

Debate

La Agencia Nacional
de Evaluación de Tecnologías
Sanitarias en Argentina
Por el Dr. A. Sánchez de León

Opinión

El "precio de la salud"
o el valor social
de su significado
Por el Dr. Sergio H. del Prete

Columna

La práctica médica:
entre la profesión liberal y
la corporación cartelizada
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XX. N° 107. Noviembre 2018

Salud y sustentabilidad En busca del equilibrio

La sustentabilidad de los sistemas de salud constituye un desafío a nivel mundial. ¿Cómo estamos abordando este reto en la Argentina? Innovación, acceso, manejo de las enfermedades crónicas y prevención. Una mirada al presente y el futuro de nuestra salud. Los actores y sectores clave. El rol de la sinergia público y privada.



**HAY UN PLAN
QUE SE AJUSTA
AL DE TU VIDA.**



GALENO

WWW.E-GALENO.COM.AR
0800-777-4253

UNA URGENCIA MÉDICA
EN EUROPA
PUEDE COSTAR HASTA €130.000

TU TRANQUILIDAD

¿cuánto vale?

Viajá por el mundo con tranquilidad y
dedicate a disfrutar lo que más querés.
Cuidamos tus viajes, cuidamos tu mundo.

 **universal
assistance**
ASISTENCIA AL VIAJERO

universal-assistance.com

 **video
consultas
médicas**



**DESCARGÁ
NUESTRA APP**





La red de emergencias médicas
más grande del país



UN SOLO
TELÉFONO



UNA SOLA
FACTURA



TODO
UN PAÍS

750
empresas

20.000
localidades

Emergencias, Urgencias
y Visitas Domiciliarias

Grandes
cadenas de
Retail
de compleja distribución

Todo el Territorio Nacional

Area Protegida

División Traslados

Coberturas
especiales

Telemedicina



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)

 *Obra Social*
FERROVIARIA
GESTIÓN Y TRABAJO
AL SERVICIO DE LA **SALUD**



SUPERVIELLE

Crédito Pyme Express hasta \$16.000.000

Nuestros ejecutivos pueden aprobarte una financiación
de manera **ágil** y **directa**.

Lo grande de ser una Pyme



#Superate

0810-333-7873
supervielle.com.ar

CARTERA COMERCIAL. OFERTA VÁLIDA DEL 01/09/2018 AL 31/10/2018. EXCLUSIVO PARA EL SEGMENTO MIPYME, SEGÚN REGULACIONES DEL BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA Y CALIFICACIÓN VIGENTE DE LA SECRETARÍA DE EMPRENDEDORES DE LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA DEL MINISTERIO DE PRODUCCIÓN DE LA NACIÓN BAJO LA RES. 340/2017, SUS MODIFICATORIAS Y COMPLEMENTARIAS. OTORGAMIENTO SUJETO A CALIFICACIÓN CREDITICIA Y CONDICIONES COMERCIALES DE CONTRATACIÓN DE BANCO SUPERVIELLE S.A. - MITRE 434 - C.A.B.A. - C.U.I.T. 33500005179, INSCRIP. I.G.J. N° 23, F° 502, L. 45, T° A DE ESTATUTOS NAC. LA PRESENTE PREZA SE DESTINA A CLIENTES CON UNA ACTIVIDAD REGISTRADA MAYOR A 18 MESES. EL CLIENTE PODRÁ SOLICITAR PREFINANCIACIÓN DE EXPORTACIONES, ACUERDO EN CUENTA CORRIENTE, LEASING Y DESCUENTO DE CHEQUES RESULTANDO DE APLICACIÓN A CADA TIPO DE FINANCIACIÓN EL MONTO MÁXIMO INDIVIDUAL INFORMADO EN CADA CASO POR EL BANCO Y QUE EN SU CONJUNTO NO PODRÁN SUPERAR LA SUMA DE \$ 16.000.000. MÁS INFORMACIÓN EN WWW.SUPERVIELLE.COM.AR/

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

CARRERAS

Doctorado en Ciencias de la Salud

Director: Prof. Dr. Félix Etchegoyen
Duración: 2 años

Especialización en Medicina Legal

Directora: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé
Duración: 2 años

Maestría en Gerontología Clínica

Director: Dr. Miguel Acánfora
Duración: 2 años

Especialización en Nutrición

Director: Prof. Dr. Gustavo Frechtel
Duración: 2 años y un semestre

Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica

Director: Prof. Dr. Alberto Monchablón Espinoza
Duración: 2 años

Diplomaturas y cursos de posgrado modalidad presencial y a distancia.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Av. Las Heras 1907

Tel./Fax: (011) 4800 0200

☎ (011) 1565193479

✉ informesba@barcelo.edu.ar

barcelo.edu.ar

📷 fundbarcelo

🐦 Fundbarcelo

📘 fundacionbarcelo

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.
Teléfax: 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

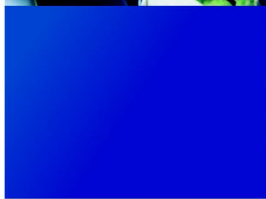
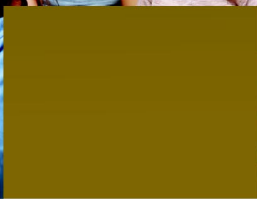
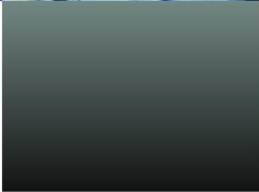
estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Adagraf Impresores S.A., San Antonio 834 - (1276) - CABA. Tel.: 4303-2007 / 4303-3433 / 4301-6809.

GRAGEAS	12
ACUDIR <i>El valor de ser un espacio cardioprotegido</i>	14
OPINIÓN <i>Noticias de Alma Ata y Astaná</i> <i>Por el Dr. Javier O. Vilosio - Máster en Economía y Ciencias Políticas</i>	16
COLUMNA <i>Preparados y decididos a gestionar en la Seguridad Social</i> <i>¿Por qué FEFARA firmó contrato con PAMI?</i> <i>Por el Farm. Manuel R. Agotegaray - Presidente de FEFARA</i>	18
OPINIÓN <i>Copagos, Seguro y CUS</i> <i>Por Dr. Antonio Ángel Camerano - Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud y Doctorando de la UBA</i>	20
OPINIÓN <i>La salud en tiempo de crisis</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi - Presidente de la Asociación de Médicos Municipales</i>	22
PRIMERA PLANA <i>El sistema de salud:</i> <i>¿puede ser sustentable?</i>	24
DEBATE <i>Telemedicina, una herramienta que suma accesibilidad, calidad y agilidad a las prestaciones médicas</i> <i>Por el Dr. Gabriel Leonardo Barbagallo - Gerente Médico de Filiales de OSDE - Presidente de ACTRA</i>	28
VOCES <i>Se imponen cambios en materia de elección de obra social para jubilados</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados</i>	30
COLUMNA <i>La práctica médica: entre la profesión liberal y la corporación cartelizada</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz - Doctor en Medicina (UBA)</i>	32
DEBATE <i>La Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León - Médico. Especialista en Salud Pública</i>	34
COLUMNA <i>Salud mental: ¿malos servicios garantizados?</i> <i>Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson</i>	36
OPINIÓN <i>El "precio de la salud" o el valor social de su significado</i> <i>Por el Dr. Sergio Horis del Prete - Magíster en Economía y Gestión de la Salud</i>	38
OPINIÓN <i>Uso racional del medicamento: el PAMI haciendo camino al andar</i> <i>Por el Prof. Carlos Vassallo - Profesor Titular Salud Pública - Universidad Nacional del Litoral</i>	40
COLUMNA <i>Empoderamiento del paciente</i> <i>Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC</i>	42
COLUMNA <i>Los errores humanos durante los cuidados médicos</i> <i>Por Fernando G. Mariona - Abogado - Asesor externo de TPC Compañía de Seguros</i>	44
ENCUESTA DE POLIARQUÍA Y PROSANITY <i>La salud bucal de los argentinos</i>	46
COLUMNA <i>¿La estética... siempre problemática!</i> <i>Por el Dr. Floreal López Delgado - Abogado y asesor sanatorial</i>	48

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

HAY UN PLAN QUE SE AJUSTA AL DE TU VIDA.

	PLAN 330 		PLAN 550 
			
PLAN 220 		PLAN 440 	

WWW.E-GALENO.COM.AR / 0800-777-4253

SEGUINOS EN   

PLANES CON REINTEGROS | LIBRE ELECCIÓN DE PRESTADORES | SIN AUTORIZACIÓN PREVIA EN
PRÁCTICAS DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD | RED SANATORIAL PROPIA MÁS GRANDE DEL PAÍS |
COBERTURA INTERNACIONAL | LA MEJOR CARTILLA MÉDICA Y LOS MEJORES BENEFICIOS.



¿CUÁNTO CUESTA ENFERMARSE EN EL EXTERIOR?

Con el incremento del turismo internacional en el mundo, crece también la consciencia de viajar con una cobertura por el alto costo de la salud en el exterior.



El departamento médico de la empresa de asistencia al viajero Universal Assistance S.A., perteneciente al Grupo Zurich, realizó un informe basado en sus operaciones correspondientes al período enero – junio de este año. “El objetivo de este informe es concientizar a los viajeros sobre la magnitud de los costos que puede significar una urgencia médica en el exterior y cómo estas situaciones pueden impactar directamente sobre su bienestar y sobre su bolsillo”, afirmó Diego Barón, Director de Marketing de Universal Assistance.

De acuerdo con los datos recaudados desde enero hasta junio de este año, las enfermedades del aparato respiratorio son las más comunes en los viajeros latinoamericanos: ocupan el primer lugar en el ranking con el 25,95%. Las lesiones osteoarticulares traumáticas ocupan el segundo puesto en la lista con el 19,77%, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo con el 15,55% y las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 7,04%. Por último, el 4,8% de los viajeros que solicitaron una asistencia médica sufrieron afecciones odontológicas.

Una neumonía con dos días de internación puede costar hasta u\$s 16.000 en Estados Unidos o hasta u\$s 8.500 en Europa, mientras que una apendicitis puede costar hasta u\$s 40.000 en algunos destinos latinoamericanos o hasta u\$s 60.000 en Norteamérica. Por su lado, una fractura que requiera internación puede costar hasta u\$s 8.500 en Asia o hasta u\$s 35.000 en Estados Unidos. Sin embargo, los costos más altos están en las urgencias que requieran repatriaciones sanitarias, pudiendo costar hasta u\$s 150.000 un traslado desde Europa hasta Buenos Aires o hasta u\$s 350.000 desde un país asiático lejano.

Respecto a los destinos, el informe arrojó que las asistencias médicas se solicitan con mayor porcentaje (45%) desde países latinoamericanos, siendo también los destinos con menores costos en las afecciones más comunes. Los destinos europeos ocupan el segundo lugar con 34%, Estados Unidos y Canadá un 14%, y en el resto del mundo un 7%.

Las personas con edades comprendidas entre los 30 a 49 años son las que más reciben asistencias médicas cuando se encuentran de viaje (22,35%). Incluso más -aunque por un pequeño porcentaje- que las de edades comprendidas entre los 50 a 69 años (22,22%). El 18,5% lo ocupan los jóvenes de 20 a 29 años; el 15,96% los de 10 a 19 años; el 10,67% los de 0 a 9 años; y el 10,30% de 70 años en adelante. ■



UADE y Merck inauguran el primer laboratorio universitario de bioprocesos

UADE y Merck se unen para crear dentro del Campus Universitario el BIOLAB UADE-Merck, el primer laboratorio de desarrollo de bioprocesos en la Argentina. Equipado con productos de Merck, este espacio único en el ámbito educativo ofrece a alumnos, docentes y a la industria un lugar propicio de capacitación, investigación y desarrollo enfocado en las biociencias y su aplicación en los procesos para desarrollar pruebas y demostraciones.

Su existencia significa un aporte a la revolución tecnológica que posibilita la producción de anticuerpos monoclonales y otras moléculas terapéuticas utilizados para el tratamiento, diagnóstico y la investigación del cáncer, entre otros avances.

“Esta asociación entre academia e industria es un hito. Desde la Universidad formaremos profesionales con capacidades únicas. Las competencias disciplinares que exigen adelantos científicos y tecnológicos tan vertiginosos sólo se logra con buenos aliados estratégicos”, afirmó el Dr. Federico Prada, director de las Licenciaturas en Biotecnología y Bioinformática en UADE. “Este nuevo laboratorio de colaboración es resultado de nuestro permanente fomento a la educación y de nuestro compromiso a la promoción de la vinculación de los sectores académicos y la industria con las tecnologías más innovadoras”, expresó Oscar Kuperman, director de Technology Management de Merck en la Argentina. ■



1° CONGRESO NACIONAL DEL COSSPRA: BALANCE DE UN ENCUENTRO EXITOSO

Santa Fe fue la sede del Congreso que se realizó los días 25 y 26 de octubre y que concentró alrededor de 300 participantes y 21 expositores nacionales e internacionales. También estuvieron presentes Miguel Lifschitz, gobernador santafesino; la ministra de salud local y sus pares provinciales; legisladores y representantes de la Justicia.



“Necesitamos una autoridad sanitaria fuerte y eso se consigue discutiendo y consensuando. Como COSSPRA tenemos que seguir trabajando para instalar la necesidad de un programa nacional de salud”, dijo Martín Baccaro, presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) y del IPS Salta, al finalizar el Congreso, en el marco del cierre realizado junto a los equipos técnicos.

En el encuentro, Martín Baccaro y Adolfo Sánchez de León, presidente de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) firmaron un acuerdo de colaboración para “participar conjuntamente en determinadas acciones de cooperación, complementación, asistencia recíproca, intercambio y capacitación, que tiendan a reforzar la provisión de medicamentos, insumos y productos médicos,

garantizando su distribución en la órbita del COSSPRA”.

Además, los referentes de las obras sociales provinciales rubricaron un acta compromiso para posibilitar compras conjuntas “vista la imperiosa necesidad del abordaje conjunto de la adquisición de insumos médicos, de medicamentos de alto costo y servicios médicos, a fin de satisfacer la demanda de salud de nuestros afiliados”, subraya el escrito.

Durante ambos días disertaron, entre otros conocidos actores del sector, Eduardo Soderó, Marisa Aizenberg, Oscar Cochlar, Jorge Lafferriere, Oscar Cetrángolo, Mariano San Martín, Rafael Amexis, Rubén Torres y Andrés Freiberg, con Alastair Fischer, quienes expusieron de forma remota desde Londres. ■



**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



**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**



EL VALOR DE SER UN ESPACIO CARDIOPROTEGIDO

En cualquier momento y en cualquier lugar puede ocurrir un paro cardiorrespiratorio. Las enfermedades cardiovasculares están entre las primeras causas de fallecimiento en todo el mundo y, entre ellas, un lugar destacado es para la muerte súbita.

Sólo en la Argentina se producen alrededor de 40.000 muertes súbitas al año y el 70% de ellas se dan fuera del ámbito hospitalario; es decir en el hogar, en el trabajo, en el colegio o en la vía pública. "Estas estadísticas podrían disminuir si más personas supieran realizar Reanimación Cardiopulmonar y si hubieran más Desfibriladores Externos Automáticos en espacios públicos y privados", explica el Dr. Miguel Pedraza, director médico de Acudir. Es por eso que resulta fundamental que toda la comunidad esté preparada para activar el sistema de emergencia, que consiste en cuatro pasos fundamentales:

1. Reconocer la situación.
2. Llamar o pedir que alguien llame a una ambulancia.
3. Comenzar con las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).
4. Utilizar el Desfibrilador Externo Automático (DEA), en caso de disponer de uno.



Si a una víctima se le realizan maniobras de RCP dentro de los primeros 5 minutos del paro cardiorrespiratorio, hay cerca de un 80% de chances de que sobreviva. Por cada minuto que pasa sin realizar maniobras de RCP, se pierden un 10% de posibilidades de recuperación o sobrevida del paciente. Entonces, cuantas más personas estén entrenadas en la realización de RCP y uso del DEA, habrá más posibilidades para todos. La muerte súbita es una situación de emergencia dramática. Estar preparados es fundamental para minimizar secuelas y salvar vidas.

La ley Nacional N° 27.159 exige la instalación de Desfibriladores Externos Automáticos de acceso público en espacios públicos y privados de concurrencia masiva, con el fin de brindar una desfibrilación inmediata a una persona en paro. Dichos establecimientos deben contar con personal capacitado para el uso del DEA. Cumplir con la normativa, disponiendo de DEAs en lugares estratégicos y contando con personal no sanitario entrenado en su uso y en la realización de manio-

bras de RCP, convertirá a empresas, instituciones educativas y deportivas y demás espacios públicos o privados en Espacios Cardioprotectidos. Las personas capacitadas son las primeras que deberán responder en situaciones de emergencia y actuarán en coordinación con un sistema médico de emergencias.

