



Opinión

La gestión
hospitalaria

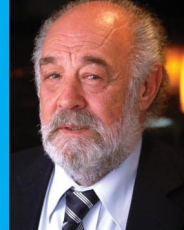
Por el Dr. A. Sánchez de León



Debate

La Agencia:
¿una utopía?

Por el Dr. Rubén Torres



Columna

La buena semilla
requiere tierra fértil

Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

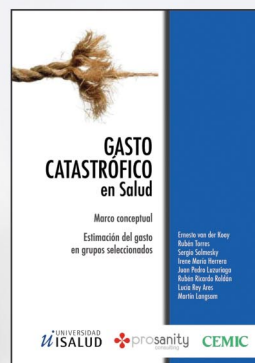
Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XX. N° 106. Setiembre 2018

INFORME ESPECIAL EL GASTO CATASTRÓFICO en Salud

Estimación del gasto
en grupos seleccionados



**ESTAR BIEN
ES LO PRIMERO**

 **GALENO**



**CUIDAMOS LOS VIAJES
DE TUS AFILIADOS**

 **universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo



universal-assistance.com





La **red** de emergencias médicas
más grande del país

Más de **700 empresas**
de emergencias médicas



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS



OAA_v

IONet

www.sifeme.com

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



/obrasocialferroviaria



@OsfePrensa

Conocé nuestros beneficios

- » **PAÑALES GRATIS** LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA
- » **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS DE ADICCIONES**

- » **COBERTURA DE LA MEDICACIÓN AL 70% o 100% EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS**

WWW.OSFE.ORG.AR

Estados Unidos 2859/63 (C1227ABU)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4127-7700

0800-333-3313

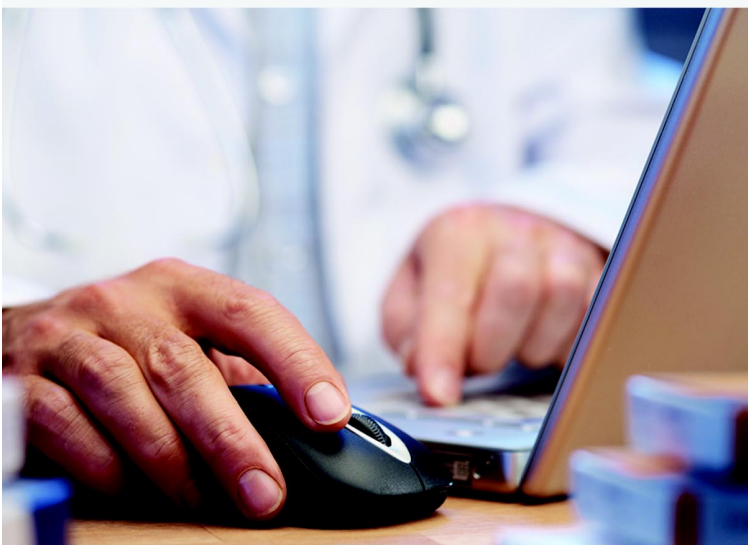
Centro de Gestión y Atención Telefónica
(días hábiles de 9 a 18 hs)

osfe Obra Social
FERROVIARIA

GESTIÓN Y TRABAJO
AL SERVICIO DE LA SALUD



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.

andar

*Su salud, **nuestro compromiso.***

PLANES DE SALUD

Empleados en Relación
de Dependencia,
Monotributistas
y Particulares

0810-345-0184

ASESORAMIENTO COMERCIAL

0800-345-26327

CALL 24 HS.

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

 www.andar.org.ar

   andarobrasocial

  Mundo Viajante

en cada latido



SSSALUD

Más cerca de tu Salud



*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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

**“YO ELIJO TENER
SIEMPRE CERCA
UN CENTRO MÉDICO
DE CALIDAD”**

*Saludable
mente*

**ELIJO LA RED
DE SERVICIOS MÉDICOS
MÁS GRANDE DEL PAÍS**

150.000 PROFESIONALES DE TODAS LAS ESPECIALIDADES
15.000 CENTROS MÉDICOS
500 PUNTOS DE ATENCIÓN
PLANES PARA CADA NECESIDAD

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



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada



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
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLO
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

BYNET Web Design
E-Mail: info@bynet.com.ar
Web Site: www.bynet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Adagraf Impresores S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

GRAGEAS 12

ACUDIR 14
Atención Prehospitalaria: Más del 50% de las consultas son por dolor

OPINIÓN 16
Cómo avanzar en acceso y equidad en el Sistema de Salud
Por el Dr. Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS

VOCES 18
La Corte Suprema marca el camino
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

OPINIÓN 20
No abandonar al que cuida
Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

OPINIÓN 22
La teoría de los dos hemisferios y el cuerpo calloso
Por Dr. Antonio Ángel Camerano - Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud y Doctorando de la UBA

COLUMNA 24
La buena semilla requiere tierra fértil
Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)

INFORME ESPECIAL 26
Gasto catastrófico en salud en la Argentina: estimación para grupos seleccionados

COLUMNA 30
Nuevos dispositivos médicos
Entre la efectividad, el costo y el mundo real
Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Magíster en Economía y Gestión de la Salud

DEBATE 32
La Agencia: ¿una utopía?
Por el Dr. Rubén Torres - Rector de la Universidad ISALUD

OPINIÓN 34
La gestión hospitalaria
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública

COLUMNA 36
Enfrentando estos tiempos de cambios
Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA

DEBATE 38
¿Realmente sirve la consultoría en salud corporativa?
Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson

OPINIÓN 40
Una Agencia de Evaluación de Tecnologías al servicio de la cobertura universal en salud
Por el Prof. Carlos Vassallo - Profesor Titular Salud Pública - Universidad Nacional del Litoral

COLUMNA 42
El riesgo aceptable en el cuidado de la salud
Por Fernando G. Mariona - Abogado - Director de TPC Compañía de Seguros

COLUMNA 44
¿Es sostenible el actual modelo de atención?
Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC

COLUMNA 46
Aborto: la inconveniencia de intentar satisfacer a los extremos
Por el Dr. Floreal López Delgado - Abogado y asesor sanatorial

LA MEDICINA EN EL CINE 48
El hombre elefante - (David Lynch - 1980) - Síndrome de Proteo

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

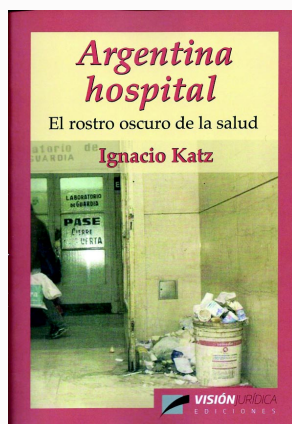


**ESTAR BIEN
ES LO PRIMERO**



GALENO

Reedición de: *Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud*



Por el Dr. Ignacio Katz

Al volver a publicar este libro, lamento corroborar el concepto que afirma que *la historia es siempre contemporánea*. Pues el profundo descalabro material y espiritual que viví como interventor del Hospital Posadas, entre febrero de 2000 y noviembre de 2001, continúa intacto hoy en día. La lista de conflictos, paros, reclamos y crónicas de las pésimas condiciones que persisten en el hospital resulta penosamente larga y repetitiva.

Incompetencia y corrupción son las causas primarias de esta enfermedad hospitalaria, cuyos síntomas sobresalientes están dados por la dupla de *carencia y derroche*, y que la precipitan a un colapso institucional. En definitiva, el Posadas no deja de ser una metáfora, o más bien, un botón de muestra del *asistema* que padecemos. El presente libro enfoca el microscopio en el virus y muestra con detalle el funcionamiento del caos desde adentro.

Pero el desencanto y el desasosiego no deberían rendirnos en la tristeza, sino impulsarnos a redoblar esfuerzos y a tener templanza para no caer en lo señalado por Adorno: "cuanto más comprendo, más me cuesta involucrarme"; sino más

bien acudir a la invitación de Hölderlin: "busquemos lo que nos pertenece, por lejano que esté". Un hospital debe ser *un tecnosistema dedicado a la asistencia, docencia e investigación (tres elementos igualmente constituyentes) aplicado a la producción de salud y a la atención médica clínica-quirúrgica*. En este caso, por ser un hospital nacional, su finalidad debe pasar por cumplir su rol de nave capitana en la red regional. Red, claro, que hoy es inexistente, pero cuya creación –efectiva y no meramente enunciativa– resulta primordial.

El propósito de exponer el relato de mi micro gestión, entonces, no es quedarse en la crítica, sino **pasar a la propuesta**: la de la *integración pública-privada federal, mediante una Red Sanitaria de Utilización Pública*. Más allá de desatenciones groseras, o de mejoras puntuales, se trata de la falta de una planificación estratégica –programada y concatenada con capacidad de gestión– que responda a un mando responsable central que coordine redes de atención federal; y sobre todo de un monitoreo global para promover la mayor eficiencia médica y también económica-administrativa.

Lo esencial, entonces, es un cambio de raíz que alcance a todo el campo sanitario, pero cuya primordial finalidad redunde en mejorar la atención concreta de cada persona. Como las muchas que vi acudir al Posadas, en filas de espera que no eran filas, y que ya casi no tenían esperanza. *Lo esencial no siempre es invisible a los ojos*. No, al menos, para el que quiere ver. "Para escribir sobre algo hay que vivirlo", sostiene Juan José Manauta. Yo lo vi, lo viví e hice lo que pude por modificarlo. Este es mi testimonio. ■

Se presentó la Sociedad Argentina de Medicina del Seguro (SAMS)



Sociedad Argentina de Medicina del Seguro

La Asociación Médica Argentina (AMA) fue la anfitriona de la presentación oficial de la flamante Sociedad Argentina de Medicina del Seguro (SAMS).

"La fundación de la SAMS obedece a una serie de necesidades y desafíos relacionados con la práctica médica en la actividad aseguradora, que se entrecruza con las inquietudes de profesionales vinculados a esta actividad en sus distintas esferas: responsabilidad civil, seguros de vida, seguros de trabajo, seguros de viajero, seguros de salud, etc.", señaló Pablo Pescie, uno de sus fundadores y primer presidente de la Sociedad.

La presentación oficial contó con la participación de oradores como el doctor Ricardo Lorenzetti, presidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el doctor Ignacio Previgliano, director del Hospital Juan A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires, la doctora María Cristina Interlandi, profesional del Cuerpo Médico Forense, y el profesor doctor Miguel Galmés, presidente de la Asociación Médica Argentina, entre otros.

La SAMS fue aprobada por la Inspección General de Justicia el 13 de diciembre del 2017, mientras que la asamblea constitutiva tuvo



COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2020

Presidente: Pablo J. Pescie
Vicepresidente: Ricardo Carlesso
Secretario: Gonzalo Álvarez
Prosecretario: Jorge Reymundez
Tesorero: Jacinta Krumecadyk
Protesorero: Jorge Rincón
Vocales Titulares: Carlos Martínez, Juan Bermúdez y Roberto I. Keklikian.
Vocales Suplentes: Hugo Manso, Mario Vozza y Aixa Mathieu.

lugar el 3 de mayo último en la sede de la AMA, que la alberga científicamente y otorga sede social.

"Los objetivos de la SAMS tienen su centro en la actividad científica de formación, promoción, actualización y mejora continua de la práctica médica aseguradora", añadió Pescie.

Además, forma parte del *International Committee for Insurance Medicine*, entidad internacional que nuclea las distintas Sociedades de Medicina del Seguro del mundo.

Las reuniones se efectúan en la sede de la AMA (Santa Fe 1171. CABA) cada 30 días, convocando a todos los profesionales médicos y no médicos vinculados con la actividad aseguradora. ■



**Crecimos junto a vos,
acompañándote en cada
momento de tu vida.**

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

Atención Prehospitalaria:

MÁS DEL 50% DE LAS CONSULTAS SON POR DOLOR

"Doctor, me duele". Desde siempre, el dolor es un motivo frecuente de consulta médica. Está siempre presente, junto con otros síntomas, en el 80% de las veces que un paciente decide visitar a un profesional.



La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, su nombre en inglés), define al dolor como una "experiencia sensorial y emocional displacentera, asociada con un daño potencial o actual del organismo o descrita en términos de tal daño". Entre otras cosas, reconoce que la sensación dolorosa es una experiencia particular y propia de cada individuo; es decir, algo subjetivo, que se compone de un substrato orgánico (donde se encuentra la lesión, actual o pasada), un componente emocional y otro cognoscitivo, que darán forma a la sensación de dolor de cada persona.

"Nuestra experiencia en medicina prehospitalaria muestra que la referencia de 'dolor' como síntoma está presente en el 52 % de los casos de consulta", explica el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de Acudir. Las causas más frecuentes de dolor en estas consultas son: Cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, dolor abdominal, cefaleas y dolor torácico.

Como se trata de una experiencia absolutamente personal, es muy difícil cuantificar el dolor. Es por eso que los médicos piden a sus pacien-

tes que lo describan en una escala de 0 a 10, de acuerdo con su intensidad. El 0 es la ausencia del dolor y el 10 es el dolor máximo. Ante la confirmación del dolor, los médicos aplican diferentes estrategias. Una de las más comunes es la indicación de analgesia multimodal, que consiste en la combinación de analgésicos con otros mecanismos de acción. Con esto buscan lograr bienestar máximo con mínimos efectos adversos, aunque en muchos casos puede ser suficiente un solo fármaco. A la hora de indicar un tratamiento, los profesionales consideran la edad del paciente, el tipo de dolor, su intensidad y si tiene alguna enfermedad preexistente o asociada.

"Una situación particular que hemos encontrado es la de episodios dolorosos en los que el dolor se presenta en un contexto clínico que involucra alguna alteración en las funciones vitales del paciente y con alta probabilidad de complicaciones graves, llegando incluso a la muerte", explica el Gerente Médico de Acudir. Y cita como ejemplos a los pacientes que dicen "esta es la peor cefalea de mi vida" y presentan

cefalea con fiebre; cefalea con confusión mental; dolor de espalda con híper o hipotensión arterial; dolor de pecho con mareos o falta de aire y otras situaciones particulares. "No hemos encontrado descripción de estas situaciones particulares en la literatura médica, por eso para hacer referencia a este tipo de caso hablamos de 'dolor agudo grave' o 'dolor complicado'", concluye el Dr. Apesteguía.

Alerta por casos de Sarampión

Tras la confirmación del ingreso del Sarampión al país y la detección de nuevos casos en bebés menores de 1 año –que por su edad no recibían la vacuna–, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó una campaña para agregar una dosis adicional de la vacuna Triple Viral, que protege contra Sarampión, Paperas y Rubéola, para bebés de entre 6 y 11 meses. Esta es una estrategia preventiva que no modifica el Calendario Oficial de Vacunación.

El Sarampión es una enfermedad virósica que se contagia muy fácilmente y es una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años debido a sus complicaciones. Puede producir encefalitis, ceguera, diarrea con deshidratación y neumonía. No existe un tratamiento específico, por lo que es fundamental la prevención mediante la vacunación.

Los síntomas son rinitis, ojos enrojecidos, dolor de cabeza, manchas o erupción en todo el cuerpo, manchas blancas en la mucosa o interior de la boca, fiebre, tos o catarro. En el caso de sospecha de infección, se debe alertar inmediatamente a su médico. □



CLINICA
ITEBA

Terrada 550. CABA.
www.clinicaiteba.com.ar



MARIA WARD
INSTITUTO DE CIENCIAS MEDICAS

Av. Carabobo 1125. CABA
www.mariaward.com.ar



► Internación
Clínica - Quirúrgica - UTI / UCI

► Tomografía 24 Hs.



► Internación de pacientes crónicos



► Tomografía 24 hs.

LA NUEVA FORMA
DE IR A LA GUARDIA.
+RÁPIDA.
+FÁCIL.
+SMART.



CHECK IN GUARDIA
Chequeá cada guardia
desde donde estés
y ganá tiempo ingresando
a la fila online.

GUARDIA PROGRAMADA
Reservá tu turno online
para ir a la guardia.

VIDEO CONSULTA
Próximamente consultá
a un médico de guardia
por videollamada.

miportalclinicas.com.ar

**GUARDIA
SMART** LA FORMA **INTELIGENTE**
DE IR A LA GUARDIA.

Cómo avanzar en acceso y equidad en el Sistema de Salud

Por el Dr. Hugo E. Arce

Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS



Recientemente el Poder Ejecutivo envió al Congreso el proyecto de creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (AgNET), objetivo que —junto con la Cobertura Universal de Salud (CUS)— había sido señalado entre las prioridades, desde la primera gestión de la cartera de Salud del actual Gobierno. Los comentarios sobre la iniciativa hacen hincapié en la necesidad de contar con un organismo capaz de evaluar científicamente las innovaciones tecnológicas (medicamentos, medios de diagnóstico o terapéuticos), a efectos de aportar a la Justicia criterios objetivos sobre la conveniencia de incluirlos o no en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Habitualmente la Justicia lauda, sin otros argumentos que los de las partes interesadas, a favor del demandante. En términos macroeconómicos, estas agencias contribuyen naturalmente a incorporar nuevas tecnologías —científicamente fundadas—, pero es en estudios a largo plazo donde se demuestra su eficacia respecto a las tecnologías actuales, ya que aún con los costos agregados, a veces no se objetivan mejores resultados en las enfermedades que serían beneficiadas por esas innovaciones.

