experimentado.
- la mayor participación en primas reales.
- los mejores índices de solvencia, liquidez y crecimiento.

Miembro de:

PIAA Physician Insurers Association of America
Protecting Healthcare

Tel: (011) 4342-5346

The Professional's Company
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

www.theprofessionals.com.ar | info@theprofessionals.com.ar

Nuevo Gerente Comercial División Salud en ASSIST-CARD



ASSIST-CARD, la empresa líder en servicios de asistencia al viajero, designó a Daniel R. J. Piscicelli como Gerente Comercial de la División Salud para Argentina. Desde sus funciones, Piscicelli, también desarrollará el negocio de salud a nivel regional.

Piscicelli, de vasta trayectoria en el mercado de la salud, hace 23 años viene ocupando posiciones en importantes empresas de medicina privada, ha sido asesor de varias entidades de la seguridad social (Obras sociales), empresas de Emergencia Médicas y en los últimos años ha trabajado, desarrollando el producto de Asistencia al Viajero en importantes entidades del sector salud.

ASSIST-CARD es la mayor organización mundial dedicada a la asistencia al viajero, con más de 35 años de experiencia en el mercado internacional. Cuenta con más de 1.545 colaboradores en 100 países, cubriendo más de 2.500 ciudades, con 49 centrales de alarma distribuidas estratégicamente alrededor del mundo.



Se inauguraron nuevas obras en el CeSAC N° 2

El ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Alberto De Micheli, junto con el director del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N° 2), Dr. Luis Argiz, presentaron las nuevas obras realizadas durante la segunda etapa de remodelación del Centro de Salud.

El Ministro de Salud porteño manifestó que: "simultáneamente con el mejoramiento edilicio y hospitalario, necesitamos consolidar también el primer nivel de atención médica, tener un contacto más cercano con los barrios y lo estamos logrando; me siento orgulloso de estar inaugurando esta obra de remodelación que tanto nos costó".

Por su parte, el director del CeSAC N°2 dijo: "en esta segunda etapa se reacondicionaron y modernizaron los espacios existentes. El sector de recepción al público, administración y archivo y la sala de espera se adecuaron para una mejor funcionalidad. Además, se remodeló totalmente el Servicio de Odontología según criterios actuales, dotándolo de nuevo equipamiento de moderna tecnología". ■

Nuevos Ramos - Nuevos Miembros

Prudencia Cía. Arg. de Seguros Generales S.A. ha concretado el lanzamiento de una nueva Unidad de Negocios, para comercializar Seguros de Vida Colectivos y Accidentes Personales. Para este nuevo emprendimiento se han incorporado Enrique Dufau, responsable de la Unidad y Andrea Osorio, -Ejecutiva Comercial-. Los Productores Asesores de Seguros, interesados, pueden contactarse al mail: edufau@prudenciaseg.com.ar

Transalud y Femédica

El 2007 comenzó con intensa actividad para Transalud, desde el 1 de enero quedó establecido un nuevo acuerdo contractual con FEMEDICA, el Sistema Médico Prepago de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal.

De esta manera, los directivos vislumbran un aumento en la actividad de la Red de Salud más importante del país en conectividad online y en tiempo real para validaciones y registraciones de toda práctica médica en consultorios, centros asistenciales de diversas especialidades y laboratorios, entre otros.

Los diferentes canales de conectividad ofrecidos permiten a los financiadores concentrar en forma automatizada toda la información que registra su amplia Red de Prestadores, evitando demoras, débitos posteriores, traslados de los afiliados

para autorizar órdenes y minimizando tareas de ingresos de datos y conformación de liquidaciones mensuales, entre otros beneficios. ■

Acuerdo entre OSDO y el Club de Campo Rancho Taxco

Continuando con su política y compromiso por brindar las mejores opciones para sus afiliados OSDO, la Obra Social de Dirección que brinda seguridad en cobertura médica a cientos de empresas, cerró un acuerdo con RANCHO TAXCO -polideportivo perteneciente al grupo educativo VANEDUC- con el objetivo de acompañar al afiliado y su familia también en sus momentos libres.

A partir de ahora, los afiliados de OSDO podrán acceder a un beneficio del 20% de descuento en el valor de la entrada para el club de campo RANCHO TAXCO, sobre las tarifas vigentes para NO SOCIOS. Por tal motivo, los afiliados deberán presentar en la entrada de RANCHO TAXCO (www.vaneduc.edu.ar/rtaxco/default.htm) la orden de descuento de OSDO, que puede ser emitida tanto en las oficinas de la Entidad o descargada directamente de la Web (www.osdo.com.ar). ■

Sociedad Argentina de Nutrición: un nuevo servicio web para toda la comunidad

La Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) renovó su sitio web institucional y a su tradicional servicio para profesionales le sumó un espacio exclusivo para la comunidad.

Quienes visiten el sitio podrán encontrar respuestas a muchas de sus preguntas sobre nutrición, como por ejemplo: si los alimentos pueden transmitir enfermedades, cómo evitar contaminarlos o cómo deben guardarse en la heladera.

También se podrán conocer las verdades y mentiras de algunos de los más famosos mitos culturales de la nutrición, como si los alimentos light adelgazan o no.

Asimismo, la página contiene recetas elaboradas por especialistas que tienen en cuenta factores nutricionales, culturales y de costos de los alimentos para que sean accesibles a todos.

Además hay una agenda con las charlas gratuitas para la comunidad que se brindarán durante todo el año.

Sitio institucional de la SAN: www.sanutricion.org.ar. ■



OSPRERA

Obra Social del Personal Rural y Estibadores
de la República Argentina



UATRE

Unión Argentina de Trabajadores
Rurales y Estibadores

El Primer Sistema Solidario de Salud para el Trabajador Rural y su Familia

**Ofrece a sus afiliados una amplia Red de Cobertura
en todo el país y ahora agrega a sus beneficios,
24 nuevas ambulancias odontológicas al servicio
de sus beneficiarios.**

PLAN MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O.)

Cobertura atención primaria de la Salud y Alta Complejidad, Móviles odontológicos recorriendo todas las localidades, y 967 Bocas de Expendio para atención de beneficiarios en todo el país.

PLANES PREVENTIVOS DE ENFERMEDADES:

Hantavirus, Dengue, Cólera, Hidatidosis, Sida, Odontología y otros.

Red telefónica, Hemodiálisis, Plan Materno Infantil, Oncología, Trasplantes, Internaciones, Prácticas Médicas y Bioquímicas, Prótesis y Ortesis, Odontología, Alta Complejidad, Medicamentos.



INFORMES

Sede Central Reconquista 630 Cdad. de Bs. As. Tel.: (011) 4312-2500

Novedades de TPC

TPC, aseguradora líder en Praxis Médica, incorporó una nueva Trama Digital Telefónica que amplía significativamente la capacidad para comunicaciones telefónicas simultáneas.

Los números telefónicos que responden a esta nueva tecnología son:
Conmutador: 4876-5346 Fax: 4876-5320

Esta mejora responde a las necesidades detectadas propias de su crecimiento, tanto en personal, como de asegurados y Productores Asesores de Seguros integrantes de la red comercial.

También, informó sobre la puesta operativa en su sitio web de una nueva herramienta para uso de sus Productores Asesores de Seguros, y que será de suma utilidad para el gerenciamiento y administración de los riesgos de sus clientes asegurados en TPC.

La misma es la INTRANET de TPC, que permite el acceso para consultar las pólizas y endosos emitidos, la cobranza, deudores por premios, los saldos de cuenta corriente, listado de vencimientos, reportes estadísticos de producción y otras informaciones relacionadas con la cartera de asegurados en TPC.

Esta inversión de TPC forma parte de su política constante de adecuación y mejoramiento de los servicios hacia quien es su principal colaborador, el Productor Asesor de Seguros. ■



Nueva sucursal de OMINT en la provincia de Córdoba

Omint, empresa argentina de medicina privada con 40 años de trayectoria, inauguró una nueva sucursal en el Cerro de Las Rosas, ampliando así la red de servicios en la ciudad de Córdoba.

La nueva sucursal Cerro de Las Rosas (ubicada en Rafael Núñez 4820) contará con el servicio Omint



Express, un espacio de autogestión para socios donde se pueden realizar consultas, trámites y autorizaciones.

Con la aper-

PROGRAMA DE SALUD INTERNACIONAL

- Claves de la gestión en salud en Costa Rica
- Reflexiones sobre la reforma de salud en Argentina

- ✓ Claves políticas, económicas y sociales de la organización del sistema de salud en Costa Rica.
- ✓ Debate sobre la reforma de los sistemas de salud en América latina.
- ✓ Situación actual del financiamiento y gasto. Tendencias en el corto y mediano plazo. Retos prioritarios propios del sistema sanitario en Costa Rica.
- ✓ El seguro de salud / nueva asignación de recursos: los compromisos de gestión. Sostenibilidad financiera y principales retos.
- ✓ La problemática de los seguros: cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia.
- ✓ Amenazas y desafíos (reintegración de las clases medias, uso de la consulta ambulatoria, libre acceso en el primer nivel y cobro en el segundo y tercer nivel, servicios especiales de hostelería con copago, períodos de carencia).
- ✓ El paquete básico de salud. Cómo se construyó, que alcances tiene, criterios de priorización, mecanismos de selección de procedimientos, tecnologías y medicamentos.
- ✓ La acreditación de instituciones diagnósticas y prestadoras de servicios de salud. Regulación, calidad e incentivos.

FECHA DEL PROGRAMA: 24 al 29 de junio de 2007

Lugar de realización: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica / San José de Costa Rica

Contacto e inscripción: seminariocostarica@lgsconsulters.com o www.lgsconsulters.com

tura de esta segunda oficina en la ciudad de Córdoba, Omint completa su red de sucursales en todo el país, acercando a sus asociados la calidad médica, atención personalizada y calidez humana que la distinguen desde su fundación en 1967. ■

UATRE y OSPRERA en Expoagro 2007

La Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores (UATRE) y la Obra Social OSPRERA informaron que, representando a todos los trabajadores rurales del país, estuvieron presentes en la realización de esta nueva edición de la Exposición de Agricultura, Industria y Comercio, Estática y Dinámica a Campo Abierto "EXPOAGRO 2007". "Acompañamos así el esfuerzo de los organizadores de tan importante evento de trascendencia internacional, llamado a distinguir la alta capacidad productiva del campo argentino", señalaron las autoridades del gremio y la obra social rural. Gerónimo Venegas, Secretario General de UATRE, señaló que "junto al stand de nuestra organización construimos un criollo escenario, con el cual evocamos La Matera,

aquel tradicional rincón de las estancias argentinas, donde la peonada se reunía y aun hoy lo hace, después de la jornada laboral en rueda de mate, payadas, cuentos y guitarreadas. Con la Matera e' la UATRE, ofrecemos a las comunidades urbanas y rurales un espectáculo de auténticas cosas nuestras, obteniendo un extraordinario éxito en cada lugar del país que la instalamos". ■

EL Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi (CDR) realizó una campaña preventiva

Del 9 al 13 de abril, el CDR realizó en forma gratuita el examen de hemoglobina glicosilada para la medición de glucosa. También brindó sin cargo una consulta médica a quienes se les detectó índices elevados de glucosa. La campaña se realizó en las sedes Barrio Norte, Belgrano y Abasto.

Esta Campaña estuvo destinada a la concientización y la detección precoz de la diabetes, enfermedad que por no ser detectada a tiempo afecta la calidad de vida de alrededor del 7% de los argentinos. ■



Aseguradora líder en responsabilidad profesional médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Su compromiso se encuentra respaldado por el patrimonio del grupo.



La Compañía de Seguros Generales de Swiss Medical Group

Juntos en la prevención

Durante el mes de marzo en la calle Florida, entre Av. Roque Sáenz Peña y Rivadavia, la Superintendencia de Servicios de Salud instaló una carpa que bajo el lema "Juntos por la Prevención" permitió a los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires conocer su presión arterial, talla, peso y masa corporal, colesterol y glucemia.

El servicio, brindado por profesionales médicos, paramédicos y asistentes, se desarrolló en el marco del Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud en la Seguridad Social, iniciado por el mencionado organismo en mayo de 2006.

El primer día, se efectuaron registros a 1.000 personas, quienes pudieron además realizar consultas a los profesionales responsables del servicio.

El Programa tiene por objetivo principal el cambio del modelo de atención a través de la promoción de hábitos saludables de vida y de la detección temprana de factores de riesgo. ■

El RENATRE renovó sus autoridades

El Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores (RENATRE), llevó adelante el recambio de sus autoridades según lo establece la ley 25.191, en el cual asumió como Presidente del Registro, el Sr. Alfonso Máculus, representante de la entidad CRA.

La nueva autoridad máxima del

RENATRE, cuyo mandato será por un año expresó: "El objetivo de esta nueva etapa será el de consolidar lo que se vino haciendo durante estos cinco años, para que nuestro organismo pueda tener el respeto de todas las autoridades nacionales, en esta, que es la actividad más importante del país". A su turno, el Presidente saliente, Gerónimo Venegas sostuvo: "El RENATRE debe seguir con la política de reafirmación, crecimiento y desarrollo en toda la Nación".

Este nuevo Directorio, cuyo mandato se prolongará por el período de un año, tal como lo establece la ley, quedó conformado de la siguiente manera: Presidente, Sr. Alfonso Máculus (CRA), Vicepresidente, Dr. Abel Guerrieri (SRA), Tesorero, Sr. Oscar Ceriotti (UATRE), Secretario, Sr. Antonio Araujo (UATRE) y los Directores Gerónimo Venegas (UATRE), Roberto Petrochi (UATRE), Dr. Guillermo Giannasi (FAA) y Héctor Zorzón (CONINAGRO). ■

Las 500 millas de Salta

Universal Assistance, empresa líder en el mercado de la asistencia con más de 25 años de trayectoria nacional e internacional, estuvo presente en "Las 500 millas de Salta", tradicional evento deportivo que convoca a los amantes de los automóviles de colección y los desafíos.

Esta tradicional competencia automovilística, se desarrolló íntegramente



te en la provincia de Salta, entre los días 18 y 22 de abril, en medio de los asombrosos escenarios naturales del noroeste argentino, donde los competidores disfrutaron dos días de carrera y uno de pruebas especiales.

Esta octava edición de las 500 millas contó con la participación de Oscar Civile, presidente del Grupo Imas, que compitió con un Jaguar de 1970, especialmente acondicionado para participar en este tradicional evento.

El Grupo IMAS, fue creado en el año 1981, y cumplió 25 años llegando al liderazgo en el negocio de la asistencia al viajero, ya que es propietario de Travel Ace y de Universal Assistance, con las que cubre a más de 10 millones de personas y realiza más de 100 mil asistencias anuales a personas con más de 75 mil prestadores médicos directos en todo el mundo. ■

Nueva imagen de Buscapina

Buscapina®, el antiespasmódico más vendido a nivel mundial, presentó su nueva imagen corporativa a nivel global para su línea de venta libre.

El nuevo empaque muestra un diseño renovado y moderno, manteniendo los colores e íconos visuales, que han caracterizado a la marca desde sus inicios.

Los nuevos empaques de Buscapina®, contarán con avanzadas normas de seguridad para garantizar la calidad e inviolabilidad del producto.

Con esta renovación Buscapina® busca consolidar su identidad a nivel global, permitiendo una clara identificación del producto por parte de los consumidores. ■



Nuevos Convenios de Universal Assistance

Universal Assistance firmó un contrato con Costa Crucero, que otorgará un valor agregado al servicio de la flota italiana. Con este convenio, a partir de marzo, los huéspedes que viajen en cualquier nave de Costa Crucero, podrán acceder al exclusivo "Servicio Integral de Asistencia" que brinda Universal Assistance, compañía que cuenta con una sólida experiencia en el servicio de asistencia al viajero.

Además, este convenio otorgará un beneficio complementario a los pasajeros, permitiéndoles contar con un seguro de asistencia y cancelación de acuerdo con el destino y la duración del crucero elegido.

Universal Assistance firmó también un acuerdo con Asociación Alumni. A través de esta unión, la compañía del Grupo Imas, brindará al equipo cobertura integral durante el Torneo de la Unión Argentina de Rugby (URBA) de la temporada 2007, que comenzó en abril.

Además, Universal Assistance será el sponsor oficial del histórico equipo de Tortuguitas, ya que además de acompañarlo en cada certamen, estará presente también en su camiseta.

En esta oportunidad la empresa, decidió apoyar al Rugby, por tratarse de un deporte que sirve a la formación de las personas, enseñándoles a trabajar en comunidad y a superar en conjunto las adversidades que se plantean en el juego y en la vida.

Así, Universal Assistance continúa brindando nuevas y mejores opciones para sus clientes y el público en general para que puedan apreciar los beneficios de una asistencia global en todos sus viajes. ■



NOVARTIS
1996-2006
10 AÑOS



Cuidamos y Curamos

En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.

Desde seres humanos hasta mascotas, desde niños hasta adultos, en Novartis nos enorgullecemos por ser la fuerza innovadora que brinda esperanza y optimismo a nuestro mundo. Nadie puede predecir qué deparará el futuro para cada individuo, pero hoy millones de personas tienen la posibilidad de desarrollar una vida más saludable y feliz gracias a nuestra ayuda.



Las 10 cosas más importantes que usted debe conocer sobre la reforma previsional(*)

Por el Dr. Héctor Barrios,
director de Watson Wyatt Argentina.

Diariamente somos "bombardeados" a través de los medios de comunicación, con información y publicidad respecto de la reciente Reforma Previsional.

Para ayudarlo en esta materia hemos hecho un breve resumen de los aspectos más destacados de la reforma en cuestión:

¿En qué constan los principales aspectos de la Reforma?

- Se abre un período en donde, por primera vez desde el inicio del sistema, una persona que había optado por el Sistema de Capitalización (administrado por las AFJP) puede pasarse al Sistema de Reparto (administrado por el Estado). Este período se abrirá cada 5 años por un plazo de 6 meses.

- Anteriormente, cuando un trabajador que ingresaba al mercado laboral no optaba por un sistema, iba automáticamente al Sistema de Capitalización y, por sorteo inicialmente o por menor costo luego, se le asignaba una AFJP. Con la Reforma, el trabajador que ingrese al mercado laboral que no opte por un sistema, será ingresado automáticamente en el Sistema de Reparto.

- Antes se podía cambiar del Sistema de Reparto al Sistema de Capitalización, pero no a la inversa. Ahora, el traspaso de un sistema al otro recién se va a realizar cada 5 años. Sin embargo, esto tiene una excepción: Los afiliados mayores a 55 años (Hombres) y 50 años (Mujeres), ya que para ellos ésta es la última oportunidad de traspaso. Si adicionalmente cuentan con menos de \$20.000 en su Cuenta de Capitalización Individual pasaran a Reparto a no ser que opten expresamente por quedarse en Capitalización.

¿Qué aspectos técnicos de importancia se han modificado?

- Las AFJP tenían diferentes sistemas de Comisiones, las que variaban de entidad en entidad. Ahora se

establece una Comisión Tope del 1% del aporte y contribución del trabajador por parte de la AFJP.

- Se ha producido un cambio en el modo de financiación del seguro previsional. Este se financiará del fondo acumulado y no del aporte individual.

- El Tope de la Contribución Patronal pasa de \$ 4.800 a \$ 6.000. Es decir que si usted gana más de \$ 4.800, la Contribución Patronal le producirá una mejora en su ahorro previsional, siempre desde los \$ 4.800 y hasta un máximo de \$ 6.000 que es el nuevo Tope establecido (es lo que aparece técnicamente publicado con el incremento de 60 a 75 MOPRES).

- En el Sistema de Reparto se ha establecido un incremento en el cómputo de la Prestación Adicional por Permanencia. Esto se traduce en una mejora del 0.85% al 1.5% sobre el sueldo (promedio últimos 120 meses con aportes en caso de relación de dependencia), por año aportado a partir de julio de 1994.

¿Es necesario que usted resuelva algo de inmediato?