CONVERTIR UNA INSTITUCIÓN EN UN ESPACIO CARDIOPROTEGIDO

Con más de 15 años de experiencia en el ámbito de la Emergentología, Acudir lleva adelante un completo programa de asesoramiento para Empresas, Instituciones Educativas y Deportivas –entre otros–, en el proceso de creación de un Espacio Cardioprotectido. Sus acciones incluyen una visita y evaluación de la estructura edilicia, sugerencia en cuanto a cantidad de DEAs y personal a capacitar, ubicación ideal del DEA (debe estar en un sitio visible y accesible a todos); capacitaciones en RCP de alta calidad, simulacros y articulación con el sistema de Emergencias. Una vez que todo el sistema esté en correcto funcionamiento, los instructores –profesionales médicos certificados por la American Heart Association y miembros del Consejo Argentino de Reanimación– entregarán a la institución un Certificado de Cardioasistencia/Cardioprotección emitido por Acudir Emergencias Médicas, con validez por 2 años. □

Reconocé
las señales
de la violencia



**ALZA LA VOZ
CONTRA LA VIOLENCIA
HACIA LAS MUJERES**

www.osim.com.ar/alzalavoz/

OSIM
Obra Social de Personal de Dirección

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD – ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72853) - WWW.SSSALUD.GOB.AR - R.N.O.S. N° 40120/9 - R.N.E.M.P. 611716

**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.

Noticias de Alma Ata y Astaná

Por el Dr. Javier O. Vilosio (*)



En estos días nuevamente la República de Kazajistán ha sido sede de una Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud, cuarenta años después de la de Alma Ata (*Almaty*) la ex capital del país; esta vez en la ciudad de Astaná, la nueva capital edificada hace apenas un par de décadas.

Los organizadores fueron el gobierno kazajo, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, con una significativa presencia del GAVI (Alianza Global por las Vacunas), The Global Financing Facility, USAID, el Banco Mundial y la Bill & Melinda Gates Foundation. La definición de APS genera todavía hoy encendidas discusiones.

Para algunos el término fue mal traducido, para otros deliberadamente mal interpretado o tergiversado: ¿debió haber sido "primaria" o "primordial" ?; ríos de tinta corrieron diferenciando "estrategia" de "programa" o "nivel de atención", o contraponiendo "primaria" y "primitiva". Cuentan que siguió discutiéndose en Astaná: se volvió a insistir en la necesidad de no confundir APS con primer nivel de atención. Nada nuevo.

El hecho de que no se hayan saldado claramente estas cuestiones cuatro décadas después dice mucho sobre -al menos- las herramientas y posibilidades reales de la diplomacia global; sobre las distancias entre la formulación retórica -en el mejor caso, propositiva- y la voluntad concreta de transformar las condiciones reales de organización y desempeño del sistema; sobre la verdadera profundidad e intencionalidad del debate en cuestión, y sobre la capacidad del discurso político para apropiarse de determinadas palabras, y restarles contenido hasta despojarlas de toda potencia.

Entre nosotros, durante estas cuatro décadas pasadas las acciones que en diversas jurisdicciones se llevaron adelante desde la perspectiva de APS y sus sucesivas reformulaciones teóricas, escasamente superaron la confusión entre primer nivel de atención y atención primaria como estrategia vertebradora del sistema de salud.

Nuestro sistema progresó en la fragmentación. La atención primaria se hizo sinónimo de, en el mejor de los casos, centros de atención barriales, agentes sanitarios y progresivamente el desarrollo de médicos generalistas o de familia, aunque todavía hoy con peores posibilidades y perspectivas laborales que el resto de sus colegas, y por lo tanto con pocas posibilidades de ser retenidos en el marco conceptual y operativo de la APS.

Algunas cosas han cambiado muchos desde Almaty, y otras muy poco.

A fines de los setenta gobernaba en la Argentina el general Videla y su ministro de Bienestar Social y Salud era el contraalmirante Bardi (que anteriormente había sido jefe de Inteligencia del Estado Mayor General Naval de la Armada, y luego de su retiro, pocos días después de la finalización de Alma Ata, fue presidente de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires).

En esta ocasión participó con un importante protagonismo nuestro flamante secretario de Gobierno de Salud, un experto en Salud, prestigioso, funcionario de un gobierno

legítimamente elegido. Los argentinos desde hace 36 años no vivimos en una dictadura.

En 1978 el mundo se debatía todavía en la guerra fría (la *perestroika* se iniciaría ocho años después, y el Muro de Berlín caería en 1989). Kazajistán era una república Soviética. Y la URSS había invadido tres años antes Afganistán (de donde saldría, derrotada, en 1989). Por aquel entonces el actual presidente de Kazajistán era un dirigente de la organización juvenil comunista de su país, y al año siguiente se convirtió en el secretario del Comité Central del Partido Comunista de Kazajistán.

Los militares argentinos, a fines de ese año ponían en marcha su proyecto bélico contra Chile (la Operación *Soberanía*), desactivado a último momento por la mediación de Juan Pablo II. Eran los años de plomo.

Hace un año escribíamos que *no es difícil imaginar que el Ministro Bardi no otorgó la menor importancia al documento suscripto en Alma Ata*. De otra manera resultaría incomprensible la adhesión argentina al documento final de aquella Conferencia.

La reciente reunión de Astaná ha concluido en un nuevo documento en el que los jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos manifiestan -en el previsiblemente tibio estilo de la diplomacia- sus aspiraciones más prometedoras, reafirman su compromiso con los valores de Alma Ata, y redefinen la APS como "*la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud*". Se comprometen a tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud, y a establecer una APS que sea sostenible.

Y aunque se enfatiza en el problema de las enfermedades crónicas y las acciones de prevención y promoción de la salud, poco y nada se menciona sobre los determinantes sociales. Eso sí, se comprometen a empoderar a las personas y comunidades, promoviendo la educación para la salud, y para que las personas obtengan *información fiable sobre la salud*.

Es previsible que correrán nuevos ríos de tinta (sobre los que muchos navegan sin sobresaltos).

Estamos en 2018. Las grandes potencias parecen sacudirse de la modorra, y el escenario mundial vuelve a ponerse peligroso. El mercado ha avanzado como nunca sobre la vida cotidiana y la intimidad de las personas. Astaná nos recuerda que el problema de la salud es fundamentalmente un problema de las conductas. Nada se menciona sobre la economía, y las condiciones y formas de consumo y de vida de los millones de personas, incluyendo a los más castigados por la pobreza y la inequidad.

¡Este es el momento!, nos dicen.

Creo que nada nuevo ha llegado desde Astaná.

Dicho sea de paso, Nursultán Nazarbáyev es presidente de Kazajistán desde hace 28 años, un poco antes de la caída de la URSS. □

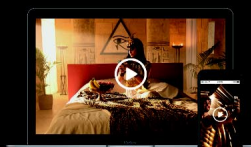
(*) Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas.

1810 - Buenos Aires

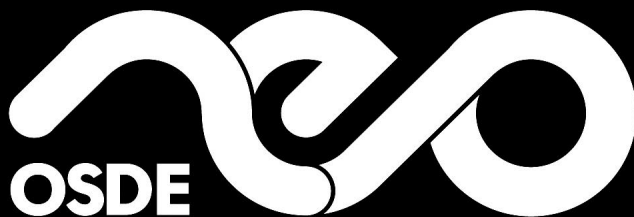
18/27
AÑOS

**Que un like
no cambie
tu historia**

#SeguíTuPlan



Descubrí más personajes en
osdeneo.com.ar



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet: www.buenosaires.gob.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10 a 17 horas, llamando al 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0, R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. La figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente. Esta modificación de categoría OSDE NEO 18/27 entrará en vigencia a partir del 01/11/2018.

Preparados y decididos a gestionar en la Seguridad Social ¿Por qué FEFARA firmó contrato con PAMI?

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray
Presidente de FEFARA



En estos tiempos en los cuales aparecen recetas para casi todo, recuerdo a un amigo decir que, para tener reales posibilidades de éxito, uno debe recurrir a "La fórmula mágica para triunfar". La misma se compone de cuatro elementos, de los cuales tres están bajo nuestro control y se expresa de este modo:

FMT = Racionalidad + (Actitud x Perseverancia) + Oportunidad
Porque:

- ✓ Como paso previo a cualquier esfuerzo, resulta imprescindible utilizar la **razón/inteligencia**.
- ✓ Resuelta esta primera condición, al proyecto habrá que aportarle **actitud y determinación** para avanzar en su concreción, en cualquier tiempo y espacio.
- ✓ Frente a las dificultades que invariablemente surgirán, resultará vital aplicar la dosis de **perseverancia** necesaria para buscar una y otra vez los caminos que finalmente nos conduzcan a la meta.
- ✓ Y, claro, también deberemos contar con la **oportunidad**, para poder intentar la realización de las acciones en procura de nuestro objetivo.

Hoy que hemos concretado la firma de un convenio que vincula a FEFARA directamente con PAMI, vienen al presente recuerdos que tienen relación con este final deseado y que dan respuesta a la pregunta del título, planteada por más de uno en este mercado.

Sería tedioso transcribir aquí cada una de las públicas declaraciones que hemos hecho en estos trece años de vida institucional, en respuesta a cuestiones tales como: ¿qué somos?, ¿qué queremos?, ¿qué hacemos?

Lo que seguramente debe quedarle claro a quien le preste a nuestro accionar un poquito de atención, es que nuestros deseos y esfuerzos siempre estuvieron enfocados en lograr un resultado como el que hoy estamos considerando.

El camino no ha sido corto y lo hemos intentado una y otra vez, por todos los medios a nuestro alcance. Hemos invitado a las restantes instituciones farmacéuticas nacionales a trabajar en conjunto, habiendo incluso coincidido en las peticiones que debíamos formular para la ocasión en que se firmara un nuevo convenio. A título de ejemplo, traigo aquí la síntesis del documento que juntos elaboramos en marzo de 2016 para presentar ante el PAMI, con este título y contenido:

"Todas las Farmacias, para todos los afiliados, en todo el país" - Acciones concretas

Operativas

Ser firmantes del contrato.

Conformar una estructura de gestión de la red prestacional de farmacias, administrada por las Instituciones:

- ✓ Proveer sistemas de administración y control.
- ✓ Hacer tráfico de datos a través de nuestros sistemas.
- ✓ Simplificación administrativa: Receta electrónica.
- Cierre de lote institucional: validación y transporte.
- Auditorías compartidas.
- Integrar la comisión de seguimiento y control de pagos.

Comerciales

Bonificaciones: tope máximo global para las farmacias en su conjunto.

Revisar sistema de cobro de honorarios por dispensa.

Financieras

Procurar una porción más significativa de efectivo.

Limitar sensiblemente el ciclo financiero.

Notas de Crédito:

- ✓ Desdoblamiento: pesos y papeles.
- ✓ Entrega de una sola Nota de Crédito por el total, en corto plazo.
- ✓ Las Instituciones deben tener la posibilidad de proponer droguerías que puedan recibir NC, para darle soporte a la red farmacéutica en lugares donde carecen de cobertura geográfica o logística.

Con el correr del tiempo, la falta de resultados y una diferente escala de prioridades e intereses fueron deteriorando la cohesión de las entidades farmacéuticas hasta que, en agosto de 2017 las restantes entidades suscriben un acuerdo con las Cámaras de la Industria sin incluir a FEFARA, arrogándose la facultad de decidir altas y bajas de farmacias para la prestación de servicios.

De todos modos nada cambio para nosotros respecto del objetivo central, por lo cual en todo momento continuamos poniendo lo que había que poner: raciocinio, actitud y determinación, perseverando ante la recurrente aparición de situaciones y actores que se encargaban de abortar todos nuestros intentos por lograr lo deseado... hasta que se dio la oportunidad: el viejo contrato que nos venía maltratando por más de dos décadas llegaba a su fin a partir del 31 de octubre de 2018.

Y allí cobraron valor las herramientas y procesos que durante muchos años fuimos elaborando y que, en virtud de un acuerdo de colaboración suscripto con PAMI a fines de 2017 (donde habilitamos el uso y goce de los mismos), le permitieron al financiador tomar un nuevo rumbo: asumir el rol de administrador, contratando a todos los actores de la cadena del medicamento.

Así, el pasado 4 de octubre FEFARA logró firmar su contrato en forma directa con el PAMI, incluyendo entre sus cláusulas el tratamiento de cada uno de los temas que venía demandando desde mucho tiempo atrás y dejando abierta la posibilidad de periódicas revisiones en procura de una mejora continua para ambas partes. De este modo, se dio inicio a un proceso de inclusión y trato directo con el financiador para todas las farmacias del país, representadas por sus entidades nacionales.

Respondiendo entonces a la pregunta del inicio, firmamos el convenio con PAMI porque allí se dio la oportunidad de transformar en realidad las demandas que a lo largo de todos estos años fuimos haciendo, solos o en conjunto con quienes compartían el rumbo. Y para poder lograrlo, sin dudas resultó fundamental haber sustentado nuestro trabajo en la racionalidad; comprometiendo actitud y determinación; y perseverando siempre en procura de los objetivos que (desde el inicio) nos habíamos trazado. □



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.

Copagos, Seguro y CUS

Por Mg. Antonio Ángel Camerano (*)



Una definición “formal” de Gestión Clínica es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia. La definición del John Hopkins Hospital (USA) para la gestión clínica, es muy interesante: proceso de rediseño organizativo, cuyo objetivo, es involucrar al profesional sanitario, esencialmente médico, en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. (Muestra la relación existente entre la Gestión Clínica y la reorganización de los procesos asistenciales, y como tal, es mejor que esto lo efectúe quien lo ejecuta). Técnicamente es un término polisémico, es decir cuando una misma palabra o signo lingüístico tiene varias acepciones o significados.

La gestión clínica como estrategia logra congeniar a la buena práctica clínica (eficacia - efectividad) con una adecuada descentralización en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos (eficiencia) sin descuidar las expectativas de quienes reciben nuestros servicios (satisfacción de usuarios). La finalidad última de la gestión clínica es la de implicar al profesional otorgándole una responsabilidad sanitaria y social acorde con la discrecionalidad de sus decisiones. Las políticas sanitarias (macrogestión) pierden efectividad si no logran alinear a los actores implicados en la gestión de servicios (mesogestión) y por sobre todo a quienes diariamente toman millares de decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas (microgestión). Es el acercamiento de los clínicos o médicos asistenciales a la gestión, evitando el conflicto de intereses que se puede plantear entre médicos y gestores, entre presupuesto y gasto. La transferencia de la responsabilidad de gestión en la actividad clínica a los profesionales puede posibilitar la integración de la actividad asistencial y gestión de recursos, mejorando globalmente la calidad de servicios. (Establece el concepto en la necesidad que confluya la lógica asistencial con la de la gestión, mediante la integración efectiva de la actividad asistencial y la gestión de los recursos). En la actualidad los pacientes exigen a la medicina, más de lo que ésta puede darle y creen siempre que las cosas no marchan bien, que el que tiene enfrente es un médico que no está informado, o que no está accediendo a la solución de su problema por cuestiones económicas.

El médico desde su formación y su práctica valora los procedimientos diagnósticos y terapéuticos aislándose de todo el entorno del paciente. Más aún, la proliferación de las especialidades hace ver el problema del diagnóstico médico en un órgano o una patología específica, dejando de lado la entidad humana. Así se observa al paciente en un limitado campo de acción. En vez de pacientes nos encontramos con diagnósticos y órganos enfermos. Todo el proceso de diagnóstico clínico se circunscribe a establecer un diagnóstico y un tratamiento consecuente. A ello se suma el proceso de la “derivación” que lleva al paciente a ser visto por una multiplicidad de profesionales aislados sin un enfoque multidisciplinario. El conocimiento de indicadores clínicos del funcionamiento asistencial y de los servicios clínicos constituyen una herramienta útil en la gestión clínica. El conocimiento del médico asistencial de los indicadores de servicio (indicadores de codificación, clínicos, de reingreso, de estancia preoperatoria, de prescripción farmacéutica, de gasto farmacéutico y de infección quirúrgica por tipo de cirugía) e indicadores hospitalarios (mortalidad evitable, mortalidad por infarto agudo de miocardio como diagnóstico principal, mortalidad en 48 h tras cirugía programada, tasas de prevalencia de pacientes con úlceras de decúbito y tasas de prevalencia de infecciones nosocomiales) forman parte del cuadro de mandos. Los indicadores incluidos en el cuadro de mandos transmiten a los servicios la información que necesitan para la gestión clínica y constituyen un instrumento útil para la mejora de la calidad asistencial y el permanente fluido que debe existir entre el conjunto de la decisión médica y la gestión sanitaria.

Pero nada podrá hacer la Agencia (AGNET) para frenar el consumo impropio. Cuando nos preguntan porque subió sube y subirá el gasto en salud la respuesta habitual es la tecnología; las nuevas drogas, etc. En realidad, somos nosotros los que pedimos exámenes para maratones, colegios, gimnasios, y por si acaso. El gasto sólo se atenúa con copagos, y volviendo al concepto de seguro de enfermedad y no cobertura de salud. Por lo menos en nuestra situación macro y microeconómica actual y con dispersión, sumada a la fragmentación y el descreme entre otros. Es por ello por lo que la CUS deberá ser muy bien normada en el futuro del cambio permanente. □

(*) Título Médico. Magíster – UBA | FSG y Doctorando | UBA.



TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS



NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional que le brinda 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

La salud en tiempo de crisis

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



La situación económica por la que atraviesa el país es extremadamente delicada, la escalada del dólar se lleva puesto a los precios que suben de manera vertiginosa provocando que las expectativas inflacionarias dupliquen las proyecciones oficiales. El cóctel se completa con el aumento de tarifas y el desempleo que horada el corazón de la sociedad.

En este sentido, el Gobierno Nacional anunció una reestructuración de gabinete que provocó una reforma en el Ministerio de Salud.