En ese marco, pese a que es un recurso institucional necesario existente en muchos países, la AgNET da continuidad a la conducta que generó el PMO. Éste, en realidad, fue elaborado en 1996 volcando un listado previo de aranceles, que regía los contratos entre Obras Sociales y prestadores, el Nomenclador Nacional, donde constaban todas las prestaciones que brindaban los servicios asistenciales. De modo que el PMO no establece prioridades, sino la *obligatoriedad* de todo lo que se *puede* hacer. Luego se extendieron esas obligaciones a la Medicina Prepaga. Pero no todo lo que se hace en la medicina implica mejoras efectivas en la salud de la población. Un extenso estudio financiado por la Fundación Gates, evaluó el desempeño de los sistemas de salud de 195 países, tomando los indicadores de mortalidad en sólo 32 grupos de patologías —incluyendo *eventos adversos* en la atención— entre 1990 y 2015 (*The Lancet*; 390: 231-66, *online* mayo 18, 2017). Los resultados son muy complejos para describirlos aquí, pero es significativo el hecho de que pudieron extraerse conclusiones validadas, con sólo 32 grupos patológicos en los que consideran que una buena atención personal induce mejoras en el curso de las enfermedades.

Ambos instrumentos —PMO y AgNET— están orientados a regular la *oferta* de servicios, con el fin de proteger las fuentes de financiamiento del Sistema, evitar gastos superfluos e innovaciones no justificadas. Formalmente el PMO parece proteger los derechos de la población con cobertura, pero en la práctica fija reglas de juego, a efectos de que el equilibrio financiero no exceda los marcos legales establecidos. Los criterios con que se elaboraron esas normas no están fundados en prioridades sanitarias, sólo ponen límites a la *demandas espontá-*

nea, sin inducir acciones de prevención y protección de la salud. Un enfoque más racional implicaría segmentar la población en diversos grupos de riesgo por sexo, edad, factores condicionantes psicofísicos y entorno socioeconómico. A partir de esa segmentación podrían establecerse criterios equitativos de protección, según la carga de riesgo acumulada, para cada grupo de enfermedades y condiciones agregadas. Con similar metodología se lleva a cabo en Chile el Plan GES (Garantías Explícitas en Salud), donde se tipificaron niveles de protección para 80 grupos patológicos, discriminando factores de riesgo agregados y cumplimiento obligatorio, tanto para servicios públicos como privados.

Por el contrario, en su formulación inicial a mediados de 2016, la CUS estratificaba las prestaciones en, una Canasta Básica de Prestaciones del sector público para sus futuros beneficiarios, y la continuidad del PMO para los que ya tienen cobertura. La presente gestión del Ministerio de Salud encontró una inteligente explicación de la CUS, como un proceso de incorporación progresiva de sectores vulnerables de la población, que desemboca ahora en la cobertura universal: atención materno-infantil en Región Norte (Plan Nacer 2004), materno-infantil en todo el país (Nacer 2007), adolescentes y mujeres adultas (Nacer+Sumar 2012), y hombres adultos (2015). En base a esta secuencia, como política de Estado tendría una racionalidad incuestionable, pero no es percibido así por la población, ni tampoco comprendido por las autoridades sanitarias provinciales. Lo que aún no se ha sabido resolver en términos de *acceso y equidad*, es que un verdadero avance hacia la *universalidad*, debería incluir acceso tanto a los servicios públicos, como a los privados que se hayan inscripto para atender a beneficiarios de la CUS.

Para el usuario de servicios públicos, la diferencia en su actual implementación, es que sería registrado con su DNI en una historia clínica informatizada, que garantizaría la continuidad de su atención en hospitales públicos y centros de salud, así como la provisión gratuita de medicamentos básicos, que desde principios del 2000 había sido provista por el Plan RemediAR, con un crédito del Banco Mundial. Pero la actitud del personal hospitalario —que la población percibe como deshumanizada y la induce a preferir servicios privados— no cambiaría: los establecimientos seguirían funcionando con la misma cultura de su antigua tradición caritativa. Debería estudiarse el ejemplo del Seguro Popular de Salud, iniciado por México en 2004, que prevé el acceso a servicios públicos y privados, inscriptos bajo estándares básicos de calidad. Es una estrategia de captación de población sin cobertura, ya sea por bajos recursos o porque trabaja en circuitos de economía informal, cuya aceptación ha crecido notablemente mediante intensas campañas educativas sobre los beneficios de la Seguridad Social. □

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



Management eficiente
que mejora las prestaciones
en el ámbito de la salud.



INNOVACIÓN

ESTRATEGIA

COMPROMISO

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoria y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión

- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos



La Corte Suprema marca el camino



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

Hace varios años que existe una queja permanente entre los actores del sistema de salud, porque la denominada "judicialización" habría producido una condena permanente de los jueces hacia los financiadores, obras sociales y prepagas, sin que sus fundamentos defensivos hubieran sido considerados debidamente por la Justicia.

En esta nota vamos a analizar un fallo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el día 23 de agosto pasado, que hace una excepción a esa creencia.

El Alto Tribunal dejó sin efecto una sentencia que condenó a OSDE a hacerse cargo de la cobertura integral de la escolaridad común de un menor que padece trastorno generalizado del desarrollo.

Los ministros consideraron que la decisión de la Cámara había sido arbitraria y que carecía de fundamentación.

En el caso se discutió si la obra social de dirección debía cubrir integralmente la escolaridad común del niño.

El pronunciamiento consideró que en la decisión judicial anterior se les habían otorgado relevancia a algunos elementos que, aunque importantes, no eran definitivos y; a su vez, había relativizado la existencia de otros que resultaban estrictamente conducentes para demostrar la improcedencia de esa obligación.

En términos concretos, no se había analizado el ofrecimiento que había realizado el financiador a los padres del menor, de trabajar en conjunto para la búsqueda de una escuela pública adecuada cercana a su domicilio, como tampoco sobre la posible utilización de los servicios de integración escolar por medio de los prestadores incluidos en su cartilla.

La sentencia sostuvo, además, que no se había considerado de modo integral las recomendaciones brindadas por la médica neuróloga tratante.

Finalmente, la Corte Suprema consideró que la Cámara había omitido toda consideración acerca de los informes emitidos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el sentido de que sus establecimientos escolares se

encuentran orientados a la integración de los niños con discapacidad, que el promedio por curso en los barrios cercanos al hogar del demandante es de 16 y 18 alumnos y existe, bajo el ámbito de la Dirección de Escuelas de la ciudad, establecimientos con gabinetes psicopedagógicos especiales para evaluar la condición del menor.

Destacamos la importancia de este fallo, porque reconoce el derecho a la salud -en este caso a la cobertura de una escuela apropiada a un niño que padece trastorno de desarrollo, en el marco de la ley 24.901-, reconocido tanto por tratados internacionales como por la propia Constitución Nacional y, al mismo tiempo, desarrolla argumentos en donde subyace la conciencia del alcance efectivo de las obligaciones de la obra social y de la finitud de los recursos.

Está fuera de discusión que el derecho a la salud, consagrado por tratados internacionales y por el art. 42 de la Constitución Nacional tiene que ser asegurado por el Estado Nacional a todos los habitantes de nuestro territorio.

Como dijimos en notas anteriores, deberíamos debatir por qué la obligación asumida internacionalmente por el Estado Nacional, por vía de la suscripción de tratados, luego es trasladada a otras personas físicas o jurídicas, en este caso, obras sociales y empresas de medicina prepaga. En otras palabras, si el Estado Nacional asume un compromiso frente a otros países, por ejemplo, el de brindar determinada cobertura de salud, debería ser el propio Estado Nacional quien cumpliera con el compromiso asumido y no canalizar su compromiso hacia otras entidades.

Entendemos que el fallo en análisis avanza en el sentido de darle un justo equilibrio a las obligaciones de cada uno de los integrantes del sector. Así, los financiadores deben cumplir con su objeto social, es decir, brindar cobertura médico-asistencial a sus beneficiarios, dentro del marco de la ley. Prestar este servicio no significa que deban otorgar cada una de las prestaciones que se les pida.

Aunque resulte una obviedad, consideramos importante recordar siempre

que los recursos son finitos y las demandas inacabables.

Resulta imposible poder llevar adelante cualquier administración de obra social o empresa de medicina prepaga sin posibilidad de ser sostenida sobre una base actuarial que pueda prever qué prestaciones se brindarán y con qué recursos se afrontarán los costos. Si la canasta de prestación se amplía permanentemente como si se tratara de una bolsa sin fondo, la cantidad de recursos necesarios para cubrirla sería imprevisible y, en ocasiones, insuficiente.

Una decisión de las mismas características ya había adoptado la Corte Suprema un año atrás, el día 10 de agosto de 2017, en la causa "M., F. G. y Otro c/ OSDE s/ Amparo de salud", cuando revocó una sentencia de Cámara porque consideró que había omitido ponderar que no había diferencia relevante entre escuelas públicas y escuelas privadas a la hora de brindar la cobertura de escolaridad pretendida por la actora.

Más recientemente, el día 14 de agosto pasado, el mismo tribunal adoptó el mismo criterio en el fallo "Recurso de hecho deducido por la demandada en la causa T., I. H., en rep. U. E. G. T. T. c/ Obra Social del Poder Judicial de la Nación si leyes especiales (diabetes, cáncer, fertilidad)", en donde la Sala II de la Cámara Federal de Apelaciones de San Martín había revocado la sentencia de la instancia anterior y, en consecuencia, hizo lugar a la acción de amparo entablada para que la Obra Social del Poder Judicial de la Nación cubriera en su totalidad el costo que irroga la participación de su hijo menor en el proyecto deportivo especial "Despertar" que se desarrolla en el Club Social y Deportivo El Progreso (Club Estudiantil Porteño) de Ramos Mejía, Partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires.

Allí, la Corte dijo *"que la sola circunstancia de que la prestación requerida resulte beneficiosa para el menor, con miras a su integración e inclusión, no justifica la imposición a la entidad prestadora de salud de la obligación de solventarla pues, con el mismo criterio, debería hacerse pesar sobre esta cualquier otra actividad de carácter social que tuviera esa misma finalidad (asistencia a espectáculos públicos o lugares de interés cultural, etc.) lo cual carece de toda razonabilidad y no encuentra basamento normativo alguno. Máxime en este caso en el que, como se señaló anteriormente, la actividad en cuestión no constituye una terapia específica de carácter médico o educativo y los encargados de su implementación no son profesionales de la salud o especialistas en el tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad"*.

Por ello, vemos que el Alto Tribunal está marcando un camino de sensatez que todos deberíamos recorrer, en donde los financiadores cumplan con sus obligaciones dentro de un marco legal respetado. □



COMPAÑÍA DE SEGUROS

A photograph of medical professionals in white coats and stethoscopes, smiling and working together in a hospital setting. The image is partially obscured by a green gradient at the bottom.

Trabajando en equipo, sumamos confianza a nuestros asegurados.

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional
que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones
a las empresas y a los profesionales de la salud.

**VIDA COLECTIVO | ACCIDENTES PERSONALES | SEPELIO | CAUCIÓN
RESPONSABILIDAD CIVIL | CAUCIÓN AMBIENTAL | PRAXIS PROFESIONAL**

Reconquista 458, 4to piso, CABA, Argentina — www.webtpc.com

Tel. (5411) 4876-5300 — info@webtpc.com

No abandonar al que cuida



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

La Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires puso sobre la mesa, hace muchos años, la violencia que sufrían los profesionales de la salud puertas adentro de los hospitales y también aquellos que se trasladaban a atenciones domiciliarias en diferentes zonas de Capital Federal; fue allí cuando instalamos una frase en la sociedad: "No queremos usar chalecos salvavidas, sino guardapolvos y además tenemos la necesidad de cuidar al que asiste".

Hoy, a la distancia, la AMM logró que las fuerzas de seguridad y de la Ciudad implementen sistemas para reforzar la seguridad en diversos hospitales, con presencia policial, patrullas, cámaras de seguridad y botones de seguridad convirtiendo a algunos en verdaderos búnkeres inimaginables para hospitales públicos.

En los últimos días algunos episodios sacudieron a quienes a diario transitan por los pasillos de los hospitales porteños y que no necesariamente tienen que ver con hechos violentos o ataques a profesionales. Nosotros mostramos nuestra preocupación y se la hicimos saber a las autoridades por diversos hechos que sucedieron en algunos hospitales que pusieron en riesgo la salud de los profesionales y por carácter transitivo de los pacientes. Por eso afirmamos que los hacemos responsables de los "accidentes" ocurridos en los hospitales.

Nosotros decimos que el descuido y el abandono edilicio, un ascensor que casi se cae, poniendo en riesgo la vida de dos médicos, no es accidente, es cuanto menos negligencia.

Con todo, otro factor que apareció en los últimos días tiene que ver con elementos sanitarios.

Es importante mencionar que han aparecido ciertas enfermedades laborales que deben ser prevenidas como la TBC, que afecta a nuestros colegas por falta de protección y seguridad en el trabajo y sólo se explican por incumplimiento de las normas. Eso nos preocupa.

Además no debemos abandonar nuestra molestia por todos los hechos de violencia que a diario ocurren y deben enfrentar nuestros profesionales sin respuesta por parte del Ministerio; estructura de guardia sin actualizar precarizando la labor médica; la asistencia del SAME en los barrios carenciados sin contar con un lugar seguro para

brindar la atención requerida; servicios de guardia sin equipamiento suficiente y condiciones de estadía para los médicos absolutamente deficientes; el descuido de las estructuras edilicias de algunos es para tener en cuenta.

Nosotros reclamamos, en su momento fuimos los primeros en hacer una medida de fuerza ante la violencia contra los médicos. Este hecho que en su momento era inusual permitió que la sociedad se enterara de lo que ocurría; en ese momento pese a las críticas -algunas despiadadas- las autoridades reconocieron nuestros reclamos y tomaron medidas de seguridad. No obstante, son ellos los que deben saber que las condiciones de trabajo de los médicos merecen atención diaria por lo que la responsabilidad es instrumentar los medios para cuidar la salud de la población y por lo tanto de los médicos y del equipo de salud que dependen del Ministerio.

La sumatoria de hechos de inusitada gravedad ocurridos es un alerta y nosotros lo venimos reclamando permanentemente y parece que las autoridades lo desoyen y esto es malo porque ahí aparecen los accidentes. La Asociación lo viene advirtiendo permanentemente, y queremos reforzar nuestra preocupación por el deterioro de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de nuestros hospitales, le pedimos que reaccionen y pongan énfasis en las prioridades.

Los argumentos y las promesas ya no alcanzan por lo cual insistimos que nos parece muy bien plantear una Política de Salud pensando en los hospitales 2030, pero antes debemos pensar en los de 2018, si no, no lo vamos a lograr. Al desoír nuestros reclamos permanentes está permitiendo que sucedan estos hechos.

Son muchos los elementos que tenemos para desarrollar entre ellos nuestro pedido para solucionar aquellas situaciones conflictivas previamente reclamadas por esta Institución que aún no fueron solucionadas, del mismo modo pedimos que se solucionen las demoras en las listas de espera, las actualizaciones tecnológicas, la dinámica de funcionamiento de la tan anunciada APS, la cual compartimos, y en la que las autoridades olvidaron sustentar al segundo nivel de atención. □

MM

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
 (5411) 4815 - 3885 / 4811-6674



contacto@menendezmouro.com
 info@odontodos.net



LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

Ahora también acompañamos a nuestros asegurados con una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico legal.

 **Disponible las 24 horas, los 365 días del año.**

Comuníquese con su Productor Asesor de Seguros o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar



 **SMG**
SEGUROS

La teoría de los dos hemisferios y el cuerpo calloso

“Entre la medicina basada en la evidencia y la sentencia”

Por Dr. Antonio Ángel Camerano (*)



La evaluación económica es una parte fundamental de todo proceso de decisión, siendo esencial en contextos con limitación de recursos. Así, en los servicios y sistemas de salud se evalúan frecuentemente la inclusión o no de una u otra tecnología o producto. (Drummond – Torrance). Las decisiones en políticas públicas deben nutrirse de los conceptos de financiamiento que aportan las bases conceptuales, metodológicas, y de evaluación económica para que tengan el sustento práctico y claro de aporte económico necesario tanto en su desarrollo como en la medición del efecto del beneficio al pueblo (Carrillo – Oñativia).

Como ejemplo ilustrativo los decisores solemos pensar con los dos hemisferios. Por uno pasa la prestación del caso médico en su contexto y por el otro el costo o inversión que ello significa. Ese “cuerpo calloso” al que me refiero son los parámetros y procesos de la evaluación económica que une a ambos hemisferios por pensamientos. La farmacoeconomía, la evaluación de la tecnología sanitaria, la medicina basada en la evidencia y hasta el sentido común están presentes. Por su parte el Estado se resguardará en la Medicina Basada en la Sentencia (Valcarcel 2015), por medio de los recursos y el amparo.

Los médicos solemos pensar más allá de nuestra formación específica con una tendencia a lo prestacional, pero en las políticas públicas, en los servicios y sistemas de salud eso no alcanza. El análisis metodológico es necesario. Siempre desde el contexto de nuestro país, y a modo práctico debemos ser concretos: “El fin es uno o único por marco lógico y además tiene la característica de que no se cumple en un período corto y no depende exclusivamente de nuestras acciones, depende de muchas otras”.

El largo plazo representa continuidad y fidelización y el corto plazo que representa rentabilidad y también parte del efector (institución o empresa).

La gran mayoría de las evaluaciones que transcurren en ese “Cuerpo Calloso” son costo/efectividad o costo/utilidad donde el producto no es en pesos. En nuestra economía sanitaria (fuere Pública por el Estado, por las Obras Sociales o Privada por el sistema prepago), siempre existe un financiador, un beneficiario y, un efector, y supongamos que para el financiador es más económico que el beneficiario esté con un sistema de atención por profesionales a los cuales se les paga más. Entonces la relación de agencia es tener al paciente en esa situación permanente cuando en realidad no la necesita dado que se podría resolver con otras.