No, el plazo para ejercer la opción entre un sistema y el otro vence el 31 de diciembre de 2007. Y si usted no opta, queda donde está actualmente.

¿A partir de cuándo rige la opción?

A partir del 1 de enero de 2008

¿Cómo puedo calcular qué me conviene más?

Ingresa al sitio www.uafjp.org.ar y allí "descargue" el Simulador Previsional, y luego -al pie de la página, abra la solapa "ingrese sus datos". Proceda a completar los datos requeridos y vaya a la solapa "Resultados". □

***Con la colaboración de los Actuarios Cecilia González Gale y Federico Demarchi de Watson Wyatt Worldwide.**

“Con la Reforma, el trabajador que ingrese al mercado laboral que no opte por un sistema, será ingresado automáticamente en el Sistema de Reparto.”

Seguros para Profesionales e Instituciones de la Salud

*Empresa dedicada a la Cobertura
del Riesgo de la Responsabilidad Civil
Profesional de la Actividad Médica.*

*Nuestro propósito principal:
que Usted nos considere
su Compañía Aseguradora referente.*

PRUDENCIA

Compañía Argentina
de Seguros Generales S.A.



Lavalle 579 Piso 8º - C1047AAK
Ciudad de Buenos Aires
Tel/Fax: 5235-8816
prudencia@prudenciaseg.com.ar

www.prudenciaseg.com.ar

PRUDENCIA

Lo afirmó el titular de Swiss Medical Group, Claudio Belocopitt.

“Si perdemos este tren, llega el colapso”

El reconocido dirigente advirtió que es necesario solucionar los problemas de financiamiento de las prepagas mejorando los sistemas de copagos instrumentados en forma reciente y logrando una acertada ley de regulación, un factor que desde su óptica resulta clave para transparentar el mercado y captar la confianza de los usuarios.



Claudio Belocopitt, presidente de Swiss Medical Group.

Este año, luego de los acuerdos de precios alcanzados con el gobierno, las empresas de medicina prepaga enfrentan dos grandes desafíos que son lograr que el sistema de coseguros o deducibles instrumentado para contener los aumentos de los precios de las cuotas funcione acertadamente y hacer posible que la sociedad entienda que los actuales problemas de financiamiento de los servicios no son un invento de los dirigentes del sector sino que tienen que ver con la falta de recursos, una problemática que afecta a todos los actores del sistema y que se da en todo el mundo.

Así lo afirmó Claudio Belocopitt, titular de Swiss Medical Group, quien recalcó que para poder lograr estos objetivos también se necesita “una ley de regulación seria y confeccionada por gente competente que entienda el sector” que sirva para disipar las dudas que hay en relación a los intereses privados en el sector salud y que ayude a “que nuestros números y nuestras estructuras estén en claro y que todo sea controlado por un ente regulador”.

“Esta es una posibilidad histórica para instrumentar estos cambios, porque tanto en la Superintendencia de Servicios de Salud como en la Secretaría de Comercio, han comprendido la problemática del sector, y si se nos escapa este tren, el sistema de salud privado va a llegar al colapso en poco tiempo”, enfatizó el titular del SMG.

Belocopitt se refirió a la situación actual del sistema de salud privado en el marco de un encuentro organizado por el Instituto Research y Redinserv en el Colegio de Graduados en Ciencias Económicas donde adelantó qué puede suceder en los próximos años en ese sector, que desde su óptica "está viviendo un momento muy particular porque ha estado en boca de todo el mundo a raíz de los últimos aumentos en las cuotas y de la política de precios aplicada a partir de este año".

Para el reconocido dirigente del sector prepago, está claro que si todos los actores del sistema coinciden en afirmar que la situación es mala, porque los prestadores no facturan lo suficiente para cubrir sus costos, porque los profesionales consideran que sus salarios no son justos, porque los trabajadores de la sanidad reclaman mejoras salariales y porque los beneficiarios consideran que es costoso el ingreso a un sistema privado de salud, "es necesario analizar con criterio cuánto de verdad hay en estas quejas para establecer si no hay algún pícaro que se está quedando con una porción grande del gasto".

Según el titular de SMG, la ma-



"En materia de salud privada, la Argentina tiene un profundo problema de financiamiento."

yoría de las quejas planteadas por los actores del sistema son justas y "la única realidad que está fuera de toda lógica quizás por desconocimiento, quizás porque nosotros como actores de la salud no hemos sabido explicar, es la percepción y la sensación de los usuarios sobre la tarifa que pagan por los planes que reciben".

Para Belocopitt, el problema que existe en el sistema de salud está basado en dos temas. "Uno tiene que ver con un problema del sistema, y el otro con

el financiamiento", afirmó el empresario.

"En materia de salud privada, la Argentina tiene un profundo problema de financiamiento, y hasta que el mismo no se pueda solucionar, esta problemática permanente que existe en el sector no se va a revertir", enfatizó el directivo del SMG.

Para empezar a encontrar las soluciones a esta problemática "es necesario que todos los actores del sistema logremos realizar un diagnóstico conjunto sobre la situa-



UNITED LOGISTIC COMPANY S.A.




NINGUN MERCADO ESTA TAN LEJOS

SERVICIOS Y EQUIPAMIENTOS INTEGRAMENTE PROPIOS MARCAN LA DIFERENCIA

- > Gestión Aduanera
- > Embarques Internacionales
- > Seguros puerta a puerta
- > Courier
- > Consultoría

- > Intervenciones especiales ante el ANMAT
- > Depósitos en ZFLP
- > Centro de almacenamiento en la Ciudad de Bs.As.
- > Asesoramiento Legal

Río Limay 1965, C1278ABO Ciudad de Buenos Aires, Argentina
 Tel: 54-11-6331-9600 (Rot.) • consultas@united-logistic.com.ar • www.united-logistic.com.ar



ción", porque "esta es la única forma de poder presentar, de manera concreta y homogénea a la sociedad alguna solución al problema de la salud", afirmó Belocopitt.

"Es necesario que todos los actores comprendamos cuál es la realidad de la situación, y en Swiss Medical Group, donde participamos en las prestaciones y en la financiación de las mismas, hemos escuchado muchas veces que son los financiadores quienes se están comiendo un pedazo grande de la torta y que ése es el problema y no la falta de recursos", afirmó el reconocido empresario.

Según Belocopitt esta disyuntiva quedó en claro en los últimos acuerdos de precios alcanzados con el gobierno, donde hubo que instrumentar sistemas de copagos para mantener los precios de los planes, lo que marca que no existen excedentes financieros en el sector", agregó.

"Esto, además, demostró que aquellos que tenían la esperanza de que en el sector había excedentes financieros han descubierto que la plata no estaba y que el problema no sólo afecta a los financiadores sino a todo el sistema", sostuvo Belocopitt.

La principal causa del problema en el sistema privado de salud, según el titular del SMG, es que "hasta diciembre teníamos un sistema que en el mundo ya es antiguo y que se ha dejado de aplicar y es el que marca el acceso directo, sin coseguros, copagos o deducibles, a las prestaciones". "Este ha sido reemplazado por resultar imposible de financiar", aclaró.

El dirigente sostuvo que los acuerdos logrados entre el gobierno y las prepagas "están falsamente interpretados por los periodistas, por los usuarios y hasta por los mismos actores del sistema" al considerar que sólo

"Es necesario que todos los actores comprendamos cuál es la realidad de la situación."



se trata de una medida para contener los índices de inflación. "Estas medidas apuntan a producir una renovación de fondo en el sistema prepago de salud y creo que va a haber un antes y un después a partir del sistema de copagos que entró en vigencia a partir de 2007", remarcó Belocopitt.

La instrumentación de este sistema ha tenido una baja aceptación, "pero esto no quiere decir que haya fracasado o sea malo", manifestó el empresario.

"Creemos que éste es el sistema que tiene que funcionar y estamos convencidos que dentro de 10 años vamos a tener una cantidad mucho más amplia de usuarios en sistemas volcados a coseguros que a los sistemas de acceso irrestricto", consideró.

Para Belocopitt, el sistema de coseguros es uno de los temas en los cuales debe empezar a

apoyarse el modelo prestacional de las prepagas, porque el mismo "va a ayudar a solucionar uno de los problemas del financiamiento, que es la sobreutilización y la sobreprestación de servicios". "Y esto se da en un país que no tiene grandes excedentes para volcar a la salud, y por eso es necesario que nosotros mismos empecemos a cuidar el sistema logrando un gasto equilibrado", explicó el empresario.

El otro problema a resolver tiene que ver con el financiamiento, "y para entender el mismo también es necesario analizar lo que pasa en el mundo", aseguró el titular del SMG. "Y en ese sentido, hay que tener en cuenta que por ejemplo en Estados Unidos todos los planes de salud aumentaron entre un 15 y un 25% este año con tasas de inflación que no llegan al 3% y que en Europa las tasas de actualización de las coberturas médicas oscilaron entre el 7 y el

8%", informó Belocopitt.

"Y no existen protestas, algo que sí se da en la Argentina, donde no se llega a interpretar lo que sucede con los costos médicos en todo el mundo a raíz de la prolongación de la expectativa de vida y de la aparición de nuevas drogas y nuevas tecnologías", aseveró el dirigente de una de las prepagas más grandes de la Argentina.

"Y si no logramos esta comprensión, los problemas van a seguir, porque hay un retraso enorme en el financiamiento de la salud en relación a otras actualizaciones de costos", añadió. Entender la problemática de la salud es aceptar que cada vez se necesitan más recursos para financiar los gastos en salud. "Y esto es bueno porque deriva en un crecimiento de la ciencia y la tecnología aplicada al sector", sostuvo por último Belocopitt. □



**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**



Cáncer de mama:
en la lucha diaria,
la prevención.

El CDR lo tiene muy en cuenta, por eso
la reciente incorporación de una mesa digital
de última tecnología para biopsia
estereotáxica con Mammotome.



Departamento de la Mujer:

Ecografías en general, ecografías mamarias, mamografía, densitometría ósea,
biopsia estereotáxica con Mammotome, tomografías, resonancias, laboratorio.

Las cuatro sedes del CDR: Barrio Norte - Belgrano - Microcentro - Abasto.
Central única de turnos: (011) 4011-8080 - Atención general: (011) 4011-8000

cdr@cdrossi.com - www.cdrossi.com

Demandó una inversión de 10 millones de pesos y un año de obras edilicias.

Nuevo Centro de Emergencias en Quilmes

Galeno, la empresa integrada de salud más grande de la Argentina, inauguró un nuevo centro de atención de emergencias que cuenta con tecnología médica de última generación y un desarrollo que pone especial cuidado en el confort de los pacientes.

Con una inversión de 10 millones de pesos y luego de un año de importantes obras edilicias, Galeno, una de las empresas de medicina prepaga más importante del país, inauguró un Centro de Emergencias en el Sanatorio de la Trinidad ubicado en Quilmes. El nuevo centro fue equipado con tecnología médica de última generación y cuenta con un desarrollo destinado a brindar mayor confort a los pacientes y sus familiares en casos de urgencias.

El Centro de Emergencias ocupa un predio de 2.500 metros cuadrados y cuenta con 30 consultorios destinados a la atención de urgencias en clínica médica, traumatología, ginecología, pediatría, obstetricia, cuidados intensivos y emergentología. Además, posee 2 salas de shock-room (para la atención de emergencias graves), un quirófano, dos salas de parto equipadas con equipos telecomandados Medifa y un servicio de imágenes digitalizadas Kodak que permiten el envío de imágenes online a los distintos servicios de internación así como también a otros centros nacionales y de otras partes del mundo para realizar interconsultas.

En materia de diagnósticos por imágenes, el nuevo centro cuenta con equipamiento de última generación General Electric compuesto por un resonador magnético 1.5 Tesla, un tomógrafo computado, equi-

pos de radiología, seriógrafos, mamógrafo y un ecógrafo Voluson 730 3D y 4D. A esto se agrega un equipo de detección rápida de análisis de laboratorio que permite brindar respuestas urgentes a la hora de realizar diagnósticos.

Todos estos servicios se complementan con la cobertura de primer nivel que brinda el Sanatorio de la Trinidad de Quilmes, que desde su creación en 1980 hasta la fecha ha mostrado un crecimiento continuo.

La presentación oficial del nuevo centro de emergencias estuvo a cargo del presidente de Galeno, Julio Fraomeni, quien detalló los servicios que se brindarán en esta nueva unidad de atención, a la que calificó "como de características especiales".

"Era una asignatura pendiente tener un centro de estas características en Quilmes y por eso hoy estamos orgullosos de poder mostrar el fruto de un esfuerzo de más de un año y una gran inversión", remarcó Fraomeni.

Fraomeni subrayó que el área de adultos cuenta con camillas que no existían en nuestro país y dijo que las mismas tienen la particularidad de poseer una quinta rueda que permite soportar hasta 200 kilos de peso. "Y sin embargo los pacientes se pueden trasladar con un mínimo esfuerzo y las camillas se pueden manobrar en todas las posiciones necesarias y girar 360 grados", aseguró el titular de Galeno.

Como dato importante, Fraomeni añadió que el nuevo centro cuenta con un mini laboratorio que permite realizar análisis de sangre, de glucemia y otros "que permiten resolver casos en forma rápida", aseveró el empresario.

El prestigioso médico puntualizó que para que los equipamientos de última generación y la infraestruc-



Julio Fraomeni,
presidente de Galeno.

tura edilicia puedan ser aprovechados al máximo "el centro cuenta con personal de primer nivel que permanecerá en el lugar durante las 24 horas del día" y con un equipo de enfermeras capacitadas "que en un 99 por ciento son profesionales".

"Esto le da calidad al servicio y mayor grado de confort y tranquilidad a los pacientes", afirmó Fraomeni, quien además manifestó que uno de los objetivos centrales a la hora de poner en marcha este nuevo centro "es que el paciente se establezca para poder ser trasladado a un



lugar de mayor complejidad en caso de ser necesario".

Por otra parte, el titular de Galeno recordó que a este centro "tendrán acceso" los beneficiarios de los tres planes que comercializa la empresa: Oro, Plata y Azul. "Quiero que todos los beneficiarios de los planes de Galeno reciban la misma calidad de servicios y con este nuevo centro me siento tranquilo, porque le estoy mostrando a los asociados la responsabilidad con la que trabajamos", expresó enfáticamente Fraomeni.

La excelencia de esta nueva unidad se complementa, además, con la estructura del Sanatorio de la Trinidad de Quilmes, con un consultorio externo para adultos, un cen-



**LA MAYOR RED DE FARMACIAS
ON LINE DEL PAÍS**

**Garantizamos la trazabilidad del medicamento
en toda la cadena de comercialización**

Hipólito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal - Tel. 011 4342 9473 - e-mail: federacionfarmaceutica@infovia.com.ar



tro pediátrico, un centro de diálisis, un centro de kinesiólogía y rehabilitación, un centro de emergencias y una sala de internación para adultos y niños. "Estos novedosos centros anexos abarcan dos manzanas intercomunicadas entre sí para facilitar el desplazamiento y la vinculación con los consultorios externos, ubicados estratégicamente a dos cuadras del centro de Quilmes", explicó el titular de Galeno.

En la actualidad, Galeno cuenta con 5 sanatorios propios que son el de la Trinidad Palermo, de la Trinidad Mitre, de la Trinidad Quilmes y de la Trinidad San Isidro y el Dupuytren, un centro referente en traumatología y accidentología.

En materia de beneficiarios de sus planes posee 560.000 socios que son atendidos por 25.000 profesionales en 3000 sanatorios e instituciones de diagnóstico y tratamiento contratadas para ese fin. Además, cuenta con una red de 5.000 Farmacias adheridas y más de 45 sucursales distribuidas en todo el país.

Por otra parte la compañía comenzó la construcción del nuevo Sanatorio de la Trinidad San Isidro, emplazado en Thames y Fondo de la Legua, el cual contará con 120 suites, servicios de neonatología de alta complejidad, quirófanos inteligentes, consultorios externos y 200 cocheras.

"GALENO ha comenzado a marcar un nuevo rumbo en la calidad médica de nuestro país y estoy convencido que además de haber alcanzado una gran expansión nacional vamos a llegar más lejos en la mejora de nuestro nivel de servicio, en excelencia médica y en infraes-

UN SANATORIO QUE NO PARA DE CRECER

Desde su creación en 1980, el Sanatorio de la Trinidad Quilmes muestra una dinámica de expansión y crecimiento que se encuentra plasmada en la siguiente infraestructura:

- ✓ **Consultorios Externos Adultos** que abarcan una superficie de 2.500 metros cuadrados de construcción con consultorios de todas las especialidades y una entrada exclusiva para ambulancias y un estacionamiento propio.
- ✓ **Consultorios Externos Pediátricos** diseñados especialmente con luminosas salas de espera y de juegos, un centro vacunatorio y un jardín de invierno.
- ✓ **Consultorios Externos Quilmes Centro** que abarcan una superficie de 600 metros cuadrados de construcción ubicados en el centro de Quilmes y que cuentan con un desarrollo arquitectónico circular que ubica todas las fachadas de los consultorios con vistas hacia la plaza Conesa.
- ✓ **Centro de Kinesiólogía y Rehabilitación** que comprende siete boxes para electroterapia, onda corta, laserterapia, magnetoterapia, ultra sonido, gimnasio para rehabilitación y consultorios de traumatología y ortopedia.
- ✓ **Centro de Diálisis** con una moderna sala de tratamiento integrada por 12 puestos equipados con la última tecnología y una confortable sala de recuperación.
- ✓ **Internación Adultos y Niños** que está compuesta por 106 suites distribuidas en los pisos primero, segundo y tercero de la planta sanatorial y que además posee suites presidenciales con detalles diferenciales en servicio y confort.
- ✓ **Nuevo Centro de Emergencias** de 2.500 metros cuadrados diseñado con la última tecnología y equipado con la más alta complejidad médica desarrollada en 30 consultorios de urgencias en clínica médica, traumatología, ginecología, obstetricia, cuidados intensivos y emergentología.

Todo lo cual conforma una unidad asistencial de casi 20.000 m², tecnología de última generación, enfermería profesional y excelencia médica.

tructura sanatorial", culminó afirmando Julio Fraomeni durante la puesta en marcha del nuevo centro de atención de emergencias en Quilmes. □



Prevención y cobertura

*del riesgo legal de
la praxis médica*



*20 años de experiencia
en defensa del
profesional de la salud*

Equipo propio de abogados y
peritos especializados

Servicios de asesoramiento legal y
defensa en juicios

Cobertura civil y penal en todo el territorio
nacional para profesionales de la salud

A través de su propia compañía,
Seguros Médicos S.A., legalmente
autorizada a operar en responsabilidad
profesional médica



**ASOCIACION DE MEDICOS
MUNICIPALES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES**

70 *Aniversario*
1936-2006



SEGUROS MEDICOS S.A.

Nuestra misión, su seguridad

Con especial énfasis en la Argentina y el resto de Latinoamérica.

Un portafolio para todos los gustos



Luego de consolidar su liderazgo en el mercado de asistencia al viajero, Universal Assistance está comenzando a encarar una nueva etapa donde los objetivos centrales son la expansión y consolidación en el mercado corporativo tanto en el interior del país como en el resto de Latinoamérica.

Luego de más de 25 años de trayectoria en el mercado de asistencia al viajero, Universal Assistance está comenzando a transitar una nueva etapa que se caracteriza por el emprendimiento de una serie de acciones tendientes a consolidar su expansión en el mercado corporativo en la Argentina así como en el resto de Latinoamérica.

En lo que hace puntualmente al sector salud, la compañía tiene especiales expectativas en el interior del país (donde comenzó a incursionar en el año 2002 con la división UA interior), y especialmente donde ya existen tareas para desarrollar la modalidad de inclusión de los distintos productos en los canales corporativos de salud, en los grupos de afinidad, en las mutuales, en las tarjetas regionales y en distintos bancos. "La idea es llegar a las principales ciudades y tratar de penetrar

más en el interior, donde creemos que hay un campo de crecimiento que no existe en las grandes ciudades", explicó Diego Barón, gerente de marketing de UA.