Nosotros estamos preocupados como lo está la gente. Lo vemos a diario y se expresa también en los pasillos de los hospitales. En primer lugar, podemos decir que frente a los hechos de público conocimiento acaecidos en el Hospital Posadas y que implica el cese de funciones de una gran cantidad de colegas, esta Asociación de Médicos Municipales expresa su más profunda preocupación por la situación provocada y su solidaridad con los médicos despedidos.

Nuestra institución considera inaceptable cualquier evaluación del desempeño médico que no sea la del propio ejercicio de la medicina. Este ejercicio no reconoce horarios ni límites de esfuerzo cuando se trata de brindar atención oportuna, adecuada y equitativa a la población. La ausencia de "Políticas Públicas de Salud" posibilita la aplicación de medidas administrativas arbitrarias en desmedro de las necesidades de los pacientes.

Con todo, ante el anuncio de que el Ministerio de Salud de la Nación pasó a ser una secretaría, debemos afirmar que somos una entidad señera en la defensa del médico y de la Salud Pública toda, por eso manifestamos una honda preocupación por los cambios efectuados a nivel nacional con el órgano que rige y direcciona las políticas esenciales en salud.

Ante esto estamos convencidos y exigimos que no deben ser modificadas las políticas públicas en salud tendientes a mantener programas, planes y proyectos del área, sostenidas con presupuestos adecuados. La AMM reitera la necesidad de una Política de Salud de

Estado capaz de dar respuestas equitativas, oportunas y adecuadas a las necesidades de la población en su conjunto.

Con todo, debemos agregar que nosotros vemos con preocupación el aumento de precios como cualquier sector de la sociedad. Estamos manteniendo contactos con el área correspondiente para hacer las correcciones pertinentes que permitan ajustar los sueldos con el índice de inflación para que los mismos no queden atrasados. Es una política que venimos cumpliendo todos los años y que estamos realizando ahora también.

La AMM sigue de cerca los vaivenes por los que atraviesa el país en cuanto a los cambios estructurales y económicos, pero más allá de eso también está alerta sobre las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y sigue atentamente la demanda en los hospitales porteños ante el brote infeccioso que provocó la muerte de chicos y adultos que dio motivo la preocupación la sociedad. Los médicos están trabajando las 24 horas del día para atender la demanda de la sociedad. Esperamos que esta situación se supere rápidamente.

Para concluir, debemos señalar un hecho muy importante: la AMM realizó la Asamblea General Ordinaria con el objeto de tratar la memoria y balance de la institución, la actuación del Comité Ejecutivo y Consejo Central durante el ejercicio 2017-2018. En este sentido, cabe consignar que la misma contó con la veeduría del Ministerio de Trabajo de la Nación y con la presencia de un Escribano público. Luego de presentar las distintas posiciones, las mociones fueron sometidas a votación de los socios, resultando aprobada la memoria y balance, la actuación del Comité Ejecutivo y del Consejo Central por 480 votos a favor y 4 en contra.

Para nosotros es fundamental la transparencia, la seriedad y la responsabilidad. El respaldo contundente nos obliga a seguir trabajando con la seriedad y la responsabilidad de siempre en defensa de los profesionales de la salud. □

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

El sistema de salud: ¿puede ser sustentable?

La sustentabilidad de los sistemas de salud constituye un desafío a nivel mundial. ¿Cómo estamos abordando este reto en la Argentina?

Innovación, acceso, manejo de las enfermedades crónicas y prevención. Una mirada al presente y el futuro de nuestra salud. Los actores y sectores clave. El rol de la sinergia público y privada.

En términos de sistema de salud, se entiende por “sustentabilidad” a las condiciones que permiten el acceso universal al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de forma que este esquema pueda sostenerse en el tiempo y ser financieramente viable. Más allá de las definiciones teóricas... ¿Es el sistema de salud argentino sustentable? ¿Es posible asegurar hoy la sustentabilidad del sistema en el futuro?

En este informe, el Dr. Alejandro Regueiro, gerente médico de



“La inflación en los servicios de salud es hasta 50% superior al índice de precios del consumidor”.
(Alejandro Regueiro)

Medicus, el Dr. David Aruachan, presidente del Grupo Unión Personal, el Dr. Flavio Devoto, presidente de CAEME y gerente general de AbbVie en la Región Sur y el Dr. Pablo Atchabahian, director nacional de acceso a los servicios de Salud de la Agencia Nacional de Discapacidad responden a estos interrogantes desde su óptica como actores y referentes del sistema de salud.

“Así como está es complicado asegurarla en el largo plazo”, explicó Alejandro Regueiro, iniciando el debate. “No se trata sólo de un problema argentino: en el mundo, la inflación en los servicios de salud es hasta un 50% superior al índice de precios del consumidor, debido a que el porcentaje del PBI destinado a la salud es persistente para no bajar la cantidad y calidad de los servicios que se prestan”, detalló.

David Aruachan, por su parte, afirmó que: “nuestro sistema de salud atraviesa una situación bisagra con relación a la asignación y gestión de recursos. Es una transición positiva, porque estamos tomando conciencia de la necesidad de empezar a priorizar lo colectivo sobre lo individual, y de comenzar a gestionar la salud desde la perspectiva de una asignación racional de los recursos. Necesitamos bajar esto a tierra para que la población en general pueda entender que esta asignación tiene que ser coherente a la necesidad del paciente, para que el recurso económico pueda alcanzar para financiar y sostener un sistema de salud que es cada vez más demandante”.



“Nuestro sistema de salud atraviesa una situación bisagra con relación a la asignación y gestión de recursos”.
(David Aruachan)

Sin embargo, no es cuestión de quedarse con los brazos cruzados. “El primer desafío es garantizar equidad en la atención y eso implica un gran esfuerzo, porque en la Argentina un tercio de la población no tiene empleo formal y, consecuentemente, carece de seguro de salud”, explicó Flavio Devoto.

Si bien considera que el hospital público cumple un rol fundamental para cubrir esa necesidad, aclaró que “la atención allí es más fragmentada” porque suele recibir urgencias y pacientes golondrinas

que llegan muchas veces sin una historia clínica conocida, lo que impide el seguimiento del paciente y, por ende, un óptimo tratamiento. Por otra parte, destacó determinados aspectos culturales, como el analfabetismo o la baja instrucción educativa, como motivos que impiden el acceso a una buena atención.

Alejandro Regueiro también señaló “la importancia de establecer programas de gerenciamiento de enfermedades tendientes a optimizar los recursos y mejorar resultados, concentrando pacientes en un mismo circuito prestacional, algo que hoy en la Argentina se hace, pero de manera aislada y fragmentada”.

La fragmentación del sistema atenta contra la sustentabilidad. Si todos los actores involucrados actuaran como los engranajes de un reloj, los resultados serían muy superiores. “Lo ideal sería que los diferentes subsistemas que componen el sistema de salud, tanto

el sector público como el privado y el de las obras sociales, brinden la misma calidad de atención sin superponerse”, aportó Pablo Atchabahian.

“Es imprescindible establecer criterios de cobertura que garanticen el acceso de toda la población: es posible, pero requiere de un alto nivel de integración y de un trabajo colaborativo entre las partes”, agregó.

Alejandro Regueiro afirmó que en el país el 35% de la población se atiende en el sistema público, 12% en prepagas y 53% en obras sociales. “Hay muchos casos de consultas duplicadas”, acotó.

Entre la prevención y la innovación

Existe una palabra clave que puede acelerar de manera notable el camino hacia la sustentabilidad: la prevención. “Es la mejor estrategia para bajar costos, pero hoy el sistema está más enfocado

en el tratamiento”, señaló Flavio Devoto.

Pablo Atchabahian opinó en la misma dirección: “Hay que hacer hincapié en la prevención para evitar enfermedades y un futuro recargo del sistema de salud”.

¿Cuáles son los pasos necesarios por seguir? “Se debe educar a la población en hábitos alimentarios (control de peso, ingesta de sal, modificación de los alimentos), y generar programas de gerenciamiento de enfermedades crónicas, tales como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades reumáticas, relacionadas con las principales causas de muerte en la Argentina”, indicó Flavio Devoto. También consideró “que la medición de incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades constituye un importante avance para, poder avanzar sobre la prevención y manejo de las enfermedades”.



www.sanidad.org.ar



“Se debe educar a la población en hábitos alimentarios y generar programas de gerenciamiento de enfermedades crónicas”. (Flavio Devoto)

Atacar esta problemática, por lo tanto, supone uno de los pilares para apuntalar la sustentabilidad del sistema: las enfermedades crónicas concentran el 70% de los presupuestos de salud. Además, los costos económicos y fiscales relacionados con este tipo de dolencias están en pleno aumento. Según un estudio realizado en 23 países de ingresos bajos y medios, la producción económica registró pérdidas del orden de los u\$s 85.000 millones como resultado de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes entre 2006 y 2015. Y se estima que sólo en América latina y el Caribe los costos

directos de la diabetes ascienden a u\$s 10.000 millones por año.

Flavio Devoto afirmó también que “los sistemas de salud necesitan estar coordinados con otros actores y sectores para diseñar estrategias de prevención específicas. Para lograr esto es necesario perfeccionar el diseño de las prácticas a fin de mejorar el acceso y el seguimiento y facilitar, así, el auto-control del paciente a través de mejor comunicación y apoyo a lo largo del tratamiento”.

Las soluciones no son mágicas ni universales. “Conviven tantos sistemas de salud como cantidad de países existen, y por eso hablamos del modelo canadiense, del europeo, del inglés o del americano”, explicó Pablo Atchabahian. “Por cuestiones de demografía o infraestructura, no se pueden replicar de manera idéntica, pero es posible tomar lo bueno de cada uno: entre sus aspectos positivos, el de la Argentina tiene una amplísima cobertura de enfermedades oncológicas y está tomando elementos del canadiense, que es muy fuerte en materia preventiva”, concluyó.

El involucramiento de todos los actores del sector, por supuesto, sigue siendo una de las principales aspiraciones para que el sistema alcance su cenit. “Los laboratorios deben ser parte y garantizar la sustentabilidad, ser socios estratégicos de los pagadores y encontrar formas de financiar nuevos tratamientos apelando a innovaciones como la digitalización, la medicina personalizada, la entrada de nuevos medicamentos o el empoderamiento de los pacientes”, explicó Flavio Devoto.

Su opinión está fundamentada en datos: dos tercios del aumento de la expectativa de vida se debe a tratamientos innovadores y las investigaciones clínicas a nivel mundial repre-



“Lo ideal sería que los diferentes subsistemas que componen el sistema de salud brinden la misma calidad de atención sin superponerse”. (Pablo Atchabahian)

sentan unos u\$s 90.000 millones (u\$s 270 millones en Argentina).

“Hay una gran oportunidad de crecimiento en el país, y se puede lograr mediante el fortalecimiento del respeto por la propiedad intelectual y con un entorno regulatorio más transparente”, expresó Flavio Devoto.

Prevención, programas de manejo de enfermedades crónicas, innovación científica para continuar impactando en la calidad de vida de las personas, y trabajo en equipo desde los diferentes actores y sectores para favorecer el acceso a la salud de hoy y garantizar su incremento mañana. La paradoja está latente: para alcanzar la sustentabilidad, la Argentina necesita sanar su sistema de salud. □



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

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



Telemedicina, una herramienta que suma accesibilidad, calidad y agilidad a las prestaciones médicas

Por el Dr. Gabriel Leonardo Barbagallo ⁽¹⁾



La telemedicina o más propiamente dicho la telesalud es una disciplina moderna, muy difundida actualmente en los foros de innovación de la actividad médica. ¿Pero esto es realmente así? ¿Es una práctica moderna e innovadora? Vayamos a la definición del término.

Telemedicina: toda actividad médica relacionada con el diagnóstico, tratamiento o educación realizada a distancia de manera no presencial. Teniendo en cuenta esto último, cualquier mensaje médico dado por vía telefónica desde principios del siglo XX, el monitoreo de signos vitales de los astronautas que permanecían meses en órbita en la década de los 60, la coordinación vía telegráfica de los perros siberianos que distribuían antitoxina diftérica por Nome, Alaska, allá por el 1925 o los ciclos televisivos que desde siempre brindan consejos para la salud estarían alcanzados por la definición de Telemedicina. Entonces ¿por qué esta explosión actual de la actividad de manera disruptiva? Veamos en donde estamos parados y por qué nuestro país requiere de manera perentoria que se organice y se regule la telesalud.

FACTORES DETERMINANTES

La Argentina posee una gran extensión territorial, con sus más de 2,700.000 km cuadrados es el octavo país del mundo en superficie y su población, de más de 40 millones de habitantes se encuentra distribuida de manera desigual, concentrando la mayor parte de ellos en 5 ciudades. La edad de la población, que como ocurre en todo el mundo va en aumento, constituye un desafío sanitario y financiero para el futuro cercano. Por otro lado, la oferta prestacional de salud tiene características destacables, la cantidad de médicos es alta (cabe aclarar que no existen registros únicos del número de profesionales) pero distribuidos de forma heterogénea, sumado al déficit de ciertas especialidades médicas que muestran una clara disminución en número, determina una baja cobertura de especialistas en vastas áreas del país. Por último, la educación médica continua comienza a requerir algún tipo de herramienta más ágil dado que el formato conocido de reunión presencial en congresos o la lectura de libros impresos no se corresponde con la velocidad con que el conocimiento médico se renueva.

LA TELEMEDICINA EN LA ACTUALIDAD

El mundo comenzó a resolver sus problemas utilizando la tecnología disponible de manera inteligente y con sentido de la oportunidad y de la costo eficiencia. En Latinoamérica la mayoría de los países cuentan con programas de telesalud en marcha en sus tres ejes:

La **Teleasistencia**, entendida como la atención médica a distancia tanto para diagnóstico como para

tratamiento, el **Telemonitoreo** de grupos vulnerables y la **Teleducación** médica a distancia. En ese sentido, muchas entidades de nuestro país, tanto públicas como privadas han puesto al servicio de sus pacientes y beneficiarios productos de teleasistencia como son la atención en sitios remotos, los sistemas de teleconsulta de segunda opinión, los teleateneos de especialidades, las videoconsultas, el telestroke (coordinación a distancia de la atención del accidente cerebro vascular), teleIAM (Infarto agudo de Miocardio), las consultas de telepresencia, la teledermatología, la telepsiquiatría, etc. El monitoreo de grupos vulnerables encuentra su principal utilidad, no sólo en poblaciones que envejecen a un ritmo acelerado, sino también en la cronicación de muchas enfermedades que antes eran mortales. La clave de este tipo de programas radica en el correcto análisis de riesgo versus costos y saber definir de manera precisa el target al cual monitorear. Una gran población bajo monitoreo sin segmentación es demasiado costosa y sus beneficios poco visibles. Por su parte, un pequeño e insignificante segmento de población sin impacto sanitario hace inútil a la herramienta. A manera de ejemplo, en un centro de Barcelona monitorean en domicilio a las personas con insuficiencia cardíaca que ya haya sido ingresados por primera vez a un centro especializado. Antes o después de ese momento ha sido evaluado como exagerado o tardío en cuanto a los resultados obtenidos. El desarrollo de dispositivos portables de alarma y muchas aplicaciones similares de la telefonía celular permiten mantener en observación continua las distintas vulnerabilidades de los pacientes crónicos seleccionados. Por último, la teleducación médica ofrece una excelente posibilidad para que los profesionales que viven en sitios alejados de las grandes urbes puedan capacitarse y actualizarse, habida cuenta de la obsolescencia acelerada que el conocimiento médico tiene en la actualidad.

ASOCIACIÓN CIVIL DE LA TELEMEDICINA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (ACTRA)

Las características geográficas, demográficas y prestacionales de la Argentina sumadas a los avances tecnológicos relacionados a las nuevas herramientas de la información y la comunicación hacen necesaria la incorporación de las distintas prestaciones de Telesalud a la práctica médica. La necesidad más importante que viene a resolver esta tecnología es la mejora en el acceso al servicio de calidad de gente que se encuentra en situaciones de aislamiento geográfico, social o sanitario y para todos aquellos actos médicos que requieran agilizar sus procesos. **Acceso, calidad y agilidad** son las principales cualidades que se busca cuando se desarrolla una herramienta de telesalud.

Muchas empresas de salud del país están avanzando en proyectos que incorporan las TICs a sus ofertas prestacionales y si bien, como decíamos al principio, no es una práctica nueva, el aumento exponencial de los servicios telemédicos requiere de un marco regulatorio que le dé **seguridad médica a los usuarios y seguridad jurídica a los prestadores**. Del mismo modo, es el momento de modernizar todos los aspectos relacionados a los registros médicos y las prescripciones que aún hoy en nuestro país requiere de los formatos físicos y manuscritos. Reservamos hoteles, compramos pasajes, entradas de teatro, medios de locomoción y hacemos transferencias bancarias desde un teléfono celular, pero si estamos enfermos debemos ir a la farmacia con un papel escrito y sellado. Por este motivo, un grupo de empresas, dentro de las cuales se encuentran sanatorios u hospitales como el Hospital Alemán, CEMIC, Hospital Privado de Córdoba, FLENI e Instituto Cardiovascular de Buenos Aires; entidades financiadoras como ASE-Medifé, Omint y OSDE; el Grupo Oroño de Rosario, Empresas de emergencias como Emergencias S.A. y URG de Rosario; el Instituto Zaldivar de Mendoza e instituciones de diagnóstico como el Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi formaron la Asociación Civil de la Telemedicina de la República Argentina. ACTRA, que entre sus objetivos se encuentran la difusión de la actividad, el aporte institucional para la generación de una regulación que otorgue marco legal a la práctica y dar participación a toda especialidad médica o disciplina relacionada a la salud que intente desarrollar el capítulo de buenas prácticas en telesalud. Es esperable que todas las instituciones y profesionales de la salud que de alguna manera se encuentren en este momento desarrollando una práctica de la telemedicina se sumen a la entidad.