Aquí no sólo estamos midiendo lo económico también estamos midiendo las intervenciones de la calidad

de vida (todo aquello que le permita favorecer al beneficiario). Y además la otra relación de agencia es con la familia. La misma puede instalarse en una situación por comodidad y no por necesidades. En cuanto a las ventajas y desventajas de la modalidad de pago de los recursos sanitarios en la gestión de personas, la modalidad de pago para captar recurso crítico como es el de enfermería es como suele ser monotributistas y no en relación de dependencia.

Siempre es interesante en el análisis del eje el concepto “Es muy difícil integrar lo que no se tiene por información o aprendido”. Esta expresión se la toma como una visión integradora.

En estos análisis no se recomiendan los supuestos de “rol” dado que “algunos editores de manuales de este proceso incluyen en sus libros una advertencia bastante clara en la que se indica al lector que los juegos de rol no tienen nada que ver con la vida real y que son simplemente un entretenimiento ficticio”.

Aquí la comprensión y la claridad de la devolución suele ser un factor permanente de corrección en el pensamiento. El médico debe incorporar conocimientos sobre economía a su práctica clínica, con tres objetivos: La perfección en medicina se consigue mediante la eficiencia, pero previamente hay que alcanzar la efectividad.

La ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Los pacientes eligen las utilidades relevantes (las acciones clínicas principales). (Ortún Rubio 2012)

Para el final debemos recordar que, la “estrategia” para la prevención es un enfoque clínico de la medicina preventiva que centra sus esfuerzos en las personas necesitadas con los niveles más altos del factor de riesgo (“la minoría desviada con alto riesgo”) y utiliza el marco establecido de servicios médicos. En otras palabras, es “una operación de rescate dirigida a personas vulnerables”. Las debilidades principales de la estrategia de alto riesgo son: la prevención puede ser medicalizada; el éxito puede ser paliativo y temporal; la contribución al control general (de la población) de una enfermedad puede ser pequeña; la intervención preventiva puede ser inadecuada o insostenible desde el punto de vista conductual o cultural (Rose G, 1991).

Todo dependerá del cambio dentro del cambio de paradigma, de la macro y microeconomía y el rumbo de la ingeniería política a implementar en salud. □

(*) Título Médico, Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud, UBA | FSG; Doctorando | UBA.



PREVENCIÓN QUE LIMITA RIESGOS ECONÓMICOS

RC PRÁXIS MÉDICA

LA PÓLIZA ESTÁ DIRIGIDA A

Todos los sectores intervinientes en el sector de la salud:

- Médicos, Investigadores, Odontólogos, Psicólogos y otros Profesionales de la Salud independientes o asociados a Clínicas.
- Centros de Policonsultorios.
- Centros de Diagnóstico por Imágenes.
- Clínicas, Sanatorios y Empresas de Emergencias Médicas.
- Federaciones, Colegios y Círculos Médicos.
- Empresas de Medicina Prepaga.
- Obras Sociales.
- Institutos y Cajas provinciales.
- Gerenciadoras.
- Laboratorios y Diagnóstico por Imágenes.
- Programas de Investigaciones Clínicas.
- Empresas de Internación Domiciliaria.

COMO SIEMPRE

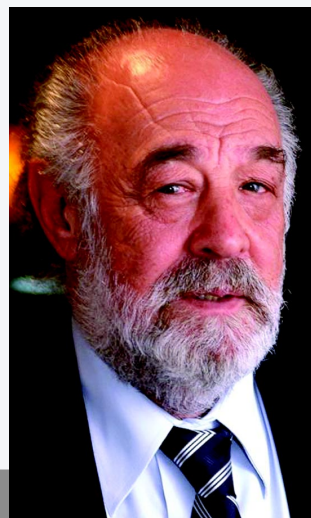
PRUDENCIA
Seguros 

La buena semilla requiere tierra fértil

La ética del político se refiere no solo a los principios, sino también a las consecuencias de su accionar”

Max Weber

Por el Dr. Ignacio Katz



LA SUPERVISIÓN MÉDICA EN EL USO DE LA TECNOLOGÍA

Los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la salud implican un permanente y doble desafío para la medicina, ya que pueden ser tanto una oportunidad de aprovechar los avances e incorporarlos en un sistema productivo de salud racional y humano, como un riesgo provocado por la propia lógica de la tecnología, que suele transformarla sólo en un agregado cosmético a la ya fragmentada y desigual estructura socio-sanitaria actual.

La evaluación específica y sistemática sobre el uso de la creciente tecnología sanitaria en las prácticas médicas constituye una necesidad innegable. Entre las cuestiones de mayor nivel a considerar tenemos, por un lado, los conflictos de intereses no siempre claros sobre los costos de los procedimientos y las ganancias de los distintos sectores involucrados y, por el otro lado, la ausencia de un marco organizacional coherente en el cual un ente evaluador debiera insertarse para poder ser efectivo en su accionar.

La necesaria elaboración de un protocolo de uso de intervenciones, medicación, análisis de laboratorio, entre otros, debiera centrarse en un riguroso estudio clínico del caso particular con el respaldo de una sistemática basada en elaboraciones de estadificación del diagnóstico, con la comprensión del síndrome y las etapas de sospecha, aproximación y certeza.

La evaluación tecnológica en salud es una excelente intención y aún más lo es la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET), pero debemos recordar el dicho popular por el que “el camino del infierno está plagado de buenas intenciones”.

No sólo se necesitarán acciones y actores específicos que se correspondan con uno de los desafíos más importantes de los últimos tiempos de la salud humana, sino que requerirá de los estándares más rigurosos de la ciencia moderna.

A modo de ejemplos de la complejidad de los problemas, cito lo señalado en primer lugar por el ERSPC (European Randomized Study for Prostate Cancer - Estudio Europeo Randomizado para el cáncer de próstata), que durante 10 años han seguido la evolución de 182.000 casos, reconoce la utilidad a nivel clínico del PSA (Antígeno Prostático Específico), pero pone en duda su efectividad como prueba de cribado a nivel de políticas públicas de salud debido a que conduce a un significativo efecto de sobretratamiento. Por otro lado, en mayo 2018, la prestigiosa Biblioteca Cochrane publica una revisión sobre la efectividad de la vacunación contra los virus del papiloma humano (HPV), se incluyeron 26 ensayos con 73.428 participantes. Concluye que, si bien es posible establecer con un alto grado de certeza la reducción de las lesiones premalignas, no existe certeza

del impacto de la vacunación contra HPV sobre la reducción del Cáncer de cuello uterino, también destaca el conflicto de interés al señalar que 25 de los 26 ensayos existentes fueron financiados por los fabricantes de la vacuna.

Estos dos ejemplos señalan el claro desafío metodológico que afrontará la futura Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para lograr obtener una calidad similar a la lograda por su par inglés: el NICE (Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención).

La futura agencia necesitará no sólo de una fuerte inversión en infraestructura y recursos especializados, sino que sería sumamente importante en cuanto a calidad institucional el permiso para ser evaluada externamente. Para ello podría contar la experticia de instituciones nacionales de prestigio internacional y con amplia experiencia en el tema de evaluación y acreditación, como son el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) y la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria).

Desde el punto de vista de la garantía de la transparencia de su funcionamiento interno, se impone la utilización de la metodología GRADE (Calificación de recomendaciones, evaluación, y desarrollo) conducida por un equipo internacional, que va en camino a transformarse en el Gold standard de la evaluación tecnológica médica.

Los recursos humanos necesarios también deberán cumplir con los máximos niveles de capacitación, por lo tanto, las decisiones, resoluciones y/o disposiciones deberían estar avaladas (firmadas) por especialistas con grado similar a la otorgada por la Especialización en Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la UBA.

Es innegable que la necesidad de creación de la AGNET en un tema prioritario para la salud de todos los argentinos, pero quizás debamos dejar de lado lo “urgente” y centrarnos en la importancia de generar una agencia de excelencia nacional e internacional, por lo tanto, no deberíamos caer en la tentación de generar las improvisaciones que tanto nos caracterizan.

DE LA IMPROVISACIÓN AL PODER:

Lamentablemente, ya ocurrió el 3 de abril del presente año, se publicó en el Boletín Oficial de la República Argentina la resolución 623/2018 del Ministerio de Salud por la cual se crea la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (ConeTec) que consta de tan sólo 4 miembros que podrán invitar a otros 6 miembros más, los que quedan facultados para “la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza destinados a la prevención,

diagnóstico y tratamiento de enfermedades y/o rehabilitación de la salud, a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación para su financiamiento y/o cobertura”.

Con este simple hecho administrativo, nos encontramos que todas las incumbencias y atribuciones previstas para una agencia de excelencia, como sería la AGNET, han sido transferidas a una simple comisión que, en el mejor de los casos, constará de tan sólo 10 integrantes, los cuales ni siquiera están obligados a realizar consultas externas.

Las atribuciones de estos pocos integrantes son tan grandes que tienen el poder de incluir o excluir prestaciones del Plan Médico Obligatorio (PMO). Queda implícito que excluir una prestación del PMO implica la transferencia del costo al paciente, con lo cual el sistema solidario se resiente y directamente impacta sobre los principios de equidad.

La resolución tampoco indica la vigencia condicional o temporal de la ConeTec, es decir, le da atribuciones sin límite de tiempo por lo que podría ocurrir la hipotética situación en que ambas, ConeTec y AGNET, funcionen al mismo tiempo superponiendo incumbencias.

¿SE JUSTIFICA AHORA LA AGNET?

Si la ConeTec tuviera como eje de sus misiones y funciones exclusivamente apoyar, colaborar o promover el desarrollo de la futura Agencia, esta pregunta no tendría sentido. Pero, la decisión por parte del Ministerio de Salud de poner en funciones a la ConeTec con las atribuciones similares a las que iba a tener la AGNET obliga a plantear esta inquietante pregunta.

Nos encontramos que para un mismo problema (evaluación tecnológica) aparecen dos respuestas: una de alto nivel de complejidad con infraestructura, recursos y financiamiento propio (AGNET) y otra de muy bajo nivel de complejidad, la ConeTec, una simple comisión que en el mejor de los casos tiene 10 integrantes *part time* y *ad honorem*, sin recursos propios ni financiamiento.

Lo que resulta vital comprender es que una agencia aislada del sistema que la cobije, la sostenga, la perfeccione, resulta inútil y, en verdad, imposible. Aun cuando contáramos con un sistema de uso racional de tecnología, todavía faltaría la aplicación a ella de cada caso singular. Es decir, la práctica médica que en cada caso evalúe. Y todo el engranaje de información, comunicación, análisis y demás, que hagan posible su desarrollo y aplicación eficaz, eficiente y oportuna.

Imposible accionar de manera eficiente una Agencia así, si no contamos con discriminación de población enferma y vulnerable, biodiversidad y tecno-diversidad, sin estadísticas ni fichas clínicas, ni conocimiento del parque tecnológico existente, sin logística para el traslado federal de pacientes, sin ordenamiento territorial, censo de profesionales y planificación de especialidades según vacancias, entre otras cuestiones.

También vale recalcar que la mejor institucionalidad sanitaria no pasa por más instituciones en el sentido burocrático del término. No se trata de más funcionarios, más oficinas, más sellos y más gastos. Se trata de mayor eficiencia, racionalidad y equidad. Más que en términos de agencias y comisiones, deberíamos pensar en términos de políticas públicas. □

Ignacio Katz, Doctor en Medicina - UBA. Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud” Universidad Nacional del Centro - UNICEN. Autor de: “La Fórmula Sanitaria” Eudeba (2003). “Claves Jurídicas y Asistenciales para la Conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” - Editorial Eudeba (2012). “Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud” - Visión Jurídica Ediciones.



UNIVERSIDAD
ISALUD

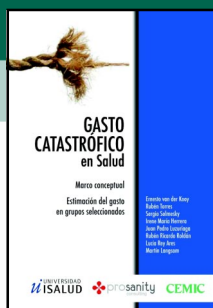
**EDUCACIÓN PARA LA
TRANSFORMACIÓN**

5239.4000

www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar



11 5889-8367



Gasto catastrófico en salud en la Argentina: estimación para grupos seleccionados

En este artículo se resumen los resultados del proyecto recientemente finalizado y presentado sobre Gasto Catastrófico en Salud, iniciativa de tres instituciones privadas que vienen realizando conjuntamente investigaciones aplicadas sobre los principales problemas del sistema sanitario nacional: el CEMIC, Prosanity Consulting y la Universidad ISALUD.

Realizamos una estimación del gasto nacional sobre un conjunto de tratamientos vinculados a la salud asociados con gastos catastróficos. El **gasto catastrófico en salud (GCS)** puede considerarse como el gasto efectuado en un conjunto de prestaciones, insumos y otros cuidados de salud, más o menos prolongados en el tiempo, que impactan en forma considerable sobre la economía de las instituciones, o personas que deben financiarlas.

La salud, en términos económicos, presenta características diferentes al resto de los bienes que se intercambian en el mercado (principio de incertidumbre) por lo cual el mercado ha desarrollado los seguros de salud, como instrumentos de financiación que distribuyen los riesgos de afrontar un gasto no previsto. Este mecanismo de financiación, en un mercado especializado, de productos heterogéneos, está sujeto a problemas de información asimétrica.

En el caso del GCS, se constata una persistencia temporal en el patrón de gastos elevado. Una vez establecido el diagnóstico, la mayor parte de la asistencia se concentra en medicamentos de alto costo (MAC), que poseen características de mercado particulares, condiciones monopólicas y posibilidad de generar demanda.

El problema de la financiación y gestión del GCS en la Argentina está condicionado por el contexto general del sector salud de nuestro país, caracterizado por un esquema fragmentado de responsabilidades y capacidades de respuesta, de acuerdo con cada subsector encargado de la financiación y prestación de servicios.

El objetivo del estudio fue, entonces, el de estimar el costo de abastecer tres conjuntos de prestaciones relacionados con la salud de la población argentina. En particular se trata de prestaciones quirúrgicas complejas (trasplantes), tratamientos para enfermedades graves/ crónicas (a través del costo de los MAC) y terapias para la integración social (discapacidad).

Si bien no son todas las formas de intervención terapéutica asociadas tradicionalmente al gasto catastrófico en salud, son tres formas de afectar el derecho a la salud asociadas a un financiamiento muy importante, que desafían la gestión y organización del sistema de salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Relevamiento del consumo de prestaciones: hemos realizado un relevamiento de datos sobre cantidades consumidas de medicamentos y/o prestaciones realizadas de trasplantes y discapacidad, de acuerdo con cada grupo de financiadores, los cuales representan poblaciones con universos de consumo diferenciados. No se han incorporado indicadores o *tasas de demanda* de fuentes secundarias, habida cuenta de la dificultad conocida para indicadores fiables disponibles o protocolos estandarizados aprobados para varios tratamientos relacionados a gasto catastrófico en salud en nuestro país.

Trabajos anteriores (F. Tobar, E. Lifchitz, et col.) han usado en el caso de los MAC indicadores de prevalencia e incidencia internacionales en

caso de ausencia de estos en nuestro país y protocolos aceptados.

Fuentes de información e inclusiones: para definir el universo de análisis de los MAC hemos delimitado del conjunto, a los utilizados en el listado de medicamentos incluidos en el Sistema Único de Redistribución (SUR) a julio de 2016, de acuerdo con la resolución 1048/2014.

Se ha recabado información de consumo a financiadores, laboratorios, droguerías y mandatarias. En el caso de las prestaciones por discapacidad se solicitaron datos a todos los financiadores de la cobertura de prestaciones dentro del marco del S.U. y su normativa. El PFIS (Programa Federal Incluir Salud) facilitó la base de datos del "Área de Discapacidad" correspondiente al período 2015. Dicha base incluye 531.543 prestaciones autorizadas a 28.003 beneficiarios.

PRINCIPALES RESULTADOS

Considerando los tres grupos de GCS analizados, el gasto estimado para ellos en la Argentina fue, a junio 2016, de \$ 47 mil millones, lo que corresponde a u\$s 3.145 millones de esa fecha y que equivale al 5,9% del gasto total en salud de nuestro país (u\$s 53 mil millones para ese año).