Otro campo en el cual la compañía piensa trabajar con fuerza este año es el de la Seguridad Social. "Porque consideramos que a partir de los cambios que se han producido en las administradoras de estas entidades las mismas han ganado en seriedad y eficacia, un motivo por el cual queremos llegar con nuestros productos", puntualizó José María Triviño Valdez, director comercial de UA.

Además de intensificar la oferta de sus cuatro productos tradicionales (asistencia al viajero, al vehículo, al hogar y el call-center de consultas que también puede funcionar como canal de ventas), UA también planea intensificar las acciones para ofrecer productos relacionados con la alta

complejidad, el tercer nivel médico o la consultoría en medicina. "Somos una empresa multicanal y multiproducto, y por eso queremos poner énfasis en estas nuevas alternativas", consideró Diego Barón.

Esta diversidad de productos le brinda a UA la posibilidad de generar vínculos de muchos años con sus clientes, con quienes de esa forma logra un intercambio fluido. "Además, nuestros servicios no están caratulados como un seguro sino que son prestacionales, es decir no indemnizatorios, lo que establece una gran diferencia en cuanto a la modalidad de la prestación en relación a otras empresas", aclaró el gerente de marketing de la compañía.

En el mercado nacional, UA tiene más del 90% del mercado corporativo de asistencia en salud al viajero, un motivo que según Triviño Valdez "destaca la satisfacción de nuestros clientes, sobre todo en lo que hace a la calidad de los servicios".

"Ahora -agregó- estamos trabajando con fuerza en la gestión, mejorando nuestras unidades de negocios para poder ofrecer productos armados a medida para cada cliente".

En relación a la asistencia al viajero, UA tiene una fuerte penetración en el sector salud, algo que la distingue con fuerza en relación a otras empresas del mercado que "o bien están encasilladas en un nicho muy puntual o bien atacan un canal, como puede ser el turístico o el de la asistencia de vehículos a través de compañías de seguros o bancos", estimó el director comercial de la compañía.

Con la estrategia de ofrecer en



Diego Barón y
José María Triviño Valdez.

forma cruzada sus distintos productos, UA también persigue el objetivo de anclar y fidelizar a sus actuales clientes. "Ya hicimos algunas acciones este año en ese sentido y estamos teniendo muy buenos resultados, sobre todo porque notamos la necesidad de los distintos mercados de incorporar beneficios adicionales", subrayó Diego Barón.

En materia de asistencia al viajero, UA está comercializando un producto de alcance nacional, que es un complemento de las prestaciones expresadas en el PMO que se brinda a través de una red de alcance nacional que funciona desde hace 17 años, otro de características similares que incluye la Argentina y países limítrofes y uno más completo que abarca a nuestro país y al resto del mundo.

"Estos son nuestros productos de entrada al sector, pero muchas empresas han incorporado también otros servicios, como el servicio de asistencia al hogar, que tiene la misma connotación en cuanto a la urgencia y a la emergencia pero referido a los desperfectos técnicos en un domicilio o la asistencia al vehículo, ya más emparentado con las compañías de seguros, terminales automotrices, flotas, etc.", aclaró Barón.

Otra de las unidades de negocio que ha crecido con fuerza es el call center, que es utilizado en forma importante por las empresas de salud que logran así dedicarse a su tarea primordial que es brindar sa-

PRINCIPALES CLIENTES

OSDE, Galeno, Swiss Medical, Consolidar Salud, Plan de Salud Hospital Británico, Staff Médico, ACA Salud, Obra Social Luis Pasteur, Andar (Obra Social de Viajantes), Paramedic Emergencias Médicas, Osmecon (Obra Social de los médicos del Conurbano), Femeba-Osmeba, Clínica Modelo de Morón, SIS San Isidro Salud, Fundación Médica Mar del Plata, Mediterránea Salud (Córdoba), Sanatorio Cantegril (Uruguay), Grupo SEMM (Uruguay), Blue Cross & Blue Shield (Uruguay), MasterAssist (Tarjeta Mastercard), Club Assistance (Tarjeta Diners) y Visa - Sistarbac (Uruguay).

lud y también por empresas ajenas al sector, que encuentran en esta modalidad una herramienta útil para hacer eficiente su gestión.

Los planes de expansión de UA para este año también están referidos a la región, donde la compañía tiene desarrollada una presencia corporativa muy fuerte en Uruguay y Chile. "Pero queremos ir más allá y llegar a Colombia, Venezuela y Brasil, donde el desafío es encontrar un partner o socio que tenga afinidad con nuestros objetivos y que nos permita acercar a las empresas relacionadas con el rubro y

el sector, respetando la idiosincrasia de cada región", sostuvo José María Triviño Valdez.

Una de las ventajas de Universal Assistance para penetrar en los mercados regionales es que cuenta con la marca Travel Ace, que tiene una presencia muy fuerte en lo que son los mercados brasileño, colombiano, mexicano y venezolano. "Esto nos va a permitir desarrollar el negocio corporativo con más facilidad", estimó Triviño Valdez.

Además de desarrollar estas acciones comerciales, UA también trabajará con fuerza este año en materia de prevención, un rol que la compañía empezó a explorar en junio del año pasado con la realización de jornadas destinadas al turismo estudiantil, un tema con mucha vigencia desde la sanción de la nueva norma que rige esa actividad. "Logramos reunir a casi 300 coordinadores, a quienes capacitamos en temas médicos y de relación con los jóvenes, entre otros vinculados a su actividad", manifestó Barón.

"Esta es una campaña de compromiso social permanente y este año la vamos a ampliar a otros sectores de la sociedad abordando temas como los accidentes viales y el dengue", agregó Triviño Valdez, quien además puntualizó que "la idea es tener un rol más activo en materia de responsabilidad social utilizando nuestro back-up médico y del sector salud para resolver problemas cotidianos". □



Praxis | médica

Más de 500 Instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios

Nuestro Valor...

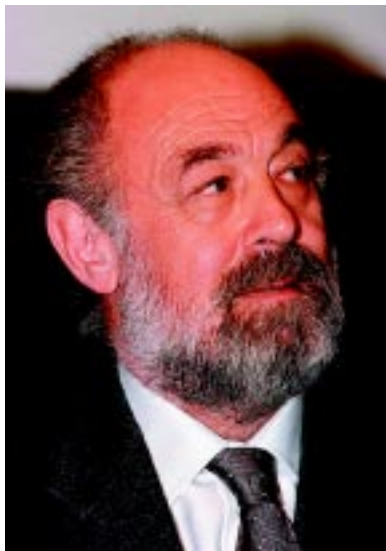
- La Prevención y Gestión del Riesgo Médico Legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una Aseguradora.

lamutual@lamutual.org.ar

www.lamutual.org.ar

Tucumán 1668 3º piso • (C1050AAH) • Ciudad de Buenos Aires • Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas)





El copago: un freno a la equidad...

Por el Doctor Ignacio Katz

“...los errores avanzan...”

Gastón Bachelard

Una nueva muleta acaba de ser incorporada a nuestro fracturado sistema de salud: se trata de los copagos. Cuando con descaro se sobrepasa el límite, se obtiene por resultado el desprecio de la fraternidad y se desmascara la falsa solidaridad. Con el imperativo de conciencia y el espíritu crítico que la aguda situación sanitaria impone, es hora, entonces, de reflexionar sobre esta nueva manifestación del parche perpetuo.

Muchos interrogantes se abren. ¿Cómo podríamos conjugar esta etapa “de moda” de la medicina preventiva (que siguió a aquella del hospital de autogestión, la que a su vez fue suplantada por el médico de cabecera y ésta, a su turno, por el médico de familia) con esta imposición del copago? Además ¿cómo se podría armonizar el llamado copago con el Programa Médico Obligatorio de Emergencia? ¿Y cómo puede elaborarse una justificación del copago ante las patologías crónicas?

El desequilibrio financiero, que podría ser aprovechado para un profundo *replanteo sanitario*, se malgasta al cercenar el espíritu solidario, que supo ser enunciado como basamento en la creación de las obras sociales. Sanear el derroche (componente de la clásica fórmula argentina que suma de modo perverso derroche más carencia) hubiera sido un objetivo adecuado y oportuno, pero una vez más se malogra la posibilidad.

Estos copagos sólo sirven para entretener al proletario médico, que ha perdido su condición de profesional liberal, con una propina, cuyo destino final (el médico o la prepa) debería inscribirse en el capítulo de los subsidios encubiertos. Esto tiene una consecuencia más grave aún es que los copagos destruyen el concepto de solidaridad, puesto que se aplican en un momento de verdadera necesidad.

La obsolescencia no es sólo edilicia, como podríamos creer si leemos a la ligera las noticias de la prensa. La actual condición sanitaria es resultante de condicionamientos estructurales perimidos. Cuando nos referimos a las estructuras perimidas, no planteamos la necesidad de restaurarlas sino de actualizarlas. Esta actualización debe ir en correspondencia con una Nueva Arquitectura Organizacional que eslabone la asistencia médica desde la atención primaria hasta la internación, pasando por las prestaciones ambulatorias. En este sentido debemos enfatizar, aunque resulte obvio, la necesaria incorpora-

ción de la informática y de la tecnología adecuada, a sabiendas de que en la Argentina, y tanto en el sector privado como en el público, su adquisición se alejó de toda planificación y, su uso, de toda racionalidad.

Valga aquí el ejemplo del Hospital Moyano: no se trata de *reparar pabellones hospitalarios* sino de llevar adelante políticas innovadoras en la atención psiquiátrica, que desde ya implicarán, entre otras consecuencias, la transformación de las instalaciones en los centros específicos.

En segundo término, las estructuras perimidas no se revierten con medidas puntuales, como los copagos. Este tipo de medidas ocasionales carecen de valor si no están articuladas dentro de una planificación del conjunto sanitario. No se trata de desconocer, por ejemplo, la carencia de anestelistas ni las modalidades *poco felices* de su accionar comercial. Menos aún, las *características de contratación* de los profesionales, que llegan al colmo en la situación de los *changanines* de guardia. No es posible caer en el grotesco de enunciar planes de medicina preventiva y al mismo tiempo imponer los copagos. Menos aún, llevar esta medida a las obras sociales, que a su vez se autocalifican “solidarias”.

Por último, para expresar con elocuencia el grado de conciencia que indique el punto al que hemos llegado, deberíamos apelar, en vez de al *índice de mortalidad*, al *índice de sufrimiento social*. Con el mismo énfasis con el que se defiende la propiedad privada, debemos defender la propiedad pública. Es dentro de esta última que la salud juega un rol trascendente en su doble misión de respetar la dignidad humana y de posibilitar que perviva la *medicina* (y junto con ella, también, la salud de gestión privada).

En nuestro país, el repliegue del Estado -forma cínica de referirse a su mutilación- va mostrando la desprotección que impera en el campo sanitario. Una vez más, el calificado *estado de excepción* transparenta el escenario en el que se despliega el área de la salud. En él, el ser humano se ha transformado en un nuevo consumidor. Continuamos mirándonos en el espejismo neoliberal, que vuelve con su archiconocida receta:

- ✓ ajuste de presupuesto
- ✓ modificación de tarifas
- ✓ reforzar con nombramientos una estructura fosilizada.

¿Y la transformación? ¿Y la evolución? ¿Cuándo? Seguimos aceptando la lógica de *laissez faire* del mercado, y la asimilamos con pasividad y una buena dosis de

anestesia social. Es hora de encarar normas sociales y productivas que posibiliten arribar a lo sustancial: una vida digna.

Del mismo modo, debemos entender mejor los mecanismos de compensación económica, dado que la fragmentación del sistema asistencial hace que frente a un "bien prevalente" como es la salud, las prácticas comerciales adopten formas de "dueños y señores" ante los requerimientos de los pacientes, siendo de hecho un modo de sumisión; es decir, quedando aquéllos subordinados a imperativos de lucro.

No se trata de una pregunta retórica. La búsqueda de la respuesta pone al descubierto la real situación sanitaria. El sistema de salud está enfermo, y son muchos los síntomas que lo demuestran: se realizan intervenciones quirúrgicas que no corresponden (apendicitis e histerectomías, entre otras); se solicitan análisis de laboratorio en cantidad desmedida (se calcula que el 90 % da valores normales); el mal uso de fármacos ocasiona 100.000 internaciones hospitalarias al año ("La Nación", 7 de enero de 2007); no existen los diagnósticos protocolizados; 80.000 personas quedan sin atención y se postergan 650 cirugías por los paros en los hospitales ("Clarín", 16 de marzo de 2007); vuelve a amenazar el dengue...

Se impone tratar el tema de *la salud* con todo rigor científico; es decir, con los conocimientos y la tecnología que afortunadamente ya poseemos. ¿Puede ser compensada la falta de decisión, coraje e imaginación? De ningún modo. Su ausencia es irremplazable.

La elaboración y puesta en marcha de una planificación estratégica sanitaria no puede dejarse a un lado por razones contingentes o de urgencia. Por el contrario, son sólo las soluciones elaboradas y articuladas las que posibilitan la puesta en marcha de la construcción de un *Sistema Integrado de Salud*.

No podemos ignorar la disgregación a la que fue sometida nuestra trama social. Por ello, se vuelve perentorio elaborar una planificación estratégica y operacional que procure revertir la actual insuficiencia multiorgánica y articule un plan de coyuntura con un plan maestro nacional.

Para revertir la condición sanitaria se necesita un tablero de comando que esté implementado por la función de Agencia Sanitaria. La función de Agencia es el recurso idóneo para rescatar *la solidaridad* del chantaje, que hoy toma el nombre de los copagos.

Los llamados a la toma de conciencia no pueden ser estigmatizados como posiciones alarmistas; menos aún, ser calificados con ligereza de apocalípticos. Responden a impulsos genuinos que reconocen las necesidades del pueblo y tienen como objetivo recomponer la dignidad humana como categoría primaria.

La nominación de Estado benefactor para las etapas pasadas es falsa, ya que la primera y mínima razón de la noción del Estado es la de brindar protección a su pueblo. Pensarlo de otro modo implica distorsionar el concepto de *país* y reducirlo al concepto de *territorio* productor de bienes. Bienes destinados a otro país, que haya superado el rango de *colonia*.

En síntesis, hay que crear un verdadero Sistema Integrado de Salud que nos permitirá recuperar los calificativos de libertad y justicia, que juntamente con el de soberanía nos permiten ser Nación. □

Ignacio Katz, Doctor en Medicina (UBA). Autor de: "Argentina Hospital, El rostro oscuro de la salud", (Edhasa, 2004)



LOS MEDICAMENTOS EXCLUSIVAMENTE EN LAS FARMACIAS

Confederación
Farmacéutica
Argentina



El mercado sufrirá importantes cambios este año.

Un cóctel explosivo: copagos y aumentos

Los aumentos de las cuotas en las empresas de medicina prepaga y la introducción de los copagos plantean un escenario diferente al que se registró el año pasado para las empresas que se encargan de cubrir la salud de sus empleados, que a raíz de estas transformaciones deberán comenzar a tener un rol más activo en el diseño de los planes que contratan.

Con la participación de más de 250 directivos de las empresas más importantes del país, Mercer Human Resource Consulting realizó el 8º Foro de Recursos Humanos, un encuentro en el que se analizaron los cambios que se produjeron en los últimos meses en materia de salud corporativa, reforma previsional y evolución salarial. En forma simultánea al Foro se realizaron dos sesiones plenarias destinadas a monitorear el curso de la recuperación económica y los posibles cambios que plantea el escenario electoral y a explicar la problemática relacionada con la escasez de personal calificado y talentoso.

La apertura del 8º Foro estuvo a cargo de Daniel Nadborny, director general de Mercer Human Resource Consulting, quien aseguró que el presente año "arrancó con todo" en materia de cambios en lo que hace a las coberturas de salud que las empresas están adoptando para sus empleados y también "en lo vinculado a los aumentos salariales", un tema donde la puja sindical en un año electoral "puede ser preponderante para la evolución económica del país".

"El aumento de las cuotas en las prepagas, la reforma previsional y las negociaciones sindicales que comienzan complejizan con fuerza el diseño de una economía de los costos para las empresas, y

esa situación se manifiesta en las coberturas de salud, que decididamente pasaron a estar bajo un severo análisis a la hora de analizar los costos globales", precisó el director general de MHRC.

El contador y economista dijo que esta problemática se da "en un marco de crecimiento", y manifestó que por ese motivo, a pesar de las incertidumbres propias de cada comienzo de año, "es un momento oportuno para contratar personal

especializado que pueda demostrar su capacidad de agregar valor a los productos de una empresa".

En ese contexto, en materia de salud corporativa ya se produjeron grandes novedades: los aumentos en las cuotas y la entrada en vigencia de los copagos, dos temas en los cuales, según Nadborny, "los empleados van a comenzar a tener cada vez mayor participación".

"Otras preocupaciones vinculadas a la salud corporativa tienen que ver con las reformas al PMO, los cortes de servicio, la relación con los prestadores y con los colegios médicos y otras cuestiones vinculadas con las coberturas", agregó.

En ese sentido Laura Roldán, consultora senior de salud y beneficios de MHRC, destacó que en el mercado argentino, según una encuesta sobre 90 compañías de primer nivel que se ocupan de la salud de sus trabajadores, "un 86% decidió aceptar los aumentos del 22% en las cuotas sin cambiar los planes, un 4% se volcó a la opción de los copagos a cargo de la compañía y un 10% eligió el sistema de copagos pero a cargo de los empleados".

"Aunque este último porcentaje es chico, es casi seguro que va a crecer en los próximos años, y por eso el rol de los usuarios de los servicios va a comenzar a tener mayor preponderancia en los costos de los sistemas", añadió Roldán.



Laura Roldán, consultora senior de salud y beneficios de MHRC.



"Esto está claro en todo el mundo, porque los costos de salud aumentan año a año y van a seguir aumentando, una razón por la cual es necesario contener los costos educando a los beneficiarios de los servicios para que aprendan a utilizarlos racionalmente", sostuvo por su parte Nadborny.

Los aumentos que se produjeron en los planes de salud que las empresas les brindan a sus empleados varían entre un 18 y un 30 por ciento, lo que arroja un promedio del orden del 24%. Estos porcentajes, a raíz de su dispersión, abrieron un abanico de negociaciones "que tiene características especiales porque se empieza a tener muy en cuenta el tipo de población y la actividad a la que está volcada a la hora de diseñar las coberturas", afirmó Laura Roldán.

"Entender la lógica del gasto médico resulta útil para gerenciar los costos para las empresas, que son las reales tomadoras del

riesgo", agregó.

En materia de precios de los servicios, las empresas se ven casi limitadas a elegir a sus proveedores de servicios, que muestran una integración vertical. "Esto es muy complicado, porque algunas entidades tienen precios preferenciales debido a la cantidad de beneficiarios que poseen y fijan los precios del mercado", estimó Nadborny.

"En ese esquema, aparecen los copagos como una herramienta bá-

sica para contener o racionalizar los gastos, sobre todo analizando la demanda real y aquella inducida por la utilización de la red y las necesidades de la población", destacó Laura Roldán.

En la contención de gastos y de los consumos resulta fundamental la elección del proveedor de los servicios y el esquema de negocios que el mismo tiene. "Aquí cobra importancia establecer cuál es la población a cargo, qué hace la empresa por

Mercado argentino Decisión de las compañías

- 86% asumirá el aumento **sin realizar cambios**
- 4% está considerando la opción de copagos pero **a cargo de la compañía**
- 10% está considerando la opción de copagos pero **a cargo del empleado**



Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4º piso
C1019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 4010-OSIM
(6746)

www.osim.com.ar info@osim.com.ar



la misma y cuáles son los riesgos reales de consumo”, subrayó Roldán.