La atención de la salud es progresivamente menos individual y cada vez más interdisciplinaria y es oportuno aclarar que esta herramienta no constituye una nueva forma de atención sino un medio de acceso a la prestación realizada por todos los profesionales de la salud. No viene a reemplazar al recurso humano, tal vez quizá sea una vía de desarrollo de nuevas actividades técnicas y profesionales que de manera interdisciplinaria aporten nuevos formatos a la atención de la salud.

EL FUTURO

La principal virtud de la telemedicina no está relacionada a lo innovador de su tecnología sino a la lógica de sus procesos, pero en el futuro inmediato y casi simultáneamente a la irrupción de la telesalud como herramienta, una gran lista de otras tecnologías ya pugna por incorporarse al terreno de salud. La realidad virtual, la realidad aumentada, la robótica, la nanotecnología, la ingeniería genómica, la impresión 3D y la inteligencia artificial ya empiezan a ser palabras corrientes en los claustros médicos. Así como después de 2100 años de medicina occidental Hipocrática apareció la electricidad y se incorporó a la práctica médica, debemos estar preparados para incorporar estas nuevas tecnologías, aceptando barreras y límites. Barreras para ser superadas (culturales, financieras, regulatorias, tecnológicas y profesionales) y un gran límite para ser respetado: **El límite ético**. □

(1) Gerente Médico de Filiales de OSDE
Presidente de ACTRA (Asociación Civil de la Telemedicina de la República 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



Se imponen cambios en materia de elección de obra social para jubilados



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

En los últimos tiempos han proliferado acciones judiciales en nuestros Tribunales promovidas por jubilados (o próximos a estarlo) cuyo objetivo persigue continuar en la obra social en la que están (o estuvieron) durante la actividad laboral.

Recordemos que nuestro sistema Nacional de Seguridad Social establece que al alcanzar el estatus de pasividad (jubilados y pensionados) las prestaciones médico-asistenciales de esos beneficiarios son brindadas por el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (art.2 de la ley 19.032).

A su vez, los jubilados y pensionados cuentan -desde 1995- ⁽¹⁾ con la posibilidad de elegir que sus servicios médico-asistenciales sean brindados por alguno de los agentes del seguro de salud del sistema. Esa elección debe venir acompañada con la voluntad de la obra social de inscribirse en un Registro para recibir jubilados ya sea de origen o de cualquier actividad. La inscripción en ese Registro dice la norma, es condición para poder ser elegida por los jubilados.

Actualmente, de los más de cinco millones de jubilados que hay en el Instituto, casi cuatrocientos mil permanecen en las obras sociales nacionales por vía de esa opción. En números anteriores hemos hecho referencia a esta cuestión y sus consecuencias sobre el sistema en general. ⁽²⁾

En cuanto a las acciones judiciales a las que hacíamos referencia al comienzo, desde hace un tiempo proliferan reclamos que persiguen continuar en la obra social que detentaban al momento de la jubilación. Si bien hay diferentes variantes vinculadas a los tiempos de la acción -algunos por jubilarse, otros ya ocurrido el pase a la pasividad y otros transcurrido un tiempo prudencial de su jubilación en la que ya son afiliados de PAMI u otra obra social del Sistema- lo que une a todas esas acciones es la

voluntad de permanecer (o retornar) al agente de salud que le brindaba prestaciones médico-asistenciales durante su etapa de actividad.

Los Tribunales de los diferentes fueros del país, antes de plantear la discusión sobre la aplicabilidad de las normas y la procedencia o no de la acción, se definen a través de medidas cautelares que, como es su característica, se dictan "inaudita parte" ⁽³⁾ y suponen disponer la continuidad de la cobertura por parte de la obra social que no se ha inscripto en el Registro y no tiene aptitud legal para recibir jubilados. La jurisprudencia en este enunciado es casi uniforme en sostener la continuidad de la cobertura por la obra social que cubría a esa persona -y su grupo familiar si corresponde- durante su período de actividad laboral.

Sin perjuicio de señalar que podemos compartir el espíritu de las decisiones judiciales, desde que es un contrasentido de nuestro sistema normativo que quienes aportaron durante treinta o más años a una obra social, cuando llega el momento en que más la pueden utilizar (o más la necesitan) son "depositados" en el PAMI ⁽⁴⁾, es importante poner de relieve que aquello que inunda nuestros tribunales de acciones judiciales persigue -en la mayoría de los casos- continuidad en algunas empresas de medicina prepaga y/u obras sociales que tienen entre sus afiliados a aquellos de mayores recursos.

No son los más necesitados en materia prestacional ni aquellos a quienes más se debe ayudar en el plano socioambiental los que accionan judicialmente. La cascada de amparos está promovida por personas con recursos, no sólo para pagar un abogado sino para pagar planes superadores o complementarios por mayores y mejores servicios.

En el análisis de las secuelas de estas acciones judiciales no podemos dejar de lado las consecuencias econó-

micas que deben soportar los involucrados. Todos pierden. Veamos:

El Sistema nacional del seguro de salud pierde porque se alteran, vía decisión judicial, reglas que se vienen aplicando desde hace más de veinte años.

La obra social que no acepta jubilados pierde, ya que su ecuación de ingresos - egresos se ve brutalmente afectada por la justicia: hemos explicado en otros artículos en esta *Revista* que el Instituto le abona a la obra social que recibe jubilados la suma de ciento noventa y dos pesos (\$ 192). Es preciso aclarar aquí que algunas decisiones judiciales (sólo algunas) incluyen en la transferencia económica algo más que esa suma de \$ 192, obligando a transferir el aporte que hace el jubilado al Instituto.

También pierde el PAMI, como consecuencia de estos fallos judiciales que obligan a transferir el aporte porque, como ya dijimos, son los jubilados de mejores y mayores recursos los que accionan en este sentido. Si el componente económico que impone la Justicia se mantiene sobre los aportes del jubilado, se desfinanciará el Instituto ya que son ellos quienes más aportan en un sistema solidario.

También pierde el jubilado, porque si bien su objetivo es mantener la prepaga u obra social que le brinda un plan superador, los aportes a los que accede por esta vía siempre serán inferiores a los que se corresponden a un trabajador en actividad. Recordemos también que en lo explicado anteriormente hablamos de "aporte" del jubilado, mientras que respecto de los trabajadores en relación de dependencia hablamos de aporte y contribución. ⁽⁵⁾

Convengamos también que el Poder Ejecutivo Nacional ha colaborado para este desaguisado. Cuando en el año 2016 se dicta el decreto 921/2016 que actualiza los valores del llamado "ajuste por riesgo", mediante un artículo (el 8) se excluye expresamente a los jubilados y pensionados por opción de las obras sociales a percibir los importes que allí se fijaban. Para darse una idea del impacto que tal exclusión produce, basta reiterar que los agentes del seguro siguen percibiendo \$ 192 por cápita, cuando la norma establece un valor inicial de \$ 650 para el año 2016, con actualización automática de acuerdo al régimen de movilidad de asignaciones familiares. ⁽⁶⁾

SE IMPONEN CAMBIOS NORMATIVOS

Toda esta descripción nos lleva a la conclusión que se imponen cambios

normativos. Desde aquí, efectuamos una propuesta para ser evaluada por las autoridades.

La propuesta de cambio se establece en etapas y pretende avanzar hacia una paulatina transferencia de jubilados y pensionados a sus obras sociales de origen. El Instituto continuará siendo receptor de los aportes tanto de los jubilados como de los activos, y el ANSES seguirá transfiriendo una cápita a las obras sociales, como en el régimen actual.

Desde el punto de vista normativo, se necesita un decreto simple, que establezca los mecanismos de la opción, las etapas, las prestaciones incluidas y los montos a transferir.

Es importante señalar que esta propuesta necesitará imperiosamente la coexistencia de ambos regímenes para mantener la posibilidad que los jubilados puedan seguir optando por las obras sociales que están en el Registro, que también se mantendrá hasta el final de la transitoriedad.

En una **primera etapa** los trabajadores que pasen a la condición de pasivos tendrán la opción de permanecer en la obra social de origen, entendiendo por tal la última que tenían al momento de pasar a la pasividad.

Pero para poder acceder a ese beneficio (opción) deberán contar con un mínimo de cinco (5) años en la obra social de origen. Esto, para evitar que se cambien a último momento con el objeto de contar con los servicios de

una determinada obra social.

En una **segunda etapa**, se amplía a los trabajadores que hayan estado al menos tres (3) años en la obra social de origen.

En una **tercera y última etapa**, para todos los que adquieran la condición de jubilados sin limitación de tiempo en la obra social de origen.

En cuanto a las **prestaciones**, debe determinarse claramente en la norma a dictarse qué prestaciones quedarán a cargo de la obra social y cuáles a cargo del PAMI que continuará siendo receptor de todos los recursos de los jubilados.

En cuanto a los **recursos económicos a transferir** (cápita mensual que transfiere el PAMI), se formulan tres propuestas:

- 1.- Que se corresponda con el aporte promedio de los trabajadores activos para el cálculo del SUBSIDIO DE MITIGACIÓN DE ASIMETRÍAS (SUMA), que para el mes de octubre del corriente año ascendió a la suma de pesos un mil diecisiete (\$ 1.017).
- 2.- Derogar el artículo 8 del decreto 921/2016 y aplicar los valores del ajuste por riesgo a todos los mayores de 65 años.
- 3.- Determinar una cápita mensual atendiendo a la recaudación del Instituto dividida por su cantidad de beneficiarios. Tengamos en cuenta que en esta propuesta los recursos recaudatorios de activos y pasivos

en aplicación de la ley 19.032 seguirán yendo al PAMI.

En estas situaciones y de acuerdo con los montos, se debe analizar la valoración de los integrantes del grupo familiar, ya que se trata de una cápita por beneficiario y generalmente estamos ante un titular y un integrante del grupo familiar. □

1- Los decretos 292/95 y 492/95 permiten a los jubilados y pensionados optar por alguna obra social del sistema que manifieste expresamente su voluntad de recibir jubilados y pensionados de origen o de cualquier actividad. La decisión es optativa para las obras sociales receptoras.

2- Revista Médicos: "Otra vez los jubilados" http://www.revistamedicos.com.ar/numero102/opinion_bustos_cochiar.htm

3- Suele emplearse esta voz en la aplicación de las medidas cautelares en tanto en cuanto cuando una parte presenta una demanda puede solicitar que antes de dar traslado a la parte demandada de la misma se tramite una solicitud de adopción de medidas cautelares.

4- Obsérvese que la normativa en materia de obra social nos "deposita" en el PAMI, mientras que el artículo 11 de la ley de medicina prepaga impide que esas entidades produzcan rechazos de afiliación basados en la edad.

5- De conformidad con lo previsto por el artículo 8, inciso a) de la ley 19.032, el jubilado aporta el equivalente al 3 % del haber mínimo y el 6 % de lo que exceda dicho haber. Los trabajadores en relación de dependencia aportan el 3 %, pero forma parte también de su salario diferido la contribución del empleador del 6 % (art.16 de la ley 23.660).

6- Para dar una dimensión de la diferencia, a fines de 2017 el valor establecido para la franja etárea superior a los 65 años estaba en \$ 950.

FEFARA
AVANZA



**EN LA PERMANENTE EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS
FARMACÉUTICOS PARA EL BIENESTAR DE LA COMUNIDAD**

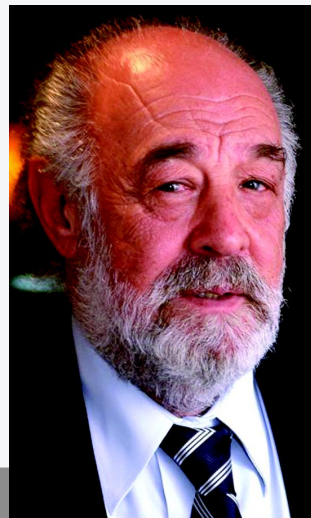
Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal
Tel/Fax: 011 4342 9473 – fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

La práctica médica: entre la profesión liberal y la corporación cartelizada

“La ocupación médica mantiene el estatuto de profesión por la convincente promesa de integridad de sus miembros, manifiesta tanto en la adhesión a un código ético como en la práctica científica”

Eliot Freidson

Por el Dr. Ignacio Katz



Para hablar del ejercicio de la medicina, llámese oficio, profesión, o simplemente actividad médica, resulta necesario relacionar la ciencia con sus prácticas, es decir, en este caso particular, la medicina con la profesión médica, sabiendo que *la ciencia ha estado precedida por la práctica*, fuera ésta empírica o mágica, ya que la ciencia nació, precisamente, a partir de las necesidades prácticas. Sin embargo, debemos subrayar que, aunque haya sido ese su origen, la ciencia se ha constituido a condición de trascender sus propias necesidades. De ahí que se impone la articulación entre la Educación Médica (con sus requerimientos esenciales) con la Organización Formal de la Práctica Médica: el **oficio médico** en sí mismo en un contexto dado por la condición asistencial y el ámbito sanitario.

Necesitamos hacer uso de todas las ciencias y disciplinas (desde la biología y la química, hasta la sociología y antropología, pasando por la ingeniería, administración y gestión informática) para sistematizar normas y procedimientos, pero sin caer en los peligros y falacias del biopoder y del cientificismo. Es decir que **la planificación** debe estar al servicio de la salud y de la libertad humana, de manera de dar consistencia a una vida soberana.

Para ilustrar esto, propongo caracterizar dos palabras que considero básicas para comprender esta confluencia, así como sus fallas a rectificar. Me refiero, por un lado, a **ensamble**. Por tal entendemos la unión de las piezas que conforman un producto. En este caso el ensamble está dado por la relación del médico y el paciente-usuario, y su finalidad resultante: la Salud. De la cual deriva el concepto de *empatía*, que interpretamos como la capacidad de percibir y comprender con la finalidad de ayudar. Como vemos, se trata de un valor humano básico.

El segundo término es **plexo**, es decir, la red constituida por el entrelazamiento de distintos componentes, tales como el conocimiento, la reflexión y el arte médico. En virtud de la necesaria interdisciplinariedad que debe acompañar a la medicina, se trata del plexo correspondiente, por caso, a la antropología, biología, química, sociología, entre otros, y por su puesto al propio plexo médico. Estos pueden estar en equilibrio, deformados, lesionados o intoxicados por el contexto.

Las instituciones funcionan dentro de una estructura social y un determinado comportamiento carece

prácticamente de significado si se la separa del referido contexto, lo que es indispensable para comprender nada menos que los orígenes de la desigualdad social, la pobreza y el subdesarrollo que constituyen el contexto de nuestra práctica médica actual. Reconocer esta realidad es indispensable para arribar a *un diagnóstico* que, de ser válido -al decir de Paracelso-, *contiene su terapéutica* a fin de alcanzar la justicia.

El panorama actual del campo sanitario argentino nos muestra una fragmentación de autoridades, planes y jurisdicciones. Cual un conjunto de piezas dispersas, se imposibilita cualquier atención digna y en los tiempos adecuados. Esta situación favorece la autonomización de ciertos sectores que, como si fueran castas, consideran que deben darse sus propios ordenamientos y no acatar ninguna autoridad constituida. Esta conducta corporativa implica que esa clase de grupos se emancipa de cualquier responsabilidad directa de su accionar y no rinde cuentas ante nadie. De esa manera, esa “casta” se considera independiente de cualquier reglamentación y privilegia sus propios códigos, objetivos e intereses.

Lejos quedaron los años de profesión liberal. La “proletarización” de los médicos con el auge de las prepagas y el corporativismo que no cuenta con un control estatal adecuado dejan a la medicina dependiendo de empresas e intereses del mercado. Tampoco se trata de construir sujetos presos de una medicalización estatal, sino *portadores de su potencia vital* por poseer el derecho individual y social de una atención sanitaria integral, adecuada, y oportuna.

El año pasado un caso en Salta mostró la cartelización de sanatorios privados. La Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) multó por \$22.768.860 a 15 clínicas de la provincia norteña y a la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados (Aclisasa) del mismo distrito por “cartelización de precios”. Asimismo, son recurrentes los aumentos sincronizados y similares de medicamentos de la mayor parte de los laboratorios que ofertan en el país.

Pero no se trata “solamente” de que los oligopolios impongan los precios de los medicamentos, sino de que intervienen en el propio oficio médico, tergiversando la atención, imponiendo ritmos, protocolos y demás cuestiones que buscan la celeridad, la tecnocracia, la burocratización, la despersionalización, el encarecimiento y la sobremedicación. Vale advertir que en esta dinámica inciden no sólo las corporaciones

financieras, sino también las propias corporaciones médicas y las obras sociales, entre otras.

¿Cómo superar estadios en los que los gobiernos han cedido a los colegios profesionales la matriculación *sin integrarlos a la gestión asistencial como miembros activos*? ¿Cómo demandarle al Estado actitudes a concertar con las universidades y las escuelas médicas, para que agreguen a sus currículos los requisitos médicos nacionales, regionales y locales que respondan a las pautas que surjan de un observatorio de salud? Finalmente, ¿cómo lograr que el Estado asuma su rol de garante-responsable del derecho a la salud?