La cápita anual resultante para su cobertura fue de \$ 1.070, correspondiente a u\$s 71 a junio 2016. La cápita mensual correspondiente es de \$ 89 (u\$s 5,9). El desarrollo de ese valor por tipo y por financiador se especifica en las tablas siguientes:

Tabla 1: Cápita anual de gasto catastrófico por tipo de financiador, en \$ Julio 2016, \$ corrientes

	SSO	EMP	PAMI	PFIS	SP	Cápita TOTAL	GASTO TOTAL (Millones)	%
MAC	444	1.067	1.531	1.428	444	671	29.630	63%
DISCAPACIDAD	348	348	466	364	-	366	16.176	34%
TRASPLANTES	41	25	53	161	9	32	1.404	3%
TOTAL	833	1.441	2.049	1.952	453	1.070	47.210	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Cápita anual de Gasto Catastrófico por grupo de financiador, en U\$S
Julio 2016, TC promedio 2016: U\$S/\$=15,0125

	SSO	EMP	PAMI	PFIS	SP	Cápita TOTAL	GASTO TOTAL (Millones)
MAC	29,6	71,1	102,0	95,1	29,6	44,7	1.974
DISCAPACIDAD	23,2	23,2	31,0	24,2	-	24,4	1.078
TRASPLANTES	2,7	1,7	3,5	10,7	0,6	2,1	94
TOTAL	55,5	96,0	136,5	130,0	30,2	71,2	3.145

Fuente: Elaboración propia

Referencias:

SSO: Seguro social obligatorio (incluye OSN y OSP)

EMP: Empresas de medicina privada

PAMI: Programa de Atención Médica Integral del INSSJP

PFIS: Programa Federal Incluir Salud

SP: resto del sector público (neto del PFIS)

- El mayor gasto de las variables relevadas lo conforman los MAC (63%), seguidos por Discapacidad (34%) y Trasplantes (3%). Ello es variable según el tipo de financiador. En el caso de las EMP, el PAMI y el PFIS el gasto en MAC supera ampliamente el promedio del estudio.
- El gasto en MAC representa el 27% de la facturación del mercado de medicamentos.
- Para PAMI, el gasto total en MAC es de \$ 7 mil millones y el gasto en medicamentos, según la propia entidad es de \$ 27 mil millones, a sea un 26% del total.
- En el total del gasto en MAC en nuestro país, el grupo terapéutico de mayor peso es oncohematología (46%), dentro de los cuales 4 medicamentos representan el 50% del gasto. Tanto para el SSO como para las EMP y el PAMI, aproximadamente el 50% del gasto total en MAC se realiza

en enfermedades oncohematológicas, siendo el grupo terapéutico de mayor incidencia en el gasto en MAC.

- En cambio, para el PFIS, el grupo de mayor relevancia lo conforma otras terapias (44%) seguido por hemofilia (32%). Seguramente las características especiales de la población afiliada al PFIS, pueda explicar esta diferencia.
- El gasto total anual en MAC (listado de las cubiertas por SUR) alcanzó los \$ 29.630 millones (2016), dólares u\$s 1.975 millones, lo cual arroja una cápita anual de \$ 671 (u\$s 44,7 dólares).
- El gasto en MAC del SSO, según este estudio, se encuentra por debajo del promedio referido para toda la población (cápita anual de \$ 444 o u\$s 29,6).
- En el caso de la discapacidad, con tasas en aumento debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, para estimar el gasto se ha considerado que un beneficiario puede tener más de una

prestación, por ejemplo, prestación educativa más transporte o prestación de apoyo. Se observa, además, que el seguro social no desregulado tiene una cantidad de prestaciones por beneficiario discapacitado levemente mayor con respecto a los otros financiadores, mientras que las tasas de uso anual son similares.

- En el caso de los trasplantes, el gasto estimado anual fue de \$1.404 millones (u\$s 94 millones), lo que equivale a \$ 32 por beneficiario y por año (u\$s 2,1).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La financiación y gestión del GCS en la Argentina están limitadas al contar con una organización fragmentada de los servicios de salud. Por lo tanto, las responsabilidades y capacidades de respuesta se dan en el ámbito de cada subsector encargado de la financiación y prestación de servicios.

Las coberturas segmentadas, originan distintas modalidades de provisión de servicios, de grados de cobertura y de formas de financiamiento, con claras ineficiencias tanto en el uso de los recursos como en el acceso a los servicios. Por otra parte, se limita el tamaño del pool de riesgos, es decir el padrón de beneficiarios no es lo suficientemente grande como para diluir los riesgos en la población aportante, lo que lleva al colapso a los financiadores más pequeños.

Las OSN y otras reguladas por la S.S.SALUD cuentan con el FSR (Fondo Solidario de Redistribución) que proviene del aporte en diferentes proporciones según sueldo y origen de los trabajadores y empleadores. Esa es prácticamente la única respuesta que existe en nuestro país hasta el

momento a la problemática del GCS, y es una respuesta parcial, limitada exclusivamente a una parte del subsector del SSO. Los otros sectores no cuentan con mecanismos o fondos de reaseguro y frente a la ocurrencia de un evento de gasto catastrófico, lo cubren de manera directa. Su financiamiento desde el presupuesto de los hogares resultaría insustentable.

También remarcamos que la existencia de posibles vías de financiamiento institucional ante la ocurrencia de un gasto de este tipo no obvia los restantes gastos que deben erogar de su bolsillo las familias comprometidas, los denominados costos indirectos, tales como traslados, pérdida del ingreso ocasionado por el ausentismo laboral, gastos para ayuda domiciliaria, alimentos, etc.

Esos costos adicionales de bolsillo de las familias no cuentan, habitualmente, con ninguna fuente de aseguramiento o reembolso.

De cualquier forma, la utilización de las fuentes actuales de financiamiento pone en riesgo potencial la viabilidad financiera de cada uno de los subsectores y del sistema en su conjunto. Las recomendaciones que surgen del presente análisis incluyen:

- ✓ **Compras centralizadas.** Si bien en los últimos tiempos asistimos a la idea y a la ejecución desde el Estado Nacional de centralizar la compra de algunos productos, mejorando el pool de riesgo y los precios de compra, se considera que se debe profundizar y avanzar en este mecanismo de aprovisionamiento, en particular, en mercado altamente concentrado (MAC).
- ✓ **Fondos integrales de protección contra EGC.** Es un meca-

nismo usado en algunos países, basado en la creación de fondos específicos mancomunados de protección contra gastos catastróficos. Este fondo de GCS debería incluir la participación de todos los sectores en su financiación y control, incorporando a los individuos sin protección formal y evitar la selección de riesgos.

- ✓ **Contar con Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.** Dichas agencias públicas tienen como aplicaciones esenciales la medicina basada en la evidencia, y la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS). Los análisis de dichas agencias son aplicados en la macro, meso y micro gestión.
- ✓ **Explicitación de la cobertura médica del PMO.** En base a la evaluación de tecnologías sanitarias, el siguiente paso debe ser la autorización, registro, y la aprobación de las condiciones básicas del uso de cada nueva tecnología y su incorporación al PMO, como debería ocurrir. Asimismo, las exclusiones de cobertura deberían ser explicitadas.

La magnitud del pool de riesgo que se genera a partir de un fondo mancomunado e integral, al dividir el riesgo de un evento catastrófico entre millones de beneficiarios, permite racionalizar el gasto y resolver el problema de la equidad en el acceso y de la heterogeneidad en la calidad de los cuidados. Avanzar hacia soluciones integrales de este tipo, implica una tarea de gobernanza de los Estados, generando espacios de discusión y consensos de los actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades que nuclean a los pacientes, a los profesionales de la salud y a los representantes de la comunidad. □



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

Somos especialistas en management de Salud. Trabajamos en consultoría, outsourcing e implementación de procesos de mejora, estrategias, re-ingeniería, calidad de servicios, prestaciones médicas, tutorías, asesoramiento, start up de empresas de salud y medicina del seguro.

☎ (+5411) 4812-7815 ✉ info@iarsalud.com.ar 🌐 www.iarsalud.com

Cuidándote siempre

WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080



Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Av. Corrientes 544 | Arenales 2777/2751
Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678

Rossi laboratorio también en: Consultorios San Martín de Tours - Castex 3293

Nuevos dispositivos médicos

Entre la efectividad, el costo y el mundo real

Por el Dr. Sergio Horis del Prete (*)



La progresiva escalada de costos en el sector salud se vincula con que 40-50% de éstos resulta del uso de nuevos dispositivos terapéuticos de alta complejidad. Si bien es cierto que el avance tecnológico ha conseguido enormes mejoras de supervivencia y calidad de vida, ha sido a un costo creciente. Suficiente como para poner en jaque la sostenibilidad misma del sistema de salud. Los médicos se deslumbran con indicar nuevos dispositivos o tratamientos sin percibir el impacto económico que traen aparejados, las industrias médicas hacen miles de millones de dólares vendiéndolos y los financiadores ven cada vez más amenazados sus siempre escasos recursos. Como elemento adicional, se vuelve frecuente que ciudadanos “inducidos” presionen por vía judicial para conseguir la cobertura de esas tecnologías, contra la opinión racional de quienes deben pagarla. Además, los incentivos económicos y sociales para su uso se vuelven poderosos, en tanto los desincentivos para regularla resultan débiles y casi inofensivos.

En un sistema de salud como el nuestro, con el 63% de la población cubierta por seguros y el 37% por el gasto público puro, el uso de tales dispositivos de altísimo precio, además de generar tensiones entre especialistas y tipo de procedimiento a la hora de conquistar nichos de mercado lleva a que, al no contar los pacientes con barreras financieras, se induzca a ofrecerles prestaciones cada vez más costosas. Y lo que se paga a veces no demuestra un respaldo evidente en términos de ganancias en salud.

El impacto económico de cualquier tecnología dolarizada y de alto costo a menudo se confunde sólo con el precio de adquirir un equipo, un dispositivo o un medicamento, o con los honorarios pagados por la complejidad de la práctica. Error. Su peso final en los costos de la atención médica es mucho más amplio que eso, ya que puede afectar la utilización de otros servicios de salud a partir de los gastos excesivos que provoca. Por cierto, no todo lo que reluce es oro. Preocupan también las desigualdades de acceso a esas tecnologías entre grupos de población. La cuestión de fondo es decidir entre “mucho para pocos” o “poco para muchos”, y que este “poco” no termine apropiándose de lo destinado a esos “muchos”.

El problema de fondo es que vivimos en un mundo real, donde el crecimiento económico no florece y la racionalización del gasto se vuelve una necesidad.

Tomemos el caso del TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*), un procedimiento mediado por un dispositivo de muy alto costo que se equipara al reemplazo valvular aórtico tradicional (RVAo). Su uso ha ido aumentando, particularmente en pacientes mayores de 80 años portadores de Estenosis aórtica severa con comorbilidades asociadas y alto score de riesgo para cirugía. Pero más allá de su rápida expansión, aún quedan ciertas dudas sobre los resultados de efectividad clínica, así como el costo/efectividad. En el Reino Unido, el regulador *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en su guía publicada en el 2012 aprobó el uso del TAVI en pacientes no operables, siempre que se introdujera con todo detalle la información completa de su estado general, incluyendo Scores de Riesgo y evaluación cardíaca y vascular precisa y estricta. Pero lo hizo previo someter al procedimiento a un análisis de costo/efectividad.

En nuestro mundo real (país), en un contexto de crisis económica y necesidad de dar racionalidad al gasto sanitario, es útil poner en evidencia su impacto sobre el gasto. Para ello podemos replicar el estudio NICE, para un horizonte temporal igual a la vida del paciente y a un mismo tipo de éste. El costo medio para un procedimiento TAVI en la Argentina resulta en u\$s 32.320, frente a u\$s 10.599 para el RVAo con válvula biológica (ver cuadro). En tanto, de acuerdo con metaanálisis y al NICE, en relación con los años de vida ganados (AVG), el procedimiento de RVA resulta superior al TAVI (2,65 AVG frente a 2,31 AVG). Pero respecto de los años de vida ajustados por calidad (AVAC), el TAVI resultaría en 1,66 AVAC frente a 1,58 AVAC de la RVAo.

Cuadro costos comparados TAVI vs RVAo en u\$s* 2018

	Insumo	Módulo de práctica	Costo total
TAVI	25.483 ^a	6.837	32.320
RVAO	3.500 ^b	7.099	10.599

*En dólares a valor 1u\$s=\$32

a = Válvula TAVI; b = válvula biológica convencional

Calculando el costo/efectividad incremental (CEI) de ambos procedimientos, el costo medio incremental (coste medio TAVI menos coste medio RVAo) resulta en

El problema de fondo es que vivimos en un mundo real, donde el crecimiento económico no florece y la racionalización del gasto se vuelve una necesidad.

u\$s 21.721 y el AVAC medio incremental (AVAC medio TAVI menos AVAC medio RVAo) de 0,08. De donde el ratio costo/efectividad incremental (RCEI) TAVI/RVAo sería de u\$s 271.512 /AVAC. Es decir que por cada AVAC ganado con el procedimiento TAVI versus el RVAo, nuestro sistema de salud debiera estar dispuesto a pagar u\$s 271.512.

Si el PBI/cápita de la Argentina es de u\$s 14.403, y se considera un umbral de aceptabilidad equivalente a 3 PBI/cápita (o sea u\$s 43.209), la probabilidad de obtener un Beneficio Neto Incremental para la alternativa TAVI frente al RVAo está lejos de ser costo/efectiva, ya que el RCEI es más de 6 veces mayor que el umbral de aceptabilidad. Aquí se entremezclan cuestiones económicas, éticas y médicas. ¿Habría que descartar el procedimiento? No. Pero sí establecer indicaciones muy precisas, protocolizadas y respetadas tanto por los prestadores como por los financiadores. De allí la importancia de una Agencia de Evaluación de Tecnologías que dictamine al respecto, y permita que las decisiones médicas centradas en el uso indiscriminado de nuevos dispositivos de cada vez mayor precio no colisionen con los escasos recursos de los financiadores.

Los análisis de costo-efectividad, llamados cuarta garantía, a menudo resultan guías útiles respecto de su papel potencial para la evaluación económica de tecnologías. Y también herramienta fundamental tanto para la priorización del uso como para el establecimiento de condiciones de cobertura, utilización y reembolso de determinadas prácticas. Siempre deben acompañarse de decisiones estrictas de protocolizar procedimientos y ajustar la variabilidad del uso de dispositivos, respecto de quienes se beneficiarán efectivamente de cualquier innovación tecnológica de alto costo. Precisamente, porque uno de los mecanismos que impulsa el gasto surge de aumentar el número de pacientes tratados con dicha tecnología, sea cambiando o ampliando los umbrales para indicarla, o porque los nuevos tratamientos que vienen a sustituir a los tradicionales se presentan casi como inocuos, relativizando sus riesgos reales. El mundo real se da muchas veces de bruces con el mundo científico/médico en lo cotidiano.

El aforismo de que la salud no tiene precio no puede desconocer sus costos, especialmente el de oportunidad. La Argentina vive una realidad económica compleja y un presente turbulento.

En una época de recursos limitados y múltiples opciones, es necesario que la evaluación de tecnologías de alto costo incluya perspectivas no sólo clínicas sino también económicas y éticas. Es hora de empezar a asignar mejor los recursos en salud, y no dilapidarlos artificialmente en aras de un dios tecnológico todopoderoso, que no siempre resulta amigable. □

**(*) Mg. Profesor Titular Análisis de Mercados de Salud.
Universidad ISALUD. Buenos Aires. Argentina**



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERAS DE GRADO

Medicina

Odontología

Lic. en Nutrición

Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Av. Alicia Moreau de Justo 1300 - Puerto Madero
Tel: 0-810-333-4647 - ingreso@uca.edu.ar - Lunes a Viernes 9 a 20 hs

**CARRERAS Y CURSOS
DE POSGRADO**

Especialidades

Clínicas

Salud Pública

Quirúrgicas

Odontológicas

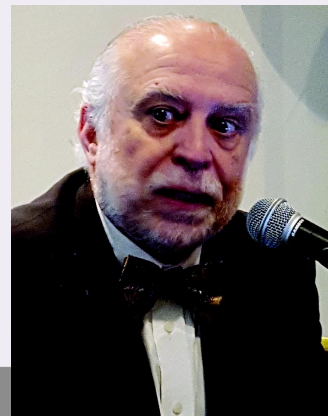
Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB - Puerto Madero
Tel: 4349-0419/20 - csmedicas@uca.edu.ar - Lunes a Viernes de 14.30 a 20 hs

uca.edu.ar



La Agencia: ¿una utopía?

Por el Dr. Rubén Torres (*)



El proyecto de reforma laboral incluía (insólitamente) la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET), en la desacertada creencia de que la disminución de la litigiosidad contra OO.SS. y prepagas, es su objetivo central.

Si bien deseable, el principal es mejorar la equidad y eficiencia de nuestro sistema de salud.

Objetivos, que no se solucionan tampoco con las decisiones de la Justicia, que cuando resuelve que debe cubrirse determinado tratamiento al que recurre a ella incurre en una discrecionalidad ignorando que el costo de esa decisión equivale a otros miles de tratamientos que se dejan de cubrir, si no se toma en cuenta la efectividad de los mismos. Estas decisiones deben ser tomadas de manera racional para evitar esta discrecionalidad, y ése es uno de los objetivos centrales de una agencia.

También se ha mencionado que la Agencia podría limitar la posibilidad de que el Congreso incorpore por ley nuevas prestaciones al PMO. Mas allá de la conveniencia de esta práctica, ausente en países desarrollados (lo cual habla además de la debilidad de rectoría de nuestro ministerio de salud); la Agencia constituirá un aporte de racionalidad a decisiones parlamentarias que muchas veces ignoran el impacto presupuestario y prioridad epidemiológica y sanitaria de muchas de las prácticas legisladas; la ETS (Evaluación de Tecnologías Sanitarias) como análisis sistemático podrá ayudar a los legisladores para que la respuesta sea una decisión sustentada en evidencia (a muchos de ellos les sorprendería descubrir a través de la epidemiología, la escasa fracción de mejoría en salud poblacional atribuible a intervenciones por ellos propuestas que diariamente pagamos).

Esto nos aproximaría a una sociedad madura, justa y confiable, especialmente cuando se afectan presupuestos públicos sin control ni evidencias, con el estandarte de un facilismo que llevó al país a vivir desde hace

décadas por encima de nuestras posibilidades, y pagarlo con una desigualdad creciente. Hace algunos días, miles de jóvenes despertaron a la política con la discusión sobre el aborto - más allá de su convicción "verde o celeste"- con la sesión del Senado, y se asomaron por primera vez al oportunismo, mediocridad y en muchos casos, ignorancia profunda de una dirigencia que espanta.