“Está claro que una persona con estrés consume más servicios que una que no trabaja sometida a esas presiones, y por eso la relación vida-trabajo que tenga una empresa va a dar una población más o menos consumidora que va a ir actuando sobre los precios de los planes en la medida que demande más o menos servicios”, agregó.

Si las empresas mejoran los planes que contratan existe el riesgo de que aumente la demanda de servicios a raíz de la imposibilidad que antes existía de acceder a los mismos. “Y si esto se hace sin una política de restricción, lógicamente va a aumentar la utilización de los servicios, las tasas y los precios de los planes”, aclaró Roldán.

“Esto plantea un montón de situaciones en las cuales las empresas pueden empezar a trabajar porque el riesgo real es de ellas, un motivo por el cual deben empezar a manejar la demanda y a entender a la población de forma tal que por lo menos los consumos y la tasa de utilización sea racional”, estimó Roldán.

Una herramienta útil para la racionalización de la demanda contenida es la inclusión de copagos, que según Roldán “empezaría a servir para que los empleados compartan los cos-

LA EVOLUCION DE LOS SALARIOS

Los cambios en los precios de las coberturas de salud que las empresas contratan para sus empleados están atados a diferentes variables, y entre ellas a una que aparece como preponderante: las variaciones salariales. Por ese motivo ese tema fue abordado en el desarrollo del 8° Foro de Recursos Humanos organizado por Mercer Human Resource Consulting por Javier Tabakman, director de capital humano para el Cono Sur de MHRC, quien brindó los siguientes conceptos.

“En la actualidad, los salarios tienen el mismo poder adquisitivo que antes de la crisis de 2001, no obstante lo cual, a raíz de que se registra un crecimiento del orden del 8% del PBI por cuarto año consecutivo, la puja por incrementos será muy fuerte este año”, aseguró Tabakman.

“Esto repercutirá en los planes de salud, que lógicamente van a estar incluidos en esas negociaciones”, agregó.

“La brecha entre los índices de inflación y los índices de aumentos salariales comienza a achicarse, y si en 2007 se cumplen los pronósticos, esa brecha se habrá achicado aún más”, sostuvo el analista del mercado laboral.

tos de los servicios”, y otra sería la inclusión de períodos de carencia o de permanencia. “Esto significaría que para cobrar los reintegros de un plan debo permanecer un año en el mismo, lo que en realidad indica que un año yo abono con mi prima los servicios que luego voy a utilizar”, consideró la consultora senior de salud y beneficios de MHRC.

“Esto puede ser útil para empezar a implementar planes de prevención, que en otros países

del mundo resultaron ser muy efectivos para contener los costos y para hacer más rentables los planes que se contratan”, añadió.

“En estos casos hay que tener cuidado porque muchas veces se exige una cobertura sólo por su marca sin que se pueda explicar los beneficios que tienen las distintas alternativas de coberturas ofrecidas por diferentes empresas en relación con la población a la cual está destinada”, advirtió por su parte Nadborny.

Entre las dificultades que aparecen en el futuro inmediato para crear una cultura de la buena utilización de los servicios por parte de los usuarios, Roldán identificó como las más importantes a “la falta de información y el desconocimiento sobre las características de la población a cargo”, factores que según la analista “deberán empezar a modificarse para que las coberturas sean más eficientes”.

“Crear una fuerte cultura de que tanto las empresas como los empleados de las mismas pueden tener una fuerte injerencia en la determinación de los costos de los planes de salud que reciben es la tarea más importante a desarrollar en los próximos años para empezar a lograr estos objetivos”, culminó afirmando Laura Roldán. □





intelexis

Un espacio de vida

Conducen

Prof. Guillermo García Caliendo

Dr. Guillermo Capuya

Martes a las 18 hs.

intelexis@fibertel.com.ar



Lunes 18:30 hs.



Canal 13 (Multicanal y Cablevisión)

sección salud
la salud en estudio

Idea y Producción Integral:
Medical Brokers S.A.
Tel./fax: 4808-9500
www.medicalbrokers.com.ar



Medical Brokers®



El sistema de salud de los monotributistas. Ni chicha ni limonada

Por el Dr. Rubén Torres

Director de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de Isalud

La afirmación del notable sociólogo Zigmunt Bauman, de que las creencias no necesitan ser coherentes para ser creíbles, encuentra un magnífico ejemplo en el sistema de salud de los monotributistas, cuya inconcebible e increíble historia pareciera comenzar a adquirir algún ribete de coherencia.

Desde la implementación del sistema advertimos de las gravísimas falencias que el mismo tiene desde el punto de vista de la teoría del seguro, transformándose, para quienes desarrollamos labor académica en el campo de la seguridad social, en un prodigioso ejemplo de lo que no se debe hacer en un seguro de salud.

Paso a mencionar algunos ejemplos:

1. El aporte para salud (al igual que el jubilatorio) es fijo, y no progresivo con el ingreso de los beneficiarios. De esta forma quienes ganan un promedio de \$ 1.000 por mes (1ª categoría) aportan lo mismo que quienes poseen un ingreso promedio de \$ 6.000 por mes. Esto contradice un principio básico de la seguridad social: el de la solidaridad, por el cual quienes más ganan más aportan.
2. En la misma línea, el aporte al Fondo Solidario de Redistribución (tal vez el más poderoso mecanismo de equilibrio solidario del sistema de obras sociales) tampoco es progresivo, por lo cual cuando es necesario cubrir las prestaciones de alto costo y baja incidencia, el subsidio es regresivo: los trabajadores en relación de dependencia que menos ganan, subsidian las prestaciones de los monotributistas que más ganan.
3. El valor del aporte fue fijado conforme al monto del llamado subsidio nominativo, con el cual sabiamente la ley compensaba a través del Fondo Solidario de Redistribución a

aquellos beneficiarios cuyo aporte y contribución del 9% sobre sus salarios -los más bajos del sistema-, no alcanzaban para cubrir el costo del Programa Médico Obligatorio. Por lo tanto dicho valor no refleja el costo de dicho Programa, sino solamente alrededor del 45% del mismo, poniendo entonces en peligro la sustentabilidad económica del sistema. Cabe aclarar que la fijación de este valor como referencia, fuertemente resistido por el área de salud en las discusiones que precedieron a la implementación del sistema (contando en ese momento, por primera vez, con un estudio actuarial de los costos del PMO), fue sostenido e impuesto por las autoridades económicas y fiscales de la época, que vieron con lógica, la posibilidad de aseguramiento en salud como un incentivo para el pago de impuestos.

4. El error más grave lo representa, posiblemente, la tácita autorización que el sistema otorga para conformar el llamado "abuso moral" a favor de los beneficiarios, y en detrimento de las aseguradoras (las obras sociales); pues con el solo pago voluntario del aporte, este otorga el acceso a la totalidad de los servicios. Con lo cual, además, con un pago menor al de todos los trabajadores en relación de dependencia (aproximadamente el 27 % de lo que aporta este trabajador con el mismo ingreso), se adquiere el derecho al mismo servicio. Con esta facilidad, uno puede entonces elegir asegurarse exclusivamente cuando se enferma, lesionando así, además, la solidaridad que existe en el sistema entre sanos y enfermos (para hacerlo más gráfico, el resultado sería el mismo que se lograría si las aseguradoras de automóviles aseguraran los vehículos luego de robados o chocados).

Este diseño (de allí lo inconcebible e increíble) puede adquirir un dejo de racionalidad (posiblemente el único), si se lleva a cabo la modificación del aporte relacionándolo con el valor estimativo del costo del PMO de acuerdo al riesgo de enfermar por edad y sexo, tal como se propone (y como nosotros, desde la Superintendencia de Servicios de Salud habíamos postulado en las discusiones con las autoridades económicas y los legisladores al momento de su implementación).

Si bien esto representa un claro progreso, debe tenerse en cuenta, que no soluciona los errores clave del diseño. Por supuesto, no influye sobre el mencionado en el acápite 4, permitiendo continuar con el "fraude" legitimado jurídicamente contra las aseguradoras.

Tampoco resuelve los puntos 1 y 2, pues los aportes siguen sin tener relación con los ingresos, con lo cual la solidaridad respecto al uso del Fondo Solidario de Redistribución continua invertida desde quienes menos ganan hacia quienes más ganan.

El punto 3 también continua sin resolverse pues no existe mecanismo solidario, ya que cada cual aporta en función de su probable gasto y probabilidad de enfermar, sin mecanismo solida-

rio respecto de quienes poseen una probabilidad mayor.

En definitiva, en un país que, como en el nuestro, la enorme fragmentación, unida a un alto gasto de bolsillo, acentúan la inequidad (en términos no solo económicos, sino de calidad y accesibilidad del sistema), el sistema de salud de los monotributistas, constituye un ejemplar muestrario de fragmentación e inequidad; y los parches que se le agregan, a falta de una modificación total del mismo; resultan ni chicha ni limonada.

Probablemente cuando en pocos años más, el sistema solidario quiebre, fruto de estos horrores del diseño, recordemos (si realmente somos un país en serio) que la salud no es un bien individual, ni de consumo, sino comunitario y solidario, y decidamos llevar a cabo las reformas profundas necesarias, que aumenten la cobertura pero en un marco de solidaridad, equidad y sostenibilidad financiera, caso con-

trario, deberemos tener a mano las excusas habituales: corrupción de los dirigentes; falta de transparencia; y otros, que por el estilo, justifiquen nuestra impericia, negligencia y desidia en la construcción de las políticas sociales y la renuncia del Estado a ejercer el papel de control que realmente le corresponde. □

“En un país que, como en el nuestro, la enorme fragmentación, unida a un alto gasto de bolsillo, acentúan la inequidad, el sistema de salud de los monotributistas, constituye un ejemplar muestrario de fragmentación e inequidad.”



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - USA

ISO 9001: 2000



SINONIMO DE CONFIABILIDAD Y EXCELENCIA

Acelerador Lineal

Simulador Localizador - Planificación Computada

Telecobaltoterapia - Braquiterapia - Implantes

Radioterapia Estereotáxica

Radioterapia Conformacional
con Planificación Virtual Tridimensionada

Vidt 1924/32 (1425) - Buenos Aires Tel.: 4824-6326 y Líneas Rotativas - Fax: 4825-0727
info@vidtcm.com.ar - www.vidtcm.com.ar



A raíz del aumento del costo de los insumos y de los salarios del personal.

Financiamiento: una carrera con obstáculos

Los dueños de las clínicas, sanatorios y hospitales privados de todo el país

empezaron a trabajar con fuerza para lograr cambiar los mecanismos de financiación de los servicios que prestan con la inclusión de un nomenclador y con el aporte de fondos provenientes de rentas generales.

Los prestadores privados de servicios de salud, tanto aquellos que trabajan ligados al ámbito de las empresas de medicina prepaga como los que lo hacen vinculados a la Seguridad Social y el Pami, se preparan para enfrentar un año durísimo donde el objetivo central es lograr una recomposición en los aranceles, un reclamo postergado desde la salida de la convertibilidad. Por otra parte, la mayoría de estas entidades están diseñando distintas estrategias para contener los costos de los servicios, que siguen incrementándose a raíz de los aumentos dispuestos para los trabajadores de la sanidad, de la incorporación de nuevas prácticas en el PMO, de la aparición de nueva tecnología y de la medicina defensiva desarrollada para evitar demandas de mala praxis, entre otros factores.

Para superar estas dificultades, los prestadores privados de salud reclaman, además de una urgente recomposición arancelaria, la instrumentación de cambios en los mecanismos de financiación de los servicios, que según el titular de la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (CONFECILISA), Gustavo Mammoni, "no deben seguir solamente vinculados a los salarios de los trabajadores y a los aportes patronales".

Para Mammoni también sería importante "introducir cambios en las regulaciones de los sistemas para lograr reglas claras que garanticen un juego justo entre proveedores y consumidores de servicios de salud" y crear "organizaciones más flexibles y dinámicas que puedan interpretar los cambios que quiere la gente".

El reconocido analista del sector precisó que los distintos entes estatales nacionales y provinciales junto a las obras sociales nacionales, provinciales y el Pami

se encargan de la cobertura del total de los 35 millones de argentinos, pero aclaró que entre los distintos organismos, tomando en cuenta los ingresos y el costo del PMO "se genera un déficit de casi 10 mil millones de pesos por año".

"Por eso es necesario desarrollar medidas de transición que aseguren una correcta financiación del sistema", consideró Mammoni.

Entre esas medidas, el titular de la CONFECILISA destacó la instrumentación de un nomenclador de referencia (que fue quitado en 1990), la sanción de un PMO sustentable apoyado en una lógica actuarial y el fomento de las actividades de bien público, un hecho que según el dirigente "puede parecer menor pero es fundamental para acercarnos a la gente".

Según el directivo de la CONFECILISA, en el modelo prestacional actual "el que recibe el servicio no elige, el que lo prescribe no paga y el que paga no recibe el servicio", una situación que se refleja "en la falta de accesibilidad y en la baja calidad de los servicios por falta de inversión".

"Por eso es necesario comenzar a trabajar en una reforma que permita revertir las tendencias de una oferta

sesgada y con una mala distribución de los recursos que está haciendo que se pierda la solidaridad del sistema, que cada vez es más inequitativo y con recursos insuficientes para desarrollar la promoción y la prevención de la salud", agregó Mammoni.

Por su parte, el titular de la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina (ADECRA), Francisco Díaz, se quejó porque desde el gobierno "se están poniendo todas las vallas posibles para desarrollar la actividad", no obstante lo cual "seguimos funcionando con un nivel adecuado de accesibilidad y calidad".

Díaz recordó que muchos sectores fueron ayudados a través de subsidios luego de la crisis de 2001, algo que no sucedió en el ámbito de la salud, donde "todas las entidades hicieron frente a esa debacle sin ayuda de ningún tipo", remarcó el directivo.

Esto generó, entre otras cosas, una deuda del sector prestador con la AFIP cercana a los 1.000 millones de pesos y una fuerte desinversión en materia de equipamiento. "A esto se agrega la intención de calcular nuestras deudas impositivas con intereses que llegan hasta el 48 por ciento, algo inaccesible para las clínicas y los sanatorios", advirtió Díaz.

Desde 2004 hasta fines del año pasado, el costo laboral aumentó en el sector salud un 43%, mientras que los insumos lo hicieron un 14%, los impuestos el 12% y los insumos no médicos el 8%. "Y estos aumentos fueron enfrentados con costos mayores a los ingresos percibidos, lo que hizo que se deteriora la calidad para que el sistema siguiera funcionando y que se castigara al recurso humano, tanto profesional como técnico", sen-



Gustavo Mammoni, titular de Confecilisa.

tenci6 el titular de ADECRA.

Para revertir esta situaci6n, se-
g6n D6az, "se necesitan recursos,
porque sin los mismos toda posibili-
dad de cambio es mentira". "Est6
claro que todos los pa6ses desarro-
llados incrementan sus presupues-
tos de salud y que nosotros no lo
hacemos porque queremos resolver
pol6ticamente algo que tiene una ra6z
econ6mica", remarc6 el dirigente del
sector salud.

"Por este motivo la financia-
ci6n debe realizarse con recursos
directos e indirectos, sin impues-
tos al trabajo que disminuyan los
ingresos de los trabajadores y lo-
grando que salud tenga un finan-
ciamiento a trav6s de los impues-
tos", a6adi6 D6az.

"Adem6s, necesitamos que r6pi-
damente haya un solo organismo
regulador para todos los financia-
dores del sector salud, porque los ser-
vicios son iguales para todos, m6s
all6 de la cobertura que cada uno
tenga", sostuvo D6az.

En ese sentido Roberto Dalma-
zzo, director administrativo del Hos-
pital Garrahan, reclam6 que las ac-
ciones que encare el sector "co-
mencen a contar con la participa-
ci6n de todos los actores" porque
en la actualidad "nos falta una fuer-
te inserci6n en la sociedad para que
se entienda nuestra problem6tica".



**Francisco D6az,
presidente de ADECRA.**

"Cuando empecemos a hacerle
entender a la sociedad que la salud
tiene l6mites en sus circuitos de
financiamiento quiz6s empiece a
aparecer m6s justicia y m6s presi6n
hacia quienes toman decisio-
nes macroecon6micas", consider6
Dalmazzo.

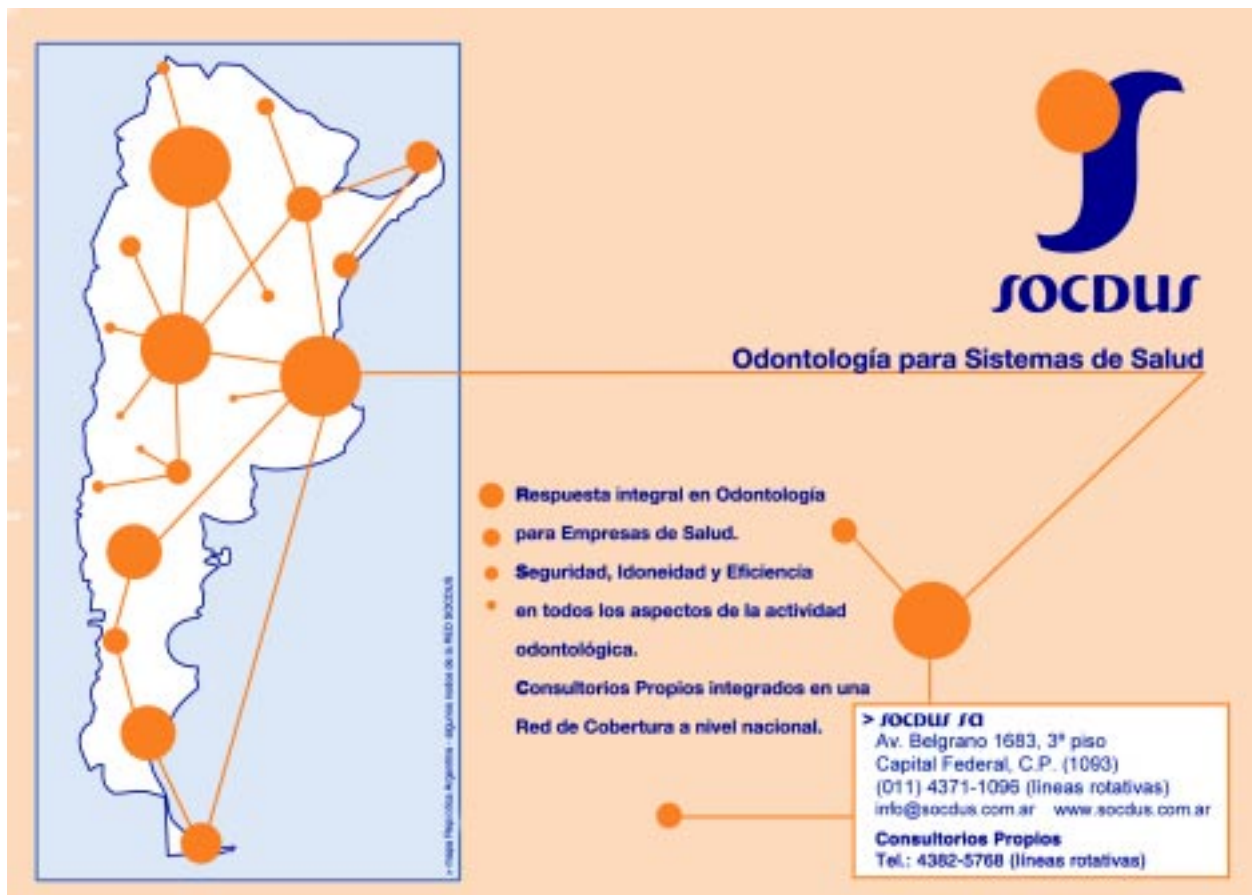
"Concretamente, debemos con-
siderar que si continuamos habl6n-
dole a la poblaci6n de la salud con
los recursos que tenemos, que es

lo que estuvimos haciendo en los
6ltimos a6os, o si comenzamos a
hablar de la salud que queremos y
merecemos", agreg6.