Por otro lado, así como existen los oligopolios, también existe el menos conocido concepto de **monopsonio**. Se trata de un *demandante* cuasi-monopólico en vez de oferentes. En este caso es el propio Estado quien detenta esta privilegiada posición que no aprovecha. Ya sólo el PAMI podría fijar en buena medida un nivel de precios de sus compras a los laboratorios. O compras coordinadas de los 34 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, por dar otro ejemplo.

El foco del tema pasa por cómo enhebrar necesidades, problemas y demandas en el campo de la Salud Pública, a fin de plantear un plano de concordia en la comunicación que articule en forma armónica la antropología de la medicina con la atención de la salud y así potenciar su finalidad: *producir salud y consumir asistencia médica* en el ámbito cotidiano y en contingencias reales.

Sólo mediante una articulación dinámica y armónica de lo que resumimos con los términos de **ensamble** y **plexo**, el desarrollo de la práctica médica será eficiente desde el punto de vista equitativo, moral y ético, respetando para cada población su biodiversidad, tecno-diversidad, y diversidad cultural.

En definitiva, se trata de fortalecer la organización formal de la práctica frente a la anomia que rige en esta área sanitaria. El aglomerado (la adición) de criterios aislados en acreditación, habilitación, categorización y registro de eventualidades adversas, entre otros, terminan en un embudo que sólo adquiere relevancia pública en casos resonantes de **mala praxis**. Manifestados habitualmente como hechos aislados y no como síntomas de un proceso asistencial que requiere ser monitoreado.

A partir de una genuina interacción entre Estado y sociedad civil, mediante una planificación estratégica sanitaria nacional, podremos acercarnos a una configuración social más justa. Hay que superar falsos consensos entre la burocracia estatal y las corporaciones médicas, para volver a poner en el centro de la escena al verdadero vértice de la acción: el paciente-usuario. □

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 (2018).



UNIVERSIDAD
ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA
TRANSFORMACIÓN

5239.4000

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



11 5889-8367

La Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



Hace bastante tiempo se viene discutiendo en la Argentina la necesidad de contar con una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias o de la Salud como otros la denominan. El actual gobierno la instaló como una de sus prioridades dentro de sus políticas de salud. En ese sentido se creó recientemente, por resolución 623/2018, la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud en el ámbito del Ministerio de Salud y existen tres proyectos de ley en estado parlamentario.

Las Agencias de Evaluación de Tecnologías comienzan a consolidarse en las décadas de los 80 y 90 en Europa y Australia fundamentalmente, aunque los pioneros fueron los Estados Unidos de América bastante antes (Esteban Lifschitz Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Lecciones Aprendidas en Países de Latinoamérica y Europa. Capítulo 1. Introducción). Más recientemente se crearon Agencias en países Latinoamericanos como Brasil, México y Colombia.

LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Según Lifschitz, ya mencionado, de las diferentes definiciones sobre tecnologías sanitarias existentes, las más difundidas son la del Instituto de Medicina de Estados Unidos, que las define como “el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención” (1995) y la de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) que las define como “cualquier intervención que pueda ser utilizada para promover la salud, a fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para la rehabilitación o la atención a largo plazo”.

Siguiendo con el autor mencionado, podemos considerar a la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) como “una herramienta fundamental para promover la priorización, selección, introducción, distribución y manejo de intervenciones en salud con el fin de fomentar la atención de enfermedades, la prevención, el diagnóstico oportuno, la rehabilitación y los cuidados paliativos, con una orientación hacia la

cobertura universal y la sostenibilidad de los sistemas de salud” (OMS, 2014).

Basándonos en el libro “Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Construyendo el camino” de Víctor Quiñones et al, Editorial Dunken, 2017, podemos entender a la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) como aquellas metodologías y procesos destinados a evaluar integralmente y en forma comparativa una intervención sanitaria (sea medicamento, producto médico, procedimiento quirúrgico, campaña de prevención, organización del sistema de salud) con el fin de conocer su impacto tanto en términos económicos como clínicos en la sociedad. Es una herramienta en la toma de decisiones.

La ETS no sólo debe ser una herramienta de decisión para las máximas autoridades en los procesos regulatorios, sino que debe ser útil también para los financiadores para definir sus canastas de servicios, para la industria a fin de orientar la I&D, para los profesionales y guías clínicas que estos utilizarán y especialmente para los pacientes cada día más informados.

LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Para que un medicamento o dispositivo médico sea registrado para su comercialización e incorporación a un país debe pasar diferentes evaluaciones. En principio deben cumplir con requisitos establecidos de seguridad, eficacia y calidad. La función reguladora para el cumplimiento de estos requisitos la ejerce en nuestro país la ANMAT.

Una cuarta barrera que se incorpora es la de evaluar los costos de estas tecnologías y sus ventajas terapéuticas o diagnósticas, su sustentabilidad y fundamentalmente cuantos años de vida agregan y en cuanto mejoran la calidad de vida. De esto básicamente se encargan las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

No existe un modelo uniforme de Agencias y cada país que la ha creado lo ha hecho desde sus propias necesidades y conveniencias. En este sentido no es conveniente extrapolar

acríticamente experiencias de otros países sin tener en cuenta las idiosincrasias locales. Sin embargo, tampoco es conveniente desarrollar una Agencia reguladora de esta naturaleza sin analizar y aprender de

Más allá del proyecto de ley que se apruebe algunos de los principios rectores que deben guiar a la futura agencia deben tener que ver con garantizar en forma muy especial la transparencia de la conformación de la Agencia y de sus decisiones.

otras experiencias, sus fortalezas y sus debilidades para no cometer errores que han sido estudiados en otras partes.

ESTADO DE SITUACIÓN EN LA ARGENTINA

Como afirmamos en la introducción existen tres iniciativas de ley en estado parlamentario las cuales presentan algunas diferencias menores y otras de fondo a mi entender.

Una diferencia es el ámbito de aplicación o sea de quien dependerá la futura agencia. Mientras que dos iniciativas plantean a la actual Secretaría de Ciencia y Técnica como ámbito de aplicación, la otra iniciativa la coloca dentro del ámbito de la Secretaría de Salud de la Nación.

La razón por la que se propone a Ciencia y Técnica como el ámbito adecuado es porque se considera a la Secretaría de Salud como un actor interesado y perjudicaría la credibilidad de sus recomendaciones.

Otra diferencia es la creación de un comité consultivo y su composición. Mientras dos de las iniciativas lo propone, pero con actores muy diferentes (con mayores o menores intereses) la tercera no lo contempla.

Los alcances de la Agencia es otro punto importante de controversia. Una iniciativa propone exclusivamente el alcance a la órbita nacional y otra propone que puedan adherirse otras jurisdicciones.

Sólo una de las tres iniciativas establece la posibilidad de apelación a las decisiones tomadas.

Estas son algunas de las diferencias importantes entre las tres iniciativas lo que nos está indicando que

se requiere de un mayor debate y de una profundización en su discusión para poder aprobar una ley con consenso.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Evidentemente se requiere aún más discusión de la que ya se está dando para consensuar un proyecto de ley viable.

Más allá del proyecto de ley que se apruebe algunos de los principios rectores que deben guiar a la futura agencia deben tener que ver con garantizar en forma muy especial la transparencia de la conformación de la Agencia y de sus decisiones. Esto requiere que los informes sean técnicamente impecables e insospechados y comprobables, que quienes compongan la agencia no tengan conflictos de intereses, que haya un sistema adecuado y muy amplio de comunicación de las decisiones y que exista la posibilidad y los mecanismos adecuados y claros de apelación entre otras cosas.

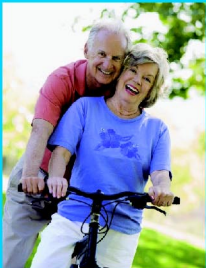
La Agencia conformada con estos postulados es una necesidad imperiosa y contribuirá a la regulación del sistema de salud, pero también debemos decir que por sí sola no solucionará los problemas de financiamiento y de judicialización existentes y mal empleada puede agravar situaciones de inequidad.

Se debe avanzar al mismo tiempo en buscar otras soluciones que colaboren y complementen a esta Agencia para hacer un sistema viable y sustentable. □

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



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social





OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



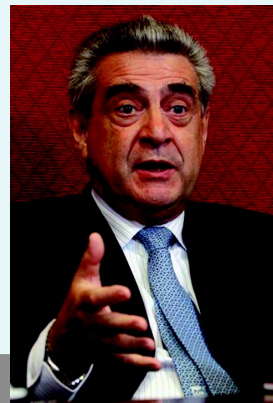
Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

Salud mental: ¿malos servicios garantizados?

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



El 10 de octubre de cada año se celebra el "Día Mundial de la Salud Mental", una iniciativa que tiene por objetivo reflexionar sobre el tema con el fin de contribuir al bienestar de las personas a través de una mejor salud mental.

Naturalmente la Argentina es un país original -o peculiar- en muchos aspectos. Como no podía ser de otra forma, la Salud Mental es uno de ellos y presenta grandes contradicciones. Por una parte, el sistema estatal argentino pretende atender todo tipo de problemáticas. Así, el Programa Médico Obligatorio estipula una cobertura bastante más generosa que la vigente en otros países (30 sesiones de psicoterapia al año, un mes de internación psiquiátrica u hospital de día, etc.). Al mismo tiempo, los recursos que se dedican a esta problemática son francamente escasos: La Argentina es el país que menos invierte en salud en general, y en salud mental en particular, como porcentaje de su PBI en América latina ⁽¹⁾.

Para entender más la problemática, consultamos a un reconocido especialista en el área, el Dr. Pablo Hirsch, médico especialista en Psiquiatría, gerente general del Centro Privado de Psicoterapias, autor de numerosos trabajos y de los libros, "Arte y Oficio del Psicoterapeuta" y el muy interesante -y exitoso en ventas- "Inteligencia para el Bienestar".

Si centramos nuestro análisis en lo que ocurre en el mundo de la medicina prepaga y de las obras sociales, nos explica Hirsch, podemos ver que la tasa de consulta se ha incrementado en un porcentaje altísimo en los últimos años, en la medida en que se incorporaron nuevas patologías (diversas problemáticas de la niñez que ahora son consideradas tratables, patologías asociadas al envejecimiento poblacional, adicciones, entre otras.). La tasa de uso en muchas prepagas u obras sociales de dirección ha pasado del 3 al 7 por ciento anual en quince años. Al mismo tiempo, continúa explicando, el gasto, medido en proporción al gasto total en su plan de cobertura, ha bajado a menos de la mitad. Dicho de otra manera, la obra social o prepaga promedio atiende hoy el doble de casos con la mitad -proporcionalmente hablando- de la plata.

La disminución del dinero real aplicado a salud mental deriva de que, ante la relativa falta de recursos, el sector de obras sociales y prepagas ha ido destinando una proporción creciente de su ingreso a la renovación de infraestructura y tecnología en detrimento de los ingresos profesionales. Al ser la de salud mental una especialidad con bajo empleo de tecnología y amplia oferta de profesionales, los recursos destinados a ella van disminuyendo en proporción, aunque el marco legal y los cambios culturales llevan a que la prevalencia de trastornos mentales y la demanda de tratamientos sea cada vez mayor. Sólo a título de ejemplo, y con relación al comentario realizado respecto de la sobreoferta de mano de obra profesional que posibilita esto, nos señala Hirsch que un informe realizado por el referente en el tema el Dr. Modesto Alonso actualmente hay en nuestro país 101.217 psicólogos egresados, resultando la tasa más alta del mundo, duplicando la del siguiente país que es Dinamarca. Es decir que tenemos un psicólogo cada 400 habitantes...o sea, en promedio, un Psicólogo prácticamente cada 130 familias...

Esto posibilita, dice el Dr. Pablo Hirsch, que la Argentina se encuentra hoy probablemente en el piso de los honorarios que perciben los profesionales de salud mental en el campo de la medicina prepaga. Oscilan entre u\$s 5/7 y los u\$s 14, encontrándose -en líneas generales- las empresas prepagas en la banda inferior y las Obras Sociales de Dirección en la banda superior.

Como usted ve amigo lector, la tan comentada percepción de calidad superior de las Obras Sociales de Dirección por sobre las prepagas tiene un fundamento en una clara diferencia en los honorarios que abonan las entidades y por lo tanto en el nivel de los profesionales que contratan unos y otros. De hecho, cuando en *Willis Towers Watson* realizamos encuestas de percepción de calidad sobre los planes de cobertura médica, en promedio un 35% de los consultados nos dice que la cobertura en Salud Mental que le brindan es regular o mala. Naturalmente, cuando se ve la "inversión" que se realiza en el área en materia de honorarios y gastos, se comprende perfectamente el porqué de los resultados.

Aquí la pregunta importante que debemos hacernos, continúa Pablo Hirsch, es muy simple ¿es posible lograr un nivel de calidad aceptable si los profesionales cobran honorarios cada vez más bajos? Numerosos estudios indican que no, porque las personas capaces migran hacia actividades mejor remuneradas. Para expresarlo de otra manera, niveles altos de honorarios no aseguran prestaciones de calidad, pero niveles bajos de honorarios hacen extremadamente difícil hacer que se pueda mantener un nivel de calidad aceptable. El profesional tiende a tener cada vez menor preparación y dar la mayor cantidad de prestaciones posibles para sobrevivir.

Naturalmente el panorama que nos presenta el Dr. Hirsch no resulta para nada fantástico. Sobre todo, si tenemos en cuenta el pasado reciente, el presente y el futuro próximo: según el primer Estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental, publicado en la revista científica *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* uno de cada tres argentinos mayores de 18 años presentó un trastorno de salud mental en algún momento de su vida. "Los más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor, seguido por el abuso de sustancias y las fobias específicas. Para 2020 se considera que la depresión va a ser uno de los trastornos más frecuentes en la población en general", explicó el médico psiquiatra Juan Carlos Stagnaro, profesor titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA y uno de los autores del trabajo.

Con este panorama, la pregunta es si podemos hacer mucho para realizar las cosas mejor con la plata que se destina hoy. Al respecto Hirsch expresa que, si se implementaran programas de mejoramiento de la calidad, se podrían pagar mejores honorarios sin aumento del gasto.

Los interrogantes, según Hirsch, surgen a la hora de analizar si el programa es el mejor que se podría brindar con esa cantidad de recursos. Por ejemplo, nos comenta, se fijan treinta "visitas" por año, hasta un máximo de cuatro por mes. ¿Por qué treinta? Nadie parece saberlo. No tengo registro de estudios que establezcan ese número como apropiado o ideal para el tratamiento de alguna

problemática en particular, nos dice. Se colige entonces que se fijó un número con la preocupación de que no fuese muy limitativo. De esta manera todo el mundo puede tratarse "un poquito". Con este esquema, el paciente grave, que necesita de una serie compleja de intervenciones en diferentes niveles, tiene derecho al mismo número de prestaciones psicológicas o psiquiátricas que el paciente levemente deprimido, que puede mejorar en diez o doce sesiones. ¿Qué decir de las sesiones psicopedagógicas, o del tratamiento grupal o de pareja? Dado que toda problemática parece tener derecho a la misma cantidad de intervenciones, es evidente que la cantidad y frecuencia de las mismas parece tener más que ver con la capacidad de presión del paciente identificado o su familia que con el esquema de tratamiento más adecuado para su padecer. En definitiva, se garantiza (mejor que en muchos lugares) un derecho a la atención. Pero en ninguna parte queda establecida la calidad de esa atención.

Naturalmente, a uno inmediatamente le surge la pregunta: ¿a qué se llama calidad de atención?

Hirsch nos explica que en general, la efectividad se mide hoy de acuerdo con cuatro parámetros: disminución de intensidad de los síntomas, mejora de la calidad de vida, disminución del gasto médico asociado y disminución de recidivismo. Por ejemplo, es posible que la persona tenga síntomas fóbicos menos intensos, o que a pesar de seguirlos teniendo sea capaz de hacer algo que antes no podía, o que concurra a hacerse estudios por diversos padeceres menos veces.

En términos de mejora de la calidad, Pablo Hirsch nos cuenta que es interesante la experiencia del Reino Unido. En el año 2008 se puso en marcha el programa de "Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas" (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT), desarrollado por Richard Layard, ex ministro de economía y David Clark, con el objetivo de tratar los trastornos de ansiedad y depresión mediante técnicas cognitivo-conductuales en Atención Primaria, siguiendo las recomendaciones de las Guías elaboradas por el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, NICE). Este programa, continúa Pablo Hirsch, proporciona tratamiento psicológico en todo el Reino Unido de forma individual y grupal. Comienza por una evaluación inicial (habitualmente telefónica) donde se determina si un paciente es adecuado para el programa y donde se evalúa la intensidad de tratamiento que requiere el paciente (baja intensidad, alta intensidad o servicios especializados de salud mental). Las características principales del programa son:

- Se trabaja con protocolos de intervención basados en la evidencia y una supervisión clínica intensiva.
- Se monitorean los resultados de todas las sesiones clínicas, recopilando la información del personal y de los consultantes.
- El programa busca alcanzar tasas de acceso y recuperación cuantificadas.

El éxito del programa es notable nos comenta Pablo Hirsch. Según los últimos datos cerca de 950.000 personas al año acceden para una evaluación inicial y asesoramiento, de los cuales más de 537.000 reciben terapia psicológica.