Hoy en todo el mundo, incluyendo América latina, hay agencias nacionales de ETS, y preocupación por mejorar efectividad y eficiencia de los tratamientos, a la vez de hacer sustentables y equitativos los sistemas de salud poniendo criterios claros sobre como incorporar nuevas tecnologías para hacer que lleguen a todos los que las necesitan sin que el sistema de salud se haga insustentable.

En un país que desde su origen, confunde lo que verdaderamente es con sus deseos, y el desfase entre vivir como "deseamos" y "podemos" "cristalizó 2 sociedades: una pequeña que vive con estándares del primer mundo y otra cada vez más amplia que se empobrece hasta el límite de la civilización, el rol más importante de una agencia, no es la ETS sino el poder de convocar actores, con intereses contrapuestos de un sistema heterogéneo y fragmentado para definir juntos qué es excelencia clínica en cada caso, amalgamar intereses y orientar el sistema en la dirección correcta más allá de circunstanciales políticas de cobertura.

La Agencia se necesita para tener un sistema de salud más justo; es una herramienta necesaria para hacer política pública en salud integrada y transparente; para ayudar a quien tiene la amarga tarea de juzgar entre alternativas con presupuestos limitados y bajo presiones varias, a tomar las decisiones más fundadas y justas, cuando requiere priorizar, y llegar a una solución frente a problemas distributivos complejos, donde no es posible lograr un acuerdo que convenza a todas las partes.

Solo una Agencia, construida de manera impecable con personal idóneo y libre de presiones, será capaz de lograr el respeto necesario para llegar a acuerdos que beneficien a todos, y no será solo la probada capacidad técnica de sus investigadores ni su metodología avanzada lo que la sostendrá ante las inevitables tempestades que siguen a algunas decisiones, sino su impronta de excelencia y su capacidad de inspirar confianza.

De todos modos, conviene recordar que es sólo una herramienta: una evaluación, aun basada en datos de calidad, y hecha por los mejores profesionales, deberá vincularse con la verificación de qué sucede realmente en el terreno y si está llegando a todos los pacientes cuando lo necesitan. Así, en algunos casos incorporar la última quimioterapia para cáncer avanzado no contribuye a resultados si no aumentamos antes la posibilidad de acceder a diagnóstico temprano, y en otros, el uso racional de una tecnología implica tener acceso oportuno a servicios en una red bien integrada y gestionada.

La evaluación debe aumentar la posibilidad de que sea para todos más allá de que cueste más: nada debe considerarse caro, si excelencia clínica y calidad de atención están garantizadas para todos, pero no se puede pagar por todo, sin considerar costo y excelencia, que como clara y yema van juntos, pero no son lo mismo.

Lograr equilibrio entre quienes, en un extremo, no consideran costos y deciden pagar por todo (situación imposible y además contraproducente), y quienes piensan que la calidad está muy bien, pero es demasiado cara para la Argentina necesita ser económicamente sustentable y políticamente viable: la verdadera innovación debe alcanzar a todos los que la necesitan, y deberá definirse claramente cuáles son las condiciones de cobertura para que se aplique en aquellos que puedan beneficiarse.

Hubo también propuestas de que "la filosofía que guíe a esta agencia debe ser incomodar a los grandes laboratorios multinacionales". Tan absurdo, como las decisiones de aquellos que han aprobado por ley coberturas que no tienen ningún respaldo de efectividad, garantizándolas para aquellos que tienen obras sociales y prepagas,

ignorando al tercio de argentinos de la peor condición que siguen sin poder acceder a servicios mínimos.

Solo una Agencia, construida de manera impecable con personal idóneo y libre de presiones, será capaz de lograr el respeto necesario para llegar a acuerdos que beneficien a todos, y no será sólo la probada capacidad técnica de sus investigadores ni su metodología avanzada lo que la sostendrá ante las inevitables tempestades que siguen a algunas decisiones, sino su impronta de excelencia y su capacidad de inspirar confianza. Y este no es principalmente un problema técnico. La ETS es un proceso técnico; la priorización uno político. Si la Agencia no logra representar esto no gozará del poder para convocar diversos intereses, corroborar si tienen compromiso genuino con la salud para todos, y lograr precios responsables donde todas las partes se benefician y el acceso a tecnología innovativa no se ve demorado innecesariamente y es accesible para todos.

Sería bueno, además, que ayude a que la salud esté en los medios, la agenda pública y política: discutir porque, si gastamos cerca de 10% del PBI en salud, parte de la población sobreconsume servicios muchas veces innecesarios y otra no accede a los indispensables; o porqué 1/3 del gasto se va en medicamentos sin resultados sanitarios. Que se genere definitivamente un impulso de cambio que fortalezca la endeble constitución moral de la sociedad, orientando las costumbres hacia el bien general.

Una utopía, como las que fueron motor de todos los cambios. □

(*) Rector de la Universidad ISALUD



**"Los Farmacéuticos son
tus expertos en medicamentos"**



**Día Mundial
del Farmacéutico**

**Saludamos cordialmente
a los profesionales en su día**

Tel / Fax: 011 4342 9473

fefara@fefara.org.ar

www.fefara.org.ar

La gestión hospitalaria

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



La gestión hospitalaria sigue siendo una cuenta pendiente de nuestro sistema público de salud. Más allá de algunas diferencias según cada provincia, podríamos coincidir que, en términos generales, es un área en donde estamos muy atrasados respecto a la incorporación y utilización de técnicas, conocimientos y mecanismos de gestión utilizados en el mundo.

Incluso sin comparar con otros países también podríamos afirmar que existe una brecha en términos de gestión con el sector privado.

Los hospitales públicos pertenecen a diferentes jurisdicciones provinciales y municipales y si bien presentan algunas características particulares de su propia jurisdicción podríamos establecer una serie de dificultades de gestión más o menos comunes a la gran mayoría.

Entre esas dificultades podemos mencionar:

✓ Una alta integración vertical

Dicho en otras palabras, existe una extremada centralización en la toma de decisiones en el nivel central ministerial o municipal según sea la jurisdicción. En este tema no existen diferencias sea hospital provincial o municipal. Esto se verifica en la gestión de insumos, medicamentos, recursos humanos, etc. Los directores de hospitales públicos tienen una escasa capacidad de maniobra y generalmente quedan en medio de necesidades diarias con decisiones que lo superan jerárquicamente.

✓ No existe en el presupuesto un programa presupuestario por cada hospital

Ni un control de lo ejecutado por cada presupuesto. O sea, el presupuesto hospitalario es una bolsa dentro del presupuesto general y no hay posibilidad de establecer premios para los más eficientes. Hospital que pueda lograr ahorros por eficiencia "pierde" ese dinero a manos de otro hospital ineficiente por lo que los incentivos van en dirección contraria a la eficiencia.

✓ No existe información de gestión para la toma de decisiones

Las áreas de estadísticas no procesan la información para tomar decisiones, solo para enviarlas a nivel central. No se aplican sistemas de medición del producto como los GRD, por ejemplo, no se analizan indicadores de calidad como reinternaciones, promedios de días de estada, cancelaciones de cirugías.

En muchos hospitales funcionan comités de infectología que miran un poco más el tema de infecciones intrahospitalarias, un problema cada vez mayor a nivel mundial y nacional pero no en todos. Tampoco existen sistemas de costeo o la posibilidad de seguimiento de ejecución presupuestaria. No hay sistemas integrados de control de stocks, pedidos de faltantes de insumos, relación utilización de insumos vs producción, etc. No existe en general una información sobre el paciente en forma única (ni clínica, ni de condiciones determinantes, ni de antecedentes, etc.).

✓ Muy pocos hospitales cuentan con un plan estratégico

Que defina su visión, misión, sus objetivos, que tenga claro cuál es su rol dentro de una red hospitalaria más amplia. Tampoco cuentan con un programa de calidad técnica, ni mucho menos trabajan sobre la calidad percibida por el usuario.

✓ La gestión no está profesionalizada

En general está en manos de excelentes médicos asistenciales, incluso muchos de ellos ya con experiencia como directores, pero en muchos casos sin conocimientos teóricos sobre técnicas de gestión. Los jefes de servicios también son médicos con muchos conocimientos asistenciales en el mejor de los casos, pero sin conocer las técnicas de la gestión clínica.

✓ La organización hospitalaria es disfuncional

No se ve como una estructura matricial, no se coordinan áreas, no existe trabajo en equipo y se trabaja en compartimentos estancos y en general no está organizado por cuidados.

LA COMPLEJIDAD DE LA GESTIÓN

Se ha definido al Hospital como una empresa de servicios de gran complejidad desde el punto de vista organizacional. Se acepta que allí dentro conviven diferentes tipos de organizaciones y que resulta imprescindible identificarlos y conocerlos en profundidad a fin de comprender el funcionamiento global de la institución hospitalaria.

Los "tipos de organización" que conviven dentro de la institución hospital pueden identificarse a partir de los diferentes procesos de producción existentes, los cuales se los asocia por su similitud a procesos de tipo "servicios de hotelería" (por ejemplo lo concerniente a

la gestión de camas desde su disponibilidad hasta el confort del paciente y sus familiares -limpieza, lavandería, mantenimiento, alimentación, otros), de tipo "producción industrial" (por ejemplo algunos servicios intermedios como diagnóstico por imágenes, laboratorio, esterilización, etc.) y de "servicios médicos" propiamente dichos.

Cada uno de estos "tipos de organización" requiere hoy en día de una alta especialización para su gestión específica. Si resulta complicado coordinar todas las áreas en un restaurante, en un hotel o una fábrica de zapatos, imaginémonos en un hospital en donde debemos multiplicar por tres esta complejidad.

Sólo por mencionar algunas complejidades que se enfrentan quienes gestionan digamos que por ejemplo el hospital es una institución de las más altamente electo dependiente, en donde la limpieza y la higiene deben cumplir estándares muy altos llegando en algunas áreas a la esterilidad como si fuera una planta elaboradora de productos biológicos, en donde también deben cumplirse estándares elevados de bioseguridad, o donde por ejemplo debe existir siempre la disponibilidad de oxígeno e insumos muy diversos para estar preparados para urgencias o para emergencias que son impredecibles, en donde el recurso humano es súper calificado y formado y cada "operario" sabe más de su tarea técnica que la "gerencia" y en donde el "cliente" participa a su vez como "producto" en sí mismo. Y todo esto en el marco de expectativas y angustias de familiares y pacientes, de hechos que traen alegría o dolor como los son un nacimiento o el fallecimiento de un ser querido, de diferentes creencias religiosas y últimamente de una violencia extrema de una parte de la sociedad para con los trabajadores hospitalarios.

En este contexto, ¿estamos gestionando bien nuestros hospitales públicos? ¿Tienen los directores las herramientas necesarias?

UN NUEVO IMPULSO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Es momento de desarrollar una política o programa de mejora de la gestión en nuestros hospitales públicos. Me atrevo a decir que el último programa que intentó algún cambio fue el decreto de autogestión del cual sólo

perdura la posibilidad de facturar a terceros pagadores y redistribuir un porcentaje de esos montos como algún tipo de incentivo, pero no mucho más. Ya es tiempo de empezar a focalizarnos en esta temática.

Los hospitales, más allá de su misión fundamental de asistencia sanitaria y de tener la complejidad descrita, son además unidades económicas tipo PYMES ya que trabajan en ellos miles de personas y tienen presupuestos muchas veces mayores que otros tipos de empresas. O sea que desde todo punto de vista resulta necesario abordar esta problemática.

Un programa o plan de gestión debe intentar descentralizar tomas de decisiones en materia de gestión de recursos humanos (definición del plantel, reclutamiento, selección, formación, retribución, incentivos, bajas, etc.) y de gestión de insumos (adquisiciones, control de calidad, stocks, etc.).

Debe contemplar que todo hospital tenga su plan estratégico, su misión, sus objetivos, su plan director de infraestructura y equipamiento, así como su plan de mejora continua de la calidad tanto técnica como la denominada percibida. Debe tener una gestión altamente profesionalizada y para esto se debe formar recurso humano especializado en gestión y debe cambiar su estructura orgánica funcional teniendo en cuenta los tipos de organización descritos con jefes de áreas o de servicios que sepan también de gestión.

Se deben implementar sistemas de información integrales e integrados útiles para la gestión clínica que abarque desde la información clínica del paciente, como también de costos, de calidad, de medición del producto sanitario, etc.

En definitiva, debemos encarar esta problemática para que la brecha en gestión no siga aumentando con lo que se hace en el resto del mundo y de otros subsistemas. □

(*) Presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos.



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Lima 355 4 J - CABA (5411) 15 4472 3423 - www.cempra.org.ar - administracion@cempra.org.ar

Enfrentando estos tiempos de cambios

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



Si nos detuviéramos un momento a observar la situación actual de nuestro sector, incorporando a la mirada al resto de los países de la región, apreciaríamos que muchas de las tendencias que se insinuaban en los 90 hoy son una realidad palpable.

De algún modo, el futuro ya llegó y nos muestra que el mundo ha avanzado hacia procesos de globalización, estandarizando formas de vida y estableciendo nuevos modelos sociales.

En la estructura industrial actual el retail viene progresando de forma sistemática y con gran rapidez, habiendo llegado a nuestra actividad para avanzar y establecerse en cada espacio en que se liberalicen las legislaciones sanitarias. Sólo por ilustrar con un par de ejemplos, tomemos por caso a nuestros vecinos de Chile y Perú.

Como lógica consecuencia de estos procesos, para la profesión farmacéutica la opción se presenta en los siguientes términos: de ahora en más, ¿seremos profesionales de la salud, o empleados de retail? Y no se trata solo de la propiedad de las farmacias, sino también de la forma de ejercer la profesión.

El problema trasciende al ámbito farmacéutico-sanitario, constituyéndose en un asunto económico y sociológico de gran alcance, razón por la cual considero que estos efectos deben ser limitados-modulados por efectivas políticas de consenso con miras hacia el futuro, procurando evitar la irracionalidad de lo racional.

Debe entenderse que para el logro de estos fines nuestra participación activa no sólo resulta necesaria sino también fundamental. Y en esa tarea, el primer paso lo constituye poner en juego **nuestra actitud**. Resulta corriente ver que, ante la aparición de grandes desafíos, la gente suele:

1. Sentirse alcanzada por el Síndrome de Indefensión Aprendida (*"...condición por la cual una persona se inhibe ante situaciones aversivas o dolorosas cuando las acciones para evitarlo no han sido fructíferas, terminando por desarrollar pasividad ante este tipo de situaciones"*).
2. Demandar a diestra y siniestra la solución inmediata de sus necesidades, sin aportar una sola idea ni el más mínimo esfuerzo.

En nuestra opinión, y aunque tenemos en el sector varios ejemplos de tales reacciones, consideramos

que ambas alternativas resultan totalmente despreciables al momento de intentar la satisfacción de las necesidades de nuestra red y sus integrantes.

¿CÓMO RESPONDEREMOS?

Previo a toda propuesta, considero oportuno recordar aquí algunos conceptos que el presidente de UNEFARM (México) pronunciara hace algún tiempo, al referirse a la crisis de la farmacia oficial en su país: *"... tenemos que reconocer que el farmacéutico tradicional se ha mostrado resistente a los cambios ... lo que pone parte de la culpa a cargo nuestro". "...no se ha implementado tecnología, ni herramientas que ayuden a atender las necesidades de las farmacias o el mercado... esto tiene que ver con cuestiones ideológicas, tradicionalistas y hasta dogmáticas..."*. *"Aun sabiendo que no podemos garantizar el éxito a todo el mundo, los líderes tenemos la obligación moral de darles alternativas de negocio que sean sustentables, y decirles en dónde están las oportunidades y herramientas..."*.

Mirando nuestra situación actual y cotejándola con la realidad de la región, parece que nos encontramos en una posición más favorable: las farmacias de cadenas (gestión bajo modelo retail) no superan los 700 puntos de ventas sobre un universo total de 13.000 farmacias... pero facturan el 10% del total.

En tren de hurgar buscando las causas o factores que han demorado hasta el momento el avance generalizado del modelo concentrador en nuestro país (y siendo conscientes que se puede y debe profundizar un poco más el análisis), surgen a primera vista estas razones:

- La existencia de una industria nacional que ha creado los condiciones para manejar política y económicamente el proceso que va desde la producción hasta los mostradores de la dispensa, evitando dejar resquicios por donde algún otro agente pudiera incorporarse a este proceso central en la cadena de valor del medicamento.
- La existencia de entidades farmacéuticas que, conteniendo a la totalidad de las farmacias del país, han reaccionado (con aciertos y errores) ante cada posibilidad de amenaza que se ha presentado para sus integrantes.

El caso es que más allá de lo efectivo que esto pudo resultar hasta aquí, ello no será suficiente para mantener (y mucho menos mejorar) la situación de una red de farmacias con servicios profesionales en proceso de mejora continua. Por el contrario, considero que tenemos que trabajar más duro y unidos que antes, incorporando a todos los actores que integran esta cadena de valor: producción, distribución, dispensa, regulación y consumo.

Para avanzar dando algunas precisiones voy a exponer nuestra visión, presentándola en formato de una matriz FODA. Procuero así resaltar los aspectos favorables para afirmarlos aún más, mientras neutralizamos o procuramos la eliminación de los aspectos negativos:

Fortaleza: La capacitación continua de los profesionales farmacéuticos que integran la red.

Oportunidad: Nuevos y mejores servicios profesionales para los pacientes. Servicios de gestión y asistencia a financiadores. Alianzas estratégicas con integrantes de la cadena de valor.

Debilidad: Rentabilidad. Costos crecientes vs recortes presupuestarios de los financiadores y disminución de la capacidad de compra en la población.