Dalmazzo dijo que las institucio-
nes de salud tienen una l6gica so-
bre la composici6n de su presu-
puesto en la cual el 70% correspon-
de a salarios y el otro 30% a insu-
mos, medicamentos y descartables.
"Por eso, a la hora de hablar de los
costos de la salud, hay que tener en
cuenta estas variables y la din6mica
de recomposici6n de las mismas,
que no siempre, debido al contexto
macroecon6mico, son las mismas",
asever6 el director administrativo
del Garrahan.

Por 6ltimo, Dalmazzo hizo hin-
capi6 en la conveniencia de que
todos los actores del sistema co-
mencen a trabajar en forma con-
junta para lograr mejores formas
de financiaci6n para la atenci6n,
sobre todo porque "nunca estuvo
tan claro que los problemas son
comunes a todos los subsecto-
res" y porque "jam6s el sistema
estuvo tan cerca de colapsar y
con tantas personas con cada vez
m6s dificultades para acceder a
los servicios". □

**Fuente Seminario "Escenarios
para la Salud en el 2007".**



Socdus

Odontolog6a para Sistemas de Salud

- Respuesta integral en Odontolog6a para Empresas de Salud.
- Seguridad, Idoneidad y Eficiencia en todos los aspectos de la actividad odontol6gica.

Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.

> SOCCLUS S/CA
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1096 (l6neas rotativas)
info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar

Consultorios Propios
Tel.: 4362-5768 (l6neas rotativas)



La innovación e investigación de nuevos productos serán los ejes del desarrollo.

Nuevos escenarios

La contención de costos en los sistemas de salud de todo el mundo abren una serie de paradigmas en relación al desarrollo de drogas de alto valor agregado, las que deberán comenzar a demostrar una buena relación entre su costo y su efectividad para poder ser autorizadas por las entidades financiadoras.

La investigación e innovación en materia de nuevos productos son los ejes más importantes en el desarrollo de la industria farmacéutica, que desde hace varios años viene trabajando en todo el mundo en ese sentido. Según algunos analistas del sector es imprescindible empezar a trabajar con fuerza en la búsqueda de nuevos medicamentos que deberán demostrar una muy buena relación entre su costo y su efectividad para poder tener perspectivas de éxito.

Para lograr este objetivo cada vez se utiliza una mayor cantidad de herramientas para tomar decisiones, una situación que implica capacitarse y poder adaptar fórmulas y procedimientos que han sido exitosos en otros países, una tarea en la cual Merck Sharp & Dohme (MSD) está trabajando desde hace varios años. "Y sobre todo en el último período, donde vimos que tanto en la Superintendencia de Servicios de Salud como en el Ministerio de Salud estos temas cada vez cobran mayor importancia", aseguró Osvaldo Tibaudin, director asociado de Políticas de Salud de MSD.

La evaluación de la alta tecnología y la investigación de los resultados en salud no son tareas que se puedan instrumentar en forma inmediata en un sistema de salud, y en los países donde estas experiencias han logrado desarrollarse, fundamentalmente por el énfasis de los financiadores, las mismas están bajo un "paraguas" dentro de las políticas de salud y de las políticas de medicamentos.

La evaluación de las altas tecnologías en materia de medicamentos va a estar dada por las evidencias que se recojan de su aplicación y por una evaluación económica, dos factores "que no sólo se utilizan en farmacoeconomía sino que también son útiles para el resto de las tecnologías médicas", destacó Tibaudin.

Los factores que motivan que las decisiones en materia de medicamentos tengan que ser cada vez más costo-efectivas y más técnicas "tienen que ver con los presupuestos", que cada vez "son más acotados para cubrir la inmensa gama de nuevas prácticas que aparecen", destacó el directivo de MSD.

La innovación y la investigación

colaboran con fuerza en el desarrollo económico de los países que las fomentan, aunque son actividades que impactan sobre los costos de las compañías. "Por eso es necesario analizar cómo se aplica cada tecnología, porque no todas tienen valor", aclaró Tibaudin.

"Por este motivo la industria farmacéutica, que produce tecnología de alto valor agregado, ingresó en este tema, porque es un gran actor del sistema de salud e invierte mucho dinero en el mismo", agregó.

Una de las dificultades salientes que existen en la Argentina para el desarrollo de los análisis de costo-efectividad de las nuevas drogas tiene que ver con la falta de datos sobre los resultados de las mismas. "Y además aparecieron requerimientos regulatorios de autoridades sanitarias de muchos países que exigían estudios de investigación de resultados para la cobertura y la financiación de las nuevas drogas, algo que motivó que la industria farmacéutica ingresará con decisión en el terreno de la producción de esos datos", subrayó el reconocido analista del sector.

En la industria farmacéutica es necesario tener en cuenta dos factores esenciales a la hora de desarrollar nuevos productos. Uno tiene que ver con la capacidad del personal dedicado a la investigación y el otro se relaciona directamente con las bondades de la droga que se descubre y con la infraestructura del laboratorio que la lleva a cabo. "Por eso se requiere mucha inversión en investigadores de calidad



Osvaldo Tibaudin,
director asociado de
Políticas de
Salud de
MSD.

y mucho tiempo, porque el desarrollo de una nueva droga oscila entre los 8 y los 12 años", explicó Tibaudin.

"Esto deja en claro que la industria farmacéutica es de alto riesgo porque a partir de 5 o 10 mil sustancias, en 12 años, se puede llegar a conseguir sólo una droga que llegue a las farmacias y que puede ser accesible al público en general", añadió el especialista.

En ese sentido, Víctor Rodríguez, gerente de Farma Política de Novartis, precisó que aproximadamente de entre 5 mil o 10 mil compuestos sintetizados sólo entre 5 y 7 llegan a la fase de desarrollo y que de cada 5 o 7 drogas estudiadas en humanos prácticamente una llega al mercado. Además, agregó que en el mundo se registra una inversión anual en materia de investigación cercana a los 2 mil millones de dólares, una cifra que aumenta entre un 10 y un 20% por año y que representa un 25% del total de las ventas.

"A esto se agrega que el costo del desarrollo de un nuevo producto requiere una inversión de casi 30 mil dólares diarios y que el costo total de desarrollo de una nueva droga oscila entre los 250 y los 300 millones de dólares, con un costo por día de retraso de 1,3 millones", sostuvo Rodríguez.

Estas circunstancias, agregó, "hacen que la relación costo-efectividad pueda ser una buena guía para la identificación de prioridades relacionadas con la financiación de los medicamentos". "Y por eso la política farmacéutica debe ir más allá de la tradicional regulación directa o indirecta de precios para convertirse en una política de gestión integrada del medicamento", agregó el especialista de Novartis.

Para lograr este objetivo, las políticas de medicamentos "deberían ser concertadas, estables,

transparentes y basadas en el mejor conocimiento disponible", recalcó el gerente de Farma Política de Novartis.

En relación a Novartis, Rodríguez manifestó que la compañía continúa expandiendo sus programas de investigación en América latina "gracias a la calidad de los datos provistos por los investigadores argentinos y de la región, a la evolución de los controles regulatorios y a la necesidad de los pacientes y los médicos de acce-



der a terapias verdaderamente innovadoras".

El directivo afirmó que durante el presente año el laboratorio "mantendrá su nivel de inversión cercano a los 7,5 millones de dólares" en protocolos de investigación clínica para el desarrollo global de nuevos productos e indicaciones. "Esto lo hacemos porque estamos convencidos que la industria farmacéutica, en su fase de investigación, puede ser altamente exportadora debido a la existencia de grandes centros y

de excelentes profesionales", añadió.

"En estos momentos nos vienen a buscar de otras partes del mundo para realizar investigaciones, y esto hace que esas tareas sean proclives en la Argentina, donde los pacientes volcados a las mismas puedan acceder a las últimas tecnologías", destacó el reconocido especialista de la industria farmacéutica.

"Por este motivo es necesario mejorar el cuidado sanitario y conseguir el máximo beneficio de los recursos disponibles valorando con acierto los resultados conseguidos", puntualizó Rodríguez.

Por último, el gerente de Farma Política de Novartis se refirió a otro rol que la compañía está desarrollando con fuerza en los últimos años. El mismo tiene que ver con la responsabilidad social y persigue los objetivos de consolidar una cultura de conducta ética en los negocios, asegurar condiciones de trabajo justas para los empleados, trabajar para reducir el impacto en el Medio Ambiente y comprometerse con las comunidades locales.

"Este compromiso se refleja con claridad en la lucha contra la lepra, en la cual Novartis forma parte de la Alianza Global para su erradicación y aportó, durante el período 2000-2006, una terapia de alta calidad valuada en 34 millones de euros, o en el compromiso de la compañía en la lucha contra la malaria y otras patologías que demandaron en el último año una inversión aproximada de 570 millones de dólares para llegar a 4,25 millones de pacientes en todo el mundo", remarcó por último el directivo de Novartis. □

Fuente: Seminario "Escenarios para la Salud en el 2007"

Para rendir en el trabajo, se necesitan buenas defensas.

Protegemos y prevenimos los intereses del prestador de salud.

SCC Secchi, Calvo, Costa & Asoc.
ABOGADOS

Lavalle 900, 3° "A", Ciudad Aut. de Bs. As. (C1047AAR) | 011 4393 1976 - 4394 3440 | estudio@secchicalvocosta.com.ar



A raíz de los incrementos salariales y de los insumos.

En busca de mejores aranceles

Las entidades representantes de las redes prestadoras de servicios de terapia de sustitución renal manifiestan la preocupación de sus asociados por la falta de reconocimiento del INSSJP y otros financiadores oficiales de los mayores costos de prestación.

La Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia de Sustitución Renal y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, entidades que representan a las redes de servicios de diálisis que atienden a más del 95% de los pacientes en tratamiento de nuestro país, manifestaron su preocupación por la falta de reconocimiento del Pami y otros financiadores oficiales de los mayores costos derivados de los incrementos salariales en el convenio colectivo que encuadra a la actividad.

"Las nuevas condiciones del Convenio Colectivo de Trabajo número 108, vigentes a partir de diciembre de 2006, impactan en forma significativa en los costos de producción de los servicios", remarcaron las entidades a través de un comunicado conjunto.

"Conforme a las leyes vigentes, los Centros y Servicios de Diálisis han dado cumplimiento a esta disposición siguiendo las prácticas de conformidad ética y legal que siempre han caracterizado al sector", destaca el comunicado.

"Se suman al impacto del Convenio Colectivo los aumentos en distintos rubros, como alquileres, servicios e insumos específicos y generales donde algunos de ellos, como el caso de la energía eléctrica, están también regulados por el Estado", agrega.

Ambas entidades manifestaron su consternación ante la pasividad mostrada por el Pami para incorporar en forma inmediata en el módulo el aumento otorgado a los trabajadores que hacen posible el desarrollo de esta actividad. "Y más cuando mediante resolución Pami 120/07 se le otorgó a la totalidad de las redes prestadoras de servicios de asistencia médica de los niveles de atención I, II y III ("cápitales") un incremento del 25%, reconociendo en el acto resolutivo la incidencia del costo salarial en las prestaciones de salud", indica el comunicado.

"No se comprende ni comparte el diferente tratamiento que se le brinda a los prestadores de servicios de terapia de sustitución renal, y esta demora sin explicación configura una situa-

"Las nuevas condiciones del Convenio Colectivo de Trabajo número 108, vigentes a partir de diciembre de 2006, impactan en forma significativa en los costos de producción de los servicios."

ción que podría ser interpretada como abusiva, de posición dominante, a sabiendas de que la responsabilidad médica y principios éticos que animan al sector lo inhibe de adoptar medidas que impliquen discontinuar la atención de pacientes", advierte el comunicado elaborado por las dos entidades.

"Nuestro país se ha caracterizado por su buen nivel de accesibilidad a los servicios y por no hacer ningún tipo de diferencias por la fuente de financiamiento de las prestaciones brindadas a los pacientes", aseguró por su parte Guido Yagupsky, titular de la Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia Renal.

"La demora en el reconocimiento de valores actualizados nos resulta inexplicable y es evidente el impacto que hemos tenido en los costos de la prestación, que por ser soporte vital para los pacientes, sólo puede brindarse



CAMARA ARGENTINA DE
SERVICIOS Y PRODUCTOS
DE TERAPIA RENAL



CONFEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE DIÁLISIS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



con alta calidad y sin interrupción”, agregó el directivo de la Cámara.

Intentando una negociación racional y con respaldo técnico, ambas entidades encomendaron a la Universidad Torcuato Di Tella la elaboración de un estudio independiente que refleje los costos de prestación de este tipo de servicios. Los resultados arrojaron una diferencia del 25% con

“La demora en el reconocimiento de valores actualizados nos resulta inexplicable y es evidente el impacto que hemos tenido en los costos de la prestación.”

los valores actualmente reconocidos por el Pami y aún mayor en el caso de otros financiadores públicos.

La actividad es altamente demandante de mano de obra capacitada, tal como médicos nefrólo-

SOBRE LA PATOLOGÍA

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que afecta a 1.8 millones de personas alrededor del mundo. Constituye la pérdida de la capacidad del riñón de eliminar el exceso de agua y toxinas del cuerpo, entre otras funciones. Cuando esto sucede, es necesario realizar el trasplante de un riñón de donante sano o el reemplazo de la función utilizando un “riñón artificial”.

En la hemodiálisis, la sangre pasa por un filtro especial de material sintético, eliminando agua y toxinas, en un proceso extracorpóreo controlado por una máquina de diálisis bajo supervisión médica. El procedimiento es realizado tres veces por semana durante cuatro horas.

En la Argentina hay cerca de 25.000 pacientes en diálisis. La rehabilitación y calidad de vida ha mejorado significativamente en los últimos años por el avance de la tecnología y la nefrología y por el prestigioso nivel de los profesionales locales.

gos y de otras especialidades, personal de enfermería, asistentes sociales, nutricionistas, psicólogos y otros integrantes del equipo de salud, y se estima que el sector emplea a más de 7.000 personas en Argentina en 460 Centros y Servicios de Diálisis y varias plantas de producción de insumos.

Por este motivo, el atraso en los valores, según Hugo Ledes-

ma, titular de la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, “lleva mucho tiempo y los márgenes de la actividad son mínimos, algo que no nos permite absorber estos mayores costos”.

“Nuestra vocación es continuar prestando los servicios, pero creemos que nos están llevando a una situación límite que puede afectar a todos”, agregó. □

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Capacitación
- Defensa en juicio
- Seguros
- Cobro a financiadores
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento “on line”

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com





A qué se deben los excelentes resultados sanitarios de Costa Rica

Por Carlos Vassallo (*)

Hay algo peor que comparar el desempeño de sistemas que es no poder comparar por carencia de información. Este principio puede ser aplicado a diferentes ámbitos pero en este caso nos interesa explorar las posibilidades que tenemos que aprender de otros sistemas de salud, de su origen, evolución y características de funcionamiento.

Si logramos aislar las características políticas, históricas y sociales de cada país podremos explorar y analizar, y en definitiva comparar cómo han hecho para obtener mejores resultados sanitarios, más eficiencia en la utilización de los recursos y equidad en la distribución y acceso.

El caso que nos ocupa es el sistema de salud de Costa Rica. Qué tiene de especial Costa Rica para la Argentina. En primer lugar explicar a que se puede atribuir 74 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 79 en mujeres (similar a EE.UU. y Chile, por detrás de Canadá y por delante de Cuba) es un país de 4,5 millones de habitantes.

Las primeras respuestas que uno puede encontrar son que resultan importantes algunos aspectos geográficos, políticos, económicos y sociales: a) el tamaño del país, b) homogeneidad de la población, c) alto índice de alfabetismo, d) distribución del ingreso y e) tamaño del mercado formal de trabajo (segunda tasa más alta de trabajadores asalariados en su fuerza de trabajo). Estos factores han sido claves además para favorecer la estabilidad política y la democracia.

Intentando profundizar un poco más sobre los resultados, Vicente Ortún Rubio y un grupo de profesionales de Costa Rica, nos ayudan enumerando algunos hechos claves para la explicación que estamos buscando:

- a) la supresión del ejército en 1949,
- b) el impuesto sobre la renta introducido por un latifundista cafetero,
- c) la ausencia de minerales (oro y plata) hizo que se tuviera que trabajar,
- d) el que los segundones (segundos hijos) se afincaran en el Valle Central, en lugar de seguir una carrera religiosa, sin que aparecieran diferencias entre ricos y pobres,
- e) influencia de los polacos (judíos venidos en la Segunda Guerra Mundial),
- f) homogeneidad social y cultural, (sólo 3% de indígenas),
- g) idiosincrasia del país: forma de bautizar la ignorancia en el mejor de los casos -o de consolarse

de las deficiencias individuales apoyándose en las supuestas virtudes del colectivo- en el peor.

Costa Rica no se escapa de la regla general de la reforma de los sistemas de salud, *rumbo claro, consensuado y con cierta permanencia*.

Costa Rica tiene un gasto en salud por habitante más bajo que el promedio de aquellos países con esperanza de vida al nacer similar, lo cual estaría indicando a priori que el modelo de gestión no es menor al momento de considerar los factores. El gasto en salud en 1998 expresado en dólares americanos y ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) fue de u\$s 528 lo que resulta un monto muy inferior al registrado por el promedio de los diez países con una esperanza de vida inmediatamente superior (u\$s 3.354 dólares en promedio) y al correspondiente a los diez países con esperanza de vida inmediatamente inferior (u\$s 822 dólares en promedio) (OMS, 2001).

La predominancia del gasto público en salud es clave y ha tenido un rol incuestionable en la gestión estratégica, prácticamente se reconoce por consenso que bajo ningún otro esquema de gobierno, Costa Rica hubiera logrado los progresos e indicadores en materia de salud, con los que cuenta en la actualidad.

La historia, la evolución, nos permite comparar y para ello nada mejor que intentar ver por dónde andaba Costa Rica desde los años cuarenta en materia de salud.

1941 - el gobierno creó el Fondo de Seguridad Social de Costa Rica con el fin de brindar cobertura para enfermedades relacionadas con la maternidad y fondos de pensiones para los trabajadores asalariados urbanos.

1961 - se expandió la cobertura a toda la población en un período de 10 años pero su implementación se retrasó una década (este compromiso rompe con los principios doctrinales bismarckianos que caracterizaban el seguro social, que sólo cubría a los trabajadores asalariados).

1971 - una ley exigió la extensión de la Caja Costarricense de Seguro de Salud (CCSS) para brindar cobertura universal.

1973 - transferencia de todos los hospitales del Ministerio de Salud al CCSS obligando a éste a prestar atención a la salud de los sectores más pobres de la población.

1973 - se estableció un plan nacional de salud con un horizonte bien definido de trabajo tanto para el MS como para la CCSS. De este modo el MS quedó obligado

ANEXO 1

Médicos empresarios: 630 empresas privadas contratan a un médico y le dan una oficina y una enfermera. Los médicos tuvieron que competir por los puestos asalariados dentro de las empresas y su rol es servir como filtro hacia los servicios especializados y como agente de orientación del paciente.

Medicina mixta: la persona asegurada escoge un médico entre los que se encuentran inscritos en el programa y paga por los servicios. Esto puede ahorrarle recursos al sistema si los beneficiarios se enrolan con los prestadores más económicos.

Estos dos programas reciben apoyo de la Caja. Durante el período 1986-87 estos dos programas alcanzaron el 7% de la población, utilizando menos recursos diagnósticos, rayos e incapacidades pagadas.

El tercer programa es de **Cooperativas Médicas**. La CCSS firmó un contrato con dos cooperativas de salud responsabilizándolas de dos clínicas en el área metropolitana. En función de estos acuerdos la Caja construyó y entregó una clínica con un valor de 1,5 millones de dólares para que la gestione una de las cooperativas.