Es decir que se pueden hacer las cosas de manera diferente. La gran pregunta es si hay alguien interesado en eso... o si tendremos malos servicios garantizados. □

(1) (<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/gasto-en-servicios-de-salud-mental-estudio-en-un-grupo-de-paises-y-comparacion-con-el-caso-argentino/>)

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



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



► Internación Clínica - Quirúrgica - UTI / UCI



► Tomografía 24 Hs.

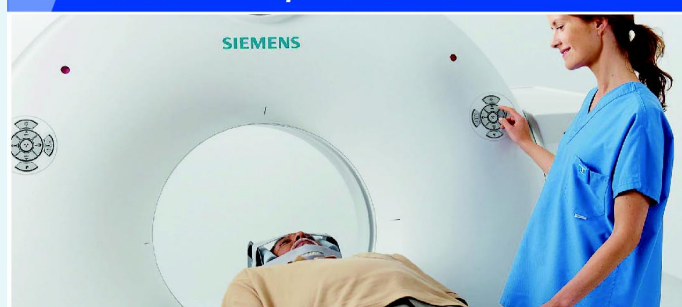


MARIA WARD
INSTITUTO DE CIENCIAS MEDICAS

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



► Internación de pacientes crónicos



► Tomografía 24 Hs.

El “precio de la salud” o el valor social de su significado

Por el Dr. Sergio Horis del Prete (*)



En Economía, el precio se conoce como la cantidad de dinero que la sociedad debe dar a cambio de un bien o servicio. Es también el monto de dinero que se asigna a un producto o servicio, o la suma de los valores que los compradores intercambian por los beneficios de tener o usar o disfrutar un bien o un servicio. También el precio depende de la utilidad que cada individuo asigna a dicho bien o servicio. ¿De qué hablamos cuando hablamos del “precio de la salud”? Lo primero que viene a la mente es diferenciar si nos estamos refiriendo a la suma de recursos que se asigna a obtener dicho bien - por lo general expresión de lo que la gente está dispuesta a pagar directa o indirectamente por ella - sea a partir de la atención médica que se provee o por un medicamento, consulta o práctica. Pero las personas no pagan directamente por los servicios de salud, o porque están asegurados para ello o bien porque se les provee en forma gratuita a través de los servicios estatales. Entonces, otro término asociado a Precio es el Valor. Constituye otro tipo de precio, que no tiene que ver con alguna forma de costo en moneda o dinero, sino que es básicamente subjetivo y hondamente social. Cada persona lo determina de acuerdo al significado que cierto bien tenga para ella. Al basarse en principios y cuestiones morales, se lo liga más a los sentimientos y a la utilidad que un bien, por ejemplo la salud, puede otorgar. Ciertamente, una utilidad difícil de calcular con exactitud, al estar vinculada esencialmente a la cantidad o calidad de vida que se logra con el impacto de la intervención médica.

Por eso, cuando hablamos del “precio de la salud”, deberíamos analizar por un lado cuanto nos cuesta producirla y también que valor le otorga la sociedad en términos de utilidad real a tal producción, sea como beneficio o como satisfacción. Porque muchas veces, en la gestión sanitaria nos encontramos frente a quienes defienden la idea de otorgar salud a cualquier precio, aun dejando de lado el costo de oportunidad que tal decisión trae consigo. Y esto quizá sea lo más grave en términos de valor. Si consideramos a éste como el conjunto de atributos que se le concede a un bien o servicio, y por el cual se está dispuesto a pagar o contribuir a su financiamiento, viene bien recordar a Donavedian cuando advierte que el valor de la salud es “*aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar*”. Queda claro que el valor se mide aquí por resultados, y no por la cantidad de servicios entregados, que pueden estar sujetos a eficiencias dispares y despilfarro de recursos. La propia definición general y la concreción operativa del concepto de valor, en épocas de innovación acelerada, usos

acríticos de tecnología y efectividades relativas, exige disponer de una métrica que permita cuantificar en forma objetiva el valor de las ganancias y utilidades en salud y/o bienestar que se obtienen. Por ejemplo, los AVAC.

Michael Porter, en su libro *¿What is value in Health Care?* habla de valor en referencia al paciente, como objetivo excluyente de un sistema de salud y lo define como “*la relación entre los resultados obtenidos y el costo incurrido para obtener dichos resultados*”, centrándolo claramente en un enfoque asociado a la eficiencia. El problema central en nuestro sistema de salud es si existe o no eficiencia, cuando se relaciona el volumen de prestaciones o servicios por un lado y la magnitud del gasto que esto implica con los resultados que se obtienen por otro. Porque si la ecuación no cierra, entonces tenemos que dejar de hablar del “precio de la salud” para comprender que estamos haciendo salud a cualquier precio. Y eso, en términos de valor para la sociedad, resulta suma cero. Entre el peso de demanda sanitaria, la fascinación por la tecnología y sus resultados no siempre efectivos, el embate de los medicamentos de alto costo más el exorbitante encarecimiento de precio de los dispositivos y prótesis médicos, desconocer cuanto se malgasta frente a la escasez natural de recursos lleva a una sangría financiera permanente que comienza a estrangular los sistemas de la seguridad social y el propio gasto del Estado.

Razonablemente hablando, un mayor gasto en asistencia sanitaria no garantiza su mayor calidad. Más cuando se deben enfrentar posiciones monopólicas o *cartelizadas*, conflictos de interés no declarados y judicializaciones inducidas por la práctica profesional. Hay circunstancias que explican la ausencia de criterio regulador sanitario desde una triple óptica: sanitaria, económica y ética. El abuso de la posición terapéutica de los profesionales en el mercado sanitario reconoce como causa fundamental la necesidad de encontrar nichos en éste, que le permitan diferenciar el producto y asegurar rentabilidad. Sea por la indicación de medicamentos que suelen presentarse como la panacea para extender la vida contra una no siempre demostrada efectividad, o el uso cada vez mayor de dispositivos médicos de alto costo para sustituir tratamientos con idéntica efectividad, volvemos al criterio de salud a cualquier precio. Tomemos el caso del fármaco para el cáncer de próstata avanzado *cabazitaxel*, de Sanofi Aventis. Su precio de venta por unidad es de \$ 223.075 y de \$ 170.993 en Brasil. El dato de interés es que el NICE inglés no autorizó inicialmente su inclusión en el British National Formulary (BNF) ya que no superaba la evaluación costo/ utilidad exigida a los supuestos innovadores, al extender la

supervivencia apenas tres meses. Aun aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), los trials demostraron que los pacientes tratados con dicha droga tenían una sobrevida media de 15 meses, pero solo 2,4 más que los tratados con *mitoxantrona*, droga cuyo costo en la Argentina no supera los \$ 1.924 la dosis.

Otro ejemplo es el reemplazo aórtico por vía percutánea. Originalmente protocolizado para adultos mayores de 80 años con estenosis valvular severa, elevados scores de riesgo para cirugía cardíaca y comorbilidades, sus dispositivos tienen un precio en torno a los u\$s 25.000 en el mercado local. Si bien su indicación es costo/efectiva frente al tratamiento médico convencional, ha comenzado a competir contra el reemplazo valvular quirúrgico en pacientes con riesgo intermedio y bajo, aptos para cirugía con los mismos resultados y un precio significativamente menor. ¿Dónde está el valor relativo de esa costo/efectividad inversa? En realidad, se trata de la búsqueda de un nuevo nicho de mercado para el intervencionismo percutáneo, quizás con recomendaciones y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables y realizados ondeando la bandera de la medicina de alta calidad e inocua para el paciente. Cuando precisamente no es tan así. El grado de conocimiento actual acerca de la efectividad de ciertos procedimientos y prácticas médicas hacen surgir dos problemas con claras implicaciones éticas: la cuestionable utilización de ciertas prácticas frente a los escasos recursos económicos y el someter a los pacientes a riesgos innecesarios, en circunstancias donde esas técnicas carecen del aval de un uso contrastado.

Fue Jennet quien identificó cinco razones claras para considerar el uso inapropiado de una tecnología: si es *innecesaria* porque el objetivo deseado puede alcanzarse con otros procedimientos igualmente probados, si es *inútil* porque el paciente está en un estadio

demasiado avanzado para una respuesta exitosa, si es *insegura* porque las eventuales complicaciones sobrepasan el beneficio probable, si es *inclemente* porque la calidad de vida que se ofrece no es de utilidad como para justificar la intervención y finalmente si es *insensata* porque consume recursos que podrían ser aplicados con mayor efectividad sobre otras intervenciones. De allí lo inaceptable de “una medicina de calidad a cualquier precio”, ya que no pueden obviarse las consecuencias presentes y futuras del despilfarro económico, como tampoco los eventuales efectos dañinos de la utilización acrítica e inexperta de cualquier innovación tecnológica con fines asistenciales.

Entonces, cuando se habla del “precio de la salud”, no debe olvidarse la definición de Drummond respecto a que la evaluación económica constituye una ayuda en la toma de decisiones, si bien no sustituye el razonamiento. De allí que los profesionales deben familiarizarse con la gestión racional e inteligente de los escasos recursos, y la evaluación económica debe resultar un componente más a tener en cuenta en la asistencia sanitaria frente al precio de otorgarla. Pero no debe sacralizársela, como si fuese la quintaesencia de la decisión racional. Porque allí debe también radicar el principio ético. Es en el valor de lo que se logra donde reside el beneficio para el paciente o la sociedad. Como bien dice el refrán, sólo un necio confunde valor y precio. □

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

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

Uso racional del medicamento: el PAMI haciendo camino al andar



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

Durante más de 20 años la industria farmacéutica sin importar el origen del capital consolidó su poder oligopólico mediante un proceso de integración vertical “aguas arriba” que se inició cuando capturó el contrato del PAMI allá por el año 1997. La creación de la empresa Farmalink para “administrar” el contrato consolidó un esquema de control y sometimiento de los agentes del sistema: laboratorios, droguerías, farmacéuticos, y médicos, mediante el uso de la información privilegiada sobre prescripción, consumo y utilización de medicamentos (laboratorios), modalidades de pago (notas de crédito a las farmacias), control societario (droguerías), incentivos a la prescripción (médicos) y financiamiento para el gobierno, la política y la seguridad social que permitió mantener el “mecanismo” cerrado a la competencia de genéricos, al uso de las compras conjuntas y al control del consumo y uso racional del medicamento.

En varios trabajos realizados durante los últimos 20 años se analizó la naturaleza del funcionamiento del mercado farmacéutico en la Argentina y se expuso la trampa a la cual se había entrado durante los años noventa con la convertibilidad en vigencia y donde la seguridad social se había visto seriamente afectada por la disminución de las contribuciones patronales que impactaban sobre los ingresos de las obras sociales y del PAMI. El gobierno de Menem y la Alianza le dieron continuidad mientras duró la convertibilidad.

La abrupta salida de la convertibilidad en el año 2002 generó una pasajera incertidumbre por el curso de la época sobre el genérico que sin embargo se quedó en las puertas del PAMI y nunca amenazó la continuidad del contrato que el gobierno de turno terminó arreglando. A partir del año 2003, el cartel farmacéutico disfrutó de 12 años de estabilidad y crecimiento del mercado de medicamentos en la Argentina.

En 2016 el gobierno ya había iniciado algunos cuestionamientos serios al control que la industria mantenía sobre la financiación del medicamento. Este proceso comenzó reclamando al cartel moderación en cuanto a precios y mayores controles. Pero resulta imposible que el mismo agente que produce sea el que tenga que controlar las prescripciones y los consumos de medicamentos, simplemente no está en la naturaleza de cualquier industria y menos en ésta, que el productor promueva el uso racional del medicamento.

Los tiempos fueron tensando la cuerda y convenciendo al gobierno que en este tema no había otra salida que no fuera la ruptura del contrato para barajar y dar de nuevo. Esta decisión política fue tomada por el Director Ejecutivo de PAMI y estamos viviendo la previa a este nuevo modelo de gestión de medicamentos que el Instituto tomará de manera directa con los desafíos que significan en materia de articular y poner en caja a los distintos intereses en juego. Muchos de ellos afectados por este cambio de paradigma que permitirá con el tiempo comenzar a normalizar el funcionamiento de un mercado donde los laboratorios se vuelvan a encargar de producir, competir y exportar y se aparten de las negociaciones sobre la administración y financiación del medicamento. Salvo la Argentina no existe ningún país del mundo donde las Cámaras representativas de la industria se sienten con los seguros y financiadores para arreglar condiciones de acceso, consumo y utilización.

Se abre un camino nuevo que permite en primer lugar definir una sólida política de uso racional del medicamento que evite los excesos por autoconsumo y utilización excesiva dañina para la salud de los beneficiarios y por otro lado construir una política de financiamiento donde se compita por precio y donde la calidad esté fuera de dudas que resulta relevante tanto para la confianza en el uso del mercado interno como para la exportación que exige el requisito de la

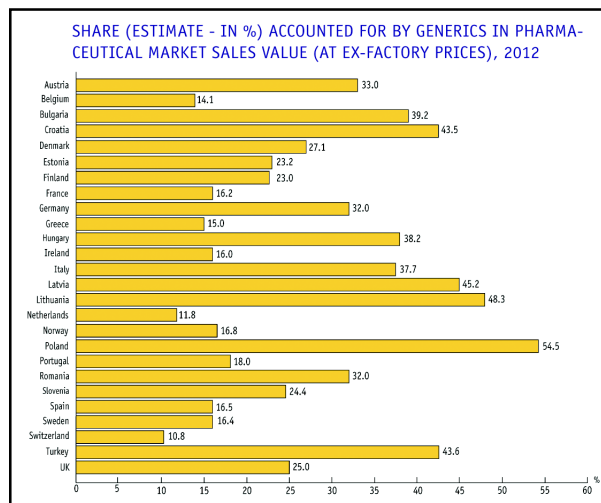


Figura: EFPIA European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. The Pharmaceutical Industry in figures. 2014.

bioequivalencia para ingresar medicamentos en otros países del mundo.

Las líderes globales en la industria farmacéutica poseen grados variables de poder de mercado según el estadio del ciclo de vida de cada producto. En la tabla siguiente se muestra la cuota de mercado de productos genéricos en valor en el año 2012, observándose grandes variaciones entre los países, que oscilan entre el 10,8% de Suiza y el 54,5% de Polonia, con países como Alemania e Italia que están superando el 30% de su mercado con genéricos.

A nivel mundial, el crecimiento del mercado del genérico se ha situado en torno al 11% (desde 2012 hasta 2016), alcanzando un valor de 279.000 millones de euros. La tendencia es mantenerse a ese nivel hasta 2021. A nivel internacional, la zona de mayor peso es Asia-Pacífico (46%), seguida de Estados Unidos (31%) y Europa (15,6%). En este contexto, el mercado más maduro es el norteamericano que sigue ofreciendo oportunidades de crecimiento para el genérico, muy atractivo en un contexto sanitario (Medicare) donde preocupa que aumenten los costes de la atención sanitaria.⁽¹⁾

Si bien el consumo mundial de genéricos se ha ralentizado durante los últimos años debido a que menos moléculas pierden patente, un esquema de penetración en el mercado muy lento, una baja prescripción por principio activo (PPA) y un cambio en los perfiles de prescripción⁽²⁾ según la radiografía que presenta ya estamos hablando de cuotas de mercado mundial promedio del 30% en tanto que en la Argentina no se supera el 4% de genéricos puros.

En el caso argentino podemos mencionar sin temor a equivocarnos que el ingreso del genérico⁽³⁾ al mercado local depende hoy en día más de las barreras impuestas por los laboratorios nacionales que tienen organizado su “negocio” entorno a los medicamentos (copias y/o similares de marca) que del interés que podrían tener algunas empresas que han hecho del genérico su negocio en el mundo.

La construcción de confianza en la calidad del genérico resulta clave. La Argentina tiene un retraso importante en materia de estudios de bioequivalencia respecto a países de la región que abordaron programas similares durante los últimos años. Se destacan Brasil y Chile. En el caso de este último del total de registros vigentes de medicamentos (9.300) los bioequivalentes corresponden al 12% del mercado.⁽⁴⁾

De una entrevista mantenida con el director de ANMAT Dr. Carlos Chiale el mismo planteó que para los medicamentos considerados de “mediano y bajo riesgo” no se requieren estudios de bioequivalencia y que los mismos se implementan para el universo de

alto riesgo, formas farmacéuticas y principios activos críticos.⁽⁵⁾

La participación de los genéricos sin marca es aún en extremo reducida, indicativo de la necesidad de políticas proactivas de sustitución por genéricos, tales como reglas de obligatoriedad de prescripción por nombre genérico, mecanismos de fármaco vigilancia que aseguren la eficacia y seguridad de los genéricos sin marca y campañas de información a los profesionales y al público.

Existe un camino por recorrer y resulta auspicioso que el PAMI lidere este proceso y que el sistema de salud en su conjunto comience a ahorrar en aquellas áreas que no agregan valor (más no es mejor) y que el uso racional constituya un criterio clave para definir la utilización y el consumo de bienes y servicios en salud. □

1- <http://ratiopharm.es/en-la-botica/noticias/el-medico-generico-goza-de-buena-salud>

2- Directora General de IQVIA en España Concha Almaraz. Diario Farma. Cuatro factores afectaron el mercado de genéricos durante 2017.