Amenaza: Liberalización del mercado. Ausencia de regulaciones, que favorecen la concentración del mercado en manos de grandes grupos económicos.

La estrategia de FEFARA para enfrentar la coyuntura surge de las convicciones y valores que dieron vida a la Federación. A título ejemplificativo vamos a recordar aquí lo señalado en esta misma columna en el mes

de marzo pasado, "... estamos convencidos que la sustentabilidad de las farmacias comienza a partir del acceso que deben tener todos los integrantes de nuestra red para la atención de toda la población, sean estos beneficiarios de la seguridad social o particulares".

Puestos en condiciones de acceso, la disputa será "servicio profesional farmacéutico versus góndolas", con lógicas ventajas comparativas para los nuestros.

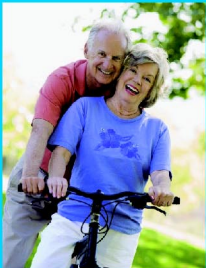
Y, para tener posibilidades reales en esta batalla, resulta de vital importancia contar con herramientas y procesos de gestión, que permitan a todas las farmacias tener disponibilidad de todos los productos para atender todas las recetas que los pacientes presenten, sin que el financiamiento de los mismos se constituya en una barrera para su normal dispensa".

No obstante ello, somos conscientes que mucho queda por trabajar. Tanto en el mercado como al interior de la red. También tenemos muy claro que trabajando en solitario, jamás alcanzaremos las metas que nos proponemos para la profesión en su conjunto. Por ello, siempre estaremos invitando a todos los componentes del sector a compartir espacios y propuestas, con acuerdos y disensos.

Asumamos esta realidad: el presente y los próximos años prometen lucha. Y mucha. Porque como vamos no podemos seguir, y porque sin lucha nada va a cambiar. □



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social





OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



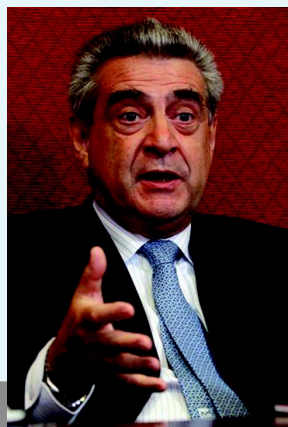
Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar
Tel/Fax: (011) 4010-6746

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

¿Realmente sirve la consultoría en salud corporativa?

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



Con esa “amigable” pregunta de inicio me recibió un CEO de una corporación internacional cuando fui a tener una primera reunión exploratoria. En general los recibimientos de los clientes son mucho menos complicados que éste, pero uno debe adaptarse a todo y saber asimilar la “brutal franqueza” de algunos interlocutores. Es más, para que me quedara claro que él no creía en absoluto en la Consultoría, su segunda frase -muy sonriente, claro- fue peor aún: “un Consultor es el que te cobra por decirte lo que ya sabes”.

En realidad, esos inicios significan básicamente un gran desafío como es el de poder transformar la desconfianza en confianza plena. Por cierto no es una tarea sencilla, pero como dicen los millennials: es divertido.

Digamos que muchas veces no es fácil tratar con personas que alcanzan posiciones de dirección en una organización y que son -en líneas generales- individuos exitosos.

Divido a los ejecutivos en tres grupos: Los que saben que no saben específicamente del tema -y por ende buscan alguien que les ayude a comprenderlo y resolverlo- que son la gran mayoría; los que no saben que no saben, en donde naturalmente el trabajo no es sencillo, pero que -gracias a Dios- son una pequeña minoría- y finalmente los que tienen cierto nivel de conocimiento pero un nivel de inteligencia superior a la normal, con quienes interactuar es un verdadero placer, ya que uno también crece con la experiencia.

Nuestro mercado cuenta con un excelente plantel de Consultores (algunos de los cuales también escriben desde estas páginas como Patricio Pasman y Oscar Cochlar) y, en honor a ellos, no voy a describir mis tareas de Consultoría ya que el propósito de este artículo no es comentar sobre el producto en sí mismo.

Cuando conozco a alguien por primera vez, luego de escuchar atentamente el problema que presenta, suelo presentarme con una frase: “Le confieso que mi inteligencia es baja, más aún...muy baja, lo que he aprendido en estos 35 años de Consultoría es a saber lo que no hay que hacer”. Más allá de romper el hielo, la “confesión” tiene la gran virtud de que alineamos intereses en forma inmediata ya que eso significa que él y yo vamos a

encontrar soluciones y, sobre todas las cosas, a no cometer errores que impacten sobre su gestión.

Y es verdad. A lo largo de tantos años de trabajo uno se ha equivocado y ha visto también equivocarse a otros, lo cual brinda una herramienta de trabajo fantástica.

Recuerdo una vez en que un Banco internacional nos contrató para rediseñar la política de cobertura médica que le brindaban a sus 4.000 empleados y unificar los 17 Planes Médicos que tenían en tres empresas diferentes del grupo, los que a su vez eran brindados por tres empresas Prepagas diferentes. Una tarea compleja. Lo cierto es que iba analizando Plan por Plan y tratando de unificar “hacia arriba” el beneficio, ya que siendo la salud un tema sensible, nunca falta alguien que si ve alguna mínima cosa reducida diga: “me bajaron los beneficios”. Se trataban de unos cuarenta ítems de los cinco Planes que asignaban a los diferentes niveles, en las tres Prepagas, lo que hacía que se generaran 600 posiciones diferentes. En un momento me encontré con el rubro

reintegros del “Galeno de Práctica”. Un rubro por cierto que es muy poco utilizado para el cálculo de reintegros ya que como usted sabe amigo lector, prácticamente nadie se hace un estudio por fuera del sistema: Aun usando médicos particulares los estudios se hacen en instituciones de Cartilla.

Allí encontramos que uno de los tres Planes el valor del comentado Galeno de Prácticas, era exactamente la mitad que en los otros dos. Miré seguidamente cuántos afiliados estaban en esa Prepaga y en ese Plan y encontré solo 5. Los otros 300 se encontraban en los otros dos prestadores. Naturalmente me pareció innecesario impulsar un incremento de

costos en un rubro prácticamente sin uso alguno y con menos del 2% de los beneficiarios.

Lanzamos los nuevos Planes con un éxito fantástico. Cinco días después me llama el Gerente de Recursos Humanos para decirme que una empleada había llamado para reclamar: “Me reintegraron la mitad de lo que me reintegraban antes!! ¡¡Bramaba... me redujeron mi beneficio!!”. Fue terrible el aprendizaje: nunca más en los siguientes 20 años de trabajo cometería de vuelta el mismo error... lo que podría-

Cuando conozco a alguien por primera vez, luego de escuchar atentamente el problema que presenta, suelo presentarme con una frase: “Le confieso que mi inteligencia es baja, más aún...muy baja, lo que he aprendido en estos 35 años de Consultoría es a saber lo que no hay que hacer”.

mos denominar -siendo indulgente conmigo mismo-: desarrollo del expertise.

Volviendo al eje de la cuestión, digamos que hay dos situaciones que un buen Consultor debe evitar: nunca debe hacerse una labor de Consultoría si hay dudas que el trabajo final puede ser exitoso para el cliente. Y más aún, se debe decididamente evitar la Consultoría si se sabe que va a ser perjudicial para quien nos contrata. Aquí es de aplicación aquella frase de un estupendo Médico Cirujano: "Tardé veinte años en aprender a operar y otros veinte años en saber cuándo no operar". Maravilloso.

Es decir que la ética es un valor fundamental de la Consultoría y seguramente uno de los pilares del prestigio que todo Consultor debe contar. Porque ese prestigio es la llave que abre las puertas y genera la confianza en el cliente. No es casual que el Capítulo I de un estupendo libro sobre marketing que lleva de título "Haciendo llover" ("Rain making" en el original) fuera "Construye tu propio podio", desde allí todo es más fácil...fantástico.

También digamos que trabajar con los mejores Directores de RRHH es un aprendizaje maravilloso. Rafael Berges en el Banco de Galicia, Fernando Dasso en YPF, Eduardo Laporte en Renault Argentina, Guillermo Willi en Globant, Diego Serantes en Shell, son ejemplos de "jugadores de grandes ligas". Jamás les vi discutir una idea cuando veían que era mejor o más práctica que una que habían tenido ellos. Nunca los vi "defender" posiciones...siempre buscando lo mejor, el mejor resultado...un aprendizaje para uno sin dudas.

Más difícil sin embargo es a veces trabajar con pares de nuestra propia corporación. No nos olvidemos que una corporación trabaja cuentas globales, de forma tal que

muchas veces me he encontrado que nuestra oficina de Chicago o de Washington le facturaba a un cliente veinte millones de dólares anuales. Eso hace que el Director General de la cuenta se preocupe fuertemente de los resultados que le brindamos al cliente aquí... en el fin del mundo.

Naturalmente ellos trabajan con otro modelo. Allí el deducible -lo que llamamos la franquicia en seguros- es parte básica de cualquier seguro de salud, lo mismo con los coseguros. Convencerlos que un buen diseño local y regional no debe tener ninguna de las dos cosas es una tarea ciclópea. Pasa lo mismo con las casas matrices de nuestros clientes locales. Actualmente estamos rediseñando la política de un Banco internacional, en donde además de los Ejecutivos locales participan del análisis los número uno del mundo de RRHH y de Beneficios. Naturalmente, ser claro con el interlocutor al explicar el modelo argentino no es una tarea sencilla.

¿Cuál es entonces en la gran diferencia entre el Ejecutivo y el Consultor? Básicamente que este último cuenta con un elemento clave: Mayor información y más experiencia específica.

Ya sabe que es lo que puede alcanzar con el proveedor porque ya lo ha negociado antes en otros clientes, en general sabe su costo y sobre todo sabe quién está dispuesto a hacerlo de una forma distinta... y también sabe lo que no hay que hacer, expertise como señalábamos antes.

Digamos que el objetivo, al final del camino, es que el cliente se sienta satisfecho de haber contratado la Consultoría al comprobar que no hubiese alcanzado los resultados sin ella. ¿No es poco verdad? □

(*) Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson.

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I 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.

Nuestras publicaciones



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



Una Agencia de Evaluación de Tecnologías al servicio de la cobertura universal en salud



Por el Prof. Carlos Vassallo (*)
vassalloc@gmail.com

El Senado está discutiendo un proyecto de creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Inicialmente fue enviado un proyecto desde el Ministerio de Salud con deficiencias y apoyado por los lobbies de las prepagas y laboratorios. Fue analizado de manera mediocre por los Senadores de la Comisión para quienes economía de la salud es chino básico y evaluación económica de tecnologías es mandarán. Se presentó un proyecto a cargo de la Senadora Fellner con aroma corporativo cegetiano y ante la falta de acuerdo de la Comisión el presidente provisorio del Senado Federico Pinedo tomó la decisión de dar de baja la discusión de los proyectos.

Posteriormente con la presentación de la ley laboral en Diputados en un acto de sinceramiento respecto de la hipocresía con la que se trata el tema, se incluyó un capítulo sobre la creación de la Agencia. Y mientras tanto tomando la iniciativa el Senador Pinedo presentó un proyecto nuevo armado por sus equipos de asesores con sistema de corta y pague de proyectos y eso es lo que hoy se está discutiendo.

Como bien expresa el Documento sobre Evaluación de Tecnologías del Grupo PAIS ⁽¹⁾ "Las tecnologías sanitarias han aportado a lo largo de la historia a la mejora de los resultados de salud de la población, pero **sus altos costos, así como su inadecuada utilización están poniendo en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.** Teniendo en cuenta que el acceso a las tecnologías sanitarias representa un **elemento clave para garantizar equidad en salud**, resulta necesario implementar estrategias que permitan una incorporación y utilización racional de las nuevas tecnologías a fin de reducir el impacto económico que tiene la mala utilización de estos recursos".

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias demuestra una vez más la perversidad del sistema de salud argentino. El Ministerio toma el tema y lo incluye en la agenda básicamente por presiones recibidas por parte de la seguridad social y medicina prepaga acosadas por la judicialización creciente del sistema alentada por la irresponsabilidad legislativa de no discutir prioridades sanitarias. Sabemos que los legisladores están embarcados en el festival de proyectos de ley que amplían derechos sanitarios (para los que tienen cobertura) sin explicitar y definir como se financiarán.

El Consejo Federal de Salud sigue siendo un actor pasivo de la política sanitaria. Como si no fuera un problema de los Ministros de Salud Provinciales asegurar un paquete de prestaciones médicas esenciales con evidencia clínica. En años anteriores se planteó la discusión en el marco del COFESA acerca de un compromiso explícito de las provincias de asegurar el programa médico obligatorio para toda la población. Esta discusión se terminó con los Ministros Provinciales diciendo que no era necesario firmar ni asegurar nada que ellos le daban todo a quienes lo pedían. Sin palabras.... Las garantías se consiguen luego del reclamo judicial pero no son ex ante y entonces la población tiene que "esperar" de la justicia para poder acceder.

Se tiende a eludir la discusión sobre el bien salud a proteger. Qué tipo de bien es la salud en la Argentina y que protección merece. Discutir prioridades siempre es incómodo, entonces se opta por la solución de mercado: dejar que los recursos se consuman según quien llega primero o quien tiene más contactos con el sistema o, que los que pueden pagar, accedan y el resto ya se verá. Mientras tanto muere gente por falta de prioridades en las prestaciones que debieran estar aseguradas para toda la población que paga los impuestos. Si queremos hablar de cobertura universal el plan de beneficios (programa médico obligatorio) tiene que ser universal. Para toda la población con independencia de quien sea el asegurador (obra social, prepaga o Estado).

La evaluación económica de tecnología todavía no ha logrado ser una definición compartida por todo el sistema sanitario. Hay una escasa formación a médicos clínicos y auditores financiada por laboratorios y proveedores, muy poco financiamiento de parte de las obras sociales y prepagas y menos aún por el estado. El tema de la formación de recursos humanos del cual se habla mucho en estas épocas debiera ser puesto en la misma línea que otras inversiones por parte de los financiadores dado que las tecnologías tienen en el comportamiento y accionar del médico, la enfermera, y trabajadores de la salud a los actores claves. La situación no puede ser abordada como desea la Seguridad Social y las Empresas de Medicina Prepaga, acotando el acceso, disminuyendo la judicialización además de cerrar las vías a la discrecionalidad, es necesario trabajar para cambiar el modelo de atención y

la práctica clínica. La creación de la agencia no solucionará todos los problemas de mala asignación de recursos y uso irracional de las tecnologías.

La evaluación de tecnología tiene una base sólida de conocimientos a nivel internacional. En el caso argentino, si bien algunos grupos muy reducidos han participado de proyectos, todavía esto no es algo extendido y es necesario indispensable consolidar un “conocimiento público” sobre el tema y no dejarlo en manos sólo del privado para que se encargue de los estudios y evaluaciones económicas necesarias. La universidad pública debe tener presencia protagónica en la discusión.

En el caso argentino resulta más importante definir antes él **para quien** que el **que** (bienes y servicios cubiertos). Hay cuestiones de equidad y de ciudadanía social que muy a pesar nuestro están ausentes de los debates y las decisiones políticas. Y es aquí donde estamos en falta. Hay un sector de la población de más de 15 millones de habitantes que están afuera de este debate y que es obligación de la política incluirlos. La ETS (Evaluación de Tecnologías Sanitarias) y el PMO también tienen que ser discutidos y decididos en el marco del COFESA y poder extender sus beneficios al resto de la población que se atiende en el Estado. Como podemos considerar que si la ETS traerá evidencia sobre las mejores prácticas que deben ser brindadas no vamos a aprovechar este conocimiento para aplicarlo en el sector público estatal y lograr cubrir aquellas prestaciones más costo-efectivas para toda la población. Como decía el Prof. Archibaldo Cochrane “todo lo efectivo debería ser gratuito”.

La necesidad informativa de las provincias en materia de resultados de las ETS es fundamental en tanto responsable de la salud de la población y que debe elegir entre tecnologías alternativas que tienen costos y resultados diferentes. Mi opinión personal sobre el tema es centralista a pesar de ser un convencido federalista en materia de salud. La actividad de la ETS debe ser desarrollada a nivel central por una Agencia que ponga a disposición de todos los reportes e informes que luego se adaptarán a nivel regional. Sería importante en este sentido que el COFESA avance en la creación de una red ETS para compartir los resultados y avanzar en la definición de informes comunes a las necesidades de la salud pública provincial. En el caso de la cobertura de medicamentos, no contar con un PMO garantizado para todos los habitantes genera dudas sobre la aplicación de

los lineamientos que surjan de la ETS que podrían chocar con políticas de contención del gasto farmacéutico y de mayor efectividad en la prescripción.

Respecto de las indicaciones emanadas de otras agencias internacionales sobre ETS podemos decir que tanto el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) como el SMC (Scottish Medicines Consortium) hacen un trabajo muy sistemático y útil a nivel local. Existen no obstante problemas para transferirlos de manera automática y para ello debe realizarse un trabajo de adaptación. Por dignidad profesional tratar de hacer evaluaciones coherentes con el contexto argentino y para eso es necesario que el Estado y los financiadores inviertan y no dejar que los laboratorios sean los grandes financiadores de las evaluaciones de tecnologías. Además, si la ETS es un puente entre la investigación y la decisión política, no puede dejar de tener un contenido nacional. Las autoridades públicas deben explicitar los límites relativos a cada tecnología y garantizar los recursos para prestar los servicios.