Esta cooperativa médica también se convirtió en responsable de la atención ambulatoria de la población de un distrito sanitario, donde la CCSS paga 30 dólares anuales por asegurado. La cooperativa presta servicios con base en un equipo de salud que cuenta con un médico, un asistente y un trabajador social para cada 3.000 - 3.500 personas. Considerando que los niveles salariales son relativamente altos, la rotación de personal es muy baja. Es un modelo de capitación en el cual el grupo de médicos, que trabajan conjuntamente todo el tiempo, prestan servicios de atención a la salud a cambio de un pago fijo per cápita que entrega el gobierno.

Fuente: André Medici (2000)

a prestar servicios de salud preventivos y el CCSS servicios curativos.

1975 - Creación del seguro voluntario. Esquema contributivo orientado a trabajadores independientes, quienes pagan una tasa de cotización parcial con un complemento del Estado. Dio acceso además a los beneficiarios del régimen no contributivo de pensiones por monto básico con subsidio del fondo de desarrollo de asignaciones familiares.

1976 - Obligación de los pensionados de la Caja Costarricense de Seguro de Salud (CCSS) y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos) a cotizar para el seguro de salud. Los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión o bien son responsabilidad directa del pensionado.

1984 - Creación de los convenios de seguro colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso, modalidad denominada convenios especiales. De igual manera, se creó un programa de asegurados por cuenta del Estado, el cual permite la cobertura de la población indigente mediante subsidio estatal.

Ya a principios de los años setenta tenía definido desde el punto de vista jurídico la universalidad, pero además había separado funciones y tanto el Ministerio como la CCSS tenían objetivos y tareas claras y definidas. El proceso se completó con la transferencia en años posteriores de la Atención Primaria a la CCSS que a su vez contrató externamente consultorios y centros de atención primaria organizados por cooperativas de médicos. (ver anexo 1)

La cobertura del sistema de salud de Costa Rica es una de las más altas de América latina (89%) de la población, cobertura que incluye servicios de medicina general, medicina especializada y atención a la maternidad, lo mismo que cirugía, hospitalización, servicios de laboratorios, atención dental, ciertos servicios de optometría y medicamentos para los asegurados (y pensionados) y sus dependientes (hijos/ y esposas).

Durante los años ochenta la economía de Costa Rica se vio sometida a las pésimas condiciones económicas que asolaron a América latina (En 1981 la tasa de inflación fue del 81% y la devaluación 320%). Crecimiento de la deuda y recesión económica se encargaron de reducir la capacidad del gobierno para cobrar impuestos y el país se vio obligado a producir recortes y ajustes.

Se comienza a transferir parte del sistema prestador de salud al sector privado y en particular según menciona André Medici la CCSS desarrolló tres programas: médicos empresarios, medicina mixta y cooperativas médicas, que se explican en el anexo 1.

Durante los años noventa se ponen en funcionamiento 87 áreas de salud que han fortalecido la atención primaria y ampliado la cobertura básica y la calidad de los servicios provistos.

La ley de desconcentración de instituciones de salud (1998) permitió concretar la separación de las funciones de financiamiento, compra de servicios de salud y provisión.

Este proceso ha permitido consolidar el compromiso de gestión como mecanismo contractual entre el comprador (CCSS) y los proveedores de servicios (hospitales y áreas de salud) Durante el año 2001 todos los proveedores están relacionados con la CCSS mediante compromisos de gestión y se le ha dado mucha importancia a la evaluación de los mismos. (ver Anexo II)

La asignación de recursos dentro del esquema modernizador debía ser: prospectivo, descentralizado y con elementos de competitividad. Uno de los primeros avances fue la introducción de mecanismos contractuales a través de la contratación de cooperativas autogestionarias de salud sobre la base de un pago capitativo (mencionado en el aparte).

En los CG se estableció el pago de un monto histórico per cápita (para las áreas de salud) y para los hospitales el pago por actividad con base en la unidad de producción hospitalaria (clasificación de pacientes tipo GRD). Durante el año 2001 estos esquemas no se estaban aplicando y la asignación se realiza en base al presupuesto por producción con la inercia inflacionaria que los caracteriza.

La introducción de la libre elección que se propuso tomando en consideración la experiencia sueca fue a nivel de hospitales y según el informe del año 2000 de la OMS constituye un complemento adecuado de los sistemas públicos con vocación universalista.

CONCLUSIONES

Como sucede con la mayoría de los sistemas de salud en Costa Rica también existen problemas y los cambios externos e internos requieren continuas y



permanentes adaptaciones para poder mantener los logros alcanzados. Nadie se puede dormir en los laureles y hoy los principales retos que tiene el sistema son:

✓ Mejorar la información no sólo en los indicadores finales, sino en la construcción, recolección y procesamiento de datos, metodologías y análisis, cultura organizativa, normas de transparencia que regulen el acceso, disponibilidad, difusión y debate público.

✓ Fortalecer las finanzas del seguro de salud (social, público y universal) mediante estrategias que fortalezcan las finanzas de este régimen. En este sentido parece importante aislar la gestión financiera de las exigencias gubernamentales, evitando desvíos hacia usos distintos a los objetivos de mejorar la salud. Combatir la evasión y la morosidad -desde el año 2006 es obligatoria la contribución de los trabajadores independientes al seguro de salud-. Evitar que el Estado incumpla obligaciones financieras con el seguro social al no pagar ni oportuna ni completamente sus deudas. Y finalmente parece necesario establecer una cuota uniforme para todas las modalidades contributivas de aseguramiento.

✓ Mejorar la asignación de los recursos. Avanzar en modelos que vinculen recursos a producción, garantizando la viabilidad de los centros y el respeto a la legislación vigente. Pagos ajustados por riesgo en atención primaria y pago por caso cubierto (basando el costeo en las normas de atención) parecen ser los caminos elegidos. En el caso del tercer nivel se comienza a utilizar los GRD realizando ajustes que reconozcan diferencias entre unidades y ponderar las escalas de planta.

✓ Regulación del mercado de bienes y servicios de salud en el sector privado. Crear una normativa legal transparente y equitativa que permita circunscribir la actividad privada en el mercado de la salud a ciertos requerimientos mínimos. Este marco regulatorio no debe ser un paquete de ataduras sino una forma de fortalecer el crecimiento sostenible del privado, favoreciendo el interés económico particular como el interés social.

Muchos de estos temas están fuertemente vinculados con los "lazos y nudos" que hoy traban la variedad y diversidad de coberturas sanitarias en la Argentina. La realidad cotidiana nos apabulla y nos impide muchas veces pensar si es posible encontrar un esquema de solidaridad más amplio que exceda lo grupal y permita consolidar un sistema más contenedor y equitativo. Asignar bien no es suficiente, es necesario también tener un modelo organizativo eficiente y ésta parece ser la fórmula de base. □

BIBLIOGRAFIA

En el país de los ticos con las preguntas de siempre. Vicente Ortún. *Revista Economía y Salud* (enero 2001).

La reforma pendiente: introducción de la libre elección en el seguro de salud. Claudio Arce Ramírez y Carlos Muñoz Retama. Agosto 2001. Caja Costarricense de Seguro de Salud. Gerencia de Modernización y Desarrollo. Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma.

La atención gerenciada en Costa Rica. André Medici. Banco Interamericano de Desarrollo. Boletín Informando & Reformando (2000).

Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica. Ana Sojo. Serie Políticas Sociales CEPAL.

Anexo II – Compromisos de Gestión

La ley de desconcentración de instituciones de salud (1998) permitió concretar la separación de las funciones de financiamiento, compra de servicios de salud y provisión.

Este proceso ha permitido consolidar el compromiso de gestión como mecanismo contractual entre el comprador (CCSS) y los proveedores de servicios (hospitales y áreas de salud) Durante el año 2001 todos los proveedores están relacionados con la CCSS mediante compromisos de gestión y se le ha dado mucha importancia a la evaluación de los mismos.

La asignación de recursos dentro del esquema modernizador debía ser: prospectivo, descentralizado y con elementos de competitividad. Uno de los primeros avances fue la introducción de mecanismos contractuales a través de la contratación de cooperativas autogestionarias de salud sobre la base de un pago capitolativo (mencionado en el aparte).

En los CG se estableció el pago de un monto histórico per cápita (para las áreas de salud) y para los hospitales el pago por actividad con base en la unidad de producción hospitalaria (clasificación de pacientes tipo GRD). Durante el año 2001 estos esquemas no se estaban aplicando y la asignación se realiza en base al presupuesto por producción con la inercia inflacionaria que los caracteriza.

No obstante es posible mencionar que en los hospitales se registraron mejoras de la atención y aumento de la prestación de servicios y se reorganizaron procesos de trabajo vinculados con las cláusulas adicionales. Si bien cierta imprecisión de algunos términos contractuales sumado a la mala calidad de los registros de actividad y resistencias de los funcionarios impidieron medir correctamente la producción hospitalaria, en este plano la ganancia principal consistió en todo lo que se aprendió sobre el proceso y el surgimiento en la institución de una mayor conciencia respecto de los costos de las prestaciones.

Además la mejora de los sistemas de información, de procesos y procedimientos contemplados en la amplia gama de cláusulas adicionales de las áreas de salud y de los hospitales pueden considerarse un punto de partida para avanzar en la medición de desempeño y cambiar la cultura de la gestión hospitalaria.

Los sistemas públicos de salud de Chile y Costa Rica son los únicos de América latina donde el financiamiento de las prestaciones se ha condicionado al establecimiento de contratos o compromisos de gestión con los proveedores públicos, se avanzó de esta manera en la conformación de cuasimercados surgidos de este proceso de negociación.

Los contratos no proporcionan únicamente un marco explícito en cuyo seno se derivan evidencias empíricas sobre las formas de organización (y por consiguiente son la fuente empírica básica para probar hipótesis sobre organización) sino también *pistas e indicios sobre la forma mediante la cual las partes de un intercambio estructuran formas de organización más complejas* (Douglass North).

(*) Carlos Vassallo – Director Laboratorio de Gestión en Salud (LGS) y Coordinador del Seminario en Costa Rica "Claves del aseguramiento de la Salud".

NOVEDAD

**La nueva forma de informarse
sobre medicamentos**



FARMANUARIO

- **Obra objetiva, independiente, de rigor científico con criterio médico práctico.**
- **Escrita por un equipo multidisciplinario de médicos, farmacólogos y bioquímicos dirigida a profesionales de la salud.**

Incluye sin costo adicional acceso por Internet a las Bases de Datos y a la descarga de Farmanuario PC

En venta en todas las librerías o por el Tel. 4373 0081



buenafuente.com

RECORTES de prensa

Recortes de Prensa Buena Fuente es un servicio que suma la última tecnología en análisis de información al trabajo de periodistas especializados, para lograr una herramienta única en su tipo. Es un material de consulta elegido por especialistas del área de seguros, la economía, la política, el ámbito empresarial y el sanitario, entre otros.

Nuestro equipo periodístico selecciona diariamente noticias publicadas en más de 200 medios informativos de todo el país y del mundo, incluyendo informes diarios del Boletín Oficial.

El objetivo de Recortes de Prensa es brindar la más completa información diaria en forma rápida y de fácil lectura. De este modo usted estará actualizado e informado dentro del ámbito competitivo.



www.recortesprensa.com.ar

Montevideo 431, 4º piso - C1019ABI - Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54-11) 4371-3012 - E-mail: comercial@buenafuente.com - Internet: www.recortesprensa.com.ar





Criterios peligrosos en juicios neonatales

Por el Dr. Floreal López Delgado, abogado y asesor sanatorial.

LO QUE DEBERIA SER

Las Cámaras Nacionales de Apelaciones y los Superiores Tribunales de las provincias deberían acatar los lineamientos que surgen de los fallos de la Corte Suprema (ver "*La Corte Suprema y los médicos*")* y exigir como requisitos de la responsabilidad de profesionales y establecimientos: acto imperito, factor de atribución, relación de causalidad y daño, y en el momento de apreciar los hechos, requerir la prueba concreta del acto imperito, en forma directa o por presunciones "claras múltiples inequívocas y coincidentes" (ser la única alternativa lógica de acuerdo al contexto).

¿QUE ESTA PASANDO?

Que algunas salas de la Cámara Civil, y de la Cámara Federal Civil y Comercial se están deslizando hacia criterios, en materia de prueba, que pervierten el sistema de la Corte Suprema (que no es otro que el del Código Civil) en perjuicio del profesional, eliminando en los hechos la "relación de causalidad" acto imperito/daño, que fuerza la entrada a una virtual "responsabilidad objetiva".

El enunciado parece un poco duro, pero los ejemplos aclararán.

LA PARALISIS CEREBRAL Y LOS FALLECIMIENTOS INMEDIATOS AL PARTO

Es una patología insidiosa que afecta al 0,2% de los nacidos vivos desde que existen estadísticas (circa 1950) tradicionalmente atribuida a una ocurrencia de asfixia intraparto no subsanada a tiempo por el equipo obstétrico, mediante la práctica de la cesárea (ver "*parálisis cerebral: el mundo ha vivido equivocado*").**

Esta atribución tradicional tiene el único problema de ser estadísticamente falsa: siempre

se creyó que las herramientas diagnósticas preparto la disminuirían al permitir advertir el "sufrimiento fetal" y lo cierto es que cuando esos elementos (ecografías, monitoreo fetal) fueron inventados, su uso se generalizó y se triplicó el número de cesáreas... la incidencia se mantuvo en ese 0,2%, demostrando así que el sufrimiento fetal no era un criterio claro y que en verdad el feto ya tenía el daño cerebral antes de nacer.

Pese a ello nuestros tribunales, eluden por vía discursiva la correcta apreciación de la prueba reemplazándola por meras presunciones "poco claras y no coincidentes" y utilizando "giros verbales": aparente razonamiento que en verdad carece de coherencia lógica.

Veamos cómo funciona:

Caso I: "*Y aunque es verdad que el Cuerpo Médico Forense ... contesta que no es posible descartar ni afirmar en la especie que la dolencia de M. de los A. pudo haberse debido a un problema genético, una enfermedad metabólica o un cuadro infeccioso, es lo cierto que no media en autos elemento alguno que acredite que esto haya sido así o sobre la concreta existencia de dichas causas en este caso específico, como en cambio sí está probada la hipoxia intraparto sufrida por la niña que constituye, precisamente, una de las causas que pueden provocar la referida enfermedad. Cabe destacar que aquella demostración corría por cuenta de los codemandados, como imperativo de su propio interés.*" P. A. de R., M. y otro c. Obra Social del Personal de la Actividad Gastronómica y otros". CNFed. Civ. y Com., sala II, 2002/08/08. *Revista de Responsabilidad Civil y Seguros*, tomo 2003, Derecho Práctico p. 461.

Caso II: "A. F. y otro c. G. C. B. A." C N Civ., sala E, 2001/09/17.LL, t.2002-A, p. 634) "*A partir del dictamen pericial efectuado por el Cuerpo Médico Forense ... el sentenciante advierte que a la madre, desde su ingreso al Hospital*

Sardá, hasta que se produjo el parto con ayuda de fórceps, no se le efectuó los controles indicados para la diabetes gestacional que padecía; que tampoco se practicó sin dilaciones la requerida extracción fetal; que tal demora produjo un sufrimiento fetal y que ese sufrimiento es relacionable con el episodio asfíctico padecido por la niña a la hora de haber nacido y, a su vez, con el cuadro de coma y grave daño neurológico que desemboca en la muerte, lo que, añadido a las contradicciones que presenta la historia clínica y las correcciones que se le efectuaran, lo conducen a concluir que en el caso medió mala atención médica, que justifica el reclamo resarcitorio."

Si leemos solamente esta parte del dictamen la sentencia parece correctamente fundada, pero: *"quedó asentado que no correspondía efectuar una intervención cesárea dado que la presentación ya había descendido hasta el tercer plano, habiéndose decidido bastante después la utilización de fórceps por expulsivo prolongado -procedimiento que fuera descripto detalladamente en la hoja quirúrgica-, el dictamen establece que no estaba indicada la operación cesárea, así como que el fórceps se aplicó para el desprendimiento fetal, por falta de progresión y bradicardia, considerándose que correspondía la extracción sin dilaciones y destacándose que el sufrimiento fetal apareció en el período expulsivo, por lo que a ese fin se hallaba indicada la toma de fórceps."*

Otras partes del dictamen señalan que la madre no estaba descompensada de su diabetes gestacional por lo que todos los controles no hechos no hubieran determinado una conducta médica diferente, y que el menor no presentó los síntomas inmediatos al parto que suelen aparecer en casos de asfixia neonatal que cuando se detectó el "sufrimiento fetal" no era factible practicar la cesárea, que se aplicó el fórceps en el momento indicado y por metodología correcta.

Sólo existe una palabra de significado ambiguo el fallecimiento del recién nacido, una hora después del nacimiento **es relacionable** con el episodio asfíctico padecido por la misma, a la hora de haber nacido."

Ahora bien: que significa "relacionable"...vaya uno a saber, ciertamente no "relación de causalidad directa" ya que de existir esta última lo habría expresado con claridad, esta ambigüedad fue interpretada por ambas partes en su provecho y los camaristas, en vez de pedir aclaraciones

al perito desarrollaron el razonamiento trascripto antes y condenaron al médico .

CONCLUSIONES

Ambos fallos dicen que **no importa que la ciencia diga lo contrario**: que la parálisis cerebral es causada en un 90% por eventos preparto: si existe una conducta médica que quizás pudo causarlo, corresponde responsabilizar al médico, pese a que no existe prueba de la relación de causalidad, y el contexto clínico indica lo contrario.

Basta así la mera presunción por omisión de prueba contraria de los demandados, transformando las "cargas dinámicas probatorias" en "inversión de la carga de la prueba" los que nos lleva a preguntarnos si el ejercicio de la medicina, al menos por estas patologías no se ha transformado en una "responsabilidad objetiva" no prevista por la ley" asimilando los actos del profesional médico a los de un automotor, como si fuera una "cosa riesgosa o viciosa".

¿QUE HACER?

Llevar la historia clínica en debida forma: todo lo que falte se imputará al médico.

Extremar los pedidos de aclaraciones a los peritos hasta el punto que reconozcan claramente sus dudas y la relatividad de sus conclusiones.

Llegar hasta la Suprema Corte en casos de sentencias incongruentes.

UNA SUGERENCIA

¿Porqué no explorar la posibilidad de crear un seguro para estas patologías, desvinculado de la actuación médica y que cancele la posibilidad de accionar contra los profesionales?

Cubrir la contingencia de un niño discapacitado de por vida es socialmente útil y sobre todo aventaría la tentación subconsciente de los jueces a "solucionar el problema de la familia". □

* **Revista Médicos** N° 34

** **Revista Médicos** N° 28

Bibliografía: Material jurisprudencial extraído del artículo "Parálisis cerebral atribuible a la hipoxia intraparto. Relación de causalidad." Horacio G. López Miró (Microjuis).

Para consultas o sugerencias al Dr. Floreal López Delgado, escriba a estudiojuridico@lopezdelgado.com



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 7° piso Of: A y B Capital Federal Tel: 4373-4102 / 4373-4123
e-mail: info@aclife.com.ar





[FDAMA+PDUFA] x [R+D] = Contradicción científica

Por el Licenciado
Víctor Norberto Cerasale

"...¡Ay de vosotros, escribas y fariseos, hipócritas! Porque limpiáis lo de fuera del vaso y del plato, pero por dentro estáis llenos de robo y de injusticia."
Evangelio según San Mateo, 23:1-36. (quinta parte)

Muchas cosas suceden en el primer mundo que nos pasan de largo. Sin embargo, muchas de ellas nos afectan sin que nuestras autoridades políticas reparen en ello. Continuando con la geometría de la contradicción que ya arrastramos por nuestras propias incapacidades, veremos hoy cómo se suman y potencian con las incoherencias que provienen de naciones mucho más ordenadas y organizadas que la nuestra. Por lo tanto, esta nota pretende llamar a la reflexión.