3- Genérico puro: ingresa al mercado una vez que la patente del innovador ha vencido, tiene estudios de bioequivalencia acreditados en las agencias correspondientes y no tiene marca. Se vende por el nombre genérico (denominación común internacional) y está producido por un laboratorio con plantas autorizadas. Se lo distingue del genérico de marca que es un medicamento que tiene estudios de bioequivalencia, pero tiene una marca que lo identifica. En la Argentina existe una gran cantidad y variedad de medicamentos que son copias o similares, que no tienen estudios de bioequivalencias y se utilizan bajo un nombre comercial sobre el cual los laboratorios han invertido en el posicionamiento de la misma.

4- Bioequivalentes crecen 10 veces en cuatro años y representan 12% del mercado de fármacos. Autor: C. Yáñez / P. Sepúlveda. Diario La Tercera (Chile).

5- Se comenzarán a realizar estudios sobre 4 productos de referencia y luego seguirán 6 más siempre de aquellos considerados de alto riesgo (requieren estudio in vivo). Ya están hechos los estudios sobre inmunosupresores, anti-convulsivos y HIV Sida.

(*) Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral.

**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.*

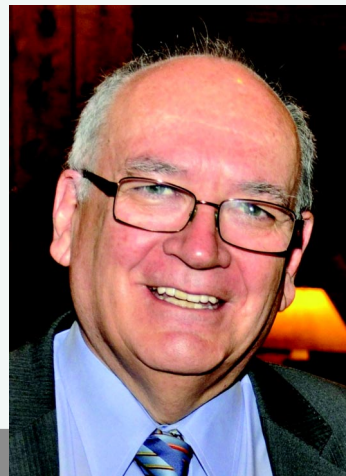
Porque seguridad es tranquilidad.



Empoderamiento del paciente

"El autocuidado del paciente crónico es un activo infrautilizado en el sistema sanitario".

Por el Lic. Manuel Álvarez - ProSanitas BSC



Existe consenso en que el comportamiento individual es un determinante clave del desarrollo de una enfermedad crónica, y que la autogestión es un factor primordial en la determinación de los resultados y la capacidad para funcionar una vez que el paciente desarrolla la enfermedad crónica (Schroeder, 2007).

El desarrollo de los conocimientos, habilidades y confianza de los sujetos para gestionar su salud y sus requerimientos asistenciales es una variable predictiva de la mayoría de las prácticas sanitarias y relativas a la enfermedad, así como de muchos resultados de efectividad terapéutica (Hibbard et al., 2004).

A este proceso se lo conoce como activación del paciente.

Se define a un paciente activo como "aquel que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad". Este rol en algunas oportunidades lo asume un familiar del paciente.

Estudios empíricos indican que los pacientes con mayor grado de activación tienen significativamente más probabilidades de adoptar prácticas preventivas, como chequeos regulares y vacunaciones, que los pacientes que obtuvieron una puntuación más baja en la escala de activación.

Además, quienes están más activados tienen significativamente más probabilidades de desarrollar hábitos saludables, como llevar una dieta sana o realizar ejercicio regularmente.

Las fases del proceso de participación e involucra-

Variable	Paciente más Activo	Paciente Menos Activo
Reingreso hospitalario dentro de los 30 días desde el alta	12,8%	29,0%
Han sufrido error médico	19,2%	35,8%
Menor coordinación entre los profesionales sanitarios	12,8%	41,8%
Menor comunicación con los profesionales sanitarios	13,2%	48,6%
Pérdida de confianza en el sistema de salud	15,1%	59,8%

Adaptado de AARP & Your Public Policy Institute (2009) Beyond "50.09" Chronic Care

ción de los pacientes con su propia salud son las siguientes:

1) ACTIVACIÓN

Se llama Activación a la disposición de conocimiento y habilidades por parte de los pacientes para manejar su propia salud.

Uno de los elementos clave de los programas de autogestión, es aumentar el grado de responsabilidad que las personas tienen sobre su enfermedad. El

objetivo es que movilicen sus recursos personales para aumentar las acciones encaminadas a los cambios de estilo de vida, a la búsqueda de información válida y a la corresponsabilidad junto con los agentes del sistema de salud, para controlar su enfermedad crónica y para prevenir la aparición de secuelas y complicaciones.

Para medir el grado de activación de un paciente existe una escala validada, la Patient Activation Measure o (PAM). Un cuadro elaborado por la empresa Insignia Health en 2014, nos muestra una estimación de distribución porcentual de población americana, según el grado de "activación" en salud, medido con esta escala (Ver página 2).

2) EMPODERAMIENTO

El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento de los pacientes,

Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo *deliberativo* de relación con los profesionales que los atienden y, donde se definen objetivos terapéuticos y se toman las decisiones que les permiten asumir esos objetivos en forma compartida con sus médicos.

La OMS define al empoderamiento de pacientes como el proceso a través del cual los éstos alcanzan un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (WHO, 1998).

Un paciente empoderado es un paciente con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida.

A diferencia con lo que ocurría en el medioevo con la imposición del título de caballero, el empoderamiento de los pacientes no se otorga, sino que lo desarrolla el propio pa-

ciente a través de su capacidad y motivación para involucrarse y participar en la toma de decisiones relativas a su salud.

Para desarrollar el empoderamiento es preciso que el paciente alcance el nivel de motivación necesario para adquirir una



Ceremonia de "Espalдарazo" donde se imponía el título de caballero.

LOS CUATRO NIVELES DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE			
NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Predisuesto a ser pasivo Al paciente le falta confianza para jugar un rol activo en su salud.	Construyendo conocimiento y confianza El paciente tiene algún conocimiento, pero todavía falta un largo trecho. Ellos tienen metas simples, pero podrían hacer más.	Tomando Acción Los pacientes tienen las cosas claras y están construyendo sus competencias. Están orientados a metas. Yo formo parte del equipo del cuidado de mi salud.	Manteniendo conductas proactivas El paciente ha adoptado nuevas conductas, pero puede tener dificultades debido al estrés en tiempos de cambio.
10-15 % Población General	20-25 % Población General	25-30 % Población General	20-25 % Población General

mayor responsabilidad en el cuidado de su condición de salud y asumir un rol más activo en su relación con el médico.

El paciente empoderado es aquel que cumple en alguna medida razonable estos requisitos:

- ✓ Entiende su estado de salud y el efecto de la enfermedad en su cuerpo.
- ✓ Se siente capaz de participar en la toma de decisiones de forma conjunta con los profesionales de la salud.
- ✓ Se siente capaz de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- ✓ Entiende la necesidad de hacer los cambios necesarios en su estilo de vida para gestionar eficazmente su enfermedad.
- ✓ Es capaz de desafiar y hacer preguntas a los profesionales de la salud que le prestan cuidados.
- ✓ Toma la responsabilidad de su salud y busca activamente la atención sólo cuando sea necesario.
- ✓ Busca activamente, evalúa y hace uso de la información que obtiene de diferentes fuentes (por ejemplo, internet).

3) LIDERAZGO COMPARTIDO

Se llama liderazgo compartido al grado en que el paciente y la comunidad en general toman parte en el proceso de toma de decisiones en salud.

Supone un nuevo rol para los profesionales de la salud, pasando de una relación paternalista en la que ellos deciden lo que creen que es mejor para sus pacientes, a otra donde ambos comparten información e incertidumbre y en forma conjunta deciden el plan de tratamiento y cuidados a seguir.

La decisión unilateral por parte del paciente no es el objetivo de su activación.

Para conseguir esto, es necesario formar a los profesionales para que sean capaces de cumplir exitosamente este nuevo rol.

En este aspecto, resulta clave gestionar la situación emocional del cambio de rol en los médicos, que deben abandonar su posición de decisores responsables casi absolutos, para pasar a otra más equilibrada donde desempeñan un papel de asesoramiento.

Los modelos de toma de decisiones utilizados en la actualidad se pueden clasificar de la siguiente forma:

- **Modelo paternalista:** El médico decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión.
- **Decisión informada:** el médico le informa al paciente sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, sino que deja a criterio del paciente la responsabilidad de decidir. El médico es un mero transmisor de información.
- **Toma de decisiones compartida:** las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el médico y el paciente.

Los diferentes modelos pueden variar según las circunstancias. El paciente puede necesitar pasar de un modelo a otro en función del momento.

La decisión compartida incluye tres elementos esenciales:

- Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el médico.
- Deliberación sobre las distintas opciones.
- Llegar a una decisión consensuada.

En este proceso interactivo, el médico aporta sus conocimientos y la información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud.

CONCLUSIONES

- La toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, es una metodología que corresponde promover y difundir porque contiene consideraciones éticas y morales de incuestionable valor y además porque redundan en mejores resultados en salud y porque los valores de la sociedad actual la hacen imprescindible.
- Conocer las preferencias y necesidades del paciente y capacitarlo para que tome un papel activo en el cuidado de su salud en consonancia con las mismas requiere un intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el profesional, deliberación entre las distintas opciones y llegar a una decisión consensuada.
- Para que en la práctica clínica diaria se incorpore la participación del paciente en la toma de decisiones, deberán ser capacitados y comprometidos tanto los profesionales de la salud como los pacientes, por lo que será necesario realizar cambios en los programas educativos y formativos de los profesionales de la salud incorporando estos temas. □

IAXP Instituto Argentino Experiencia del Paciente
malvarez@iaxp.com

REFERENCIAS:

- Ignacio Basagoiti @jbasago - Comunicación, alfabetización y empoderamiento en salud, Valencia 4 diciembre 2014
 Deusto Business School - La activación del paciente: clave en la transformación sanitaria - 2015
 INFAC La Participación del Paciente en la Toma de -decisiones es-
 kualdeko farmakoterapi informazioa Volumen 22 • N° 3 • 2014
 HIMSS 14 - Annual conference & Exhibition - Craig Swanson Insignia
 Health - Where Do I Start? Culture and Behavioral Change February
 23, 2014
 Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema
 sanitario - Albert J Jovell¹, Maria Dolors Navarro Rubio², Laura
 Fernández Maldonado³, Sergi Blancafort⁴
¹ Foro Español de Pacientes. Universidad de los Pacientes. Universitat
 Autònoma de Barcelona. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Barce-
 lona. España.

Los errores humanos durante los cuidados médicos



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

En el número anterior nos referíamos a la aceptabilidad del riesgo en medicina por los médicos, los pacientes y la población en general. Una de las cuestiones sobre las que más se ha venido trabajando en los últimos años en materia de prevención de dicho riesgo, es en el reconocimiento de la existencia del error. Las fallas de los sistemas complejos como es el cuidado de la salud de las personas estimulan a interesarse en el rol del error humano para que se produzcan esas fallas. La literatura médica, jurídica y de otras actividades humanas productivas, muestra la importancia del error humano. Es así como en el análisis de los accidentes en general, se imputaba un 65 a 80% de las causas inmediatas a los operadores de primera línea en la industria en general, y la de los transportes públicos (Woods y al., 1994; Hollnagel, 1993). Para mejorar la seguridad de los sistemas fue y es necesario tener en cuenta varias nociones. "El error es inseparable de la inteligencia humana" se decía. Reason, J. (1990). *L'erreur humaine*. Paris: Presses Universitaires de France. Reason, J. (2009). El error humano. España: Editorial Modus Laborandis "Errare humanum est" JAMA, Journal of American Medical Association, abril 2001.

El hombre debe desarrollar estrategias efectivas para evitar las limitaciones de sus capacidades. El operador humano está limitado en sus recursos, limitado en su racionalidad, pero no se somete a esa limitación. Su amor propio se lo impide.

En consecuencia, qué debe hacer: organizar su conocimiento para afrontarla: reducción de la complejidad, conducta proactiva, funcionamiento por ensayo/error, realización en paralelo de varias tareas, economía de los recursos que llevan a preferir un nivel de conducta automático a un nivel de conducta controlado, entre otros.

Esa manera de proceder va acompañada de una toma de riesgos pues privilegia el resultado a expensas del análisis exhaustivo de las situaciones o de la concentración en una sola tarea. La elección de dicha "estrategia" por parte del cerebro humano tiene en cuenta (aunque a veces la sobreestima) la capacidad de recuperación en caso de error. A mi modo de ver, vuelve a equivocarse. El error es la consecuencia natural de ese funcionamiento y no puede ser suprimido. Por esa razón, los errores son frecuentes en las actividades humanas, a veces se producen varios por hora, pero su índice de detección y de recuperación por parte de su autor es muy elevado, del orden del 80% (Reason, 1993), y riesgoso.

¿CUÁLES SON ESOS DIFERENTES MECANISMOS DE ERRORES?

✓ **Los errores de rutina.** Corresponden al funcionamiento que se basa en la costumbre. Se trata de

fallas en la vigilancia de la ejecución. La acción se desarrolla sin un control consciente, dentro del marco de problemas cotidianos. El sujeto no ha tomado conciencia de la existencia del problema. Se trata de los errores más frecuentes.

✓ **Los errores de activación de conocimiento.** El sujeto se encuentra frente a una dificultad que no puede resolver de una manera rutinaria. Tiene conciencia de tener un problema y busca una solución. El error va a resultar de una mala solución la que resulta a su vez de la activación de una mala regla. Este error no es contradictorio con la idea que el sujeto cree poseer el conocimiento de la solución correcta; pero no ha sabido activarla, recuperarla en la memoria, o no ha podido, por falta de tiempo saber utilizarla; otra solución -menos válida pero inmediatamente disponible- se ha impuesto a su lógica de acción.

✓ **Los errores de posesión de conocimiento.** El sujeto ignora la solución del problema que debe resolver. Moviliza toda su cognición, lentamente, paso a paso, para producir una nueva solución. El error puede entonces revestir diferentes formas: solución correcta fuera del plazo normal, mala solución, solución incorrecta.

Teniendo en cuenta lo que antecede, la prevención de las fallas humanas se basa en la construcción de sistemas capaces de limitar y que el resultado tolere ciertos tipos de errores.

Los requisitos previos son por supuesto la adecuación de la capacitación de los operadores con las actividades médicas que les son confiadas, por el paciente y su entorno y por la Organización, habida cuenta de que su error arrastra a él y a todos al reclamo.

Esta capacitación permite en especial reducir los errores de posesión y de activación de conocimiento sin suprimirlos totalmente. Ese mecanismo da origen a los procesos de selección, de formación y de calificación de los profesionales. No obstante, este enfoque no es suficiente.

Se debe insistir en un ejercicio: el error es evitable porque es relativamente previsible en función de lo que está en juego en el momento, las condiciones de trabajo, las competencias, si se tiene el conocimiento, la capacitación y la actitud para evitarlo.

Lejos de ser una constatación inquietante para la seguridad, ese resultado pone el acento sobre la necesidad de darle un tratamiento a las circunstancias favorecedoras de los errores o sus consecuencias, (prevención) más que procurar suprimir todo error. Esto último no es posible.

Lo que hay que considerar en realidad es todo el vínculo entre el accidente y el error.

Un sistema seguro no es aquél en el cual no se comete errores, sino un sistema que se protege mediante una serie de defensas en profundidad contra el desarrollo de "historias de accidentes" a partir de los errores cometidos. Ninguna de esas defensas puede garantizar la seguridad, pero su acumulación termina por conferir una confiabilidad aceptable al sistema. La detección y la recuperación de los errores debe ocupar un lugar importante dentro del sistema.

La gestión de los errores y del riesgo médico, de lo que tanto se habla, pero todavía se hace poco, se basará en la implementación de defensas en profundidad adaptadas.

Para desarrollar una cultura de gestión de los riesgos, conviene disociar las nociones de falta y de error. El error humano siempre se presentó como una falla culpable ligada a la inconstancia del ser humano, capaz de lo mejor y de lo peor. Es a la vez un obstáculo para la obtención de una performance regular y repetitiva, y la fuente de fallas más graves que ponen en peligro la permanencia del sistema (accidentes, eventos adversos).

Para desarrollar una cultura de gestión de los riesgos, una acción que se aparte de la norma debe ser examinada independientemente de la responsabilidad del individuo. Se trata de determinar las causas y el contexto del error. Esto supone liberarse de la búsqueda del responsable.

En efecto, todo sistema lleva en sí mismo condiciones que favorecen el error: defectos de concepción de la tarea, inexistencia de concepto de trabajo en equipo, defectos de capacitación, defectos de comunicación, defectos de reglamentación, carencias de gerenciamiento. Se trata de errores latentes. El operador de

primera línea (médico tratante) revela esos errores latentes mediante errores patentes con motivo de circunstancias particulares. El análisis de los accidentes ya no está centrado únicamente en los errores de los operadores. También lo está en la búsqueda de las insuficiencias en las defensas del sistema que permitieron que el error del operador, la falla o una combinación de ambos, degeneraran en accidente.

Para hacer progresar la seguridad, conviene considerar que el accidente no está ligado únicamente al error del operador.

El accidente está más bien ligado a las situaciones en las cuales un error humano ha podido ocurrir, y, mediante una "cadena de circunstancias", conducir al accidente por falta de protección del sistema. El accidente no es más que el revelador de una o varias defensas defectuosas del sistema en su conjunto. Un sistema seguro debe permitir resistir a los errores y a las fallas, y protegerse contra sus consecuencias: se trata del enfoque sistémico de la gestión de riesgos.

Sin embargo, en ciertos casos, el error humano será considerado como una falta susceptible de comprometer una responsabilidad. La ley y la jurisprudencia definen el régimen de responsabilidad aplicable a esas situaciones de varias formas y con distintos argumentos. Con el nuevo Código Civil y Comercial, una diversa y específica legislación en vigencia y los Tratados y Pactos incorporados a la Constitución Nacional, sería bueno que la Comunidad Médica se decidiera en forma individual a desarrollar sistemas de protección. □

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A.