Como se expresa en el Documento del Grupo PAIS ⁽²⁾ se considera fundamental que la futura agencia cumpla con los siguientes criterios organizativos:

- ✓ Que tenga reglas claras
- ✓ Que sus procesos sean transparentes
- ✓ Que logre una financiación sostenible
- ✓ Que sus decisiones sean vinculantes
- ✓ Que considere la Medicina Basada en la Evidencia pero también el valor social
- ✓ Que sea multidisciplinaria
- ✓ Que sea participativa
- ✓ Que rija para todo el sistema de salud
- ✓ Que afecte las decisiones clínicas en serio
- ✓ Que genere sus propias investigaciones
- ✓ Que monitoree y sea monitoreada
- ✓ Que aborde el tema de desinversión □

1 ¿Podremos tener una política de salud equitativa? Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. El camino de los consensos básicos en Salud. Editorial Fundación FEMEBA. 2017
2 www.inclusionensalud.org

¿Podremos tener una política de salud equitativa? Pacto Argentino por la Inclusión en Salud. El camino de los consensos básicos en Salud. Editorial Fundación FEMEBA. 2017

(*) Profesor Salud Pública FCM UNL y Miembro del Grupo PAIS.

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

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

Porque seguridad es tranquilidad.



El riesgo aceptable en el cuidado de la salud



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

El riesgo no es tan sólo un dato objetivo, es también una construcción social. Por consiguiente, la aceptabilidad del riesgo en medicina no es uniforme y en mi entender presenta tres dimensiones diferentes y complementarias.

LA ACEPTABILIDAD DEL RIESGO POR LA SOCIEDAD

Nos remite a la sociología del riesgo. Esta última explica la siguiente paradoja: la aceptabilidad guarda en realidad muy poca relación con la intensidad del riesgo. Por ejemplo, los accidentes de tránsito, los domésticos o los del trabajo, producen muchas más víctimas que las catástrofes aéreas, industriales, químicas o nucleares. Sin embargo, los primeros son fácilmente aceptados. La sociedad en general los tiene asumidos como hechos naturales. La sociología del riesgo permite analizar y explicar esa paradoja.

Actualmente, la percepción del riesgo en el “*cuidado de la salud*” se caracteriza a la vez por una sensibilidad exacerbada y por una aparente irracionalidad frente a un resultado inesperado.

Es así como un riesgo es más aceptable cuando es elegido voluntariamente y no simplemente soportado, sobre todo cuando el individuo tiene el sentimiento de que pudo haber sido evitado, aplicando un mecanismo que tal vez se base en la afirmación voluntarista o inducida sin demasiado fundamento, en la existencia de una capacidad individual para controlar ese riesgo.

Cabe señalar entonces que, aunque la morbimortalidad relacionada con los riesgos ya experimentados nunca ha sido baja, en la sociedad contemporánea es percibida como más peligrosa que las anteriores. Esa percepción se debe traducir en una demanda de esfuerzos suplementarios por parte de todos los involucrados en el *cuidado de la salud*, para reducir los riesgos.

El sentimiento de inseguridad parece superior a la realidad de las amenazas.

El nivel de exigencia de seguridad de las poblaciones es asimismo cada vez más elevado. En materia de atención del *cuidado de la salud* también.

Se trata por ejemplo de la exigencia de disponer de MEDIOS de atención al paciente, (recurso humano y equipamiento) que deben ser a la vez “de punta”, “de proximidad y contención”, y “altamente capacitado” y a “cualquier precio” (equipos, urgencias, tratamientos de última generación, lo que sea. “La obligación de medios” del médico, se transforma

poco a poco en “obligación de resultado”, o al menos en una “pérdida de chance”. No se concibe que el médico falle o no alcance el objetivo deseado por el paciente y su entorno. Esa evolución sociológica se encuentra asimismo en la evolución de la jurisprudencia y de la doctrina jurídica. El daño ha desplazado a la culpa. Hay un viraje hacia la responsabilidad objetiva. Y si bien parecería que en las cuestiones médicas todavía no del todo, la constitucionalización del Derecho Civil y la Ley de Defensa de los Derechos del Consumidor nos ponen cerca.

Como Uds. ya habrán escuchado cientos de veces, la clasificación de las obligaciones es “de medios” y “de resultado”. Esta clasificación fue pensada por un jurista francés, René Demogue. Él consideraba que en las obligaciones de resultado la prueba del incumplimiento engendra una presunción de culpa por parte de quien prestó el acto, la cual podía ser desvirtuada con la prueba del caso fortuito. Mientras que, en las obligaciones de medios, corresponde al acreedor (en este caso sería el paciente o sus herederos), la prueba de la culpa de quien prestó el acto médico reprochado, y este prestador a su vez podrá deber probar que fue diligente, o que las cosas pasaron pues existió un caso fortuito.

Sin embargo, las ideas han evolucionado y por eso es necesario para toda la comunidad médica, aplicar metodologías que permitan evitar los daños evitables, es decir los injustificables.

Esa evolución significa que la prueba de la culpa al paciente, en las obligaciones de medios sólo le será exigida en determinados casos, ya que ahora se ha advertido que hay casos en los que el actor tendrá que probar la culpa, y otros en que la culpa se presume, y le tocará al médico la demostración de su no culpa. La no culpa supone una actuación prudente y diligente, y su posibilidad de demostración sólo funcionará en las obligaciones de medios. Con esto se quiere decir que la responsabilidad contractual -que es la del médico- podrá ser subjetiva u objetiva. Y, en conclusión, en la mayoría de los casos la responsabilidad contractual será objetiva, y en el mínimo de los casos se apoyará en el análisis de la culpa.

Finalmente hay que puntualizar que, aunque el nivel de riesgo del sistema de salud sea visto como elevado, en lo que se refiere a ciertos temas, aun así la aceptabilidad de la población es particularmente reducida y la presión del público y de los medios muy fuerte, (sangre contaminada, infecciones hospitalarias, daños cerebrales irreversibles por déficit de

atención en el momento del parto, errores de diagnóstico, errores de medicación, emergencias domiciliarias, recién nacidos dejados por fallecidos, entre otros). Esa presión provoca consecuentemente una reacción de los actores políticos que inician acciones legales, técnicas y a nivel de la organización.

LA ACEPTABILIDAD DEL RIESGO TÉCNICO POR PARTE DEL MÉDICO Y DEL RESTO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD

Nos remite a la idea del conocimiento de un riesgo calculado sobre bases científicas en función de una relación riesgo / beneficio para el paciente involucrado. Esta idea se basa en la consideración de los datos actuales de la ciencia de la cual depende cada caso de cada paciente. La aceptabilidad supone *en definitiva* la destreza del médico y su equipo para utilizar los medios adaptados a la realización de la tarea terapéutica elegida en buenas condiciones de seguridad. Dicha aceptabilidad y el límite, debe ser informada al paciente y su entorno, sin ninguna duda. Ya no puede - ni debe, dejar de hacerlo.

LA ACEPTABILIDAD DEL RIESGO POR EL PACIENTE INVOLUCRADO

Es él quien deberá experimentar las consecuencias positivas o negativas de la aceptabilidad del riesgo, sobre todo cuando le ha sido informada. La evolución de los últimos años de la legislación en materia de salud y derechos de los pacientes, historia

clínica, consentimiento informado, voluntades anticipadas, investigaciones clínicas, nos recuerda la necesidad de profundizar en la información que se brinda al paciente, indicándole en especial los beneficios y los riesgos de las diferentes alternativas. Es así como el paciente puede participar activamente en las elecciones diagnósticas y terapéuticas que le conciernen y brindar su consentimiento sabiendo muy bien de qué se trata. La información objetiva y completa del paciente y su participación en la decisión de exponerse al riesgo *formarán parte de la gestión de la aceptabilidad del riesgo por el paciente.*

La aceptabilidad del riesgo en materia de salud implica tener en cuenta estos tres aspectos:

- ✓ El nivel de aceptabilidad por parte de la sociedad.
- ✓ La capacitación de los profesionales para llevar adelante los tratamientos informados previamente.
- ✓ ¿Cómo se involucra a los pacientes en el acto médico para que también asuman responsabilidades? □

(*) Director de TPC Compañía de Seguros.

Precisión al Servicio de la Salud



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 - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensionada

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-6326 /4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

¿Es sostenible el actual modelo de atención?

Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC

malvarez@prosanitas.com.ar



Bajos aranceles, atrasos en los pagos de los financiadores, el dólar y la inflación por las nubes, tasas de interés imposibles de pagar y un largo etc., parecen describir las causas de la grave situación del sector prestador privado en nuestro país. Pero en realidad, la sostenibilidad de nuestro sistema privado de salud se encuentra en tela de juicio desde hace décadas, y aunque la situación económica actual le infunde mayor gravedad, no nos caben dudas que la misma tiene además otras causas mucho más profundas, y que para su resolución se requiere realizar cambios estructurales en el modelo prestador.

En todo el mundo desde hace varios años, los sistemas de salud están siendo reformados en procura de su sostenibilidad, ya que la misma se encuentra amenazada por factores que por ser ampliamente conocidos no van a ser desarrollados en este artículo, pero que podemos clasificarlos en:

- a) Factores que afectan la demanda:** cambios demográficos, prevalencia de enfermedades crónicas y cambios en las expectativas de la población.
- b) Factores que afectan la oferta:** el impacto de las nuevas tecnologías sanitarias, la fragmentación del sector asistencial y la complejidad del mismo.

Los prestadores privados de servicios de salud se encuentran en una encrucijada que los obliga a tomar urgentes medidas para sobrevivir en el corto plazo, pero para que las mismas en el futuro no constituyan un obstáculo que dificulte los cambios necesarios para lograr la sostenibilidad del sistema a mediano y largo plazo resulta necesario definir y consensuar previamente las características que además de las históricas, como cartera de prestaciones amplia y costo-efectiva, equidad y accesibilidad adecuadas, eficiencia, transparencia, etc., debería reunir el futuro modelo prestador sostenible que aspiramos desarrollar, entre las que seguramente figurarán las siguientes:

- Que funcione en forma Integrada y coordinada.
- Que promueva la innovación, para mejorar tanto los resultados en salud como la eficiencia del sistema.
- Que maximice la proactividad y la prevención.
- Que promueva la mejora de la experiencia del paciente.
- Que promueva la seguridad del paciente.
- Que desarrolle el empoderamiento de los pacientes.

PROPUESTAS PARA EL CAMBIO

El Instituto de Estudios Sanitarios perteneciente a PwC, publicó una investigación (que luego fue tomada por la OMS en el "Informe sobre la salud en el mundo 2010"), donde se destaca que de los 2 billones (de doce ceros) que en los EE. UU. se utilizan cada año para financiar su sistema de salud, más de un 50% financia ineficiencias

del modelo y que en general esta proporción es similar en la mayoría de los países del mundo.

Aunque existen estimaciones más conservadoras que afirman que esta proporción sería de aproximadamente el 30%, está claro que invertir más no nos lleva necesariamente a una mejor salud.

La medicina en el futuro deberá obligatoriamente generar menores costos y alcanzar mejores resultados.

Desde hace tiempo, el tema dominante en la mayoría de las publicaciones y congresos de salud es el Value Based Healthcare (VBHC = Atención Médica Basada en Valor), que es una modalidad de pago a los prestadores que relaciona las prestaciones con los resultados en salud a efecto de maximizar los resultados en salud en función del dinero utilizado para el mismo fin.

El pago por valor es un pago integrado global que cubre todas las prestaciones necesarias para tratar a un paciente durante todo un ciclo de atención para una afección dada.

Por ejemplo, en una angioplastia o en una revascularización para un paciente con una enfermedad arterial coronaria, se espera hasta 90 días después de la intervención para analizar el resultado en el paciente y recién entonces proceder al pago convenido con el prestador.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) espera que para este año el 50% de los pagos tradicionales haga la transición a pagos por valor.

El pago por valor fomenta la creación de Unidades integradas de práctica (IPU, por sus siglas en inglés).

Las IPU concentran en un solo lugar toda la atención de los pacientes con una misma afección, logrando que la totalidad de la atención la realice un equipo altamente experimentado.

Un ejemplo de esto es el MIGRAINE CARE de Alemania, un centro para la atención de cefaleas que logró una mejora del 54% en los resultados para los pacientes y una disminución del 20% en los costos de atención, lo cual le permitió expandirse abriendo centros en otras localidades y posteriormente centros similares para el tratamiento de otras afecciones como dolor agudo de espalda, artritis reumatoide y vértigo.

Para poder implementar VBHC se requiere, además de constituir Unidades de Práctica integradas, tener la capacidad de medir resultados y costos.

En el cuidado de la salud, la medición del valor debe enfocarse en qué tan bien la atención brindada satisface las necesidades de los pacientes individuales.

Medir los resultados de un tratamiento requiere el seguimiento del paciente durante todo el proceso de atención y observar en forma integral las condiciones médicas. Por ejemplo, para pacientes con diabetes, su condición médica incluye hipertensión coexistente, enfermedad renal, y enfermedad de retina, por lo que el resultado de la atención deberá incorporar el efecto combinado del cuidado de todas estas necesidades.

ATRIBUTOS CLAVE DE UNA UNIDAD DE PRÁCTICA INTEGRADA	
N°	DESCRIPCIÓN
1	Organizado en torno de la condición médica del paciente o conjunto de condiciones estrechamente relacionadas (en atención primaria: segmento de pacientes).
2	Involucra a un equipo interdisciplinario que dedica una parte significativa de su tiempo a dicha condición.
3	Todos sus miembros pertenecen o están afiliados a una Unidad Organizacional común.
4	Asume la responsabilidad del ciclo completo de la atención para la afección, que abarca la atención ambulatoria, de internación y de rehabilitación, así como los servicios de apoyo (ej. Nutrición, Servicio social, apoyo psicológico etc.).
5	Incorpora la educación, el compromiso y seguimiento del paciente como parte integral de la atención.
6	Utiliza una sola estructura administrativa y de programación.
7	Se encuentra ubicado en instalaciones con dedicación específica para esos fines.
8	La atención es dirigida por un coordinador médico y un administrador de atención que supervisan el proceso de atención de cada paciente.
9	Mide los resultados, costos y procesos para cada paciente utilizando una plataforma de información común.
10	Los proveedores funcionan como un equipo, se reúnen en forma regular tanto formal como informalmente para analizar pacientes, procesos y resultados.
11	Acepta la responsabilidad conjunta por los resultados y los costos.

Para que los resultados puedan medirse en forma correcta y estandarizada el ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) ya ha definido un conjunto de indicadores estandarizados para 21 diferentes condiciones clínicas que representan una porción significativa de la carga de enfermedad y continúa desarrollando otros.

La condición clínica se define como el conjunto interrelacionado de circunstancias médicas que se abordan de una manera integrada.

Los resultados que interesan al paciente son de distinto tipo y pueden provenir de diversas fuentes:

1. Los que informa el equipo profesional de salud:
La medida de los resultados clínicos, supervivencia, complicaciones, reinternaciones, etc.

2. Los que informa el paciente:
a. Relativas a su experiencia durante todo el ciclo de atención.
b. Los que influyen en su calidad de vida; disfunción eréctil, incontinencia urinaria, pérdida de relaciones sociales etc.

Los países escandinavos son los se encuentran en la vanguardia en cuanto a las condiciones para la implantación de modelos de pago por valor.

REFLEXIONES SOBRE EL VBHC

Se puede definir un buen sistema de salud como aquel que obtiene los mejores resultados en términos de salud (supervivencia, calidad de vida, satisfacción de su población etc.) y utiliza cada peso de su presupuesto en la forma más eficiente.

Los financiadores para evaluar la calidad de servicios que proveen deberían analizar cuál es su población objetivo, de qué se enferma, qué prestaciones recibe para atender esas patologías, cuánto cuesta esta atención y qué resultados se obtuvieron en materia de salud.

Lamentablemente en nuestro sector privado de salud, los financiadores suelen tener información sólo sobre el costo y la cantidad de las prestaciones médicas que reciben sus afiliados, (incluso a veces esta información les resulta difícil de recopilar porque la misma prestación puede denominarse de varias formas en su sistema), pero en general no tienen información sobre los resultados en términos de salud que lograron dichas prestaciones.

Para poder contar el futuro con información sobre costos por actividad y resultados en salud, deberemos transitar un largo y difícil camino, que resulta imprescindible iniciarlo cuanto antes.

Michael Porter y Elizabeth Teisberg desarrollaron esta propuesta fundamentando que este modelo generaría competencia entre unidades de práctica integrada y que dicha competencia incrementaría la calidad de los resultados en salud y disminuiría los costos.

Si bien no se escuchan objeciones respecto a la necesidad de contar con información sobre resultados en salud para poder mejorar su calidad y disminuir su costo, existen importantes objeciones con respecto a la utilización de este modelo de pago, entre las que se destacan las siguientes:

- Sólo algunas afecciones pueden ser encuadradas en este modelo.
- La elevada complejidad administrativa que requiere.
- Duplica estructuras gerenciales (la de los Hospitales y la de los grupos de práctica integrada que se responsabilizan por un conjunto de prestaciones por las que reciben un pago único que deben distribuir.
- Incentiva la selección de los pacientes.
- Lo que realmente requieren los financiadores es bajar costos por lo que la competencia en realidad será por precios y llevará a los prestadores al abismo.

Más allá de estos cuestionamientos que habrá que resolver, es innegable que la confrontación de los costos con los resultados en salud que importan al paciente es un requisito indispensable para la sostenibilidad y la mejora del sistema de salud. □

1. Redefining Health Care – Michael E. Porter Elizabeth O. Teisberg – Harvard Business review Press (2006)
2. La Sanidad se debate entre dos modelos económicos. Michael Porter, Robert Kaplan Trad. Mariana Díaz (2018)
3. Deusto Business School – Foro de transformación Sanitaria: Las claves de la sostenibilidad del Sistema Sanitario (2015)
4. Pago por resultados, el nuevo rumbo en Salud - Maribe R, I Coronel (2017)
5. Atención Basada en el Valor: La perspectiva del paciente – Gloria Gálvez (2017).