Varias cosas se modificaron en la Food and Drug Administration en los últimos años. Algunas para bien, mientras que otras para mal. Se parte de la necesidad de los enfermos de patologías complejas para acceder a terapias que les ayude a paliar sus dolores o a modificar el curso de sus enfermedades, lo cual debe ser tenido por bueno ya que si existe una demanda cierta la misma debe tenerse por prioridad [absoluta]. Nadie puede negar a esta altura de los acontecimientos la importancia de la F.D.A. en la materia, institución que es de referencia mundial y ejemplo técnico de cualquier cosa que tenga que ver con la salud humana.

Se ha escrito y personalmente he reiterado públicamente que con las actuales normas de investigación y desarrollo de moléculas biofarmacéuticas, la insulina, la penicilina, los glucocorticoides y las primeras grandes contribuciones de las ciencias médico-bioquímicas hoy no podrían ser aprobadas. Es más, seguramente no estarían en condiciones siquiera de superar la FASE I... Lo antedicho significa que se ha dado un importante paso hacia el método científico. Eso es bueno.

No obstante ello, tal lo anticipado párrafos antes, algo cambió desde fines de los noventa que ha modificado el paisaje, muchas veces [las más] para bien, pero en otras tantas [no tan pocas] en el sentido inverso. En las ciencias aplicadas se debe proceder con sumo cuidado ya que cuando el investigador se aleja del método, favoreciendo en este caso el uso apresurado de una tecnología se puede caer en un abismo sin fin o con final impredecible (para los pacientes y por ende para los sistemas de salud).

La FDA sufrió una modernización oficial en 1977 a través de la LEY Food and Drug Administration Modernization Act, conocida como FDAMA o PDUFA II que expiró en setiembre de 2002. ¿Qué es la PDUFA?, en inglés: Prescription Drug User Fee Act, conocida en el idioma

español como Ley de Tasas de Recetas para los Usuarios de Medicamentos, elaborada con la finalidad de lograr los recursos necesarios a la FDA para asegurar que nuevos medicamentos seguros y efectivos, en proceso de investigación, lleguen a la disponibilidad pública. Esto es muy bueno.

Hoy la FDA se rige por la PDUFA III (nueva desde 2002 que actúa a la manera de enmienda: Prescription Drug User Fee Amendments) que nació como consecuencia de la LEY de Seguridad de Salud Pública y Preparación y Respuesta contra el Bioterrorismo [Public Health Security and Bioterrorism Preparedness and Response Act]. Esto es muy bueno ya que prepara y condiciona las estructuras asistenciales para aquellas cuestiones que superan la "irracionalidad" humana siempre presente y cada vez más activa.

La PDUFA III implica un importante volumen de ingresos para la FDA ya que se trata de aportes de las compañías farmacéuticas con la finalidad de incrementar los recursos humanos destinados a realizar revisiones en los procesos de investigación y desarrollo de las drogas denominadas biotecnológicas con el objetivo de NO comprometer los estándares de seguridad.

Para el lector ajeno a estas cuestiones, vale hacer algunas aclaraciones:

1. La FDAMA de 1997 contiene en su sección 112 y en la agregada sección 506 (21.U.S.C.356) las políticas y guías de procedimientos pertinentes aplicativas a productos que ameritan una "aprobación rápida", distintiva del común (aprobación rápida = fast track approvals = decelerated approvals = fast track drug development program, etc.)

2. En julio de 2004 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de la F.D.A. emitió un documento conocido como "Guidance for Industry" que incluye una descripción minuciosa de los alcances del ya mencionado "fast track drug development program", así como los alcances operativos de supervisión del CDER [Center for Drug Evaluation and Research] por una parte, y por la otra del CBER [Center for Biologics Evaluation and Research].

3. El campo de injerencia científica y de revisión del CDER es distinta al del CBER.

4. Cuando el CDER aprueba una droga lo hace a

través de la denominación NDA (new drug application) la cual es siempre específica y para un solo destino terapéutico, por lo tanto una misma molécula química podrá tener tantas NDA's como destinos terapéuticos se aprueben. Esto permite al investigador que, al tiempo que se somete a aprobación su desarrollo para un destino terapéutico específico, pueda continuar investigándose para otras aplicaciones. Muchas veces el otorgamiento de un NDA o habilitación para la comercialización no eximirá al investigador, ni al fabricante, que se continúe con evaluaciones clínicas de distinto rango, destino y aplicabilidad.

5. De la misma manera el CBER trabaja en la evaluación de moléculas biológicas que podrán o no recibir un BLA (Biologic License Application) equivalente al anterior descrito en el punto 4 aunque en este caso destinado al análisis de formulaciones complejas relacionadas con los últimos avances terapéuticos en la medicina.

En el año 2005 la FDA aprobó bajo este esquema 28 nuevos tratamientos denominados NEM's (New Molecular Entities). Obsérvese que a diferencia de lo que ocurre en nuestro medio, se hace referencia a "nuevas entidades moleculares" o "biológicos" o "moléculas biológicas" lo cual crea una gran distancia con aquellas reconocidas drogas o medicamentos de estructura netamente química.

Entre los 28 tratamientos aprobados se incluyen: 3 para pacientes afectados por distintos tipos de expresiones tumorales; 1 para inmunodeficiencias avanzadas y resistentes; 3 para la diabetes mellitus tipos I y II; 1 destinada a la artritis reumatoidea; 2 indicados para los trastornos de la sangre [incluyendo el único quelante oral de hierro, y el primero específico para tratar el trastorno de sodio en la sangre]; 2 nuevas moléculas específicas para trastornos genéticos [uno específico para los trastornos de la inmunodeficiencia primaria asociada con los defectos de la inmunidad humoral y otro para las expresiones de la mucopolisacaridosis]; 3 para el tratamiento de enfermedades infecciosas; 5 nuevas vacunas [tétanos, difteria, pertusis, enfermedad meningocócica, sarampión, paperas, rubéola y varicela]; 2 para tratar las reacciones adversas a la vacuna de la viruela; 1 medicamento destinado al tratamiento del dolor y edema asociados con la cirugía de cataratas.

Todo lo antedicho debe calificarse como "bueno" ya que se trata de aportes concretos a problemas que también lo son. Por ejemplo, los dos productos biológicos aprobados para contrarrestar reacciones adversas a las vacunas contra la viruela son consecuencia directa a posibles acciones "bioterroristas". Por un lado la vacuna inmunoglobulina [VIG] recibió aprobación para contrarrestar reacciones adversas precisas, siendo supervisada tanto el desarrollo como la investigación por el Center for Disease Control and Prevention [CDC] de los Estados Unidos de Norteamérica. La otra vacuna denominada vacuna inmunoglobulina IV es reconocida como VIGIV, derivada del plasma humano para tratar reacciones adversas raras.

En este universo positivo de investigación y desarro-

llo se encuadran drogas destinadas a tratamientos de patologías oncológicas donde muchas urgencias de los pacientes superan a las prioridades del método científico. Así es que algunas drogas, sometidas al tratamiento de aprobación rápida que reciben su "alta comercial" lo hacen esgrimiendo un NDA o un BLA donde se indica claramente (así consta en los documentos de la misma FDA, del National Institute of Health, de la American Cancer Society, etc.) que NO tienen "beneficio clínico comprobado" para el destino terapéutico para el cual han sido aprobadas, ameritando entonces nuevas y mejores evaluaciones y/o estudios.

Lo antedicho no es otra cosa que un aporte a la confusión. No en los Estados Unidos de Norteamérica ni tampoco en Europa donde los criterios médicos se ajustan al método científico genuino (verificado sistemáticamente) y a descripciones monográficas donde "todo" está expuesto no dejando lugar para la duda que deja abierto el sentido de la oportunidad que no es otra cosa que la alternativa de vida del propio paciente.

En nuestro medio, latinoamericano y tercermundista hasta el hartazgo, donde se habla de ciencia pero se gesta el negocio sin escrúpulos, lo antedicho se contrapone condicionado por el decreto 150/92 y la falta de un marco regulatorio apropiado a los tiempos que corren (cabe recordar que vamos por el 2007). Muchos pacientes limitados emocionalmente por sus angustias se ven sometidos a un "conocimiento" médico limitado o dirigido, e internet hace el resto mezclando dos peligrosos ingredientes como lo son "información" y "formación" generando un tercero denominado "presión mediática" nacida en la necesidad de escapar al dolor y la muerte, lo cual se traduce en que se administran drogas de muy alto costo sin que exista un beneficio clínico cierto, o un costo-beneficio justificable. Con ello se contribuye a un desfinanciamiento del sistema que nos protege (o debería hacerlo) sin que nadie atine a poner definitivamente las cosas en su lugar, sea esto por omisión, desidia, disimulo o mera conveniencia. Curiosamente, el mix coloca a quienes actúan responsable y comprometidamente en un plano de igualdad junto con los irresponsables y oportunistas. Si hablamos de un "país en serio"... entonces, además de expresarlo... debemos serlo. Para ello no podemos arrastrar los terribles errores inventados en la lamentable etapa de los noventa, salvo que la "caja" aún sea más importante que la "equidad".

Señor Presidente, pregunto, ¿cuándo será el tiempo político para crear una Dirección Nacional de Tecnología Biomédica, distinta de la ANMAT y efectivamente vinculante con el mundo civilizado?... □

Licenciado Víctor Norberto Corasalo, 2007-04-12 Fuentes: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA); Food and Drug Administration (FDA); National Organization for Rare Disorders (NORD); National Cancer Institute (NCI); National Institute of Health (NIH); American Cancer Society; (U.S.A.); 2005, 2006, 2007. Copyright by Corasalo, 2007. Derechos reservados. Exclusiva para Revista Médicos, Medicina Global.



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

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

www.osdo.com.ar



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

"SOCIEDAD ANONIMA"

La responsabilidad profesional es una cuestión de salud pública, que no puede ser ignorada por los que tienen a su cargo la elaboración de políticas sanitarias. Por el Dr. Juan Carlos Ferrería

La responsabilidad de los profesionales de la salud en el ejercicio de sus tareas específicas, es un tema que concierne a todos los actores del proceso de asistencia, rehabilitación y prevención. Con diferentes grados, a la sociedad en su conjunto. También se ha transformado en un negocio, con el que se lucra, y mucho.

Está íntimamente vinculada a la seguridad de la comunidad en su conjunto y de los pacientes y profesionales, particularmente.

Sin ignorar o minimizar la que les cabe específicamente a los profesionales sanitarios, debe contextualizarse en el complejo cuadro de interrelaciones íntimas que supone la relación comunidad/paciente/profesional/institución.

Hoy en día el tema de la responsabilidad de los profesionales e instituciones de la salud debe ser inseparable del tema del daño evitable en la asistencia médica.

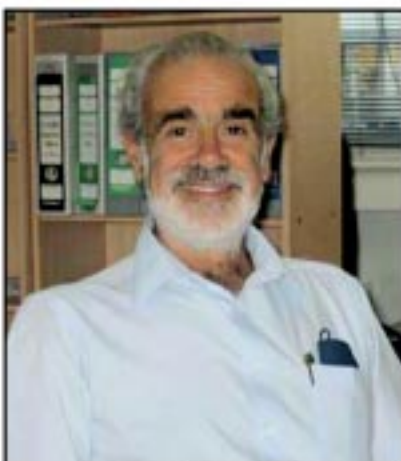
No es posible el análisis que me propongo -de otra manera, caería en simpleza o ligereza- sin plantear características que hacen a la práctica actual de la medicina.

No cabe duda que es responsabilidad de los profesionales e instituciones poner conocimiento, empeño, medios y actitud para lograr los mejores niveles de atención de la población, pero son muchos los actores, variables e intereses que intervienen para el logro de tal objetivo.

Sería insuficiente el abordaje del tema, si nos moviera sólo la "persecución" y "acoso" judicial que pesa sobre personas, instituciones y patrimonios.

A los profesionales de la salud nos vienen "enseñado" en cursos, seminarios, conferencias, escritos, etc., hasta el cansancio -a veces hartazgo- que la del paciente/profesional/institución es una relación contractual; que la responsabilidad puede ser objetiva o subjetiva; que es una obligación de medios y no de resultados; que la carga de la prueba...; que la carga probatoria dinámica...; que la acción de la pretensión civil prescribe a los 10 años...; que el beneficio de litigar sin gastos...; que etc., etc. Todo

ello podrá tener importancia al momento del reclamo pero carece de ella en la práctica diaria de la medicina, de aquellos actos capaces de generar responsabilidad.



Dr. Juan Carlos Ferrería
Médico Legista - SAN PACIFIC S.A.

Se ocuparon del tema, de manera casi exclusiva, sin limitar su campo de acción, profesionales que no tienen como función primaria la atención de la salud, llenando un espacio y tarea dejados por nosotros.

Está bien, es suficiente. Conocer los detalles técnicos de cómo será analizada jurídicamente la responsabilidad por el ejercicio de la profesión, ha demostrado ser de escasa practicidad y utilidad al momento de plantearse acciones tendientes a resguardar la seguridad de los pacientes y la responsabilidad de profesionales e instituciones.

Por el principio de "rompe paga" se pretende poner en cabeza de profesionales e instituciones sanitarias -como parece desprenderse de la legislación, doctrina, jurisprudencia y análisis sectoriales- toda la responsabilidad por las consecuencias derivadas de la atención de la salud. Ello excede los límites de la justicia y la razonabilidad e implica un mecanismo por el cual se evaden corresponsabilidades sociales, jurídicas y políticas que involucra a todos, dejando total-

mente de lado idear y ejecutar acciones destinadas a prevenir el daño evitable que hacen a la seguridad de pacientes y profesionales.

Del mismo modo carecen de razonabilidad y posibilidad de éxito, recetas -muchas veces apoyadas con entusiasmo por profesionales e instituciones sanitarias- tendientes sólo a limitar lo que se ha dado en llamar "litigiosidad indebida". Sólo parches en una realidad agujereada.

Pretender que el grave problema que aqueja a profesionales e instituciones en la actual asimétrica e injusta atribución de responsabilidades se resolverá con maquillajes legislativos o "actualizaciones" procesales (tiempo de prescripción de la acción, litigar sin gastos, etc.), implica ingenuidad y parcialidad en el abordaje del tema.

No cabe la menor duda que sería bienvenido el fin de la "litigiosidad indebida" y más que saludables cambios en las causales capaces de inducirla o fomentarla.

Pero, disminuir el tiempo de prescripción de la acción, limitar las posibilidades de litigar sin gastos, no permitirán mejorar la formación profesional de pre y postgrado, jerarquizar el trabajo médico, dis-

Responsabilidad Profesional

El Periodico de los Profesionales

Obtenga información de novedades, cursos y jornadas de su interés, especializada en la **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**

Suscribase para saber lo que Ud. necesita saber escribiéndonos a:

info@rpnews.com.ar

minuir la precariedad laboral e institucional, entre otras cuestiones centrales, que ponen en riesgo - verdadero generador de responsabilidad- a profesionales y pacientes.

SITUACIONES GENERADORAS DE RIESGO DE DAÑOS EVITABLES PARA PROFESIONALES Y PACIENTES:

1. Muerte, lesiones, complicaciones o secuelas catastróficas después de procedimientos de bajo riesgo (ej. amputaciones después de endovenas);
2. Falta de la debida información del motivo de tales resultados;
3. Resultados inesperados y/o no informados como posibles en procedimientos diagnósticos o terapéuticos;
4. Lesiones por incumplimiento del deber de cuidado (caídas de camas y camillas, escaras, quemaduras por instrumental);
5. Procedimientos a cargo de profesionales agotados y/o no capacitados;
6. Infecciones nosocomiales;
7. Oblitos;
8. Error de paciente, de lado o de nivel quirúrgicos;
9. Errores de diagnóstico (anatomía patológica, laboratorio, HIV, imágenes);
10. Altas prematuras o sin debida constancia de las indicaciones ambulatorias;
11. Falta de constancia de información y consentimiento;
12. Atención en guardia domiciliaria (servicios de emergencia que realizan asistencia clínica ambulatoria);
13. Falta de sistemáticas, guías, procedimientos, algoritmos y procesos de asistencia; atención "de pasillo";
14. Demoras y pérdidas de chance de atención en tiempo y forma;
15. Complicaciones, transmisión de infecciones y errores de compatibilidad en hemoterapia;
16. Complicaciones y errores por indicación, expendio y/o administración de medicamentos.

CUADRO DE SITUACIÓN

EN EL QUE SE DESARROLLA LA TAREA ASISTENCIAL EN LA ACTUALIDAD:

- Cambio constante de paradigmas sociales, jurídicos y éticos.
- Incremento de la conciencia social de que el daño debe ser reparado y compensado.
- Vertiginosos y continuos cambios técnicos.
- Desafíos éticos por la aplicación de los nuevos conocimientos, sobre todo relacionados con el comienzo y el final de la vida humana. Tal cambio tecnológico -que no siempre implica una sustantiva mejora de calidad prestacional- no está al alcance de vastos sectores sociales.
- Creciente sensación de supremacía de la técnica sobre la relación personal.
- Ineficacia de la interacción de los subsistemas, ausencia de adecuada planificación con evidente

inequidad en la distribución de los recursos.

- Creciente demanda de autonomía de los pacientes en la toma de decisiones.
- Ausencia de estudios sistematizados sobre prevalencia, causas y prevención del error profesional.
- Falta de interés e inversión en la prevención de eventos dañinos evitables por instituciones asistenciales y de cobertura, públicas y privadas.
- Ausencia de instancias administrativas, no judiciales, que permitan el análisis del error, de la responsabilidad profesional y la reparación de daños.
- Nueva relación paciente/profesional/institución, diferente a toda otra observada en el pasado.

PROPUESTAS

RECONOCER LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y DEL TRABAJO PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LA RESPONSABILIDAD;

DIVULGAR Y HACER CONOCER ENTRE LA POBLACIÓN -NUESTROS PACIENTES- LAS VERDADERAS CAUSAS DE ESTA SITUACIÓN;

PROPONER MEDIDAS CONCRETAS QUE SUPEREN LA PRECARIEDAD EN LA QUE SE DESARROLLA LA FORMACIÓN Y EL TRABAJO PROFESIONALES;

ESTUDIAR Y PREVENIR ERROR Y DAÑO EVITABLES QUE HACE INSEGURA LA ASISTENCIA MÉDICA;

FORTALECER EL VÍNCULO Y LA RELACIÓN COMUNIDAD /FAMILIA/PACIENTE/PROFESIONAL/INSTITUCIÓN;

INCREMENTAR LA SEGURIDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL PARA PREVENIR ACCIONES JUDICIALES INJUSTIFICADAS;

CONCIENTIZAR A PROFESIONALES MÉDICOS, DE CIENCIAS SOCIALES, POLÍTICOS, JUECES, LEGISLADORES, GOBERNANTES, DIRIGENTES E INSTITUCIONES, EN LA NECESIDAD DE PREVENCIÓN DEL ERROR Y DAÑO EVITABLE EN LA PRÁCTICA MÉDICA;

INVERTIR TIEMPO, TRABAJO Y DINERO EN EL TEMA;

PROPONER INSTANCIAS NO JUDICIALES DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS;

FORTALECER LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES.

EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES Y DE LAS INSTITUCIONES DE LA SALUD SE VE AFECTADO POR:

- a. Continua precarización del trabajo profesional;
- b. Multiempleo;
- c. Insuficiente y deficiente capacitación de pre y postgrado;
- d. Creciente judicialización de la asistencia médica;
- e. Desprotección legislativa;
- f. Rompimiento de la relación paciente/profesional, con violencia y desconfianza inusitadas

- y crecientes;
- g. Hospitales y sanatorios colapsados;
- h. Falta de tiempo necesario en la consulta médica;
- i. Desvalorización de la actividad clínica frente a las especializaciones y la tecnología;
- j. Prevalencia en las instituciones del lucro y la "productividad" sobre la calidad y la relación personal;
- k. Incumplimiento de prestaciones a las que se obligan instituciones y financiadoras;
- l. Falta de camas;
- m. Intermediación parásita en la relación paciente/profesional;
- n. Protagonismo inapropiado de administradores, gerenciantes y financiadores;
- o. Ausencia de libre elección (clientela cautiva);
- p. Insuficientes controles del estado y de las instituciones del sector salud;
- q. Indiscriminada difusión masiva de los conocimientos científicos;
- r. Inadecuada confección y conservación de registros y documentos de la asistencia.

REACCIONES

- FRECUENTES E INCONDUCTENTES- DE ALGUNOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES:

- Victimizarse sin propuestas, en este proceso de reacomodación e incertidumbre;
- Formular protestas inconducentes o propuestas coyunturales;
- Dejar las soluciones en manos de otros profesionales, que enfatizan aspectos jurídicos o económicos y no la prevención del daño evitable;
- Inexplicable y preocupante silencio y falta de propuestas de entidades científicas, académicas y gremiales médicas (a excepción de la Academia Nacional de Medicina, donde reconocidos especialistas trabajan en el tema ERROR Y SEGURIDAD DEL PACIENTE);
- Negar u obstaculizar la revisión de la actuación profesional;
- Ausencia de respuesta ante la persona víctima de un daño evitable y sus familiares.

EXHORTACIÓN

Que siempre el tratamiento de las cuestiones relacionadas con la **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**, lo sea en conjunto con aquéllas que hacen al objetivo primario de la actividad: **el cuidado de la salud minimizando al máximo la producción de daños evitables en pacientes y trabajadores sanitarios.**

Que así sea, de ahora en más, en todas las Instituciones públicas y privadas, en todas las Academias y Sociedades Científicas y Gremiales, en toda actividad docente, en toda Conferencia, Jornada, Simposio o Congreso. De esa manera, volviendo al título, colocaremos más "radares" y "controladores" para que la **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL** "vuele" con mayor seguridad.



Avances en terapias para enfermedades autoinmunes.

La ANMAT aprobó el uso de rituximab para el tratamiento de la artritis reumatoidea

Es la primera terapia selectiva dirigida a las células B que brinda a los pacientes una mejora considerable.

La Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó rituximab como la primera y única terapia dirigida a las células B para el tratamiento de la artritis reumatoidea en pacientes que presentaron una inadecuada respuesta a al menos un agente biológico anti TNF (factores de necrosis tumoral). Este subgrupo de pacientes se considera el más difícil de tratar. Rituximab (nombre comercial MabThera®) demostró ser altamente efectivo en controlar a largo plazo los síntomas de estos pacientes, con un único tratamiento de sólo dos infusiones.

Esta aprobación representa una alentadora noticia para pacientes con artritis reumatoidea, una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, dolor e hinchazón, que puede generar daños irreversibles. Se estima que 1 de cada tres pacientes no responden adecuadamente a las terapias biológicas actualmente disponibles.

Rituximab provee un enfoque completamente nuevo para el tratamiento de la artritis reumatoidea por tratarse de un mecanismo de acción innovador que ataca selectivamente las células B. Estas células juegan un papel clave en la cadena de eventos inflamatorios que desembocan en la destrucción articular que es característica en esta enfermedad. Rituximab, un anticuerpo monoclonal –el primero en su clase–, interrumpe la cascada inflamatoria deteniendo o enlenteciendo este proceso de destrucción

que puede derivar, a lo largo de los años, en discapacidad.

La aprobación se basa en los resultados del estudio REFLEX (estudio pivotal) que demostró que rituximab es altamente efectivo para controlar los síntomas y el daño articular de pacientes que no respondieron adecuadamente o son intolerantes a los tratamientos con drogas biológicas anti-TNF. Según este estudio, aquellos pacientes que recibieron dos infusiones de rituximab en combinación con un metotrexato (con un intervalo de dos semanas entre infusiones) mostraron una mejora estadísticamente significativa en los síntomas medidos a las 24 semanas, en comparación a quienes recibieron placebo. Adicionalmente, el medicamento es bien tolerado y presenta un alto perfil de seguridad.



Rituximab ya había sido aprobado para esta indicación por la FDA (Food and Drug Administration) en el mes de marzo de 2006 y por la Comisión Europea en julio de 2006. Rituximab se encuentra en el mercado desde el año 1998 para el tratamiento del linfoma No Hodgkin.

ROCHE EN EL MUNDO

Roche, con sede central en Basilea (Suiza), es uno de los grupos líderes e innovadores del sector de la salud a nivel mundial, con una fuerte orientación a la investigación. Los dos pilares fundamentales del negocio de la compañía son el farmacéutico y el diagnóstico. Con sus productos y servicios, dirigidos a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, Roche contribuye desde distintos frentes a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Roche es una de las empresas mundiales más importantes de productos de diagnóstico, el primer proveedor de medicamentos contra el cáncer y los trasplantes, y una de las compañías líderes en virología. Roche emplea a unas 70.000 personas en 150 países, y mantiene acuerdos de cooperación en Investigación y Desarrollo con numerosos socios, y alianzas estratégicas, entre las que se cuentan las participaciones mayoritarias en Genentech (EE.UU.) y Chugai (Japón).

ROCHE EN ARGENTINA

Presente desde 1930, Roche emplea alrededor de 400 personas. En el último año, el lanzamiento al mercado de productos innovadores posicionó a Roche como la primera compañía farmacéutica multinacional en el país. Líder en innovación y una de las principales empresas inversionistas en el rubro de la salud en la Argentina, el Grupo Roche destina más del 20% del volumen de ventas a la investigación y desarrollo de nuevos productos. □

Nueva opción terapéutica

Baxter presentó nuevo Factor VIII recombinante para el tratamiento de la hemofilia A

El laboratorio Baxter Argentina, una compañía líder por más de 75 años en el cuidado de la salud, presentó una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la hemofilia A: Advate (rFVIII), único factor VIII recombinante de coagulación, sin derivados de plasma humano.

Advate (rFVIII) es una nueva alternativa de tratamiento para pacientes con hemofilia A, la tecnología recombinante de este producto elimina el potencial de riesgo de infección, asociado a las terapias de hemofilia basadas en concentrados de plasma humano. El proceso recombinante requiere una etapa de clonación, identificación e introducción de la proteína del gen del rFVIII a células huéspedes (CHO - células de ovario de hamster), para su posterior caracterización.

Advate (rFVIII) es utilizado para el tratamiento de pacientes con hemofilia A, con el objetivo de reemplazar el factor VIII deficiente para el buen funcionamiento de la homeostasia y, además está indicado para ser aplicada ante el primer signo de hemorragia, con el fin de detenerla y evitar las complicaciones.

El desarrollo del factor VIII recombinante (rFVIII) es parte de la inversión en investigación y desarrollo del laboratorio Baxter para contribuir a una mejor calidad de vida de pacientes con hemofilia. Baxter ha

implementado tecnología de avanzada para el desarrollo de productos recombinantes desde hace 15 años aproximadamente.

El FactorVIII recombinante o Advate (rFVIII) es una nueva opción de tratamiento para los pacientes con hemofilia A. Esta tecnología recombinante marca un hito en el desarrollo de tratamientos sin riesgos de infección, eliminando la posibilidad de que se produzcan infecciones causadas por virus exógenos.

ACERCA DE BAXTER

Baxter se encuentra presente en el país desde el año 1993. Ha contribuido a la introducción de productos de alta calidad, tecnología, y servicio técnico en el campo del cuidado de la salud.

Baxter Internacional Inc., a través de sus operaciones en el mundo da soporte y brinda apoyo a los profesionales de salud y sus pacientes con terapias críticas, incluyendo cáncer, deficiencia renal, hemofilia, inmunodeficiencias, infecciones y otras serias enfermedades que atentan la salud de las personas.

Baxter es actualmente una empresa líder en la Argentina, con la satisfacción de trabajar día a día para salvar lo más preciado del ser humano: la vida. □

Farma

Bayer integra al laboratorio Schering a sus operaciones y crea una nueva división farmacéutica

Con la adquisición, Bayer pasa a posicionarse entre las 4 primeras empresas farmacéuticas locales.



Bayer S.A. Argentina anunció la creación de la nueva división Bayer Schering Pharma. Como resultado de la adquisición de Schering, Bayer en Argentina pasa a posicionarse entre las 4 primeras empresas farmacéuticas locales. La nueva división, estará enfocada en las líneas de ginecología y andropausia, cardiología y hematología, oncología, diagnósticos por imágenes, atención primaria y terapéuticos especializados, con medicamentos para enfermedades discapacitantes.

"Esta adquisición es un fiel reflejo del compromiso de Bayer por el desarrollo de nuevos productos para mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo", comenta el Sr. René Klemm, Country Head para la Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia. En el 2007 Bayer destinará aproximadamente 2,3 mil millones de euros en Investigación y Desarrollo a nivel mundial.

La compra de Schering AG, por un monto de 17.000 millones de Euros, es la mayor adquisición individual que ha efectuado Bayer en toda su historia. El negocio farmacéutico de prescripción de Bayer generará ingresos anuales de más de 9 mil millones de euros y ubicará a la compañía en el séptimo lugar en la industria farmacéutica mundial para especialidades, y, también en el séptimo puesto entre las compañías de biotecnología del mundo.

Bayer invirtió 1,9 mil millones de euros en investigación y desarrollo en 2006. Con la integración de Schering, los recursos destinados a esta área aumentaron a 2,3 mil millones de euros durante ese período. Habrá tres centros principales de investigación: en Berlín y Wuppertal, Alemania, y en Berkeley California, Estados Unidos. El grupo de investigación de Berlín asumirá el liderazgo de diagnóstico por imágenes, oncología y ginecolo-

BAYER: SCIENCE FOR A BETTER LIFE

Bayer es una empresa multinacional con competencias clave en los ámbitos de la salud, la nutrición y los materiales de altas prestaciones. Con sus productos y servicios, la empresa quiere ser útil a la humanidad y contribuir a mejorar la calidad de vida, creando al mismo tiempo valor a través de la innovación, el crecimiento y una elevada rentabilidad. El Grupo se adhiere a los principios del desarrollo sostenible, así como a los del civismo empresarial, tanto social como ético. Así, la economía, la ecología y el compromiso social constituyen metas de igual rango dentro de su política empresarial. Con sus 106.000 empleados, en el ejercicio 2006 Bayer facturó alrededor de 29.000 millones de euros, realizó inversiones por valor de 1.700 millones de euros y su presupuesto de investigación y desarrollo se cifró en 2.300 millones.

gía/andrología, en tanto Wuppertal será el núcleo de la investigación de la compañía en cardiología. □





Conmovidos por un hecho doloroso

Por el Dr. Jorge Gilardi
Presidente de la Asociación de Médicos
Municipales de la CBA

El 7 de abril se conmemoró nuevamente el Día Mundial de la Salud. En esta ocasión especial, siempre propicia para el reconocimiento, cabe destacar recientes logros de nuestra lucha gremial pero también un profundo dolor en la sociedad.

En primer lugar, la reciente firma de las actas paritarias en las cuales se resuelve, por la vía de la negociación, mejoras en la condición salarial y laboral de los pediatras a domicilio y médicos de cabecera, arribando a feliz término una situación cuya resolución venía postergándose innecesariamente.

En segundo lugar, la firma del acta de acuerdo entre el Ministerio de Salud, la Asociación de Médicos Municipales y la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Anestesiología de Buenos Aires, se constituye en un hecho gremial, sin precedentes, dado el urgente requerimiento de contar con suficientes y calificados médicos anestesiólogos en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Pero además, en la suscripción de este acuerdo se logra consenso y se avanza sobre los siguientes puntos: al aumentarse en un número de aproximadamente cincuenta residentes por año, se asegura una mayor cantidad de anestelistas cubriendo cargos en los hospitales públicos.

Se eleva a cinco años la residencia para la especialización de los anestelistas; un recurso crítico para el sistema de atención. Después de finalizada la residencia, el profesional deberá prestar servicios por un año, en el hospital público.

El llamado a concurso para cubrir 160 cargos de médicos anestesiólogos es testimonio de esta resolución adoptada por las instituciones partícipes del acuerdo, y resulta un hecho auspicioso de cara a resolver un problema endémico para los hospitales de nuestra ciudad.

El reciente Día Mundial de la Salud también debe hacernos recordar que la salud no es sólo ausencia de enfermedad sino es el logro de adecuados niveles de bienestar psicológico y del aseguramiento de las condiciones sociales propicias para quienes forman parte de ella.

Infelizmente, este aniversario se conmemora en un momento en el que nuestro país se ve estremecido por un suceso ominoso, que obliga a repensar nuestros supuestos acerca de lo que significa una convivencia civilizada.

El episodio impacta sobremanera, y no excluyentemente, en el gremio docente y afecta a toda la sociedad que en su gran mayoría, se movilizó para repudiar el hecho y gritar otro nunca más en la República Argentina.

Si ningún hecho socialmente significativo puede ser comprendido aisladamente, menos aún en casos como éste en donde se trastocan todos los supuestos institucionales que rigen el orden social: el policía que debe proteger, mata impunemente al maestro, a quien confiamos nuestros hijos para poder ser parte activa y fundante de esta sociedad.

Como ocurriera ya en otras situaciones que condensan lo aberrante, la sociedad repudia en el crimen o en el hecho delictivo la sensación de hartazgo ante la impunidad y ante la violencia instituida como una cuestión natural.

Cuando las instituciones regresen a su actividad habitual, nada volverá a ser idéntico el día después del dolor: la sociedad registró el impacto y el significado del lamentable episodio y reaccionó en reclamo de paz y justicia.

Porque las demandas no pueden ser desoídas impunemente cuando alcanzan la intensidad de un reclamo masivo, es allí cuando más se necesita ampliar las fronteras del diálogo como contrapartida de lo sucedido.

Por eso, este Día Mundial de la Salud representa para nosotros una fecha opacada por el dolor de hallar a una sociedad indignada por lo inconcebible, pero a la búsqueda de alternativas de convivencia más seguras, más justas, más merecidas para cada una de las personas que forman parte de ella.

Este Día Mundial de la Salud debería servir, entonces, para testimoniar el reclamo de la sociedad entera para evitar que la violencia y el horror regresen una vez más a la República Argentina. □

PALABRAS



Una casa blanca con techo de tejas rojas. Está situada en el medio de un barrio de esos en que todas las casas son muy parecidas. Tal vez hayas vivido en uno, pero si no la recuerdas, seguramente la conociste en esa película de Tim Burton. Pero primero hablemos de la casa. Además de ser blanca y con tejas rojas, tiene cuatro ambientes y un pequeño jardín en el fondo. Aquí vive la familia Simonetti, papá Rubén, mamá Silvana y los chicos, Marcos, Vané y Pablo. Ellos, Rubén y Silvana, siempre soñaron con tener una casa como esta. Y parece que los sueños se les cumplen. Porque primero soñaron con ser novios, más tarde con ser marido y mujer, tener una pequeña casa, después con el primer hijo, soñaron con tres hijos y una casa. Igual a esta. Podemos afirmar que fueron los arquitectos de sus propios sueños. En el frente vemos dos amplias ventanas sin rejas, pero las cortinas blancas no dejan ver qué pasa adentro. Al menos claro, que siguen las corra. Acción preferida del más grande de los hijos, aunque le sigan diciendo Marquitos. Ese que puede pasar horas frente a la ventana y aunque parezca que mira para afuera, en realidad está mirando para adentro. De él mismo, por si no queda claro. Vanesa como toda hija mujer es la preferida de papá, aunque sus llantos conmueven a todos los vecinos. Y sabiendo eso, ella lo utiliza para conseguir todo lo que quiere. Desde una muñeca nueva, hasta una muñeca nueva o una muñeca nueva. Pablo, el menor, es el que los vecinos llaman "el malcriado" o "el gordito". El primer apodo puede estar referido a que empiece como empiece, siempre tiene la habilidad para terminar haciendo lo que quiere. El segundo es más notorio a la vista. Los culpables para que haya surgido este apodo, son claramente tres: mamá Silvana "la repostera" del barrio y por supuesto la bocota y el estómago a toda prueba de Patito. Y como estamos hablando de la familia, no podemos olvidarnos de las mascotas. Empezando por Chicho, el perro más querido no sólo por la familia sino por todas las familias del barrio. Un perro que no hace sus necesidades en cualquier lado, que no huele donde no tiene que oler, un perro que no persigue gatos. Un perro ejemplar. Aunque si no hace todas esas cosas, ¿sigue siendo un perro? No importa. Lo que sí importa y sabemos, es que gracias a ser como es, cuando muera, es posible que para recordarlo aún más, se inaugure un monumento en su memoria. Obviamente debajo de algún árbol en la plaza principal del barrio. La otra mascota, desconocida para el resto del barrio y a veces hasta para los propios integrantes de la familia es Luz, o también conocida como la tortuga más lenta del mundo. No sólo para caminar, sino también para comer. Una hoja de lechuga puede durarle entre tres y cuatro meses. Pero a ella no le importa lo que digan, ni tampoco las críticas en su contra, ya que es sorda de nacimiento. Lo más lindo que tiene la casa es el jardín. De esos que se mantienen verdes todo el año. Con muchísimas flores de colores, con un pequeño árbol en el fondo, justo al lado de la parrilla. Esa en la que una vez por semana, más o menos, se cocinan unos asados monumentales. Rubén es un entendido en esto de hacer asados. Nunca se le arrebató ninguno de los cuatrocientos cincuenta y dos asados que hizo en su vida. "Ni siquiera el primero", se jacta él. Nunca le quedó crudo un pedazo para él que no lo quiere crudo. Siempre es perfecto. Pero el que comió más de un asado en su casa sabe cuál es su tendón de Aquiles y son muy, pero muy pocos los que lo saben. Y la verdad no soy quién para revelarlo. Pero puedo contar otras cosas. Cosas que pasan en este barrio de casas bajas. De casas que si no fuera por la numeración, no se podrían identificar desde afuera. Con calles idénticas, con veredas idénticas, con árboles, pájaros, palomas, autos, hasta actitudes idénticas. Los martes, las mujeres mayores del barrio se juntan en alguna casa a jugar a algún juego de mesa. Los miércoles los chicos jóvenes se juntan a jugar al fútbol. Los jueves los hombres casados se juntan a beber en el bar de la esquina y los domingos a beber y a ver fútbol. Las mujeres casadas utilizan estos dos días para criticarlo que hacen sus maridos cuando están y cuando no están en sus casas. Si pensás qué hacen los solteros del barrio, la respuesta es nada. No porque no hagan nada, sino porque en este barrio no hay solteros mayores de dieciocho años. Cualquiera que tenga dieciocho años tiene dos posibilidades, casarse o exiliarse del barrio hasta que esté casado o casada. Justo hoy en la casa de al lado de la familia Simonetti, se festeja el cumpleaños dieciocho de Martita, la hija de Roberto y Marisol. Los vecinos más queridos. Esos con los que compartís mucho más que el azúcar. De esos con los que uno va de vacaciones, va a hacer las compras, va de acá para allá. Esta noche de cumpleaños, Martita prometió una sorpresa. Y además de los globos de colores, las gaseosas, los sandwiches de miga, las cervezas, los palitos y chizitos, las risas, la torta y la música, todo el barrio está en esa fiesta. Se rumorea que la sorpresa viene después de las velitas. De pronto se apagan las luces, se corta la música y aparece una torta con dieciocho velas encendidas. Empezamos a escuchar la canción del feliz cumpleaños. La vemos a ella frente a la torta, los deseos, el soplo y el anuncio: "Estoy embarazada de Rubén, nuestro vecino y nos vamos a casar". Estos son de esos vecinos, que no te vas a olvidar nunca más. Como una foto.

DECÍ MUCHO.

En nuestro banco de imágenes vas a encontrar la foto que buscás en el momento que la necesitás. Para que tu trabajo solo sea encontrar una mejor idea.



Queremos estar cada vez más cerca

En OSPe brindamos una sólida cobertura prestacional integrada por redes propias y asociadas, sin restricciones ni complicaciones.

Contamos con 20 delegaciones y trabajamos día a día para seguir inaugurando nuevas en diferentes puntos del país.

0-800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar



Comprometidos con la
salud y el bienestar