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"

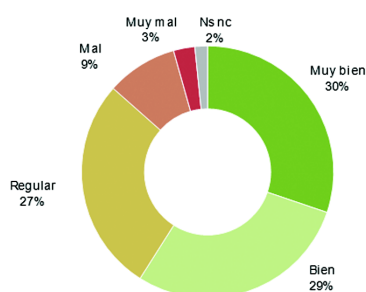
Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

La salud bucal de los argentinos

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL

De acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta nacional sobre salud bucal llevada a cabo por Poliarquía y Prosanity, 59% de los argentinos evalúa positivamente el estado de salud de su boca. Uno de cada tres, considera que su salud bucal es regular y sólo el 12% de la población admite que su estado es malo o muy malo.

Evaluación del estado de salud de la boca
"¿En términos generales cómo evalúa Ud. el estado de salud de su boca, incluyendo dientes, lengua, encías, labios y articulaciones de la mandíbula?"



En términos generales se observa que entre quienes fuman regularmente esta valoración es menor que entre aquellos que no lo hacen. En efecto, la mitad de los fumadores dice que gozaba de buena salud bucal, mientras que entre los individuos que no fuman el porcentaje asciende al 61%. Las diferencias se acrecientan aún más de acuerdo a si la persona posee o no cobertura odontológica. Así, el 67% de los argentinos que cuentan con cobertura tiene una opinión positiva sobre la salud de su boca, contra el 46% de los que no son beneficiarios de dicha prestación.

De acuerdo con la información obtenida, el 19% de los argentinos declara sufrir frecuentemente dolor o malestar en su boca, mientras que el 79% dice no haber sentido molestias en los últimos 12 meses.

La investigación muestra que en el último mes el 21% de los entrevistados expresa haber experimentado sangrados espontáneos en sus encías con frecuencia al momento de cepillarse los dientes o al usar hilo dental.

Problemas asociados a la salud bucal

	Frecuencia
	Muy y bastante frecuentemente
Dolor persistente /malestar	19
Sangrados en las encías	21
Boca seca	20
Mal aliento	23

Por otra parte, dos de cada diez personas señalan haber sentido la boca seca en forma persistente. Asimismo, un 23% de la población admite haber padecido mal aliento frecuentemente en los últimos 30 días.

El estudio también ha indagado acerca de la cantidad de veces que los argentinos cepillan sus dientes. Los resultados indican que el 22% afirma lavarse los dientes una sola vez por día, menos de lo recomendable, que es hacerlo por lo menos dos veces al día. En este sentido, 74% de la población cumple con esa premisa: 38% se cepilla dos veces por día, 26% tres veces y un 10% lo hace en más de tres ocasiones.

Respecto al uso de hilo dental, los especialistas sugieren utilizarlo todos los días, al menos por la noche. No obstante, la investigación muestra que un mayoritario 55% no respeta esa regla, al no usar nunca hilo dental. En paralelo, 41% de los encuestados asegura utilizarlo una, dos o más veces por día.

Cepillado de dientes y uso de hilo dental

"¿Con qué frecuencia se cepilla Ud. los dientes?" / "¿Con qué frecuencia utiliza Ud. hilo dental?"

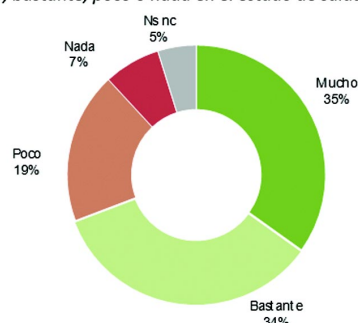
	Cepillado	Hilo dental
Una vez al día	22	24
Dos veces por día	38	10
Tres veces por día	26	4
Más de tres veces por día	10	3
Nunca	3	55
Ns nc	1	3
Total	100	100

SALUD BUCAL Y ALIMENTACIÓN

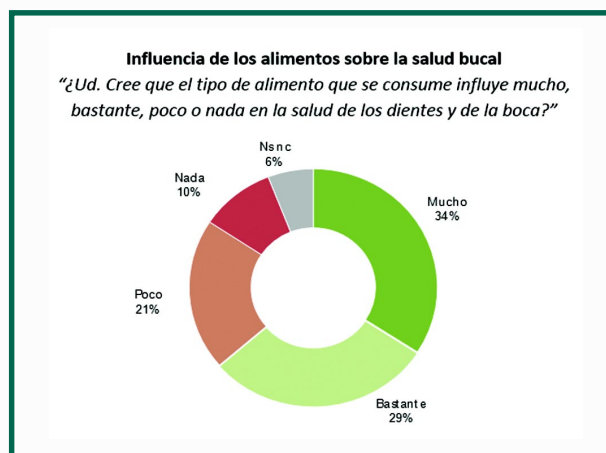
La investigación de Poliarquía y Prosanity revela asimismo que para los argentinos su salud bucal juega un papel muy importante en el estado general de su salud. En efecto, siete de cada diez personas dice que la salud de su boca, dentadura y dientes influyen mucho o bastante en su salud general. Mientras tanto, un cuarto de la población cree que la incidencia es pequeña.

Influencia de la salud bucal sobre la salud en general

"¿Ud. Cree que la salud de su boca, dentadura y dientes influye mucho, bastante, poco o nada en el estado de salud general?"



Para la mayoría de los argentinos la alimentación también repercute en su salud oral. De esta manera, 63% sostiene que el tipo de alimento que consume contribuye mucho o bastante en el bienestar de sus dientes y boca. En tanto, el 31% de los entrevistados opina lo contrario.



Es interesante observar que, a pesar de la relevancia e impacto otorgado a la alimentación, sólo dos de cada diez personas afirman haber dejado de consumir algunos alimentos a causa de padecer problemas relacionados con su boca.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

A la luz del estudio realizado por Poliarquía y Prosanity, se advierte que la mayoría de los argentinos consulta a un dentista u odontólogo al menos una vez al año, tal como recomiendan los expertos. En este sentido, 34% dice asistir al dentista una vez por año, 18% dos veces y 15% menciona hacerlo en más de dos oportunidades. Sin embargo, un destacable porcentaje de personas -27% - sólo acude a los especialistas en caso de emergencia.

Cantidad de consultas al odontólogo
"¿Con qué frecuencia consulta Ud. a un dentista u odontólogo para realizarse controles?"

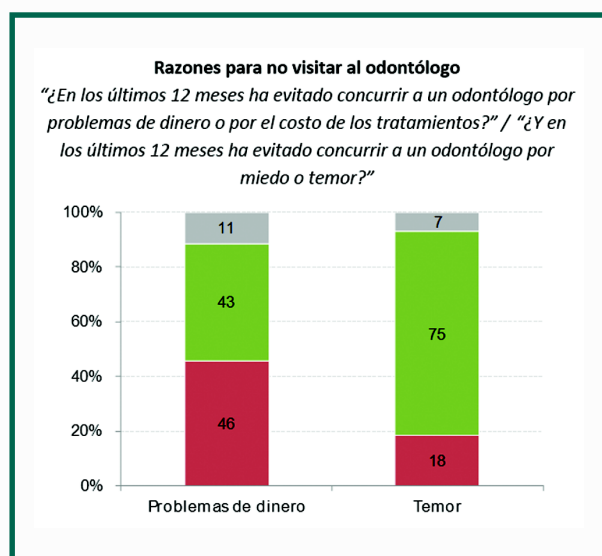
	%
Una vez al año	34
Dos veces al año	18
Más de dos veces al año	15
Solo cuando tengo una emergencia	27
Nunca	6
Nsnc	1
Total	100

Que el 67% de los argentinos diga que acude al odontólogo al menos una vez al año, no significa que efectivamente lo haga. Los resultados indican que el 57% realizó su última visita al dentista hace menos de un año. En paralelo, 21% expresó haber concurrido al odontólogo hace uno o dos años. Otro tanto, lo hizo hace más de tres años.

Tal vez uno de los principales hallazgos de esta investigación es que el 46% de la población afirma haber evitado concurrir a un odontólogo a causa de problemas de dinero o por el costo de los tratamientos. El tipo de cobertura de salud resulta determinante a la hora de explicar cómo las cuestiones de dinero inciden en la decisión de no consultar a un profesional.

Así, el 60% de los entrevistados que acuden a hospitales o centros públicos de salud justificó no acudir al odontólogo por razones económicas. Para el 43% de los afiliados al PAMI los problemas de dinero son el motivo para evitar las visitas odontológicas. Ese porcentaje desciende al 37% entre aquellos que poseen una obra social, y al 30% entre quienes tienen acceso a una prepaga.

El reconocido miedo de ir al dentista sólo impide al 18% consultar a un odontólogo. En tanto, para tres cuartas partes de la población este temor no obstaculiza sus visitas al especialista.



Por último, la investigación de Poliarquía y Prosanity ha permitido constatar que un mayoritario 66% de los argentinos posee cobertura odontológica en su obra social, prepaga u hospital. Sin embargo, aún un 26% de la población carece de la protección necesaria para cuidar la salud de su boca. □

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1428 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,65 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 6 al 9 de julio de 2018.

Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity.

¡La estética... siempre problemática!

Por el Dr. Floreal López Delgado (*)

Abogado y asesor sanatorial



¿QUÉ PASA EN LA PRACTICA JUDICIAL, EN LA PSIQUIS DE ALGUNOS PACIENTES?... ¿Y HASTA EN LOS MEDIOS?

Con frecuencia, demasiada, vemos a "conocidas" (o que quieren llegar a serlo) quejarse por una intervención estética.

Nos llama la atención que quien se queja de los resultados muchas veces, es una desconocida, y su apariencia no es nada mala, lo que nos lleva a preguntarnos: ¿de qué se queja?, si se la ve bella y nada deforme.

Algunas señoras han transformado su rostro en una careta inexpressiva, pese a lo cual están contentas. Y otras han mejorado en forma evidente. Según me han explicado mis amigos del campo "psi" la imagen autopercebida no suele coincidir en su valoración con la que hacen los demás, o dicho en palabras más sencillas: nos vemos diferentes a como nos ven los otros. Esto incluye los aspectos negativos como los positivos.

EL DAÑO ESTÉTICO

Forma parte de los múltiples "daños" indemnizables y tiene una característica que lo singulariza: Es frecuente que existan dos valoraciones muy diferentes:

- ✓ La del paciente.
- ✓ La del resto de la especie humana.

Por suerte para el profesional el juez pertenece al resto de la especie humana, esto genera que la "fealdad" del resultado sea apreciable de manera más objetiva y en ello deban coincidir el perito, el juez de primera instancia y los jueces de la Cámara.

Todos deben coincidir en el estado de "fealdad" que han quedado en aquellas zonas que fueron intervenidas. En los demás daños, podemos asumir que el paciente exagera para obtener más dinero en la sentencia.

En el estético muchas veces no existe esa exageración consciente, la paciente realmente se autopercibe, como "fea" mientras los demás la ven "linda" o al menos "mejor que antes", esa particularidad nos llevó a denominar a la situación, como "expectativa loca". Que se verifica:

1. En los casos menos extremos como una señora que ya entrada en sus "50", no ha vuelto a sus "20".

2. En los más extremos porque no han quedado como se ve en los carteles publicitarios a la modelo de moda, previo photoshop y en ambos casos están disconformes y litigan contra el cirujano.

En la práctica profesional vi como ante la exhibición en las fotos del antes y del después de la operación, la paciente afirmaba enfática y sinceramente "mire como estaba y mire como quedé" como evidencia de mal resultado, y todo lo demás veíamos la mejoría.

¿CÓMO PREVENIR LA "EXPECTATIVA LOCA" O SUS "CONSECUENCIAS"?

El diálogo previo con el paciente: en esta especialidad debe tener mayor profundidad que en otras, llegando a un mini - psicodiagnóstico de la paciente.

En los casos en que se detecte una expectativa superior a la que se podrá obtener, deberá explicarse las limitaciones del resultado esperable y si nota, que la expectativa exagerada se sostiene no tomar el caso.

LAS PRECAUCIONES FORMALES

Deben ser mayores en esta especialidad que en otras en las cuales se juega la vida del paciente. Pero no lo es en una estética debido a que los valores en juego permiten disponer de todo el tiempo necesario para explicar debidamente el tratamiento propuesto, sus alternativas, el resultado esperado y las consecuencias de no hacerlo, a modo de síntesis, las enumero:

1. Documentación Clínica (Consentimiento informado, historia clínica, indicaciones).

Su existencia exige de responsabilidad al médico por el caso fortuito o fuerza mayor (lo imprevisible o lo previsto que no puede ser evitado) debe ser debidamente redactado: con amplia información de los riesgos que implica toda cirugía, los de las que se someterá en especial, las secuelas inevitables, las posibles y las complicaciones.

Para la justicia, en la relación médico-paciente nos encontramos ante una persona ignorante, quizás hasta engañada por el profesional respecto del riesgo en un procedimiento. La contrapartida es un ser libre que asume la posibilidad de un mal resultado por mejorar su apariencia.

2. Prevenir y protegerse de la culpa del paciente.

En el acto médico, todas las obligaciones parecen estar a cargo del profesional, pero no es así, el paciente tiene las suyas y son:

No mentir ni ocultar nada que el médico le pregunte, esto incluye la medicación que consume, hábitos nocivos (alcohol, drogas, alimentación deficiente, etc.), conductas sexuales, etc., que a criterio del profesional puedan tener trascendencia pre o post quirúrgica. Cumplir con las indicaciones sobre cuidados, medicación y conductas que le dé el médico.

Pero, el profesional debe estar en condiciones de probar que dio esas indicaciones y la forma escrita es la única forma de acreditarlas, por ello debe hacerlas firmar.

Si estima que el paciente no las ha cumplido debe asentar en la historia clínica junto con las dudas respecto de la veracidad de sus declaraciones.

La apreciación de las respuestas del paciente debe ser crítica: Si el paciente afirma haber cumplido puntualmente con todas las indicaciones, pero el profesional deduce de su estado clínico que no lo ha hecho debe asentar en la H.C. (Historia Clínica) esa duda.

No es imprescindible que el paciente "confiese" su incumplimiento, ni siquiera que firme la H.C., basta con que el profesional escriba su opinión sobre la misma.

Inversión de la carga de la prueba: si el profesional no cumple con estas precauciones el perito médico y el Juez asumirán que no hizo lo que no escribió o que no aconsejó lo que no está en las instrucciones.

Si las cosas terminan no bien o mal el médico debe estar en condiciones de probar que aplicó el procedimiento correcto y que instruyó debidamente al paciente sobre lo que debía hacer.

UNA ACLARACIÓN

En esta especialidad las obligaciones del profesional son juzgadas con mayor estrictez, que en otras que tratan patologías mucho más graves. No son eximen-

tes las condiciones de "modo tiempo y lugar" que permiten, por ejemplo, a un cirujano general que actúa obligado por la urgencia, omitir asepsia, falta de instrumental o personal insuficiente a fin de salvar al paciente que se está muriendo.

El esteticista actúa siempre fuera de urgencia, por ello debe realizar su acto quirúrgico en un medio apto, con todos los elementos para prevenir las complicaciones, aun las remotas.

¿QUÉ TIENE EL MÉDICO A SU FAVOR?

Los daños de los que pueda ser injustamente acusado si no cumple con las precauciones formales, en esta especialidad suelen ser muy inferiores a los de otra, por ejemplo, es muy difícil que un paciente muera o se dañe seriamente por no cumplirla, esto disminuye notoriamente el riesgo económico.

Las indicaciones postquirúrgicas, o una buena parte caen dentro de lo que la justicia llama "de público conocimiento", por lo que se consideran informadas, aunque no lo sean por escrito.

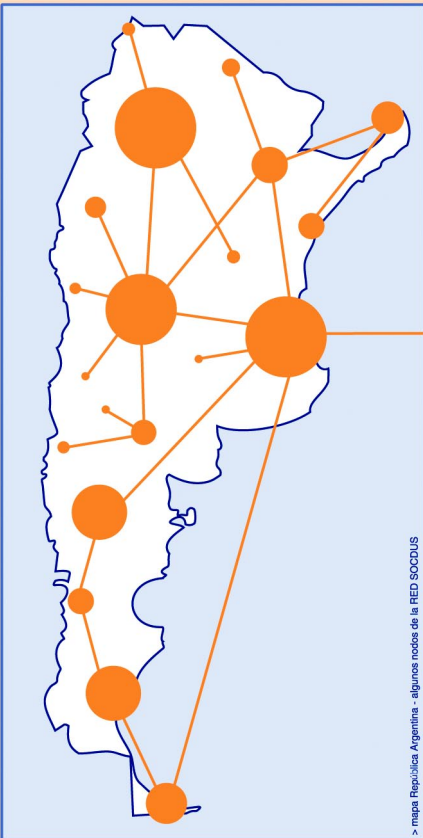
Rara vez, son de evolución cataclísmica, por lo que el paciente las advierte y simplemente concurre a la consulta rápidamente lo que permite subsanarla.

CONSEJOS

No consideren al paciente como un enemigo potencial, sólo lo son en un ínfimo porcentaje.

Simplemente redacten adecuadamente la documentación clínica. □

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



SOCCLUS

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)

> mapa República Argentina - algunos nodos de la RED SOCCLUS

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

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





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