Aborto: la inconveniencia de intentar satisfacer a los extremos

Por el Dr. Floreal López Delgado (*)
Abogado y asesor sanatorial



La Cámara de Senadores rechazó el proyecto de ley aprobado por la de Diputados sobre el aborto, que implica que sigue estando penalizado. En el número anterior (edición 105)... “Aborto y conciencia médica” y antes en... “Aborto o un cierto contrabando Jurídico” (edición 91) anticipé que eso ocurriría y que era tiempo de tratar seriamente el tema.

LA IGLESIA

No hizo más que sostener su tradicional posición antiabortista, fundada en que la vida comienza en el momento de la concepción, que no es tan antigua.

Se inició en el Siglo XIX cuando la ciencia médica pudo describir la evolución fetal y afirmar que un feto de 8 meses no era demasiado diferente de uno de siete, éste de uno de seis y así hasta el primero, descartando las teorías sobre que era un “homúnculo” que nadie sabía definir y era el nombre que se le daba por la confusión que creaban las diversas formas que tomaba, algunas, bastante parecidas a animales. Recordemos que la teoría de la evolución no fue aceptada hasta el siglo XX.

LOS GRUPOS FEMINISTAS

Hicieron del aborto, llamándolo “derecho de las mujeres a disponer de su cuerpo” su bandera de lucha a la que se unieron los grupos de izquierda, casi todas las vertientes laicistas y anticlericales.

Esa polarización “pro vs. anti” hizo que casi nadie prestara atención al texto del proyecto.

No sabemos que habrá pesado más en el ánimo de los senadores a la hora de la votación, pero los “anti” recibieron una gran ayuda de sus opuestos, los “pro” que habían impuesto un texto legal sumamente objetable a punto tal de ser inviable constitucionalmente, obligando a rechazarlo en su totalidad o realizar tantas modificaciones que hacían inevitable su vuelta a la cámara de origen “en revisión”.

Aquí hacemos un análisis técnico jurídico.

LA “TÉCNICA LEGISLATIVA”

Es el arte de redactar un texto legal sin errores, y para que no los tenga debe ser: claro y preciso.

Preceptivo: limitarse a las conductas prohibidas y sus penas o a las permitidas. Tampoco debe contener principios ideológicos, ni pautas interpretativas.

Los principios deben deducirse de las conductas penalizadas o permitidas y la interpretación está reservada a la justicia y a aquellos que comentan las leyes en el ámbito doctrinario.

A esto agrego: tampoco debe contener “contrabando jurídico” que ocurre cuando se incorporan a la ley otros textos o declaraciones que dan a las palabras un significado diferente o al menos no exactamente iguales, al general en el habla habitual del país donde se aplicará. El proyecto rechazado sufría de todos esos defectos.

“EL PROYECTO”

Su texto era muy extenso, lo que lo hacía necesariamente poco claro e incongruente.

Incorporaba: una muy extensa declaración de principios. Declaraciones de la OMS con definiciones (significantes del texto) diferentes a las que les dan el habla cotidiana y las leyes de nuestro país.

Si se hubiera querido despenalizar el aborto bastaba con modificar tres artículos del Código Penal: 85, 86 y 88. Se nos dirá que la ley hacía esas modificaciones, lo que es cierto.

El problema era el resto del largo texto legal que incorporaba declaraciones, principios y remisiones que modificaban esos significantes que, al formar parte de la ley, necesariamente deben ser tenidos en cuenta por los intérpretes (jueces y abogados) ya que la primera pauta interpretativa de una ley es su texto.

EL CONTENIDO

El proyecto se iniciaba con un artículo que contenía todo lo que debía contener: La modificación de los artículos 85, 86 y 88 del Código Penal.

Con las modificaciones despenalizaba el aborto practicado con consentimiento de la mujer antes de la semana 15, para la mujer y para todo el equipo médico. Y penalizaba con tres a diez años de prisión al practicado sin consentimiento de la gestante.

Y con penas más moderadas (tres meses a un año) si obrare con el consentimiento de la mujer y se produjere a partir de la semana quince.

En el **artículo 86** aclaraba los supuestos de despenalización en el período 15 o posterior que eran:

Si fuera producto de una violación. Con el agregado probatorio el profesional deberá tenerla por probada con la sola declaración de la persona gestante, excluye así la necesidad de denuncia previa.

El riesgo: la vida o la salud de la mujer. Aclarando que ambas serán consideradas como “derecho humano” que sin duda ya lo eran.

Esto nos lleva a pensar que es una repetición innecesaria o que se intenta penalizar como delito de lesa humanidad cualquier conducta que niegue, restrinja o aun que no financie un aborto, lo que resulta al menos peligroso.

Ello más allá de algunas declaraciones de Derechos Humanos de la OMS a las que nuestro país adhirió con la reserva de que considera el inicio de la vida la concepción, en ese caso entraría en contradicción el mismo derecho: a la vida de la madre y del feto, ambos iguales de "humanos".

Si el embarazo pusiere en peligro la vida o la salud de la mujer. Ese "riesgo" no debía ser interpretado en el sentido tradicional: la existencia de una patología, de esas que describe la ciencia médica, sino la mucho más amplia de la OMS que hablan de un estado de homeostasis o pleno equilibrio personal y emocional, con lo que se legalizaba el aborto post semana 15 si la gestante manifestaba que el embarazo frustraba su proyecto de vida u otro principio de igual amplitud.

También si se diagnosticara la inviabilidad de vida extrauterina del feto, que nos parece sumamente razonable: para qué obligar a llevar a término un embarazo, por ejemplo, de un feto anencefálico, si sabemos que su vida terminará el día del nacimiento o inmediatamente después.

EL POLÉMICO ARTÍCULO 85 BIS

Reprimía con prisión de tres meses a un año e inhabilitación especial:

"A la autoridad de un establecimiento de salud o profesional de la salud que dilatare injustificadamente, obstaculizarse o se negare a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados".

Este artículo era un claro e innecesario exabrupto (barbaridad) legal al que se oponía frontalmente el sector salud y supongo que habrá sido la principal causa de su rechazo.

Así lo califico porque hubiera creado el único delito de conciencia de nuestro Código, en oposición a las

normas constitucionales que protegen la libertad de pensamiento, religiosa, de opinión y hasta económica (ejercer industria lícita, que implica a cambio de una retribución).

Hacía "delincuente" a todo director de establecimiento o profesional médico que se negaba a realizar un aborto de inmediato y al solo requerimiento de la embarazada.

Como el proyecto no discriminaba entre establecimientos ni profesionales, hacía punible a todos esto incluía: a los objetores de conciencia por motivos religiosos, éticos o morales. También a los que no quisieran hacerlos, por ejemplo, gratuitamente.

Y a los que aún queriendo no supieran hacerlos o no contaran con instalaciones o instrumental aptos de acuerdo con las reglas del arte (un sanatorio o médico especializados en oncología, oftalmología o aún dermatología).

La falta de discriminación, en este caso positiva, de la ley los exponía, a todos, a ser denunciados penalmente y afrontar un proceso. No creemos que, a condena, pero sí al disgusto y los gastos que todo proceso implica.

SÍNTESIS

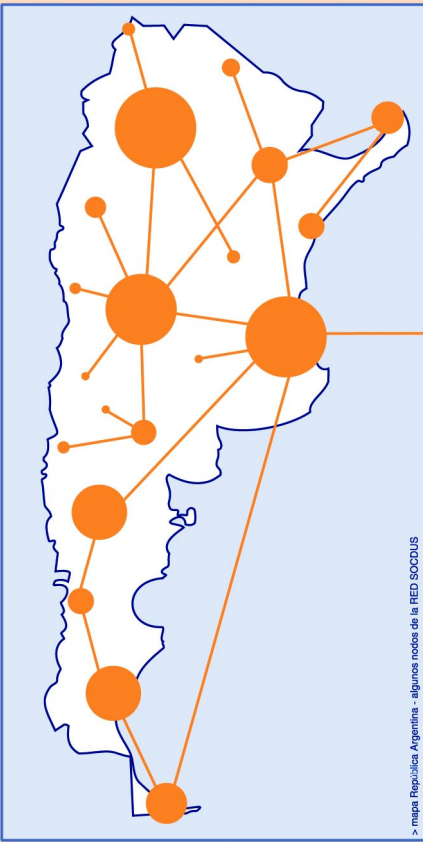
El proyecto era inviable y aunque hubiera sido aprobado por el Senado, claramente inconstitucional.

Quien quiera promover un proyecto de ley deberá concordarlo con el resto de la legislación.

Los legisladores deben respetar su investidura.

Al extremismo, de cualquier tipo, suelen ocurrirle estas cosas. □

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





Odontología para Sistemas de Salud

- **Respuesta integral en Odontología**
- **para Empresas de Salud.**
- **Seguridad, Idoneidad y Eficiencia**
- **en todos los aspectos de la actividad odontológica.**

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

> SOCCLUS SA
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@socclus.com.ar www.socclus.com.ar

Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

LA MEDICINA EN EL CINE

El hombre elefante

(David Lynch – 1980)
Síndrome de Proteo

INTRODUCCIÓN

Cuenta la historia real de Joseph Merrick, un hombre inglés que vivió en el siglo XIX y nació con graves deformidades. Se considera uno de los casos más extremos de Síndrome de Proteo que implica un crecimiento de la piel, anomalías en los huesos y tumores en la parte superior del cuerpo. Aún se desconoce cuál es el cromosoma que muta para propiciar la deformación, que recibe su nombre del dios Proteo, capaz de cambiar su forma.

La película se rodó en blanco y cambia el nombre del protagonista a John Merrick, que se muestra como una atracción de circo hasta que es descubierto por un cirujano del hospital de Londres. Con la intención de estudiar la enfermedad que hasta el momento no se había diagnosticado, paga al dueño del circo para llevarse a Merrick. En la narración se disputan conflictos éticos entre el paciente forzado, el dueño del circo y el cirujano, al tiempo que se muestra cómo vive una persona marginada por su apariencia física y las consecuencias del síndrome.

SINOPSIS

Frederick Treves (Anthony Hopkins), un cirujano en el Hospital de Londres, descubre a Joseph Merrick (John Hurt) en un circo victoriano, el cual está gestionado por el brutal Bytes (Freddie Jones). Merrick esconde su deformidad con una capucha y una capa en público, Bytes declara que es un retrasado mental, lo mantiene encerrado en condiciones casi precarias.

Treves se encuentra intrigado desde un punto de vista médico profesional por la condición de Merrick y paga a Bytes para llevarlo al hospital a fin de examinarlo. Allí, Treves presenta a Merrick a sus colegas en una sala de conferencias, lo que muestra como una curiosidad fisiológica.

Al regresar Merrick al circo, Bytes le pega tan severamente que un aprendiz (Dexter Fletcher) alerta a Treves, quien le devuelve al hospital. Bytes acusa a Treves de explotar igual que él a Merrick para sus propios fines, lo que lleva al cirujano a hacer lo que pueda para ayudar al pobre hombre.

Las enfermeras de hospital están horrorizadas por la apariencia de Merrick, por lo que Treves lo coloca



en una sala de cuarentena, bajo el cuidado estricto de una encargada, la señora Mothershead (Wendy Hiller).

El Sr. Carr Gomm (John Gielgud), el gobernador del hospital, se resiste a darle albergue a Merrick (que hasta ahora ha mantenido silencio), ya que el hospital no está diseñado como una residencia para "incurables".

Para persuadir a Carr Gomm, Treves le enseña a recitar algunas frases corteses. Carr Gomm ve a través del engaño, pero a medida que se aleja, los hombres se sorprenden al

escuchar a Merrick recitar el Salmo 23, un pasaje bíblico, que declara haberlo aprendido leyendo cuando era joven. Impresionado por esta demostración de inteligencia, Gomm permite a Merrick quedarse.

Merrick se revela gradualmente como una persona sofisticada e inteligente. Gomm organiza su estadía en el hospital, y Merrick pasa sus días leyendo, dibujando y haciendo un modelo de una catedral visible a través de su ventana.

Un día, Treves lo lleva a tomar el té por la tarde en su casa junto con su esposa, Ann (Hannah Gordon). Merrick, abrumado por el cariño que percibe en sus anfitriones, les muestra su tesoro máspreciado, una foto de su madre, y expresa su idea de que ella estaría orgullosa de verlo con tan queridos amigos.

Más tarde, Merrick comienza a recibir a los visitantes de la sociedad en sus habitaciones, entre ellas la célebre actriz Madge Kendal (Anne Bancroft). Se convierte en un objeto popular de la curiosidad y la caridad de la alta sociedad. A medida que estas conexiones crecen y aumentan las visitas, la señora Mothershead (que tiene a su cargo el cuidado diario de Merrick) se queja de Treves, quien está usando a Merrick como un atractivo espectáculo de fenómenos, aunque sea en una clase más alta.

Treves, se angustia por esta idea y comienza a cuestionar si ha hecho o no lo correcto. Mientras Merrick es

Título original: The Elephant Man

Año: 1980

Duración: 125 min.

País: Estados Unidos

Dirección: David Lynch

Guión: David Lynch, Eric Bergren y Christopher De Vore.

Música: John Morris

Fotografía: Freddie Francis (B&W).

Reparto: Anthony Hopkins, John Hurt, Anne Bancroft, John Gielgud, Wendy Hiller, Freddie Jones y Dexter Fletcher.

Productora: Paramount Pictures

Productor: Mel Brooks

Género: Drama | Biográfico. Enfermedad. Discapacidad. Siglo XIX.

Premios: 1981: Premios César: Mejor película extranjera / 1980: 8 Nominaciones al Oscar, incluyendo actor (Hurt) y director / 1980: Globos de Oro: 4 nominaciones, incluyendo mejor película – Drama / 1980: Premios BAFTA: Mejor película, actor (Hurt) y diseño de producción. 7 nominaciones / 1980: Sindicato de Directores (DGA): Nominada a Mejor director / 1980: Sindicato de Guionistas (WGA): Nominada a Mejor guión adaptado drama.

tratado bien durante el día, el portero de noche (Michael Elphick) en secreto gana dinero permitiendo el acceso a personas ajenas al hospital para admirar al interno. La junta directiva discute la decisión de mantener a Merrick indefinidamente, se considera la idea de negarle tal privilegio. Pero entonces la Princesa de Gales hace una visita sorpresa con un mensaje de la reina Victoria, que indica que Merrick recibirá la atención permanente en el hospital.

Sin embargo, Merrick es devuelto a su antigua vida, cuando Bytes obtiene acceso a su habitación en una de las "exhibiciones" del portero nocturno. Bytes secuestra a Merrick y lo lleva a la Europa continental, donde una vez más lo exhibe y lo somete a la crueldad y el abandono. Treves, consumido por la culpa, toma medidas contra el portero de noche con la ayuda de la señora Mothershead.

Merrick se escapa con la ayuda de sus compañeros del espectáculo de fenómenos y logra volver a Londres. Sin embargo, es acosado por un grupo de niños en la estación de *Liverpool*



Street y derriba accidentalmente a una joven. Él es perseguido, sin máscara, y acorralado por una multitud furiosa, momento en el que grita y hace saber a la multitud que no es un monstruo, sino un ser humano y un hombre cualquiera, antes de derrumbarse.

Cuando la policía encuentra a Merrick lo regresan al hospital y es reintegrado a su habitación. Se recupera lentamente, pero es claro que va a morir de su enfermedad

pulmonar obstructiva crónica. Como regalo, la señora Kendal organiza un musical en el teatro en su honor; al final del espectáculo Merrick recibe una ovación. Esa noche, de vuelta en el hospital, Merrick da las gracias a Treves por todo lo que ha hecho y acaba su modelo de la iglesia, firmando la maqueta con su nombre. Imitando a uno de sus dibujos en la pared, elimina las almohadas que le han permitido dormir en posición vertical, se acuesta en su cama. Muere, consolado por una visión de su madre, Mary Jane Merrick, citando a Alfred Lord Tennyson "Nada va a morir". □

REFERENCIAS:

[https://es.wikipedia.org/wiki/El_hombre_elefante_\(pel%C3%ADcula\)#Sinopsis](https://es.wikipedia.org/wiki/El_hombre_elefante_(pel%C3%ADcula)#Sinopsis)
<http://noticias.universia.es/cultura/noticia/2017/09/22/1155846/4-peliculas-enfermedades-raras-estudiantes-medicina.html>
<https://www.filmaffinity.com/ar/pro-reviews.php?movie-id=418539>

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- 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



LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE Y PARA LOS PROFESIONALES

Primeros y únicos dedicados a informar a la comunidad profesional de Argentina, EE.UU. y Latinoamérica





abbvie

Transformando
las preguntas
de hoy en las
respuestas
de mañana.

Personas.
Pasión.
Posibilidades.



**RENOVAR DÍA A DÍA
EL COMPROMISO DE ACUDIR
Y ATENDER EFICIENTEMENTE
A LOS PACIENTES.**

**EN ALGO TAN ESENCIAL
SE BASA LA CALIDAD
DE NUESTRO SERVICIO.**

El esfuerzo de construir una organización con sistema propio de gestión de calidad fue reconocido por nuestros clientes y certificado por las **Normas ISO 9001:2015** para los servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias para obras sociales, empresas, prepagas y particulares, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas.

LA CALIDAD ES NUESTRA ACTITUD

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar

